DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

DefReha©

Réadaptation stationnaire: Définition et exigences minimales

DefReha© 3.0

Avant-propos

Complémentaire à la médecine aiguë et à la psychiatrie, la réadaptation est un pilier important des soins stationnaires en Suisse et un domaine médical autonome, très spécialisé. Le besoin de la population en prestations de réadaptation stationnaire est évalué par les cantons qui planifient l'offre en conséquence. Les cliniques de réadaptation figurant sur une liste hospitalière cantonale se voient confier un mandat de prestations selon la LAMal et peuvent facturer à la charge de l'AOS. Dès 2022, ces prestations figureront vraisemblablement dans ST Reha, une nouvelle structure tarifaire uniforme au niveau national et liée aux prestations comme le sont déjà SwissDRG depuis 2012 pour les soins somatiques aigus et TARPSY depuis 2018 pour la psychiatrie.

La définition des mandats de prestations cantonaux est aussi hétérogène que l'est le financement des prestations de réadaptation fournies par les différentes cliniques. Il faut que cela change. Pour pouvoir indemniser équitablement des prestations comparables entre elles, la réadaptation doit d'une part être définie au niveau national de manière uniforme, explicite et transparente; d'autre part, il convient de clarifier les conditions que les fournisseurs de prestations doivent remplir en termes de structures et de processus afin de pouvoir facturer avec ST Reha. De plus, les exigences minimales relatives à la qualité des structures, des processus et des résultats doivent être précisées, afin que les cantons puissent en faire dépendre l'inscription sur leurs listes hospitalières.

La base légale pour ST Reha existe depuis le 1er janvier 2012, lorsque la révision de la LAMal sur le nouveau financement hospitalier est devenue réalité. L'objectif consistait à amener davantage de transparence, à favoriser l'économicité et à corriger les incitations indésirables. En 2013, après l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal, les institutions fournissant les prestations et H+ Les Hôpitaux de Suisse ont élaboré et publié la version 1.0 de DefReha©. Il s'agissait à l'époque de décrire des critères médicaux pour le début et la fin de la réadaptation médicale. Dans la version suivante, DefReha© 2.0, ont été également définies les prestations qui doivent être dispensées en réadaptation stationnaire.

La présente version, DefReha© 3.0, décrit le paysage de la réadaptation en Suisse de différents points de vue, ainsi que la structure de la réadaptation stationnaire en distinguant des types de réadaptation et des domaines transversaux. De plus, le document définit les prestations minimales ainsi que les conditions en matière de personnel, d'infrastructures et de processus que les institutions doivent remplir pour fournir des prestations. Dans DefReha© 3.0, les domaines transversaux ont été ajoutés afin de représenter les prestations de manière plus différenciées, selon les cas.

Elaboré par des spécialistes, ce document constitue une référence détaillée et fondée pour une conception harmonisée de la réadaptation stationnaire en Suisse. Il gagne à être consulté pour toute question relative à cette dernière pour des personnes qui, en raison d'une maladie ou d'un accident, subissent des limitations physiques, psychiques et/ou sociales, et qui voient leur participation au sein de la société diminuée.

L'objectif de la réadaptation stationnaire est toujours de rétablir autant que faire se peut les capacités fonctionnelles et de participation du patient à la suite d'un accident ou d'une maladie. Cela revêt une grande importance économique, car les traitements couronnés de succès permettent au patient de regagner une large autonomie. De plus, les personnes guéries peuvent utiliser leurs ressources retrouvées pour elles-mêmes, au travail ou au bénéfice d'autrui, ce qui constitue indéniablement une plus-value.

Isabelle Moret, présidente de H+ Les Hôpitaux de Suisse

Genèse de ce document

En vertu du nouveau système de financement en vigueur depuis le 1er janvier 2012, la réadaptation stationnaire doit elle aussi disposer d'une structure tarifaire unifiée au niveau national. Une telle structure doit permettre de comparer les prestations de manière transparente.

Les membres de H+ les Hôpitaux de Suisse actifs dans la réadaptation, représentés par la Conférence active (CA) de la réadaptation, et le Secrétariat central, ont constaté en travaillant à la structure ST Reha, qu'il manquait des définitions reconnues des prestations et des types de fourniture de prestation pour la réadaptation stationnaire en Suisse. Or, pour élaborer une structure tarifaire, il est essentiel de décrire sur quel type de prestations doit porter la structure tarifaire.

Dans ce contexte, H+ a lancé un projet visant à déterminer les formes de réadaptation et à définir les critères d'inclusion et d'exclusion pour les différentes phases de la réadaptation. Les travaux préalables d'un groupe de travail dirigé par les Dr A. Assimacopoulos (HUG) et B. Meyer (FHV) ont servi de première base, mise à disposition de H+. Sur mandat de H+, le Dr. A. Assimacopoulos et le Prof. D. Conen ont affiné le projet en 2010. Ils ont précisé les différentes définitions et ont établi les catalogues de critères. La Conférence active de la réadaptation a mis sur pied un comité de rédaction afin d'examiner, de réviser et de consolider le document. Ce comité a recueilli les avis des experts dans les cercles de la CA de réadaptation. Fin 2012, début 2013, le Secrétariat central a consulté les membres actifs de tous les secteurs de l'association, ainsi que les sociétés médicales, les associations, les fédérations et les groupes d'intérêts de la réadaptation. En mai 2013, la Conférence active de la réadaptation a pris connaissance des adaptations consolidées du document de définition et a confié au département Communication de H+ la relecture du projet. En septembre 2013, la conférence active a soumis le document de définition DefReha© version 1.0 au Comité de H+ pour décision. Ce dernier a approuvé la présente version 1.0 en langue allemande le 19 septembre 2013.

L'association H+ dispose désormais avec DefReha© d'une référence pour ses travaux de développement de la structure tarifaire. C'est le cas également pour les membres, qui ont désormais sous la main un document qui répond et aide à répondre aux questions portant sur les interfaces avec la réadaptation stationnaire (en amont et en aval).

Tous les partenaires de la réadaptation stationnaire – patients, prestataires, assurances, cantons, SwissDRG SA, autorités de surveillance – devraient considérer de manière unifiée et sans équivoque les prestations et les types d'offre de prestations, le moment où commence la réadaptation stationnaire et celui où elle prend fin. La mise en œuvre de cette perspective commune nécessite l'intégration de tous les partenaires: le document de définition DefReha© doit contribuer à la recherche d'un consensus.

La version 2.0, approuvée par le Conseil d'administration de H+ le 28 août 2018, a précisé dès le chapitre 3.2 les prestations pour chaque type de réadaptation. Les descriptions reposent sur les connaissances actuelles relatives à la fourniture effective et économique de prestations et établissent des critères minimaux mesurables au cas par cas pour cette fourniture. Des écarts par rapport aux critères minimaux sont possibles à titre exceptionnel et pour une période limitée lorsque c'est médicalement justifié.

Cette version a décrit également les exigences minimales en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel. Ce sont des conditions liées à l'exploitation, qui doivent être satisfaites par la branche, pour que les prestations de la réadaptation stationnaire puissent être fournies. Elles relèvent des conditions fixées par les cantons pour la participation à des

structures tarifaires (mandat de prestations) et des dispositions de police sanitaire (autorisation d'exploiter).

Une offre de prestations de moindre intensité ou une absence de ressources sur le plan du personnel ou des installations ne permettent pas de fournir des prestations dans le respect des définitions du présent document. De telles prestations ne correspondent pas à la réadaptation stationnaire et, en ce sens, pas non plus au concept de réadaptation, tel qu'il doit être utilisé dans le cadre de l'offre de prestations stationnaires.

La version 2.0 découlait de la décision de SwissDRG SA de perfectionner la structure tarifaire ST Reha avec une systématique de l'arbre de décision, en intégrant les prestations de réadaptation au moyen de codes en tant que caractéristiques pertinentes pour les groupements. L'objectif déclaré de SwissDRG SA est de renforcer le lien avec la prestation.
Pour le relevé, les prestations de la réadaptation stationnaire doivent figurer dans la Statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Cela n'a pas été complètement le cas jusque-là. DefReha© 2.0, pour la première fois, pose les conditions préalables. Le document décrit les prestations tant sur le plan quantitatif que du contenu. Depuis fin 2016 déjà, la FMH et ses sociétés de discipline médicale ont effectué d'importants travaux afin de définir les prestations de base pour les neuf types de réadaptation. Ces travaux ont été mis à la disposition de H+ également et ont été intégrés en partie à DefReha© 2.0. Le catalogue des procédures médicales (CHOP) pourra ainsi être complété avec les prestations de la réadaptation stationnaire. C'est grâce à ces données définies et relevées de manière uniforme au niveau national que SwissDRG SA pourra, comme elle en a le mandat, développer la structure tarifaire liée aux prestations ainsi qu'elle l'a décidé, en se fondant sur le codage des prestations.

A cet égard, H+ est un partenaire fiable. Par le passé, ses membres ont toujours eu une attitude orientée solutions pour le développement de la structure tarifaire de la réadaptation stationnaire. DefReha© 2.0 donne les bases d'une définition uniforme des prestations et des conditions minimales posées à leur offre, et cela du point de vue des utilisateurs et de tous ceux dont les prestations génèrent un bénéfice pour les patients.

Dans le cadre de la présente version 3.0, tous les chapitres traitant des types de réadaptation ont été adaptés pour améliorer leur cohérence les uns avec les autres. Cet examen a entraîné des adaptations pour certains types de réadaptation.

En outre, trois domaines transversaux ont été prévus dans ce document. Ces domaines ont pu être délimités selon des objectifs de participation différents mais aussi selon des conditions d'organisation, d'infrastructure et de personnel distinctes. Les prestations dans un domaine transversal doivent être impérativement définies en complément d'un type de réadaptation.

La réadaptation complexe après un accident, la réadaptation professionnelle et la réadaptation précoce / intensive font partie des trois domaines transversaux.

Afin de fournir les prestations de la forme complexe de la réadaptation intensive, les institutions ont besoin d'un personnel particulièrement formé et d'installations spécifiques. En Suisse, il existe des différences régionales dans la fourniture de la réadaptation intensive: dans un cas, les prestations sont fournies dans les hôpitaux de soins aigus et dans l'autre, elles sont fournies dans les cliniques de réadaptation. Dans les deux cas, il s'agit de prestations de réadaptation stationnaire qui doivent être fournies comme définie dans le chapitre correspondant de DefReha©. Leur représentation dans le tarif de la réadaptation stationnaire ST Reha est logique d'un point de vue systématique et absolument nécessaire.

Toutes les autres parties prenantes sont invitées à examiner les principes posés dans DefReha© 3.0 et à dialoguer avec H+, afin que le document soit largement approuvé et, dans le meilleur des cas, afin d'aboutir à une directive acceptée par tous en Suisse pour la réadaptation stationnaire.

Un grand merci à la commission de rédaction de la Conférence active de la réadaptation de H+ qui a canalisé et finalisé le large spectre de propositions d'adaptation de DefReha© 2.0 pour parvenir à DefReha© 3.0.

Commission de rédaction de la version 3.0:

- Prof. Dr Stefan Bachmann, directeur médical et médecin-chef en rhumatologie/médecine interne, Cliniques Valens
- Prof. Dr Christophe Graf, chef du Département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève
- Dr Stefan Goetz, médecin-chef en réadaptation et gériatrie aiguë, médecin-chef/directeur médical, Klinik St. Katharinental, Diessenhofen
- Dr Gianni Roberto Rossi, CEO, Rehaklinik Bellikon
- Markus Tschanz, responsable technique Tarifs et réadaptation, H+ Les Hôpitaux de Suisse

Table des matières

1. Introduction 7

1.1 Cadre légal 9
1.2 Présentation générale de la chaîne des soins tournée vers la réadaptation 10
1.3 Délimitation entre les critères minimaux pour la prestation et les critères minimaux liés à l'exploitation en termes d'organisation, d'infrastructure et de personnel. 10

2. La réadaptation en Suisse: cadre général 11

2.1. Définition 11
2.2. Objectifs 12
2.3. Prestations de base et conditions pour la fourniture 13
2.4. Planification de l'offre 14
2.5. Prise en compte dans le tarif et potentiel d'amélioration 15
2.6. Place de la réadaptation dans la chaîne des soins 17
2.7. Délimitation entre les prestations des soins aigus et la réadaptation 19
2.8. Délimitation entre la réadaptation et d'autres domaines 20
2.9. Importance du système de forfaits par cas SwissDRG des soins aigus pour les prestations de la réadaptation stationnaire 23
2.10. Structure tarifaire par forfaits ST Reha 24

3. Types de réadaptation et exigences minimales 25

3.1. Critères de délimitation des types de prestations dans la réadaptation stationnaire 25
3.2. Explications relatives aux tableaux 26
3.3. Types de réadaptation 27

3.3.1. Réadaptation gériatrique 27

3.3.2. Réadaptation en médecine interne et oncologique 30

3.3.3. Réadaptation cardio-vasculaire – réadaptation cardiaque et réadaptation en cas de maladies cardio-vasculaires 33

3.3.4. Réadaptation musculosquelettique 36

3.3.5. Réadaptation neurologique 39

3.3.6. Réadaptation pédiatrique 42

3.3.7. Réadaptation en cas de paraplégie 46

3.3.8. Réadaptation psychosomatique 51

3.3.9. Réadaptation pulmonaire 54

3.4. Domaines transversaux de la réadaptation stationnaire 57

3.4.1. Réadaptation professionnelle 57

3.4.2 Réadaptation intensive / précoce 60

3.4.3 Réadaptation complexe après un accident 62

4. Réflexions sur la reprise des contenus de DefReha© 3.0 dans les structures tarifaires et les mandats de prestations cantonaux ainsi que sur le codage des prestations de réadaptation 65

1. Introduction

Ce document a été rédigé afin de définir la notion de réadaptation, et en particulier de la réadaptation stationnaire, dans le cadre légal actuel et de servir de base pour l'introduction à l'échelle nationale d'un système de rémunération unifié pour la réadaptation somatique et psychosomatique. La définition des cas de la psychiatrie et de la réadaptation psychiatrique, ainsi que de la réadaptation ambulatoire et des soins de transition, n'est pas l'objet de DefReha© 3.0.

Une méthode uniforme de rémunération pour chaque type de réadaptation n'est judicieuse que si elle est basée sur des définitions et des critères de délimitation précis qui, de surcroît, sont acceptés par toutes les parties tout au long de la filière de soins: de la fin des soins aigus au transfert en réadaptation – ou des soins de transition à la réadaptation – et durant la suite du processus jusqu'au retour à la maison ou jusqu'au placement dans une autre institution en aval, par ex. dans un EMS. En outre, la nouvelle rémunération par forfaits liés aux prestations devra aussi s'appuyer sur des délimitations sans équivoque des différentes phases du processus de réadaptation. Et ce n'est que lorsque la délimitation entre les différents types de réadaptation sera clarifiée qu'un calcul économique pourra avoir lieu afin de déterminer une structure tarifaire fondée sur l'intensité des prestations.

Les objectifs de ce document peuvent être synthétisés comme suit:

- Définir des critères médicaux décrivant **la fin du cas somatique aigu** (fin des forfaits par cas pour les soins somatiques aigus).
- **Etablir** des critères de **délimitation entre** les différents **types de traitement et de suivi après** le séjour somatique aigu (ambulatoire ou stationnaire) après le traitement médical aigu (ambulatoire ou stationnaire)
- Définir des critères médicaux décrivant le **début de la réadaptation stationnaire**.
- Définir des critères médicaux déterminant la **fin de la réadaptation stationnaire**.
- Dès la version 2.0, l'objectif a été de **définir concrètement les prestations**, et de déterminer des critères minimaux mesurables pour chaque type de réadaptation décrit dans DefReha©, et en particulier la combinaison inter- et multiprofessionnelle des prestations. L'accent a été mis sur la définition des prestations de réadaptation selon le type de réadaptation.
- Définition **d'exigences minimales en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel.** Ce sont des conditions liées à l'exploitation, qui doivent être remplies du point de vue de la branche, pour pouvoir fournir les prestations de réadaptation stationnaire.
- La saisie dans la Statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) au moyen des positions du catalogue CHOP permet de créer une partie de la base de données pour la structure tarifaire liée aux prestations. De ce fait, le contenu de DefReha© sert à l'élaboration de demandes pour la saisie statistique des prestations de la réadaptation stationnaire dans le cadre de la procédure ordinaire de demandes auprès de l'OFS pour l'adaptation du catalogue CHOP.
- En résumé, DefReha© est le document de référence de H+ pour le positionnement de la réadaptation stationnaire du point de vue des fournisseurs de prestations. Il sert, pour H+, de base de discussion avec les partenaires de la santé.
- Par rapport aux versions précédentes de DefReha©, la version 3.0 intègre des constats relatifs à la fourniture actuelle des prestations et crée trois domaines transversaux de la réadaptation stationnaire. En complément logique avec un type de réadaptation, ces domaines donnent au final la définition des prestations et la description des conditions nécessaires pour la fourniture des prestations.

L’étape suivante vers une structure tarifaire plus étroitement liée aux prestations consiste à grouper les cas des divers types de réadaptation de manière pertinente pour le tarif. A cet effet, chaque cas de réadaptation sera attribué au groupe qui convient, conformément à la prestation, compte tenu du degré de dépendance et du degré de sévérité. La résolution de toutes les questions en relation avec la structure tarifaire est du ressort de SwissDRG SA.

Afin de respecter les dispositions de la LAMal, il convient dans une première étape d’établir des critères cliniques permettant de distinguer les différents types de prestations ainsi que des critères minimaux mesurables pour l’offre de ces prestations. Dans une deuxième étape, SwissDRG SA définira des degrés dans les groupes de cas de la réadaptation. Les cas de la psychiatrie et de la réadaptation psychiatrique ainsi que ceux de la réadaptation ambulatoire ou relevant des soins de transition ne font pas partie de la structure tarifaire de la réadaptation stationnaire. Ils ne figureront pas dans ST Reha.

1.1 Cadre légal

LAMal art. 39 Hôpitaux et autres institutions

Al. 1 «Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

a. garantissent une assistance médicale suffisante;
b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats;
f. s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

LAMal, art. 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux

al. 1 «…En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse».

OAMal art. 59d Forfaits liés aux prestations

al. 4 «Le lien à établir avec la prestation au sens de l'art. 49, al. 1 de la loi, doit permettre une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation».

Les dispositions de la LAA, de la LAI et de la LAM diffèrent de celles de la LAMal citées ici et des ordonnances qui s'y rapportent. Cependant, à l'instar de la médecine somatique aiguë, il y a un consensus du côté du législateur sur le fait qu'il faut disposer d'un seul système de rémunération unifié au niveau national et valable pour tous les domaines des assurances sociales, pour autant que les prestations soient les mêmes.

Les prestations qui ne relèvent pas de la LAMal, comme par exemple

- les prestations d'insertion professionnelle qui sont régies par les dispositions légales AA, AI ou AM, ou
- les prestations qui figurent dans la loi sur le contrat d'assurance LCA, ou
- les prestations qui sont payées par les bénéficiaires eux-mêmes,

doivent faire l'objet d'une tarification hors des forfaits au sens de l'art 59d OAMal.

Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS, Annexe 1[1] point 11

Mesures	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions
Réadaptation hospitalière (stationnaire)	Oui	Prise en charge uniquement sur garantie spéciale de l'assureur maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.

[1] https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr
Citation du premier alinéa – pour les dispositions détaillées se référer au point 11 de l'Annexe 1 OPAS

1.2 Présentation générale de la chaîne des soins tournée vers la réadaptation

Tous les patients hospitalisés en soins somatiques aigus ne rentrent pas dans leur environnement familier à l'issue de leur séjour. Beaucoup doivent bénéficier des prestations médicales, thérapeutiques et en soins infirmiers et de programmes d'entraînement dans une structure spécialisée de réadaptation. Pour d'autres patients, les prestations ambulatoires sont indiquées, parmi lesquelles figurent également les offres de réadaptation ambulatoire avec programmes multiprofessionnels ou les soins de transition après un séjour en soins aigus, conformément à l'art. 25a al. 2 LAMal. La définition de ces offres n'est pas l'objet du présent document.

Certains patients sont hospitalisés directement dans des structures de réadaptation sans avoir été traités préalablement en soins aigus stationnaires, d'autres ont par exemple besoin de quelques jours de repos à la maison après les soins somatiques aigus, avant que la réadaptation stationnaire puisse démarrer.

1.3 Délimitation entre les critères minimaux pour la prestation et les critères minimaux liés à l'exploitation en termes d'organisation, d'infrastructure et de personnel

L'application des prescriptions légales citées au chapitre 1.1 à la réadaptation stationnaire implique que les différentes situations soient identifiées sans équivoque et délimitées les unes des autres par des critères objectifs.

La détermination de forfaits par cas liés au type et à l'intensité de la prestation requiert les deux étapes consécutives suivantes, sous la responsabilité de SwissDRG SA:

1. Définition du type des différentes prestations – le présent document entend synthétiser la perspective des fournisseurs de prestations et être une aide en ce sens. En plus des facteurs médicaux qui marquent le début et la fin de la réadaptation stationnaire, les prestations et les combinaisons de prestations des différents types de réadaptation décrits doivent être présentées concrètement. Font partie de la définition[2]:

    - les critères minimaux mesurables pour l'offre de prestations
    - les critères minimaux liés à l'exploitation en termes d'organisation, de personnel et d'infrastructure

2. Fixation de valeurs seuils au sein de l'arbre décisionnel pour le groupement des cas, afin de prendre correctement en considération la prestation dans la future structure tarifaire. Dans l'arbre de décision de la structure tarifaire, il doit être aussi possible de faire figurer une situation où les critères minimaux pour la fourniture de prestations ne sont pas respectés durant une courte période (trois jours au maximum) en raison d'une aggravation de l'état du patient.

[2] Les critères minimaux mesurables pour la prestation se rapportent à la prestation au patient et doivent pouvoir être mesurés et documentés à ce niveau. Les critères minimaux liés à l'exploitation se rapportent aux prescriptions des cantons pour l'autorisation d'exploiter et pour le mandat de prestations en réadaptation stationnaire.

3. Pour les prescriptions relevant d'autres lois – LAA, LAI, LAM – le législateur attend que les mêmes prestations ne soient, autant que possible, pas représentées par des structures tarifaires différentes.

2. La réadaptation en Suisse: cadre général

2.1. Définition

Selon l'OMS[3], la réadaptation est la «mise en œuvre d'un ensemble optimal de mesures physiques, sensorielles, intellectuelles, psychologiques et sociales destinées à restituer à l'intéressé un usage aussi complet que possible de la ou des fonctions atteintes en vue de retrouver la meilleure activité possible et une place appropriée dans la société».
L'objectif repose sur une idée maîtresse: restaurer l'indépendance et l'autonomie, si possible dans l'environnement existant, par exemple dans le logement occupé jusque-là. Si le déroulement de la réadaptation révèle que ce n'est pas possible, l'objectif doit être adapté et/ou des modifications doivent être apportées à l'environnement.

La réadaptation se base sur le modèle de la santé fonctionnelle selon les critères ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF - voir illustration 1).

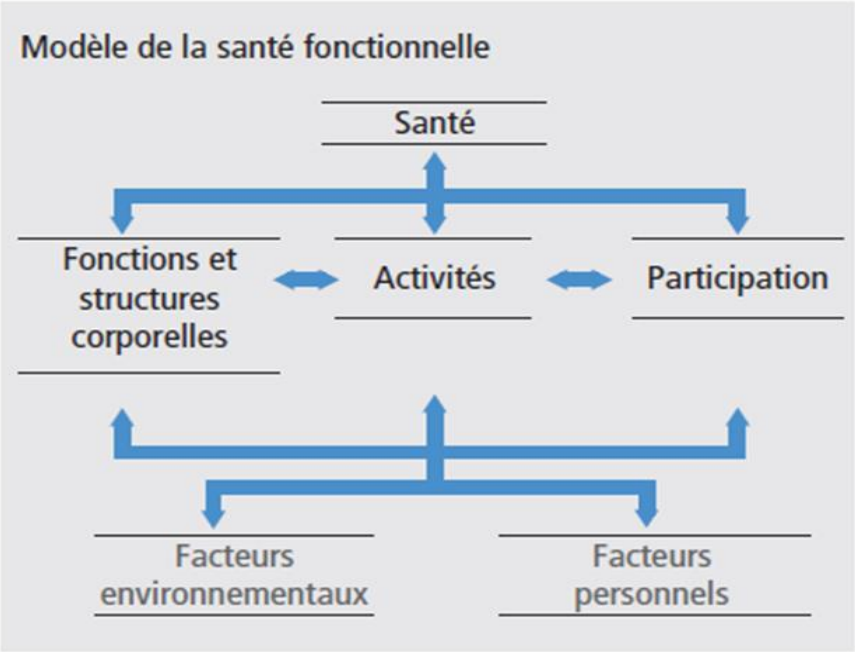

Illustration 1: Modèle de la santé fonctionnelle selon les critères ICF

Ce modèle fait ressortir la situation sanitaire non seulement du point de vue du diagnostic (CIM10), mais également à partir d'une vision fonctionnelle globale tenant compte de la situation personnelle de chaque individu dans son quotidien aussi bien professionnel que privé. Il se base sur la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).

[3] http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/

2.2. Objectifs

Conformément à la classification CIF, les objectifs de la réadaptation sont les suivants:

1. Corriger les atteintes au niveau des organes
2. Corriger les troubles de l'activité (activity) en recourant à des programmes d'entraînement ou développer avec le patient des possibilités de compensation fonctionnelle pour les troubles qui se répercutent sur la vie quotidienne
3. Réduire les restrictions de la participation, en adaptant l'environnement aux patients, dans une mesure économiquement raisonnable, par exemple grâce à des moyens auxiliaires
4. Planifier la thérapie en partant de la condition individuelle et en incluant les facteurs contextuels, tels que les facteurs psychosociaux et environnementaux
5. Transmettre des stratégies préventives (le plus souvent dans le champ de la prévention secondaire)

Dans ce sens, la réadaptation est indiquée afin de rétablir et d'empêcher une réduction excessive des capacités fonctionnelles, et ce également en cas de maladies chroniques et de soins palliatifs.

Pour atteindre ces objectifs, les traitements les plus divers sont mis en œuvre de manière combinée. Cette combinaison de traitements peut comporter des prestations qui, prises isolément, ne remplissent pas les critères des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. La jurisprudence en vigueur[4] accepte la prise en charge de telles prestations par l'assurance-maladie obligatoire dans le cadre d'une combinaison de traitements, pour autant que l'indication de la prestation et la grande majorité des prestations relèvent de l'AOS.

[4] Cette jurisprudence a été codifiée en relation avec les médicaments à l'art. 71a al. 1 let. a OAMal. En outre, ces principes généraux peuvent être aussi dérivés de la réglementation prévue à l'art. 64 al. 3 LPGA (ATSG Kommentar-KIESER, n. 31 ss. relatives à l'art. 64).
La jurisprudence et la littérature prévoient que les mesures sont en rapport étroit et que la prestation obligatoire l'emporte. → ATF 120 V 200 c. 7b; 139 V 509 c. 5.2; arrêt du TF 9C_108/2014 du 26 septembre 2014 c. 3.1; arrêt du TFA K 153/06 du 28 novembre 2007 c. 3.5.2 f.; cf. aussi ATF 134 V 1 E. 6.2.1.
Un tel rapport qualifié existe notamment lorsque la mesure non-obligatoire constitue une condition incontournable à la fourniture de prestations obligatoires. ATF 130 V 532 c. 6.1; arrêt du TFA K 991 du 11 mai 1998 c. 3, in: RAMA 1998; p. 306.

2.3. Prestations de base et conditions pour la fourniture

Par **prestations de base**, nous entendons des prestations qui sont un standard pour tous les patients de la réadaptation stationnaire et doivent être fournies.

- Assessments spécifiques à l'admission et à la sortie
- Documentation du cas et de son déroulement, en règle générale selon la CIF ou la CIM
- Coordination garantie et documentée de la réadaptation portant sur
  - la définition, le contrôle et l'adaptation des objectifs
  - un engagement optimal de l'équipe soignante
  - les prestations de réadaptation

  La coordination est menée et assumée par un médecin
- Protocoles de traitement personnalisés avec thérapies individuelles et en groupe
- Visite hebdomadaire interdisciplinaire avec participation du personnel médical, thérapeutique, infirmier et la personne chargée des sorties[5]. Autres prestations médicales selon les besoins
- Implication des patients et de leurs proches
- Affectation coordonnée et individuelle de l'équipe de réadaptation multiprofessionnelle et interdisciplinaire en vue de la mise en œuvre des mesures de réadaptation conformément aux objectifs fixés
- Planification anticipée et structurée de la sortie et des soins de suite

Par **conditions de base** relatives au personnel ou à l'organisation, nous entendons les conditions qui doivent être remplies par les fournisseurs de prestations pour tous les types de réadaptation:

- Personnel infirmier niveau ES ou HES présent 24 h/24 et 7 j/7
- Personnel médical de garde 24 h/24 et 7 j/7
- Basic Life Support garanti 24 h/24 et 7 j/7 par du personnel formé
- Equipe composée selon le type de réadaptation

Selon la coordination définie pour chaque cas, l'équipe de réadaptation peut être composée des groupes professionnels suivants (cette liste n'est pas une condition de base):

- Spécialistes en médecine de réadaptation
- Physiothérapeutes
- Ergothérapeutes
- Logopédistes
- Psychologues/neuropsychologues
- Assistants sociaux
- Diététiciens
- Infirmiers/infirmières disposant de connaissances élargies en réadaptation[6]
- Personnel pour l'instruction des patients
- Thérapeutes en médecine complémentaire
- Pédagogues
- Enseignants
- Accompagnement spirituel

---

[5] Coordinateur de la réadaptation, service social, etc.

[6] Il n'y a pas encore de définition obligatoire des soins infirmiers de réadaptation, avec une conception commune des contenus, ainsi que de règlements de formation continue reconnus à l'échelon national.

Les prestations et conditions de base décrites de façon assez générale dans ce chapitre seront détaillées pour chaque type de réadaptation et trois domaines transversaux dès le chapitre 3.3. Les descriptions reposent sur les connaissances actuelles relatives à la fourniture effective et économique de prestations et établissent des critères minimaux mesurables pour cette offre .

2.4. Planification de l'offre

Au niveau suisse, la planification hospitalière étant du ressort de chaque canton, ces derniers définissent leurs propres critères. Les cantons ont l'obligation de coordonner la planification selon l'art. 39 al.2 LAMal. Les art. 25 al.2, 39 al.1 et 3, 49 et 56 LAMal posent le cadre nécessaire à la prise en charge par l'assurance de base. H+ Les Hôpitaux de Suisse approuve le recours uniforme à des critères comparables lors de l'attribution de mandats de prestations.

DefReha© va dans ce sens en délimitant de manière uniforme

- les prestations de réadaptation par rapport aux autres prestations de soins de suite au chapitre 2.8
- les différents types de réadaptation dès le chapitre 3.3
- les cas de la somatique aiguë par rapport à ceux de la réadaptation, grâce à des critères définissant le début et la fin de la réadaptation stationnaire

et en définissant

- des critères minimaux mesurables pour chaque type de réadaptation stationnaire dès le chapitre 3.3
- trois domaines transversaux de la réadaptation stationnaire dès le chapitre 3.4.2

2.5. Prise en compte dans le tarif et potentiel d'amélioration

Bases légales préalables à la prise en compte dans le tarif

- Pour l'assurance obligatoire des soins (AOS): le chiffre 11 de l'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) précise les conditions auxquelles la réadaptation hospitalière (stationnaire) est à la charge de l'assurance de base: «Prise en charge uniquement sur garantie spéciale de l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.» L'OPAS n'exige pas de différenciation supplémentaire en lien avec la garantie de prise en charge des coûts par l'assureur – par exemple selon le type de réadaptation.
- Dans la loi sur l'assurance-accidents, le principe des prestations en nature prévaut. L'assuré reçoit la prestation mise à disposition par l'assurance. Les prestations LAA – en particulier dans le domaine de la réadaptation au travail – diffèrent des prestations LAMal.

Prise en compte dans le tarif

- Dans le domaine AOS: actuellement pour chaque fournisseur de prestations de réadaptation stationnaire, des conventions tarifaires différentes sont établies pour déterminer le mode de rémunération des diverses prestations de réadaptation. Les pratiques varient grandement. Cela doit changer à moyen terme, avec l'introduction du nouveau financement hospitalier et les dispositions de la LAMal pour une structure tarifaire nationale uniforme. Comme prévu par la loi, la structure tarifaire uniforme «ST Reha» est élaborée par SwissDRG SA.
- Pour le domaine LAA, la situation est comparable: la prise en compte dans le tarif est le fruit de négociations entre les cliniques et les assurances, représentées par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM). La structure uniforme «ST Reha» s'appliquera également à la LAA.

Amélioration possible de la représentation tarifaire

- Le processus de réadaptation, en particulier, devrait aussi être représenté dans le tarif. Il y a un fort potentiel d'amélioration aux interfaces des différentes structures de soins et des tarifs. En effet, les patientes et les patients à l'interface entre les soins aigus et la réadaptation ont le meilleur bénéfice à tirer de la pose de la bonne indication et de l'optimisation du moment du transfert vers le bon fournisseur de prestations. La manière la plus efficace de procéder consiste, selon les connaissances actuelles, en une collaboration entre les médecins traitants de part et d'autre de l'interface. Il est possible à cet égard que la réadaptation stationnaire ne suive pas directement les soins aigus stationnaires et les soins aigus et de transition, mais intervienne après une «pause».

- Les prestations qui échappent à la réadaptation au sens étroit, telles que les dialyses, les thérapies oncologiques ou certaines thérapies complexes de la douleur, mais qui sont fournies durant la réadaptation stationnaire, doivent être prises en considération tant par les mandats de prestations que dans le tarif – par exemple via des rémunérations supplémentaires applicables dans ST Reha ou via une tarification séparée.

- L'obligation actuelle de disposer d'une autorisation des médecins-conseils ou des médecins de l'assurance pour la réadaptation stationnaire nécessite donc une approche harmonisée au niveau national pour la pose de l'indication. Les fournisseurs de prestations attendent du législateur et des partenaires que l'on supprime la procédure de garantie de prise en charge qui n'est pas efficace. A défaut, l'inégalité de

traitement entre les patients, déjà observable aujourd'hui, perdurera. De plus, les procédures qui se déroulent de manière différente ou se prolongent risquent d'allonger inutilement les séjours en soins somatiques aigus. A l'heure actuelle, on ne sait pas clairement qui doit assumer les coûts supplémentaires.

- L'idée à l'origine de la garantie préalable de prise en charge des coûts remonte à l'époque où la séparation entre la réadaptation, la cure et le «wellness» n'était pas très claire. Visiblement, l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne pouvait alors être protégée d'une prise en charge injustifiée que grâce à cette ordonnance. Aujourd'hui en revanche, il convient de définir de manière consensuelle les différentes phases et aspects de la réadaptation. Cela comprend les critères d'inclusion et d'exclusion pour le début et la fin de la réadaptation stationnaire et la définition des prestations. C'est la meilleure manière de lutter contre les malentendus, l'ignorance ou les incitations uniquement financières, resp. d'éviter le reproche selon lequel les acteurs suivraient des motivations égoïstes, sans se soucier des patients.

- H+ soutient l'élaboration par SwissDRG d'une structure tarifaire liée aux prestations. L'engagement clair selon lequel les groupements de la structure tarifaire ne se font pas en fonction des diagnostics est important. En se référant aux descriptions des prestations de DefReha© 3.0 approuvées, H+ participera à la procédure de demande dans le cadre de la révision du catalogue CHOP. La discussion politique sur les prestations de la réadaptation stationnaire et sur la représentation dans le tarif, y compris les règles d'application et de facturation, doit avoir lieu entre les partenaires tarifaires au sein de SwissDRG SA. Elle ne peut être déléguée à d'autres partenaires.

2.6. Place de la réadaptation dans la chaîne des soins

D'une manière générale, un certain nombre de critères peuvent être retenus afin de décrire l'état d'un patient à la fin de la période de traitement dans une structure de soins aigus (le plus souvent en stationnaire, mais aussi en ambulatoire):

- Sa situation médicale initiale est clarifiée, le diagnostic pour les soins aigus a été exclu.
- Les premières étapes thérapeutiques sont initiées et, en accord avec les personnes concernées, sont considérées comme tolérées et efficaces
- Les traitements nécessitant des soins aigus sont établis et peuvent se poursuivre ailleurs, resp. sont terminés
- Le risque vital aigu est maîtrisé

Dès que ces conditions sont remplies, le patient peut en principe quitter les soins aigus.

Si la condition médicale du patient nécessite des mesures de réadaptation pour rétablir le meilleur état de santé possible, le séjour stationnaire ou ambulatoire doit être poursuivi dans une institution de réadaptation. La situation de vie avant l'évènement ayant entraîné les soins somatiques aigus constitue la référence pour le rétablissement.

Les points de départ de la réadaptation et les facteurs à prendre en considération dans la pose de l'indication sont:

- La situation du traitement curatif des fonctions organiques ou des structures anatomiques atteintes qui se présente à la pose de l'indication
- Le recouvrement ou la compensation des atteintes aux fonctions organiques et aux structures anatomiques, aux activités et aux participations
- La prévention de nouvelles atteintes aux fonctions organiques et aux structures anatomiques, aux activités ou aux participations
- La poursuite de certains traitements en cours hors des soins somatiques aigus

Idéalement, mettre un terme aux soins somatiques aigus et décider si la réadaptation est indiquée sont des décisions à prendre, durant les soins somatiques aigus, au sein d'une équipe composée de médecins des domaines des soins aigus et de la réadaptation, en impliquant le patient concerné ou son représentant légal. La prise de décision interdisciplinaire et collégiale s'impose de plus en plus actuellement entre les fournisseurs de prestations des soins somatiques aigus et de la médecine de réadaptation.

La réadaptation doit être considérée comme **un processus continu qui inclut le diagnostic et le traitement**

- de l'atteinte des fonctions organiques et des structures anatomiques
- de la réduction des activités et
- de la diminution de la participation

ainsi que l'environnement. Les interventions possibles découlent de l'analyse des interactions entre ces composantes. Une appréciation des besoins et de la capacité de réadaptation ainsi que du pronostic est effectuée. Les prestations de réadaptation sont décrites en tant que prestations de base à la page 13.
Le point de départ du processus est en règle générale l'assessment multidimensionnel – en d'autres termes, l'observation globale du patient dans sa situation de vie.

La ***nécessité d'une réadaptation*** est indiquée lorsqu'il existe une possibilité d'intervention réadaptative en relation avec l'atteinte à la santé, avec les troubles et dégradations qui en résultent et avec l'objectif individuel défini pour garantir la meilleure participation possible afin d'éviter le handicap. L'adéquation et l'efficacité de cette intervention doivent être avérées. Une indication thérapeutique objectivable (réalisation dans le cas présent des conditions du besoin, de la capacité et du pronostic de réadaptation) doit être posée, respectivement réalisée. La nécessité d'une réadaptation fait l'objet d'un examen régulier durant le séjour stationnaire.

La ***capacité réadaptative*** prend en compte la constitution physique et psychique, la motivation, la motivation potentielle et la capacité du patient à participer à la réadaptation. Dans le cas des patients dont les capacités cognitives sont réduites, il n'est souvent pas possible d'estimer a priori la capacité réadaptative. Dans les domaines de la médecine de réadaptation dans lesquels sont traités ces patients (par ex. neurologie, gériatrie), l'équipe détermine la capacité réadaptative au cours du processus thérapeutique de réadaptation. Chez les enfants qui, en raison de leur développement, ne sont pas en mesure de participer de manière autonome à leur réadaptation, il est décisif pour la capacité réadaptative que la famille, resp. les personnes de référence, puissent s'impliquer activement dans le processus de réadaptation.

Le ***potentiel de réadaptation*** indique la faculté d'atteindre des objectifs de réadaptation individuels et réalistes.

Le ***pronostic de réadaptation*** est une déclaration fondée de la probabilité d'atteindre un objectif de réadaptation déterminé en commun. A cet effet, diverses interventions viennent soutenir les ressources individuelles durant le temps nécessaire, sur la base de l'affection/atteinte actuelle, du déroulement passé, de la capacité de récupération et du potentiel de récupération.
Une évaluation est effectuée à intervalles réguliers, elle porte sur l'atteinte résiduelle des fonctions organiques et des structures anatomiques traitées, des activités et des participations, ainsi que sur le degré de réalisation des objectifs de réadaptation qui ont été fixés.

En résumé, ***les objectifs généraux de la réadaptation*** peuvent être définis comme suit:

- Rétablissement de la limitation de la qualité de vie résultant d'une maladie ou d'un accident par une réduction ciblée des douleurs liées aux symptômes, une amélioration des fonctions et une intégration, respectivement une réintégration des patients au moyen des objectifs de participation définis en commun.
- Prévention d'un handicap imminent
- Réduction ou élimination d'un handicap
- Prévention de l'aggravation d'un handicap et donc d'un risque de nouvelle réhospitalisation
- Prévention de complications secondaires telles que contractures, escarres, dystrophies de l'épaule, etc.
- Apprentissage des mécanismes et des stratégies de compensation
- Réduction des facteurs de risque
- Encouragement de la responsabilité individuelle du patient et amélioration de la connaissance de la maladie et de son traitement («Self Management»)
- Prévention secondaire de la survenue d'autres évènements
- Réintégration dans l'environnement professionnel et social avec prise en compte de l'environnement (facteurs environnementaux selon la CIF)

2.7. Délimitation entre les prestations des soins aigus et la réadaptation

Historiquement, il revient à l'équipe médico-thérapeutique responsable du traitement du patient dans le service de soins aigus (service amont) de déterminer le moment où le patient peut quitter ce service et être transféré dans une structure de réadaptation. Respectivement, c'est le rôle de l'équipe médico-thérapeutique de la structure de réadaptation d'analyser cette demande et, éventuellement, de la refuser si l'état du patient dépasse les capacités de la structure, tant sous l'angle de la nature que sous celui de l'intensité des prestations disponibles, ou si l'indication pour des soins de réadaptation stationnaires ne semble pas pertinente. La séparation historique de la décision telle que décrite est cependant de moins en moins nette: la décision de mettre un terme aux soins somatiques aigus et de commencer une réadaptation se prend aujourd'hui idéalement durant les soins somatiques aigus, au sein d'une équipe composée de médecins de somatique aiguë et de réadaptation. Cette prise de décision de manière transversale et en partenariat s'impose de plus en plus entre les fournisseurs de prestations de somatique aiguë et de médecine de réadaptation.

Comme les interfaces entre les soins aigus et la réadaptation peuvent soulever des problèmes de délimitation, il convient d'établir des critères différenciés afin que l'on puisse déterminer à partir d'une base bien déterminée et décidée en commun quand le séjour en soins aigus est terminé d'un point de vue médical. A partir de ce moment, le traitement de suite prescrit peut démarrer. Cela implique que les caractéristiques des patients qui peuvent être éligibles ont été clairement identifiées à la fin du séjour aigu.

En outre, la description précise du contenu et des conditions de la fourniture des prestations de réadaptation stationnaire est utile afin de procéder à la délimitation entre les soins somatiques aigus et la réadaptation. En cas d'indication pour une réadaptation stationnaire, cela présuppose enfin que le fournisseur de prestations remplit les conditions lui permettant de prodiguer effectivement le type et l'intensité des prestations médicales, thérapeutiques et de soins infirmiers dans la structure de réadaptation.

Diverses conditions pour l'offre des prestations, par exemple des différences liées à l'organisation, aux infrastructures et au personnel, sont intégrées dès la version 2.0 de DefReha© sous forme de critères minimaux mesurables.

- Ces critères servent en premier lieu de base reconnue de manière générale et d'aide à la discussion entre les institutions de soins aigus et celles de réadaptation.
- Les prestations de la réadaptation stationnaire décrites dans DefReha© servent de référence pour l'application de la structure tarifaire.
- Les assurances doivent les appliquer en cas de conflit sur la prise en charge des coûts.
- Ces critères valent pour l'attribution des mandats de prestations cantonaux correspondants. Pour l'accomplissement de ces mandats, les cantons peuvent prévoir des conditions supplémentaires portant sur l'organisation, les infrastructures ou le personnel. Ces différentes exigences compliquent cependant la comparaison entre les fournisseurs de prestations. Il faut donc en tenir compte.

Dès la version 3.0, trois nouveaux domaines transversaux sont créés dans la réadaptation stationnaire:

- La **réadaptation intensive / réadaptation précoce** est centrée sur la période initiale, y compris les prestations spécifiques au patient nécessitant des soins intensifs.
- La **réadaptation professionnelle** est centrée sur l'objectif spécifique d'un rétablissement de la capacité professionnelle et/ou à suivre une formation.

- La **réadaptation complexe après un accident** désigne la réadaptation en cas de séquelles dues à un accident et de cadre de réadaptation complexe.

Il convient d'observer que les trois domaines transversaux ne décrivent les prestations correspondantes de la réadaptation stationnaire qu'en complément avec l'un des types décrits dans DefReha©. La délimitation entre les prestations de soins aigus et de réadaptation intervient aussi dans cette constellation.

2.8. Délimitation entre la réadaptation et d'autres domaines

Les prestations de réadaptation à proprement parler peuvent et doivent être distinguées des soins de suite, tels que, par exemple, les soins aigus et de transition cités dans la LAMal, les soins de longue durée, les cures, les prestations ambulatoires et les soins palliatifs.[7]

DefReha© se concentre sur la réadaptation stationnaire. Dans le contexte suisse, il convient de tenir compte du fait que la réadaptation stationnaire doit être prodiguée dans des établissements assimilés par la LAMal à des hôpitaux.

Certaines thérapies spécialisées et multimodales de réadaptation se déroulent également en ambulatoire[8] – voir l'encadré.

- Réadaptation ambulatoire
  Une réadaptation ambulatoire peut se dérouler dans une structure spécialisée sous la forme d'un traitement interdisciplinaire et multimodal.

- Réadaptation semi-stationnaire
  La réadaptation semi-stationnaire entre en ligne de compte pour les patients qui n'ont plus besoin d'un traitement stationnaire, mais pour lesquels l'intensité de la thérapie requiert davantage qu'un traitement purement ambulatoire ou que ce dernier n'est pas réaliste pour des raisons techniques liées à la sollicitation ou à l'accompagnement. Cette forme de réadaptation doit offrir une prise en charge médicale, infirmière et thérapeutique interdisciplinaire. Une infrastructure correspondante doit être à disposition (par ex. espaces de repos, repas de midi, etc.)

Les prestations de réadaptation ambulatoire et semi-stationnaire se distinguent de la réadaptation stationnaire en particulier par l'absence d'hébergement de nuit/ d'infrastructures hôtelières et par des soins infirmiers requis de moindre ampleur.

[7] Voir description détaillée dès la page 21
[8] La délimitation entre la réadaptation ambulatoire et la réadaptation stationnaire n'est pas l'objet de DefReha© 3.0. Cela peut être compris comme une indication en vue de l'élaboration pour les versions futures

A l'image de la médecine aiguë et de ses succès impressionnants, dus entre autres à une spécialisation croissante, la réadaptation s'est également spécialisée en raison des diverses maladies qu'elle est amenée à traiter et de leurs conséquences.

Il est important que la réadaptation décrite dans le présent document soit bien distinguée des divers termes utilisés parfois comme synonymes, par exemple:

- Traitement/soins de suite
- Soins de transition, resp. soins aigus et de transition
- Cure
- Soins palliatifs
- Convalescence
- Thérapies ambulatoires

Soins de suite
Les soins de suite englobent toutes les étapes d'un traitement de suivi qui doivent être observées après une thérapie aiguë avec approche curative. Ils s'étendent des soins de plaie et de pansement et des médications jusqu'à des thérapies individuelles moins intensives visant à la récupération de la fonction antérieure, sans que des thérapies de réadaptation spécialisées, interdisciplinaires et multimodales ne soient nécessaires.

Les différents modèles de soins cantonaux peuvent conduire à un financement différent des services et par conséquent à des incitations différentes pour la mise en œuvre.

Les offres suivantes font partie des soins de suite.

Soins de transition (soins aigus et de transition)
Si, à l'issue du séjour stationnaire, des prestations relevant des soins aigus ou de transition qui ne requièrent pas la présence d'un médecin s'avèrent nécessaires, un traitement hors de l'hôpital au sens de l'art. 25a LAMal[9] est indiqué.
Le terme de soins de transition est appliqué à l'interface entre l'hôpital et les soins à domicile, respectivement entre l'hôpital et le home. L'art. 25a al. 2 LAMal régit exhaustivement les soins de transition qui sont remboursés durant deux semaines au maximum selon les règles du financement hospitalier (soins uniquement). Ils doivent être prescrits par un médecin à l'hôpital. L'état de santé actuel du patient est déterminant pour savoir dans quel cadre et selon quelles méthodes il doit être traité. Alors que la méthodologie des soins aigus et de transition est analogue à celles de l'hôpital de soins aigus, resp. de la réadaptation stationnaire, ou du home, les patients se différencient beaucoup par leurs besoins médicaux et thérapeutiques et de réadaptation.

---

[9] Art. 25a LAMal Soins en cas de maladie

1. L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.
2. Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.
3. Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.
4. Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.
5. Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

Cure

Dans un établissement de cure, des traitements réalisés sous surveillance médicale sont considérés en principe comme des traitements ambulatoires («cure balnéaire ambulatoire») selon l'art 25 OPAS [5]. Une cure sert à stabiliser et à éviter qu'une souffrance ne s'aggrave. Les traitements de cure ne doivent pas répondre à des exigences spécifiques pour les prestations de soins. Durant une cure, en règle générale seule la physiothérapie active prescrite par jour peut être réalisée et facturée à la charge de l'assurance-maladie.

Soins palliatifs (Palliative Care)

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)[10] donne la définition[11] suivante des soins palliatifs: « Les soins palliatifs comprennent, dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladies incurables, mettant leur vie en danger ou chroniques et évolutives. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. Ils cherchent à atténuer les souffrances, prennent aussi en considération les aspects sociaux, moraux, spirituels et religieux, en fonction des désirs du patient. Les soins palliatifs de bonne qualité dépendent de connaissances et de méthodes de travail professionnelles et sont prodigués, dans la mesure du possible, dans le lieu souhaité par le patient. S'ils prennent tout leur sens au moment de l'agonie et du décès, ils devraient être proposés au patient à un stade précoce de sa maladie ou de son handicap, peut-être même parallèlement aux soins curatifs. »

Dans le détail, selon la définition de l'ASSM, les soins palliatifs:

- respectent la vie et sa finitude
- respectent la dignité et l'autonomie du patient et placent ses priorités au centre des soins
- sont proposés à chaque patient atteint d'une maladie incurable et évolutive, quel que soit son âge
- s'efforcent de soulager au mieux les symptômes difficiles à supporter comme les douleurs, les difficultés respiratoires, les nausées, les angoisses ou la confusion
- prévoient aussi des mesures de réadaptation, diagnostiques et thérapeutiques améliorant la qualité de vie du patient

Les soins palliatifs nécessitent aussi bien des compétences spécifiques au domaine, en termes de connaissances particulières, d'approches techniques sophistiquées, que le développement de compétences relationnelles, basées sur des formations adéquates.

Les soins palliatifs spécialisés ne doivent pas être considérés comme de la réadaptation au sens étroit; ils constituent plutôt une discipline médicale propre reposant sur les objectifs et les principes thérapeutiques décrits ci-dessus.

Convalescence

Synonyme: guérison, rétablissement. Il s'agit là du processus de guérison qui intervient à la fin dans l'ancienne classification des stades de la maladie. La convalescence est l'un des derniers stades: les signes de l'affection aiguë comme la fièvre, la faiblesse, les vertiges, les douleurs, etc. disparaissent peu à peu jusqu'au rétablissement complet de la santé.

---

[10] Directives médico-éthiques et recommandations. Approuvées par le Sénat de l'ASSM le 23 mai 2006. Version définitive. Les Directives médico-éthiques peuvent être téléchargées sur le site de l'ASSM, https://www.samw.ch/fr.html

[11] Comp. Vade mecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène, Genève, 2008

Prestations ambulatoires

Diverses thérapies font partie des prestations ambulatoires: physiothérapie, ergothérapie, logopédie, ainsi que d'autres thérapies uniques contribuant au rétablissement d'une fonction existant auparavant, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux thérapies de réadaptation interdisciplinaires, spécialisées et multimodales. Prises isolément, de telles prestations peuvent être considérées comme des **mesures réadaptatives** mais pas comme de la réadaptation stationnaire ou ambulatoire.

Prestations ambulatoires dans le cadre d'un hébergement en institution de soins de longue durée (EMS, services de soins de longue durée, homes, etc.)

Les prestations ambulatoires fournies dans les institutions de soins de longue durée (EMS, services de soins de longue durée, homes, etc.), qui sont des mesures réadaptatives, **sont à tort** parfois appelées réadaptation. Et cela alors qu'elles ne remplissent clairement pas les exigences posées à la réadaptation, à savoir des thérapies spécialisées, coordonnées, interdisciplinaires et multimodales telles que décrites au chapitre 2.

2.9. Importance du système de forfaits par cas SwissDRG des soins aigus pour les prestations de la réadaptation stationnaire

Dans les soins aigus, l'utilisation des ressources en relation avec le traitement d'une maladie peut être mise en relation à intervalles réguliers avec le diagnostic CIM en tenant compte du degré de gravité et peut être donc définie sur cette base. En revanche, les diagnostics décrits dans le système de classification CIM ne sont pas très probants pour évaluer les ressources de réadaptation nécessaires pour chaque cas. Car la nature, le volume, la qualité et l'intensité de l'investissement consenti pour la réadaptation peuvent être notablement influencés par le type et l'expression des dysfonctionnements dus à la maladie dans les activités et la participation du patient au sein de sa famille, de son environnement et de sa profession. Dans les pays pratiquant les forfaits par cas pour la somatique aiguë, les hôpitaux ont multiplié, après la phase d'introduction du système, les coopérations avec les autres hôpitaux, mais aussi avec les médecins installés, les cliniques de réadaptation, les homes et les services de soins à domicile. L'incitation à réduire les durées de séjour joue un rôle décisif, de même qu'indispensable pour une intervention en réadaptation visant au rétablissement fonctionnel. Les hôpitaux concluent donc des coopérations afin que le traitement en réadaptation suive sans retard.

Pour les fournisseurs de prestations, les forfaits par cas dans les soins aigus stationnaires constituent une incitation forte à raccourcir les hospitalisations autant qu'il est médicalement acceptable. La conséquence de ce transfert précoce des soins aigus vers la réadaptation est que les médecins actifs dans ce dernier secteur sont confrontés de plus en plus fréquemment à des situations qui exigent des prestations médicales (aiguës) en plus de la prestation de réadaptation proprement dite. Souvent **l'indication pour la *réadaptation stationnaire*** découle en définitive de la combinaison des indications pour une réadaptation spécialisée, coordonnée et interdisciplinaire, avec une indication pour des prestations médicales complémentaires, auxquelles viennent souvent s'ajouter des facteurs sociaux complexes.

Pour les structures de réadaptation, de tels cas entrainent des coûts supplémentaires, dus par exemple à des visites médicales plus fréquentes, des mesures d'hygiène et d'isolement (par ex. MRSA). Il en découle une tendance à l'augmentation des ressources investies en réadaptation. Puisqu'un nombre plus élevé de patients sont transférés plus tôt en réadaptation, il est nécessaire de recourir dans un premier temps plus souvent à des thérapies individuelles qui mobilisent davantage de personnel, qu'à des thérapies en groupe. Ces raisons

formulées de façon globale imposent donc de définir des critères décrivant les prestations de la réadaptation, mais aussi des critères médicaux permettant d'éviter des sorties précoces et intempestives des hôpitaux de soins aigus ou des cliniques de réadaptation.

2.10. Structure tarifaire par forfaits ST Reha

La décision prise en juin 2018 par SwissDRG SA de renforcer le lien avec la prestation dans la structure tarifaire ST Reha va dans le sens des forfaits par cas. Les groupements ne doivent pas être réalisés en fonction des diagnostics, mais être systématiquement centrés sur les prestations. Les données de prestations nécessaires sont répertoriées dans le cadre de la Statistique médicale des hôpitaux. Le catalogue «Classification suisse des interventions chirurgicales» (CHOP) revêt une grande importance dans ce contexte pour saisir les prestations, les procédures, mais également les assessments. DefReha© 2.0 définit désormais les prestations. Ces définitions doivent être utilisées dans le cadre de la procédure ordinaire de demandes d'adaptation de la CHOP. La CHOP doit représenter les prestations, et non les définir. DefReha© 2.0 précise également les conditions posées à la fourniture de prestations qui sont en règle générale importantes pour le financement ou la planification et sont donc partie intégrante des mandats de prestations cantonaux. Les discussions sur les prestations de la réadaptation doivent être exclusivement menées au sein d'organismes légitimes à cet égard et reconnus par toutes les parties prenantes. Dans un autre document de référence[12], H+ a formulé les conditions posées aux exigences impératives dans des directives et guidelines qui devraient toujours être respectées lorsque de telles directives posent des conditions en termes de personnel ou d'infrastructures aux fournisseurs de prestations ou aux cantons.

Il convient de tendre à ce que la notion de fourniture des prestations partagée par les autorités qui en sont responsables se recoupe largement avec les connaissances actuelles des fournisseurs. Au final, les concepteurs de la structure tarifaire stationnaire ST Reha peuvent travailler sur ce tarif avec les informations fournies par les relevés de données relatifs aux prestations et aux coûts.

DefReha© 3.0 complète la notion de fourniture des prestations avec trois domaines transversaux. Ces derniers se concentrent – en complément d'un type de réadaptation – sur des fournitures spécifiques de prestations et se différencient au premier chef par des objectifs distincts concernant le rétablissement de la participation chez les patients (objectifs distincts de participation). Des données de prestations et de coûts particulières doivent être disponibles pour la représentation tarifaire des prestations fournies dans les domaines transversaux.

[12] Conditions posées aux exigences impératives dans des directives et guidelines qui impactent le financement et la planification, https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Bedingungen_fuer_verbindliche_Anforderungen/20180323_Positionspapier_Richtlinien_V1.0-F.pdf

3. Types de réadaptation et exigences minimales

3.1. Critères de délimitation des types de prestations dans la réadaptation stationnaire

Ce chapitre s'articule comme suit:

La spécialisation de la réadaptation stationnaire est présentée à travers **neuf** sous-chapitres pour les **types de réadaptation** et **trois** sous-chapitres pour les **domaines transversaux**. Cela correspond aux prestations stationnaires de réadaptation effectivement offertes en Suisse. Actuellement, les différents types de réadaptation sont mentionnés dans les mandats de prestations de plusieurs cantons. Pour les auteurs, consacrer un sous-chapitre à chaque type de réadaptation était la manière la plus claire de procéder. Les domaines transversaux présentent – uniquement en complément de l'un des types de réadaptation – la définition des prestations et la description des conditions nécessaires à leur fourniture.

L'ordre des types de réadaptation n'a rien de hiérarchique, il suit l'ordre alphabétique du texte allemand.

Les **exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel** livrent dans chaque chapitre la perspective de la branche. Les points mentionnés doivent être pris en considération pour l'autorisation de fournir des prestations et d'appliquer la structure tarifaire nationale pour la réadaptation stationnaire qui est du ressort des cantons. Selon nous, des exigences moindres ne permettraient pas aux prestations d'être assimilées à la réadaptation stationnaire.

Les **prestations minimales à fournir au patient** décrivent ***les prestations*** mesurables et ***spécifiques à la réadaptation*** stationnaire. Sont décrites les prestations minimales que chaque patient doit recevoir en moyenne sur la durée totale de son séjour en réadaptation stationnaire.

Les sous-chapitres suivent tous le même schéma:

- **Définition** du type de réadaptation
- **Objectifs** du traitement
- **Prestations de base**
- **Exigences minimales fixées à l'institution** en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel – implications pour la branche des prescriptions posées aux mandats de prestations et aux autorisations d'exploiter
- **Prestations minimales** à fournir au patient – prestations de réadaptation **spécifiques**, individuelles, délimitées
- Tableaux des **critères d'admission et de sortie pour le début et la fin du séjour en réadaptation stationnaire**.

3.2. Explications relatives aux tableaux

Les tableaux présentent de manière standardisée les critères retenus pour le début et la fin de la réadaptation stationnaire. L'image ci-dessous en précise les principes:

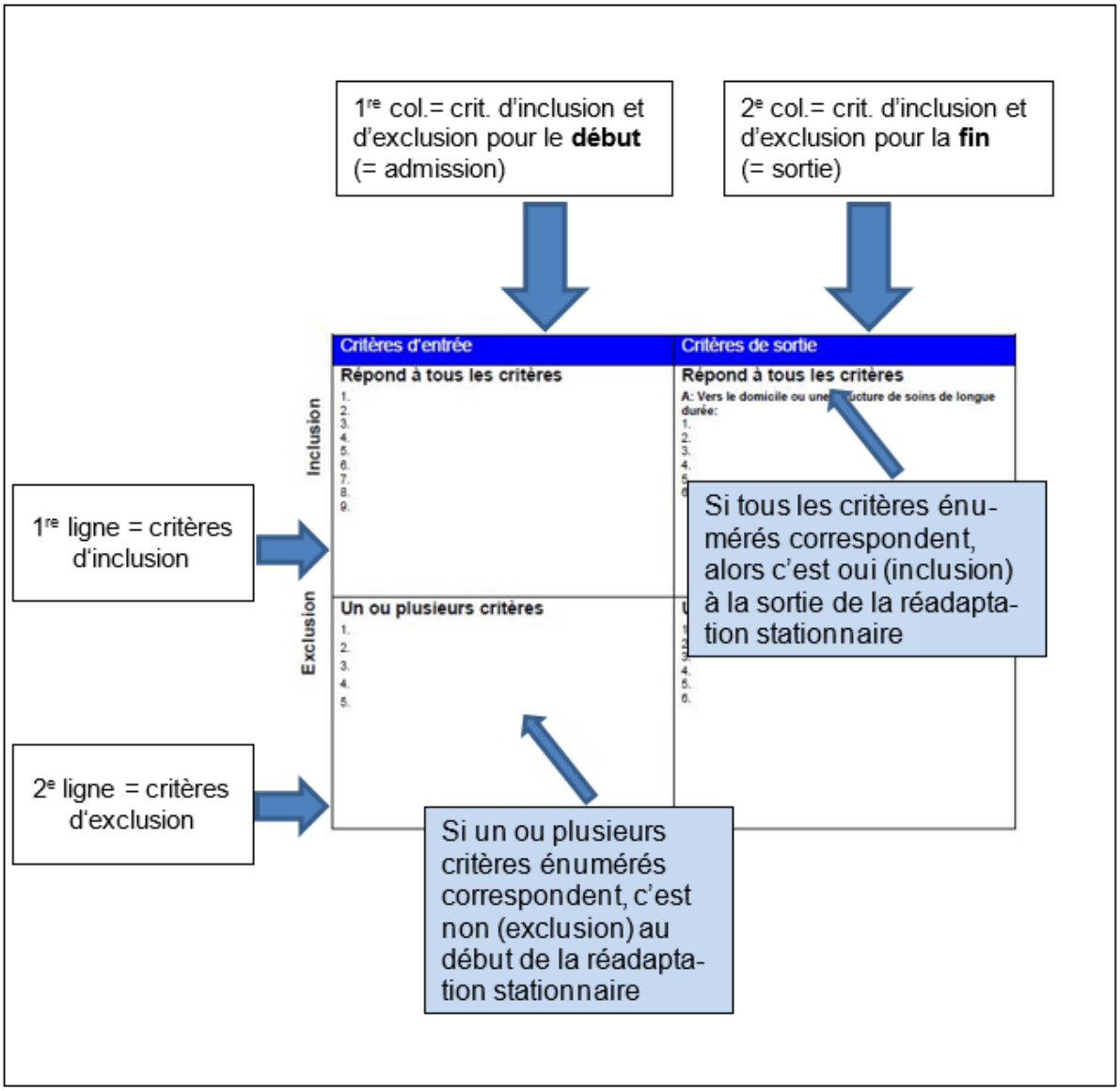

Illustration 2 : Structure du graphique, qui représente horizontalement les *critères d'inclusion et d'exclusion* et verticalement le *début et la fin* du séjour stationnaire.

3.3. Types de réadaptation

3.3.1. Réadaptation gériatrique

Définition

La réadaptation gériatrique comprend l'ensemble des mesures visant à minimiser, voire à faire disparaître, les limitations fonctionnelles selon la Classification internationale du fonctionnement du Handicap et de la santé CIF de l'OMS en vue d'une existence la plus autonome possible des patients gériatriques. La réadaptation gériatrique stationnaire fait partie de la médecine gériatrique. Elle recourt aux processus spécifiques à la gériatrie (en particulier l'assessment gériatrique, le travail coordonné en équipes interdisciplinaires, la prise en compte de l'environnement social, la planification de la sortie) dans le contexte de la réadaptation.

Objectifs

Diminution des limitations des fonctions organiques et des structures anatomiques, des activités et de la participation.

Autonomie optimale du patient gériatrique dans son environnement quotidien.

Diminution des besoins ultérieurs en soins et accompagnement.

Prestations de base

Voir chapitre 2.3

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation gériatrique est placée sous la direction
  - d'un médecin spécialiste en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie (FMH) et deux ans[13] d'expérience en médecine de réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation avec deux ans d'expérience dans un établissement de formation postgraduée[14] pour l'approfondissement en gériatrie.
- Examen à l'admission avec un assessment gériatrique structuré (au moins dans les domaines de la cognition, de l'ADL, de la mobilité, de l'état émotionnel et nutritionnel ainsi que de la situation sociale).
- Planification de la sortie avec un assessment gériatrique structuré (au moins les domaines ADL et mobilité) et garantie de la suite de la prise en charge.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, diététicien.

[13] Expérience en médecine de réadaptation acquise durant une activité dans un établissement de formation postgraduée en médecine physique et de réadaptation ou dans un service stationnaire pour patients en réadaptation neurologique, musculosquelettique, cardiaque, pulmonaire ou en cas de paraplégie.
[14] Etablissements de formation postgraduée selon la définition de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) – Registre des établissements

- Accès à:
  - accompagnement spirituel
  - techniques orthopédiques
  - soins palliatifs spécialisés
  - personnel formé à la thérapie de la dysphagie

Prestations minimales au patient

300 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour): des écarts par rapport à cette valeur peuvent survenir pour des motifs spécifiques au patient (capacités fluctuantes du patient). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous sont guidés au cas par cas par l'indication et la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Logopédie ou traitement de la dysphagie
- Conseil et thérapie nutritionnel
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation gériatrique stationnaire

	Critères d'entrée	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** 1. Multimorbidité gériatrique (patients généralement âgés de plus de 75 ans) avec présence documentée de plus d'un des syndromes gériatriques mentionnés: a. limitation cognitive, notamment état délirant en régression b. limitation de la mobilité, risque de chutes ou vertiges c. incontinence des selles et/ou des urines d. malnutrition et/ou sarcopénie e. dépression ou troubles anxieux f. troubles de la vue et/ou troubles de l'ouïe handicapant au quotidien g. douleurs symptomatiques chroniques h. problèmes de médication en cas de polymédication (plus de 5 médicaments) et/ou mauvaise observance thérapeutique i. difficultés psychosociales 2. Il y a nécessité et potentiel de réadaptation	**Répond à tous les critères** A: Vers le domicile ou une structure de soins de longue durée: 1. Le bilan global permet de planifier la suite de la prise en charge après l'hospitalisation 2. Les objectifs de réadaptation sont atteints: a. la capacité fonctionnelle du patient est en adéquation avec l'environnement à la sortie ou b. le potentiel de réadaptation est épuisé, une amélioration significative n'est plus attendue comme le montrent les échelles d'évaluation L'évaluation se déroule au moyen d'instruments standardisés et validés. B: Vers les soins stationnaires aigus Apparition de nouveaux problèmes ou de complications nécessitant une hospitalisation/réhospitalisation en soins aigus (plus de trois interventions médicales quotidiennes durant deux jours consécutifs). C: Vers une autre structure de soins L'évolution clinique rend le patient éligible pour une autre structure de soins
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Nécessité d'un diagnostic et d'un traitement stationnaire dans un hôpital de soins aigus 2. Patients présentant une pathologie spécifique relevant d'une autre forme de réadaptation, notamment le traitement des paraplégies, des affections neurologiques, des traumatismes crânio-cérébraux, des atteintes relevant spécifiquement de la réadaptation cardio-vasculaire, pulmonaire ou musculosquelettique	**Un ou plusieurs critères** 1. Les progrès constatés permettent d'envisager, par une prolongation du séjour, un environnement de sortie où les traitements sont moins intensifs pour le patient que prévu initialement 2. L'aggravation de l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.3.2. Réadaptation en médecine interne et oncologique

Définition

La réadaptation en médecine interne et la réadaptation oncologique sont deux spécialités différentes qui sont considérées ensemble en raison des nombreuses similitudes qu'elles présentent. Elles peuvent être donc soumises à des critères communs.

Les deux spécialités comprennent des mesures diagnostiques et thérapeutiques visant à corriger la limitation de l'activité et de la participation afin de permettre au patient de retrouver son indépendance.

La réadaptation en médecine interne traite les patients atteints de troubles fonctionnels, de limitations de leur activité et de leur participation au quotidien en raison:

- d'un déconditionnement physique ou psychique, d'une atteinte aux organes, de limitations fonctionnelles de l'appareil et de problèmes nutritionnels consécutifs à des traitements médicaux et/ou des interventions chirurgicales ;
- d'une affection qui concerne deux organes ou systèmes d'organes ;
- d'une malnutrition liée à la maladie ;
- d'une transplantation d'organes (sauf cœur et poumon) ;
- d'une maladie du tractus gastro-intestinal ;
- d'un traitement en médecine intensive ;
- d'une maladie chronique ;
- d'une infection sévère.

La réadaptation en médecine interne se distingue des autres types de réadaptation en ce sens que les atteintes résultant de la complexité des multimorbidités présentes sont traitées sur les plans médical et thérapeutique durant le séjour en réadaptation. Ainsi, une attribution à une autre spécialité de la réadaptation n'est pas envisageable sans équivoque.

La réadaptation oncologique est destinée aux patients atteints de troubles fonctionnels et de limitations de leur activité et de leur participation en raison d'une maladie oncologique/hématologique, de ses conséquences et des suites du traitement.

Objectifs

Les objectifs des réadaptations en médecine interne et oncologique visent un rétablissement des atteintes fonctionnelles, une amélioration des activités au quotidien et une participation aussi bonne que possible dans le monde du travail et la société.

Prestations de base

Voir chapitre 2.3

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation en médecine interne est placée sous la direction
  - d'un médecin spécialiste en médecine interne générale avec deux ans[15] d'expérience en médecine de réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation avec deux ans d'expérience dans un établissement de formation postgraduée[16] en médecine interne générale.
- La réadaptation oncologique est placée sous la direction
  - d'un médecin spécialiste en médecine interne générale avec deux ans d'expérience[15] en médecine de réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en oncologie médicale ou en hématologie avec deux ans d'expérience[15] en médecine de réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation avec deux ans[15] d'expérience dans un établissement de formation postgraduée[16] en médecine interne générale ou en oncologie, resp. hématologie.

  Si le responsable de la réadaptation n'est pas un spécialiste en oncologie médicale, la coopération avec un tel spécialiste doit être assurée.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, diététicien, psychologue/neuropsychologue.
- Accès à:
  - consultation stomie et continence
  - thérapie de la douleur
  - soins palliatifs spécialisés
  - personnel formé à la thérapie de la dysphagie

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous est fonction de l'indication ainsi que de la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie et thérapies sportives (pers. diplômé)
- Ergothérapie
- Thérapie de relaxation
- Entraînement à la gestion du quotidien
- Conseil/thérapie nutritionnels
- Examen et traitement psychothérapeutique et / ou neuropsychologique
- Consultation diabète
- Consultation tabagisme
- Service social
- Thérapie non-médicale de la douleur
- Education du patient en vue d'un changement de comportement et d'une prévention secondaire (avec participation des proches)

---

[15] Expérience en médecine de réadaptation acquise durant une activité dans un établissement de formation postgraduée en médecine physique et de réadaptation ou dans un service stationnaire pour patients en réadaptation neurologique, musculosquelettique, cardiaque, pulmonaire ou en cas de paraplégie.

[16] Etablissements de formation postgraduée selon la définition de L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)– Registre des établissements

- Traitement de la dysphagie
- Consultation stomie et continence

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation stationnaire interne et oncologique

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** 1. Patients adultes présentant a. une polypathologie, des troubles de la participation et/ou b. un déficit fonctionnel c. un trouble de la participation. 2. Nécessité d'une réadaptation stationnaire en vue notamment: a. d'une approche de réadaptation multidisciplinaire/combinée, incluant l'éducation ou b. d'un bilan pour déterminer l'origine des troubles et le potentiel éventuel ou c. d'une poursuite du traitement médical. 3. L'objectif poursuivi est le retour à domicile ou un placement en institution avec une indépendance aussi grande que possible. 4. La stratégie diagnostique et thérapeutique a été définie par l'hôpital de soins aigus.	**Répond à tous les critères** **A: Vers le domicile ou une institution de soins** Condition préalable: le potentiel de réadaptation en stationnaire est épuisé. 1. Le bilan global autorise la planification de la prise en charge en ambulatoire. 2. Le processus de réadaptation stationnaire est terminé, a. la capacité fonctionnelle du patient est en adéquation avec l'environnement prévu à la sortie ou b. l'évaluation pluridisciplinaire révèle que des progrès significatifs ne sont plus attendus, la capacité fonctionnelle ne progresse plus. L'évaluation se déroule au moyen d'instruments standardisés et validés. 3. La symptomatologie s'est suffisamment améliorée et est compatible avec l'environnement prévu. **B: Vers les soins aigus stationnaires** L'apparition de problèmes aigus ou de complications nécessitant une infrastructure diagnostique et thérapeutique complexe (instabilité circulatoire, métabolique et respiratoire, plus de trois interventions médicales quotidiennes durant deux jours consécutifs). **C: Vers une autre structure de soins** L'évolution clinique rend le patient éligible pour un autre type de traitement et de prise en charge (par ex. soins palliatifs).
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Les paramètres vitaux ne sont pas stables. 2. Patients présentant une pathologie relevant spécifiquement d'une réadaptation spécialisée différente, notamment traitement des paraplégies, des affections neurologiques, des traumatismes crânio-cérébraux, des affections relevant de la réadaptation cardio-vasculaire, respiratoire ou musculosquelettique. 3. La phase diagnostique n'est pas terminée, resp. le processus thérapeutique n'est pas déterminé ou requiert une surveillance étroite. 4. Le patient n'adhère pas aux propositions thérapeutiques	**Un ou plusieurs critères** 1. Les progrès constatés permettent d'envisager un environnement de sortie moins restrictif pour le patient que celui envisagé précédemment. 2. L'aggravation de l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus.

3.3.3. Réadaptation cardio-vasculaire – réadaptation cardiaque et réadaptation en cas de maladies cardio-vasculaires

Définition

La réadaptation cardio-vasculaire – et la prévention – est un processus qui doit aider les patients souffrant principalement d'affections cardio-vasculaires à retrouver un état optimal d'un point de vue physique, psychique, émotionnel et social. Grâce à des mesures de prévention, il s'agit de promouvoir un style de vie sain susceptible d'améliorer le pronostic.

Une réadaptation cardio-vasculaire est indiquée:

- après un événement cardiaque aigu : infarctus, syndrome coronarien aigu avec ou sans angioplastie coronarienne ;
- lors de maladie coronarienne aiguë stable avec ou sans intervention antérieure par cathétérisme ;
- après une opération sur le cœur ou les vaisseaux ;
- pour la prise en charge de multiples facteurs de risque cardio-vasculaire (par ex. syndrome métabolique avec ou sans maladie cardiaque chronique) ;
- lors d'insuffisance cardiaque (avec fraction d'éjection réduite ou préservée) ;
- pour d'autres maladies cardio-vasculaires dont l'évolution est favorablement influencée par une réadaptation (par ex. AOMI, embolie pulmonaire).

Objectifs

Amélioration de la qualité de vie:

- Réduction des troubles
- Amélioration de la fonction corporelle et des performances physiques
- Stabilisation de l'état psychique (acceptation de la maladie, vie avec la maladie au quotidien)
- Réintégration et participation sociale (travail, famille, préservation de l'autonomie pour les patients âgés) possibles et assurées

Amélioration du pronostic:

- Prévention et réduction des risques
- Réduction de la morbidité
- Réduction de la mortalité

Contribution à la stabilité des coûts:

- Amélioration de l'adhésion
- Réduction / prévention des séjours hospitaliers évitables
- Mise en retraite anticipée et soins évités

Prestations de base

Voir chapitre 2.3, en outre:

- L'assessment documenté à l'admission et à la sortie comporte un examen clinique, un test de performance (ergométrie ou test de marche de 6 min.), une mesure de la qualité de vie, un relevé du profil de risque cardiovasculaire ;
- Evaluation médicale et optimisation du traitement, mise en œuvre d'une prophylaxie secondaire médicamenteuse adéquate ;
- Information sur la maladie (diagnostic et thérapie) et les facteurs de risques, éducation à la vie avec la maladie (par ex. insuffisance cardiaque, défibrillateur implanté, DAV) ;

- Programme d'activités physiques pour promouvoir des changements d'habitudes de vie et correction d'une sédentarité préexistante ;
- Gestion du stress, acquisition de techniques de coping, thérapie de relaxation ;
- Sevrage du tabac ;
- Conseil et formation relatifs au diabète ;
- Organisation du suivi, réintégration à la vie quotidienne (y c. capacité de travailler).

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation cardio-vasculaire est placée sur la direction d'un médecin spécialiste en cardiologie avec deux ans d'expérience[17] en réadaptation, spécialement avec des patients cardiaques. Le spécialiste en cardiologie dispose d'une expérience de trois ans au moins en médecine interne.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute / thérapeute du sport, ergothérapeute, assistant social, diététicien, psychologue / neuropsychologue.
- Un concept d'urgence et d'alarme est établi, la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), y compris la défibrillation, est garantie en tout temps durant les thérapies, pour les activités hors de la zone de la clinique, présence de deux personnes formées à la RCP, dont un thérapeute.

Prestations minimales au patient

540 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et des formation énumérés ci-dessous est fonction de l'indication ainsi que de la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie et thérapies sportives (pers. diplômé)
- Ergothérapie
- Thérapie physique
- Thérapie d'entraînement médical
- Thérapie de relaxation
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique
- Conseil nutritionnel
- Consultation diabète
- Service social
- Consultation sevrage du tabac

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

[17] *Expérience en médecine de réadaptation* à travers une activité médicale dans une clinique disposant d'un mandat de prestations en réadaptation cardiaque

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation cardio-vasculaire stationnaire

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** Tous types de maladies cardio-vasculaires dans toutes les classes d'âge présentant un potentiel de réadaptation 1. Diagnostic de soins aigus et traitement invasif achevés 2. Fonctions vitales stables 3. Indications selon le chapitre DefReha© 3.3.3. 4. Capacité réadaptative 5. Le patient peut participer à un programme de groupe structuré	**Répond à tous les critères** **A: Vers une structure à domicile** 1. Les objectifs de la réadaptation sont atteints: a. La capacité fonctionnelle du patient est adaptée à l'environnement futur après la sortie; la réadaptation peut passer à la phase III (groupe de maintenance cardio-vasculaire) ou b. Aucune amélioration significative ne peut plus être attendue et l'on constate, à l'aide des échelles d'évaluation, que la capacité fonctionnelle n'augmentera plus **B: Vers une structure de soins aigus stationnaires** De nouveaux problèmes ou des complications surviennent qui nécessitent une hospitalisation / une réhospitalisation en soins aigus **C: Vers une autre structure non aiguë** On ne peut attendre d'autres progrès qui permettraient au patient de rentrer chez lui. Le traitement et la prise en charge peuvent se dérouler dans une institution moins intensive ou plus adaptée.
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** Tous les critères cités sous a) pour la réadaptation intensive (1-22): 1. Troubles hémodynamiques malins importants non contrôlés du rythme cardiaque 2. Insuffisance cardiaque décompensée nécessitant un traitement vasopresseur 3. Insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation invasive 4. Etat infectieux septique accompagné d'instabilité hémodynamique 5. Instabilité hémodynamique 6. Problèmes musculosquelettiques sévères avec autonomie réduite réduisant à néant le potentiel d'intégration 7. Psychopathie sévère ou addiction avec dépendance manifeste non contrôlée 8. Epilepsie non contrôlée / non contrôlable 9. Paralysie récente d'étiologie non éclaircie 10. Intervention chirurgicale en salle d'op la veille ou le jour d'admission pour toutes les interventions 11. Patient planifié pour une intervention en salle d'op le jour suivant et examen ou consultation préparatoire nécessaire 12. Cathétérisme cardiaque lors du jour prévu d'admission 13. Angiographie lors du jour prévu d'admission 14. Biopsie d'un organe interne lors du jour prévu d'admission 15. Ponction thoracique ou abdominale lors du jour prévu d'admission 16. Nouvelle prescription d'un médicament qui nécessite une adaptation du dosage au moins 3x par jour sous surveillance médicale directe ou lorsque le patient présente une idiosyncrasie nécessitant une surveillance médicale au moins 3x par jour 17. Ventilation permanente ou intermittente (au moins 3x par jour), y compris physiothérapie respiratoire (sauf respiration assistée en cas d'apnée du sommeil) 18. Evaluation des fonctions vitales toutes les 30' au moins sur une durée de 4 h. au moins 19. Tous types de défaillance d'un organe ou d'un appareil durant les dernières 48 h. 20. Fièvre persistante (axillaire. > 38°, resp. > 38.8° rectale ou dans l'oreille) durant les dernières 48 h. chez un patient qui n'a pas été hospitalisé pour cause de fièvre 21. Troubles de la conscience durant les dernières 48 h. 22. Problèmes hématologiques aigus (agranulocytose ou anémie sévère) durant les dernières 48 h. Avec en plus les critères sous b) à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation cardio-vasculaire 23. Troubles hémodynamiques instables du rythme cardiaque 24. Angine de poitrine instable 25. Valvulopathies cardiaques nécessitant une intervention 26. Comorbidités sévères, par ex. maladies pulmonaires: BPCO décompensée accompagnée d'une insuffisance respiratoire globale 27. Ecart métabolique grave 28. Affection rhumatologique active	**Un ou plusieurs critères** 1. Une prolongation du séjour permettra d'atteindre les objectifs de la réadaptation, resp. une amélioration importante peut être atteinte 2. Au vu des progrès constatés, un prolongement du séjour autoriserait le transfert dans un environnement moins restrictif que prévu initialement 3. L'aggravation de l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.3.4. Réadaptation musculosquelettique

Définition

La réadaptation musculosquelettique est une forme de traitement interdisciplinaire et interprofessionnelle d'atteintes chroniques ou aiguës des os, des articulations et de la colonne vertébrale et/ou d'atteintes musculosquelettiques dues à des inflammations des tissus mous ou à des causes dégénératives postopératoires ou post-traumatiques.

Les atteintes aux fonctions organiques peuvent toucher les domaines suivants:

- Mobilité/stabilité articulaire
- Résistance des os
- Force musculaire
- Tonus musculaire
- Endurance musculaire
- Réflexes moteurs
- Contrôle et coordination de mouvements involontaires désordonnés
- Déplacement (marche)
- Sensations liées à la musculature et au mouvement
- Douleurs

Objectifs

L'objectif de la réadaptation musculosquelettique est d'aboutir à un rétablissement aussi complet que possible de la capacité fonctionnelle antérieure, d'enseigner une posture ergonomiquement bénéfique ainsi que la prophylaxie. Des performances aussi élevées que possible dans les activités et la participation (professionnelle et sociale) et une atténuation des douleurs aussi importante que possible doivent être atteintes ou rétablies.

Prestations de base

Voir chapitre 2.3, en outre:

- Physio- et ergothérapie complétée par un conseilet une formation aux moyens auxiliaires ainsi que par leur remise
- Mesures d'ergonomie
- Traitement de la douleur par voie médicamenteuse et interventionnelle
- Balnéothérapie
- Thérapies aidant à apprendre à vivre avec la maladie, incluant la psychoéducation et des conseils psychologiques (par ex. stratégies de coping)
- Technique et prothétique orthopédique, y compris cordonnerie orthopédique
- Réinsertion professionnelle – en cas d'objectif défini

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation musculosquelettique est placée sur la direction
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en rhumatologie, orthopédie et traumatologie ou en médecine interne générale avec au moins deux ans[18] d'expérience en médecine de réadaptation.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, psychologue / neuropsychologue.
- Accès aux prestations d'une clinique orthopédique.

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour): des écarts par rapport à cette valeur peuvent survenir pour des motifs spécifiques au patient (capacités fluctuantes du patient). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous sont guidés au cas par cas par l'indication et la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie
- Thérapie physique
- Ergothérapie
- Thérapie d'entraînement médical
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique
- Service social
- Thérapies sportives
- Conseil nutritionnel

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

[18] *Expérience en médecine de réadaptation* acquise durant une activité dans un établissement de formation postgraduée en médecine physique et de réadaptation ou dans un service stationnaire pour patients en réadaptation neurologique, musculosquelettique, cardiaque, pulmonaire ou en cas de paraplégie.

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation musculosquelettique stationnaire

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** 1. Le patient nécessite 1 visite par jour au maximum d'un médecin ou d'un spécialiste 2. Thérapie de la douleur et potentiel de réadaptation pas encore stabilisés 3. Restriction des fonctions musculosquelettiques accompagnée de troubles persistants des activités et/ou participations et du potentiel de réadaptation. Facteurs contextuels défavorables	**Répond à tous les critères** 1. Objectifs thérapeutiques atteints: • Capacités fonctionnelles rétablies • La récupération autorise un transfert en ambulatoire/dans une institution de soins • Transfert en soins palliatifs: thérapie de la douleur stabilisée 2. Nouvelle instabilité nécessitant un retour dans un hôpital de soins aigus • Hémorragie active • Surveillance étroite • Médication intraveineuse en continu / plusieurs fois par jour • Soins intensifs nécessaires • Fièvre persistante d'origine indéterminée • Nouvelle intervention chirurgicale • Troubles électrolytiques / métaboliques graves
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** Tous les critères cités sous a) à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation intensive (soins continus): 1. Insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation invasive 2. Etat infectieux septique accompagné d'instabilité hémodynamique 3. Instabilité hémodynamique 4. Psychopathie sévère ou addiction avec dépendance manifeste non contrôlée 5. Nouvelle prescription d'un médicament qui nécessite une adaptation du dosage plusieurs fois par jour sous surveillance médicale directe ou en présence d'un risque d'idiosyncrasie 6. Patient nécessitant un contrôle médical au moins 3x par jour 7. Ventilation permanente ou intermittente (au moins 3x par jour) 8. Evaluation des fonctions vitales toutes les 30 minutes au moins sur une durée de 4 h. 9. Tous types de défaillance d'un organe ou d'un appareil durant les dernières 48 h. 10. Fièvre persistante (axillaire > 38°, resp. > 38.5° rectale ou dans l'oreille) durant les dernières 48 h. chez un patient qui n'a pas été hospitalisé pour cause de fièvre 11. Troubles de la conscience durant les dernières 48 h. 12. Problèmes hématologiques aigus (agranulocytose ou anémie sévère) durant les dernières 48 h. 13. Arythmie ventriculaire maligne non contrôlable 14. Biopsie d'un organe interne lors du jour prévu d'admission 15. Ponction thoracique ou abdominale pour le jour du transfert 16. Intervention chirurgicale en salle d'opération pour le jour du transfert ou la veille du transfert planifié 17. Maladies associées, qui sont aggravées par l'activité corporelle ou rendent impossible une réadaptation 18. Psychopathie sévère ou addiction avec dépendance manifeste et incontrôlable	**Un ou plusieurs critères** 1. L'état du patient n'autorise pas encore un transfert dans une structure ambulatoire. Un potentiel de réadaptation existe 2. Réadaptation ambulatoire possible mais pas disponible à une distance raisonnable 3. Les objectifs thérapeutiques n'ont pas encore été atteints. Un potentiel de réadaptation existe 4. L'aggravation de l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus.

3.3.5. Réadaptation neurologique

Définition

Selon la définition de l'OMS, la neuroréadaptation consiste à traiter les conséquences des maladies et atteintes du système nerveux central et périphérique ainsi qu'à traiter les conséquences des maladies neuromusculaires.

Si l'on examine les différentes phases de la maladie, la *phase aiguë* des maladies neurologiques englobe le diagnostic du trouble neurologique, les soins curatifs médicaux et chirurgicaux ainsi que le début des mesures à but réadaptatif. La pose d'indications cliniques pour des mesures supplémentaires de réadaptation y est associée. Selon la gravité de l'état neurologique et des atteintes fonctionnelles qui en découlent, le traitement est associé à une réadaptation intensive (une forme de réadaptation particulièrement complexe, sous surveillance étroite, dans un service spécifique, aussi appelée improprement par le passé réadaptation précoce), ou à une neuroréadaptation stationnaire.

Pour la neuroréadaptation stationnaire en général comme pour la neuroréadaptation stationnaire de patients présentant des atteintes étendues ou très étendues du système nerveux (neuroréadaptation intensive), des profils ont été définis par la SSNR (Société suisse de neurorééducation), dans lesquels les indications aussi bien que les exigences structurelles à l'endroit des cliniques de réadaptation sont précisées (pour la réadaptation intensive, voir la position du 27.9.2001, lors de l'AG de Locarno).

Objectifs

Le but de l'ensemble du processus est d'aboutir à un rétablissement optimal de l'intégrité corporelle et psychique:

- Réduction des séquelles primaires
- Prévention des atteintes secondaires et tertiaires
- Identification et exploitation du potentiel individuel de réadaptation
- Autonomie optimale (aptitude à se prendre en charge) dans la vie quotidienne
- Réintégration à l'école et au travail
- Acceptation de la maladie

Prestations de base

Voir chapitre 2.3, en outre:

- Logopédie et thérapie de la dysphagie
- Mesures d'isolement, si nécessaire
- Réinsertion professionnelle – en cas d'objectif défini
- Formation et conseil pour l'utilisation de moyens auxiliaires
- Instruction au patient et à ses proches
- Education à l'auto-assistance et/ou aux soins (apprentissage de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation, de la continence, de l'orientation, de la déglutition, maîtrise de la trachéostomie)
- Thérapies supplémentaires (par ex. musicothérapie, hippothérapie, thérapie soutenue par la robotique)

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation neurologique est placée sous la direction
  - d'un médecin spécialiste en neurologie, ayant au moins deux ans[19] d'expérience en médecine de réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation avec deux ans d'expérience dans un établissement de formation postgraduée en neurologie.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, psychologue / neuropsychologue.
- Accès à:
  – personnel formé à la thérapie de la dysphagie.

Prestations minimales au patient

540 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous est fonction de l'indication ainsi que de la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie et thérapies sportives (pers. diplômé)
- Ergothérapie
- Logopédie et thérapie de la dysphagie
- Thérapie d'entraînement médical
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique
- Formation et conseil pour l'utilisation de moyens auxiliaires
- Neuropsychologie
- Consultation diabète
- Service social

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

[19] *Expérience en médecine de réadaptation* acquise durant une activité dans un établissement de formation postgraduée en médecine physique et de réadaptation ou dans un service stationnaire pour patients en réadaptation neurologique, musculosquelettique, cardiaque, pulmonaire ou en cas de paraplégie

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation neurologique stationnaire

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** Ces patients sont 1. Conscients la plupart du temps 2. Capables de participer chaque jour à plusieurs séances de thérapie active d'une durée de 30 min. chacune 3. Capables d'interaction et de communication, év. à l'aide de moyens auxiliaires 4. Capables d'une mobilisation partielle durant 3 à 4 h. par jour en fauteuil roulant 5. Largement dépendants de l'aide des soignants pour les activités quotidiennes 6. Ne nécessitent plus un séjour dans une structure de réadaptation intensive/dans un service de neuroréadaptation intensive, risque faible de complication	**Un ou plusieurs critères** Retour dans un hôpital de soins aigus 1. Trouble de la conscience accompagné de délire 2. Aspiration accompagnée d'insuffisance respiratoire 3. Surveillance intensive nécessaire 4. Infection sévère 5. Décompensation psychique avec risque de suicide 6. Agressivité envers les autres 7. Risque de fuite Transfert dans une institution en aval ou à domicile 1. Les objectifs de la réadaptation sont atteints 2. le potentiel de réadaptation est épuisé 3. Contact étroit souhaitable avec les structures familiales, poursuite de la réadaptation en ambulatoire 4. Implication de l'employeur Une préparation structurée à la réintégration est possible
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** Aggravation aiguë: confusion, patient non coopératif	**Un ou plusieurs critères** 1. Instabilité 2. Potentiel de réadaptation disponible uniquement en stationnaire 3. Equipement à domicile pas encore prêt 4. Entrainement ciblé des fonctions cérébrales pas possible en ambulatoire 5. L'aggravation de la situation clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.3.6. Réadaptation pédiatrique

Définition

La réadaptation pédiatrique traite les maladies congénitales et acquises et les atteintes aux organes et aux systèmes d'organes qui entraînent des troubles fonctionnels et des perturbations importants de l'activité et de la participation des enfants et des adolescents. La référence aux troubles physiques, psychiques, émotionnels et comportementaux – dont les effets sur la poursuite du développement des enfants et des adolescents, ainsi que sur la gestion du quotidien, sur la participation sociale et sur l'intégration sont formalisés dans l'ICF-CY[20] – est aussi importante que la référence aux diagnostics étiologique selon la classification CIM.

Par analogie avec les types de prestations de la réadaptation pour adultes, la réadaptation pédiatrique s'oriente aussi sur les maladies et lésions des organes et des systèmes d'organes, en appliquant des concepts de réadaptation spécialisés, adaptés aux enfants et aux adolescents.

Par exemple:[21]

- **Réadaptation neurologique**
  Lésions cérébrales traumatiques (TBI), infirmité motrice cérébrale (IMC), accident vasculaire cérébral , encéphalite, encéphalopathie hypoxémique, tumeurs cérébrales, traumatisme médullaire, spina bifida (MMC), myélite, tumeur médullaire, polynévrite, dystrophies musculaires, etc.
- **Réadaptation en cas de paraplégie**
  Lésion de la moelle épinière (SCI).
- **Réadaptation neuroorthopédique**
  Mobilisation postopératoire et réadaptation après des interventions chirurgicales orthopédiques, état après polytraumatisme, etc.
- Réadaptation musculosquelettique
  Limitation des fonctions de l'appareil locomoteur, ostéoporose, maladies rhumatismale, état après amputation, etc.
- **Réadaptation pulmonaire**
  Asthme bronchique et maladies allergiques graves, mucoviscidose, état après transplantation rénale, etc.
- **Réadaptation cardiovasculaire**
  Etat après opération d'une malformation cardiaque congénitale nécessitant une thérapeutique lourde, accompagné d'une diminution des performances physiques, etc.
- **Réadaptation oncologique**
  Mesures ciblées après le traitement de tumeurs malignes afin d'adoucir les suites physiques et psychiques, respectivement de les éliminer. En particulier: tumeurs de l'appareil moteur pour une physiothérapie intensive, un conseil spécifique et la mise à disposition de moyens auxiliaires; tumeurs au cerveau, pour des mesures thérapeutiques ciblées, leucémies avec atteinte du SNC ou de l'appareil moteur
- **Réadaptation dermatologique**[22]
  Eczéma atopique, psoriasis et autres

---

[20] International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

[21] En tant que discipline véritablement transversale, la réadaptation pédiatrique se consacre aux enfants et aux adolescents et applique des prestations des différents types de réadaptation qui sont adaptées spécifiquement à ces patients. Cette énumération mentionne à titre d'exemples quelques tableaux cliniques qui sont traités par des prestations de la réadaptation pédiatrique et leur classement dans les différents types de réadaptation.

[22] En tant que forme de la réadaptation interne.

La situation particulière des enfants et des adolescents

L'âge, la taille et le degré de développement (facteurs individuels) posent des exigences particulières aux équipements de réadaptation pour les enfants et les adolescents (facteurs environnementaux et liés au contexte).

Par exemple:

- Un encadrement plus important, en fonction de l'âge, incluant par exemple les instructions et la surveillance lors du jeu
- Des traitements et une surveillance plus exigeants, en fonction de l'âge, par exemple une moindre adhésion aux thérapies ou la nécessité de procéder à certains examens sous narcose (par ex. IRM).
- La fréquentation de l'école de l'hôpital, en tant qu'obligation et comme partie intégrante du programme de réadaptation
- Possibilité d'accueillir au moins l'un des parents et si nécessaire des frères et sœurs (Rooming in)
- Les droits des enfants à l'hôpital, formalisés dans la Charte EACH, Charte des droits de l'enfant hospitalisé[23], par exemple:
  - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité
  - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité. Les équipements de réadaptation doivent être adaptés aux besoins des enfants
  - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants, des adolescents et de leurs familles

Objectifs

Soigner au mieux les maladies, symptômes et lésions aux organes et aux systèmes d'organes. Les soins médicaux peuvent être prodigués en ambulatoire. Le patient ou la patiente et ses parents ou les représentants légaux sont informés sur la maladie et le handicap et sont en mesure de se prononcer sur les mesures à prendre.

Convenus avec les parents ou avec le représentant légal, et selon l'âge avec le patient également, ainsi qu'avec l'assureur, les objectifs de réadaptation individuels et concrets, formalisés à l'aide de l'ICF-CY[24], sont atteints.

L'indépendance et la capacité de participer les plus grandes possibles en fonction de l'âge, l'intégration dans une école adéquate ainsi que la possibilité de retrouver la structure familiale ou d'être accueilli dans une institution en aval sont garanties.

---

[23]Source: https://www.kindundspital.ch/organisation/charta/la-charte-francaise, http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afrqi-pitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta_pediatrica.pdf

[24] International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

Prestations de base

En réadaptation pédiatrique, les prestations de base évoquées au chapitre 2.3 sont adaptées aux enfants et aux adolescents en fonction de leur âge et si possible validées. Les méthodes de traitement se basent autant que possible sur les principes de l'Evidence Based Medicine (EBM).

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation pédiatrique est placée sous la direction
  - d'un médecin spécialiste en pédiatrie avec deux ans d'expérience[25] en médecine de réadaptation ou
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation disposant de trois ans d'expérience[15] dans un établissement de formation postgraduée[26] pour la médecine pédiatrique.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, enseignant, psychologue / neuropsychologue.
- Le protocole de traitement appliqué au patient est défini selon les objectifs individuels documentés. Les parents ou le représentant légal participent à la formulation des objectifs.
- Un scénario d'urgence avec un hôpital pour enfants environnant (responsabilités, transport, etc.) doit être garanti.
- Accès:
  – à la protection de l'enfance
  – aux soins palliatifs pédiatriques
  – aux examens et aux thérapies de la vue
  – à la consultation en matière de stomie et de continence
  - à un personnel formé à la thérapie de la dysphagie
- Concept de thérapie de la douleur

[25] *Expérience en médecine de réadaptation* acquise durant une activité dans un établissement de formation postgraduée en médecine physique et réadaptation ou dans un service stationnaire de réadaptation neurologique, musculosquelettique, cardiaque, pulmonaire ou en cas de paraplégie.
[26] Etablissement de formation postgraduée selon la définition de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (SFM) – Registre des établissements

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations hebdomadaires (en moyenne, sur la totalité du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous sont guidés au cas par cas par l'indication et la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Logopédie et thérapie de la dysphagie
- Conseil nutritionnel
- Conseil et formation aux moyens auxiliaires
- Instruction au patient et à ses proches
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation pédiatrique stationnaire

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Âgé de 0 à 18 ans 2. Âge préscolaire ou école obligatoire 3. Fonctions vitales stables 4. Diagnostic curatif, médical achevé 5. Traitement curatif, médical évalué et au minimum entamé 6. Trouble la conscience diagnostiqué et qui n'augmente pas 7. Atteinte cognitive stable ou s'améliorant 8. Spasticité sévère, dystonie ou dyskinésie 9. Installations techniques de soins telles que pompe à baclofène, y compris remplissage ou ventilation assistée 10. Plâtre ou bandage durcissant 11. Soins d'escarres 12. Alimentation par sonde ou PEG 13. Troubles de la déglutition avec risques d'aspiration 14. Soins primaires postopératoires achevés	**Un ou plusieurs critères** **A: Vers une institution de réadaptation pour adultes** 1. Dès la 19e année 2. Ecole obligatoire achevée, insertion professionnelle **B: Vers le domicile dans l'environnement familial** Les objectifs de la réadaptation sont atteints, les thérapies ambulatoires sont possibles et définies. L'accès à une institution scolaire adéquate est garanti. **C: Transfert vers une structure de soins aigus stationnaires** Instabilité clinique nécessitant un diagnostic de médecine aiguë, une thérapie plus intensive de médecine aiguë, une opération ou une surveillance plus intensive. **D: Transfert vers une autre structure de soins (institution)** Les objectifs de la réadaptation sont atteints. Le patient peut être orienté vers un autre type de traitement, de prise en charge et de soins médicaux.
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Age adulte, après 18 ans révolus 2. Ecole obligatoire terminée, orientation professionnelle 3. Paramètres vitaux instables 4. Processus diagnostic en cours et processus thérapeutique curatif non déterminé 5. Manque de coopération des parents ou du représentant légal 6. Alimentation parentérale 7. Soins palliatifs primaires 8. Situations rendant nécessaires une surveillance et un traitement en médecine intensive ou en soins continus	**Un ou plusieurs critères** 1. La réadaptation stationnaire reste nécessaire • La structure ambulatoire n'est pas prête • La thérapie ambulatoire n'est pas disponible à une distance raisonnable • Le patient ne peut pas encore être accepté dans une institution scolaire adéquate 2. La situation clinique n'est pas stabilisée 3. L'environnement à domicile, les parents ou l'institution en aval ne sont pas encore prêts pour la réintégration 4. L'aggravation de la situation clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.3.7. Réadaptation en cas de paraplégie

Définition

Sont désignées, sous le terme général de paraplégie, les paralysies des membres supérieurs et inférieurs et du tronc dues à des atteintes de la moelle épinière et de la queue de cheval, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une malformation. Les troubles des fonctions organiques dus à une paraplégie limitent les activités et, par conséquent, les participations sociales et professionnelles (selon le concept CIF[27]).[28]

On distingue entre la paraplégie proprement dite – due à une atteinte de la moelle épinière au niveau des vertèbres thoraciques ou lombaires accompagnée de paralysies du tronc et des jambes – et la tétraplégie – due à une atteinte de la moelle épinière au niveau des vertèbres cervicales accompagnée d'une paralysie des bras, du tronc et des jambes.[29]

On parle de paralysie complète en cas de défaillance totale de toutes les fonctions situées en dessous de l'atteinte et de paralysie incomplète lorsque des fonctions résiduelles subsistent.[30] La paralysie est mesurée selon le degré de perte motrice (degré de fonction musculaire et niveau de l'atteinte) et selon le degré de perte sensorielle.[31] «Par phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière, on entend la période de traitement qui suit immédiatement le traumatisme. Elle peut comprendre plusieurs séjours hospitaliers.»[32] «On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie quand le traitement de la maladie aiguë à l'origine des paralysies (par ex. d'une lésion de la moelle épinière) est terminé.»[33]

On range aussi, parmi les paraplégies au sens large, les tableaux cliniques comportant des paralysies symptomatiques.

La réadaptation comporte toutes les mesures réadaptatives, ainsi que les traitements curatifs en rapport avec la paraplégie. La réadaptation en cas de paraplégie s'étend à toutes les phases de la réadaptation des patients souffrant de paraplégie.

- **Réadaptation initiale:** réadaptation portant sur une paraplégie/tétraplégie aiguë – apparaissant pour la première fois – après un accident ou le début d'une maladie, à la suite des premiers secours et du traitement initial.
- **Réadaptation continue:** mesures de réadaptation de patients atteints de paraplégie/tétraplégie chronique:
  - Point de situation en vue de la préservation de l'état de santé avec un handicap complexe
  - Amélioration du statut concernant l'activité et les participations avec la paraplégie/tétraplégie existante
- **Traitement de complications lors de paraplégie/tétraplégie existante:** soins médicaux des plus divers, suivis si nécessaire d'une réadaptation, qui sont prodigués aux patients atteints de paraplégie/tétraplégie dans un centre de paraplégiologie disposant de compétences particulières.

---

[27] OMS [CIF, 2005]: 16 s.
[28] https://www.paraplegikerzentren.ch/fr; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, version 5.0 de septembre 2018 et https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp
[29] https://www.paraplegikerzentren.ch/fr/; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, version 5.0 de septembre 2018 et https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp
[30] Das Lähmungsausmass kann z. B. mit AIS2 kategorisiert werden. – https://asia-spinalinjury.org/product/international-standards-for-neurological-classification-of-spinal-cord-injury-isncsci-revised-2019 / und auch Frankel et al. [Frankel Scale, 1969]: 182
[31] voir le manuel de codage 2020 de l'OFS, pages 173-175 sous S1905c
[32] voir le manuel de codage 2020 de l'OFS, pages 173-175 sous S1905c
[33] https://www.paraplegikerzentren.ch/fr/; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, version 5.0 de septembre 2018 et https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp seulement en allemand

Objectifs

Indépendamment du niveau de la lésion à la colonne vertébrale, l'apparition d'une paraplégie signifie que des soins devront être fournis à vie si elle devient permanente, qu'elle soit complète ou incomplète.[34] Les phases de réadaptation présentent des formes et des intensités de traitement différentes.

Les objectifs et mesures de traitement *curatifs* principaux dans la réadaptation en cas de paraplégie:[35]

- Garantir et stabiliser à long terme les fonctions vitales pulmonaires et cardiaques, le système nerveux autonome et la fonction intestinale. Rétablissement optimal de la fonction de la miction en tant que condition sine qua non d'une survie à long terme
- Prévention ou diagnostic et traitement des complications aiguës qui menacent la vie, en particulier thromboses, embolies pulmonaires, insuffisance respiratoire et escarres
- Diagnostic et traitement de lésions associées et de comorbidités
- Prévention précoce et traitement d'autres affections secondaires associées à la paraplégie (cardio-vasculaires, pulmonaires, métaboliques, infectieuses, etc.)

Les objectifs et mesures de traitement *réadaptatif* principaux dans la réadaptation en cas de paraplégie:[36]

- Garantir la fonction de la miction: continence grâce à une fonction réceptrice suffisante; pressions de miction basses afin de prévenir les infections des voies urinaires et rénales (troubles rénaux aigus et chroniques) et de garantir la survie à long terme ;
- Régulation de la spasticité après la diminution du choc spinal ;
- Diagnostic et traitement des syndromes douloureux chez les paraplégiques ;
- Stabilisation psychique du patient comme condition sine qua non d'une stabilisation sociale ;
- Traitement des troubles des fonctions sexuelles ;
- Neurorégénération et neuromodulation ;
- Mobilisation progressive ;
- Rétablissement d'une autonomie aussi étendue que possible ;
- Mise en œuvre de la planification de la vie quotidienne et professionnelle à venir ;
- Intégration ou réintégration dans des rapports sociaux adaptés individuellement. Prise en considération des facteurs contextuels ;
- Planification d'un protocole standardisé de suivi à vie ;
- Introduction de mesures prophylactiques secondaires ;
- Instruction au patient et à ses proches ;
- Réinsertion professionnelle – en cas d'objectif défini.

---

[34] https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, version 5.0 de septembre 2018 et https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp

[35] https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, version 5.0 de septembre 2018 et https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp

[36] https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, version 5.0 de septembre 2018 et https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp

La réadaptation primaire de paraplégiques et de tétraplégiques dure en règle générale de quatre à douze mois. Selon les indications médicales, elle peut être éventuellement raccourcie ou prolongée. Une réadaptation continue ou le traitement de complications en cas de paraplégie peut durer de quelques semaines à plusieurs mois. Au début du traitement, les déficits fonctionnels sont enregistrés et évalués au moyen d'assessments standards dans les domaines suivants, au minimum: état musculaire et articulaire, spasticité, ASIA Score (American Spinal Injury Association), dysfonctionnements autonomes, indépendance ADL au moyen de l'échelle SCIM III (Spinal Cord Independence Measure).

Prestations de base

En plus des prestations de base évoquées au chapitre 2.3, les thérapies et mesures les plus fréquentes sont les suivantes:

- Logopédie
- Thérapie de la dysphagie
- Soins thérapeutiques personnalisés en diverses combinaisons
- Mesures d'isolement si nécessaire
- Réinsertion professionnelle – en cas d'objectif défini
- Conseil et formation à l'utilisation de moyens auxiliaires
- Formation du patient et des proches
- Formation à l'auto-assistance (apprentissage de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation, de la continence, de l'orientation, de la déglutition, maîtrise de la trachéostomie)
- Thérapies supplémentaires (par ex. musicothérapie, ergothérapie, hippothérapie)

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation en cas de paraplégie est placée sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, en neurologie, en orthopédie, en urologie avec titre de neuro-urologie ou de médecine interne générale, avec trois ans d'expérience dans le traitement et la réadaptation de patients paralysés médullaires.[37]
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, psychologue / neuropsychologue.
- Concept de perfectionnement centré sur la réadaptation pour l'équipe multiprofessionnelle: perfectionnement d'une durée d'une heure en moyenne par semaine.
- 1/3 de l'équipe dispose d'une expérience de deux ans au moins dans le traitement et la réadaptation de patients paralysés médullaires.
- Spécialités médicales au sein de l'institution dans les disciplines suivantes (en plus des exigences à l'endroit du médecin-chef et de son remplaçant): médecine physique et réadaptation, neurologie, orthopédie, médecine interne, neuro-urologie.
- Accès à:
  – personnel formé à la thérapie de la dysphagie

[37] Les centres de prestations en Suisse favorisent la reconnaissance SSoP (Société suisse de paraplégie) – cependant, H+ ne soutient pas les titres/diplômes privés qui ne sont pas reconnus contractuellement par tous les partenaires tarifaires.

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations hebdomadaires (en moyenne, sur la totalité du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous sont guidés au cas par cas par l'indication et la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Thérapie physique
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique
- Art-thérapie et musicothérapie
- Logopédie ou traitement de la dysphagie
- Techniques de relaxation
- Traitement non médical de la douleur

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation en cas de paraplégie spécialisée stationnaire:

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** 1. Patient présentant un tableau clinique paraplégique 2. Les soins d'urgence et le traitement initial, ou d'autres traitements aigus prioritaires en stationnaire, sont achevés (ex. décompression de la moelle épinière et stabilisation de la colonne vertébrale visant à rétablir sa portance normale et à prévenir des complications neurologiques secondaires) 3. Le diagnostic primaire est achevé et la suite du traitement médical a été décidée 4. Les fonctions vitales sont suffisamment stabilisées pour débuter la réadaptation, ou une réadaptation en cas de paraplégie intensive nécessitant une surveillance est indiquée 5. D'autres traitements médico-chirurgicaux sont nécessaires le cas échéant ou a. Le patient doit être ventilé artificiellement ou b. Le patient a besoin d'une aide considérable pour les soins dans les activités de la vie quotidienne (ADL) ou c. La mobilité est considérablement ou totalement entravée ou d. Le patient a besoin d'assistance pour déféquer ou e. Le patient est nourri par sonde ou par voie parentérale	**Répond à tous les critères** **A: Retour vers une structure à domicile** 1. Le statut global autorise la poursuite du traitement hors d'une structure de réadaptation stationnaire. 2. Les objectifs de la réadaptation sont atteints: les capacités du patient sont adaptées à son environnement futur après la sortie. L'évaluation se déroule au moyen d'instruments standardisés et validés. 3. Une structure post-stationnaire adaptée est disponible **B: Vers les soins somatiques aigus** 1. Une opération stationnaire est indispensable 2. Un traitement intensif (non spécifique à la paraplégie) en soins aigus est nécessaire en raison d'un risque vital
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Une opération stationnaire est indispensable 2. En raison d'un risque vital (non spécifique à la paraplégie) un traitement intensif en soins aigus est nécessaire	**Un ou plusieurs critères** 1. Le potentiel de réadaptation se manifeste uniquement en stationnaire 2. L'aggravation de la situation clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.3.8. Réadaptation psychosomatique

Définition

La réadaptation psychosomatique traite des patients présentant des tableaux cliniques somatiques et psychiques combinés (par ex. des indications psychooncologiques, psychodiabétologiques ou psychocardiologiques), ainsi que des patients atteints de troubles somatoformes (CIM F45) et de troubles de stress somatiques (DSM 5). Elle vise aussi diverses affections psychiques (par ex. dépressions, angoisses, séquelles traumatiques) qui ont un impact direct sur les fonctions et les structures physiques (par ex. troubles de l'alimentation, observance thérapeutique limitée en cas de comorbidités physiques, etc.).

Les patients nécessitant un traitement psychosomatique sont souvent des personnes présentant un tableau clinique somatoforme ou physique. Le traitement psychothérapeutique revêt une importance particulière dans le cadre du concept global de réadaptation multimodale et multiprofessionnelle. Le modèle biopsychosocial de la maladie correspondant à la définition de la CIF constitue le fondement de la réadaptation psychosomatique. La réintégration professionnelle et sociale est un objectif prioritaire, car les patients atteints d'une comorbidité de troubles psychiques et physiques présentent un risque particulièrement élevé de chronicité, de complexité et d'invalidité.

Objectifs

- Amélioration optimale de l'état de santé physique, psychique et social
- Amélioration de la capacité du patient à surmonter sa maladie
- Exploitation des ressources du patient et de son environnement
- Récupération optimale des capacités au travail et dans la participation sociale
- Amélioration de la capacité à vivre avec et à gérer sa maladie

Prestations de base

En plus des prestations de base en général évoquées au chapitre 2.3, les principes d'organisation et de traitement suivants prévalent en réadaptation psychosomatique:

- Principe de l'interdisciplinarité psychosomatique multimodale ;
- Principe de la thérapie individuelle et en groupe via une psychothérapie par un médecin ou un psycholoque (FSP) en tant qu'intervention principale ;
- Principe de l'équipe de soins multiprofessionnelle avec un référent pour chaque patient ;
- Principe de l'information du patient, de la psychoéducation et de l'aptitude à se gérer ;
- Principe de l'activation des ressources sociales, physiques et professionnelles ;
- Application des règles de la thérapie par le milieu dans le cadre de la communauté thérapeutique ;
- Evaluation de la capacité de travail (sans expertises, ces dernières se situent hors du mandat et des prestations de la réadaptation) ;
- Réinsertion professionnelle – en cas d'objectif fixé.

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation psychosomatique est placée sous la direction d'un médecin spécialiste dans une spécialité somatique avec attestation ASMPP ou d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie avec attestation ASMPP.[38] Dans ce dernier cas, un médecin spécialiste avec titre en somatique doit être aussi disponible dans le service.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, assistant social, psychologue / neuropsychologue.

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations hebdomadaires (en moyenne, sur la totalité du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous sont guidés au cas par cas par l'indication et la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement. Les 450 minutes de prestations hebdomadaires comportent au minimum120 minutes de psychothérapie par un médecin ou un psychologue.

- Physiothérapie et thérapie sportive (pers. diplômé)
- Ergothérapie
- Thérapies créatives
- Service social
- Consultation diabète
- Conseil en nutrition
- Techniques de respiration ou de relaxation
- Psychothérapie et/ou examen et traitement neuropsychologique

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Durée de séjour en réadaptation psychosomatique stationnaire

En raison de la complexité et de la chronicité des problèmes psychiques et/ou sociaux, un traitement qui se penche aussi sur ces problématiques peut être plus long qu'une seule réadaptation somatique.

[38] Les centres de prestations en Suisse favorisent l'attestation ASMPP (Association suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale) – cependant, H+ ne soutient pas les titres/diplômes privés qui ne sont pas reconnus contractuellement par tous les partenaires tarifaires

Critères de début et de fin à l'interface de la prise en charge stationnaire, resp. ambulatoire, et de la réadaptation psychosomatique stationnaire

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** 1. Comorbidités somatiques et psychiques ou troubles fonctionnels somatoformes, qui entravent les activités quotidiennes ou professionnelles. 2. Aptitude et motivation à participer à un programme multimodal de psychothérapie, de thérapie de milieu, d'ergothérapie et d'autres offres de thérapie. 3. Traitement ambulatoire impossible (les possibilités de traitement en milieu ambulatoire sont difficiles, insuffisantes ou épuisées). 4. Un des critères suivants est réalisé: a. Un éloignement du milieu domestique, resp. professionnel, est nécessaire pour des raisons thérapeutiques b. Incapacité durable de travail / risque d'invalidité. c. Problèmes de comportement réflexes, échappant largement au contrôle du patient (par ex. hyperventilation chronique, vomissements) d. Stratégie marquée d'évitement	**Un ou plusieurs critères** 1. La stabilisation physique et psychique permet de poursuivre le traitement / psychothérapie en ambulatoire 2. L'aggravation de l'état physique exige un transfert dans un hôpital de soins aigus 3. L'aggravation de l'état psychique exige un transfert dans un hôpital psychiatrique 4. Manque de coopération
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Etat somatique instable avec besoin prononcé de soins et/ou surveillance 2. Grave atteinte cérébrale ou diminution profonde de l'intelligence 3. Limitation grave des ADL et de la mobilité nécessitant des soins importants 4. Manque de motivation 5. Risque aigu de mise en danger de soi et d'autrui 6. Symptômes psychotiques 7. Etat confusionnel	**Un ou plusieurs critères** 1. Le patient est physiquement / psychiquement trop instable pour a. un retour à domicile b. un traitement/une psychothérapie en ambulatoire 2. Le dosage médicamenteux qui, pour des raisons médicales, doit être effectué en stationnaire n'est pas terminé 3. Le patient doit être traité en stationnaire pour des raisons médicales jusqu'à son transfert dans une autre institution (clinique de désintoxication, habitat protégé) 4. L'aggravation de la situation clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.3.9. Réadaptation pulmonaire

Définition

La réadaptation pulmonaire est une intervention multidisciplinaire s'adressant à des patients présentant des troubles fonctionnels et de la participation selon la CIF, en raison de maladies pulmonaires aiguës ou chroniques des poumons et/ou des structures avoisinantes. La Société suisse de pneumologie a dressé et publié une liste des indications pour la réadaptation pulmonaire.[39]

Objectifs

L'objectif de la réadaptation pulmonaire est de réduire les symptômes pulmonaires, de restaurer les fonctions respiratoires, de favoriser la plus grande indépendance possible au quotidien et la capacité de gérer la maladie. Le pronostic doit être amélioré par des mesures préventives. La réadaptation pulmonaire permet de réduire la morbidité et la mortalité.

Prestations de base

Outre les prestations de base générales évoquées au chapitre 2.3, les thérapies et méthodes les plus fréquentes sont les suivantes:

- Assessment documenté à l'admission et à la sortie comprenant l'examen clinique, les tests de performance (p. ex. ergométrie ou test de marche de 6 min.), mesure de la qualité de vie, enregistrement du profil de risque pulmonaire ;
- Thérapie par inhalation et pharmacothérapie spécialisée ;
- Introduction aux thérapies à domicile telles l'oxygénothérapie et la thérapie hyperbare avec masque (ventilation à domicile et thérapie CPAP) ;
- Gymnastique respiratoire ;
- Désaccoutumance à la fumée ;
- Orientation professionnelle ;
- Instruction au patient ;
- Formation à l'auto-assistance ;
- Eviction des allergènes ;
- Logopédie.

[39] http://www.pneumo.ch/fr/671.html sous Cahier des charges pour la reconnaissance des programmes de réadaptation pulmonaire.

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation pulmonaire est placée sous la direction d'un médecin spécialiste en pneumologie disposant de 2 ans d'expérience dans un établissement de réadaptation pulmonaire.
- L'équipe de réadaptation est composée au moins des groupes professionnels suivants: médecin, personnel infirmier, physiothérapeute, assistant social, psychologue.
- L'institution est accréditée par la Commission de réhabilitation pulmonaire et instruction des patients de la Société suisse de pneumologie (SSP).[40]
- L'équipe comprend une personne disposant d'un titre de thérapeute en réadaptation pulmonaire (PRT).
- Possibilité d'effectuer un examen et de réaliser une thérapie hyperbare avec masque, en particulier une thérapie respiratoire.
- Possibilité d'effectuer une bronchoscopie diagnostique et thérapeutique à l'interne ou en coopération 7 j/7 dans les 4 h.

Prestations minimales au patient

540 minutes de prestations hebdomadaires (en moyenne, sur la totalité du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous sont guidés au cas par cas par l'indication et la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie et thérapie sportive (personnel dipl.) – dont, dans l'équipe, un thérapeute disposant d'un titre de thérapeute en réadaptation pulmonaire)
- Thérapie d'entraînement médical
- Ergothérapie
- Techniques de relaxation
- Examen et traitement psychothérapeutique et/ou neuropsychologique
- Conseil en nutrition
- Service social
- Consultation sevrage du tabac
- Instruction au patient en vue d'une modification du comportement

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

[40] http://www.pneumo.ch/fr/home.html. Il s'agit d'une condition pour la prise en charge de ces prestations par l'AOS, cf OPAS.

Critères de début et de fin à l'interface entre la prise en charge stationnaire, resp. ambulatoire, et la réadaptation pulmonaire stationnaire

	Critères d'admission	Critères de sortie
Inclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Diagnostic aigu exclu 2. Stabilité des comorbidités 3. Facteurs environnementaux pathogènes: place de travail, fumée passive, pollution atmosphérique 4. Distance importante entre l'environnement domestique et la structure de réadaptation 5. Autonomie minimale pour l'administration des thérapies (inhalations, etc.) 6. Gestion autonome de l'oxygénothérapie et de la ventilation non invasive, y c. CPAP 7. Impossibilité de suivre un traitement ambulatoire (cf. critères) 8. Patient ne nécessitant pas un suivi/des soins sur la durée 9. Le patient peut participer à un programme de réadaptation durant 2 h. 10. Les comorbidités n'entravent pas notablement les mesures de réadaptation	**Répond à tous les critères** **A: Vers une structure à domicile:** 1. Programme d'éducation terminé et stabilisation de la situation: sortie pour une réadaptation ambulatoire, retour à domicile ou transfert dans une institution de soins stationnaires 2. Le statut global permet de préparer la poursuite du traitement après l'hospitalisation 3. Les objectifs de réadaptation sont largement atteints: a. La capacité fonctionnelle du patient est adaptée à l'environnement futur après la sortie ou b. Aucune amélioration significative ne peut être attendue et l'on constate, à l'aide des échelles d'évaluation, que la capacité fonctionnelle n'augmentera plus 4. La symptomatique s'est suffisamment améliorée et est compatible avec l'environnement futur; la réadaptation peut être éventuellement poursuivie en ambulatoire **B: Vers une structure stationnaire de soins aigus** Infection pulmonaire non maîtrisable, nécessitant un séjour en soins intensifs et / ou une ventilation invasive **C: Vers une structure de réadaptation intensive** 1. Détérioration globale des fonctions respiratoires nécessitant une thérapie intensive 2. Ecart métabolique 3. Autres critères selon a) «Critères d'entrée en réadaptation intensive» **D: Vers une autre structure de soins non aigus** L'évolution clinique rend le patient éligible pour un autre type de traitement et de prise en charge.
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Pas de potentiel de réadaptation 2. Manque de coopération 3. Instabilité cardiovasculaire contrôlable uniquement dans une structure des soins aigus 4. Etat infectieux septique accompagné d'instabilité hémodynamique 5. Problème musculosquelettique sévère avec autonomie limitée réduisant à néant le potentiel d'intégration 6. Psychopathie ou addiction sévères avec dépendance manifeste non contrôlée 7. Accès douloureux non contrôlés / non contrôlables 8. Paralysie récente d'étiologie non éclaircie 9. Tous types de défaillance d'un organe ou d'un appareil durant les dernières 48 h. 10. Fièvre persistante (axillaire > 38°, resp. > 38.8° rectale ou dans l'oreille) durant les dernières 48 h. chez un patient qui n'a pas été hospitalisé pour cause de fièvre 11. Troubles de la conscience durant les dernières 48 h. 12. Problèmes hématologiques aigus (agranulocytose ou anémie sévère) durant les dernières 48 h.	**Un ou plusieurs critères** 1. Une aggravation considérée comme passagère (< 2 jours) 2. Les progrès constatés permettent, par une prolongation du séjour, d'envisager un environnement de sortie moins restrictif pour le patient que celui prévu au départ 3. L'aggravation de la situation clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.4. Domaines transversaux de la réadaptation stationnaire

Sont décrits comme transversaux les types de réadaptation précoce et intensive, dont la spécificité réside dans la prise en charge médicale des causes d'un accident ou dans un objectif de réinsertion professionnelle. Cette spécificité peut intervenir pour les neuf types de la réadaptation stationnaire, tels qu'ils ont été intégrés dans les versions préalables de DefReha© (les exceptions sont mentionnées). Afin de décrire la prestation dans son ensemble, il est nécessaire de combiner le domaine transversal avec le type de réadaptation spécifique.

3.4.1. Réadaptation professionnelle

Définition

La réadaptation professionnelle est orientée sur les exigences d'une activité rémunérée. Selon les cas, cela implique l'évaluation d'une nouvelle orientation professionnelle ainsi que la prise en compte de la problématique psychique liée à la suite de la vie dans le cadre professionnel. Des spécialistes, ainsi que des infrastructures simulant le travail (accoutumance aux mouvements complexes liés au travail) sont à disposition. La thérapie comprend un réentraînement au travail ou un entraînement ergonomique (work hardening). Des assessements spécifiques sont menés afin d'évaluer les déficits fonctionnels et la performance.

L'institution dispose d'une consultation professionnelle, avec évaluation des possibilités dans le métier actuel ou dans un autre au moyen d'assessements reconnus.

Durant tout le séjour, une observation du comportement intervient, en particulier lors des tests de performance, lors de la réalisation des assessements et durant les thérapies.

La combinaison de la réadaptation professionnelle avec la réadaptation gériatrique n'est pas autorisée à titre d'exception en tant que domaine transversale.

Objectifs

L'ensemble du processus a pour objectif de rétablir autant que possible l'intégrité corporelle et mentale ainsi que, le cas échéant, la réintégration dans la vie professionnelle:

- Réduction des séquelles primaires
- Identification et exploitation du potentiel individuel de réadaptation
- Réintégration à l'école, au travail et dans la société
- Autonomie (participation) optimale dans la vie quotidienne
- Entraînement à la douleur, le cas échéant
- Gestion de la maladie

Prestations de base

Voir chapitre 2.3 ainsi que les prestations de base du type de réadaptation correspondant et en outre:

- Simulation du travail (entraînement aux mouvements complexes liés au travail) ;
- Réentraînement au travail ou entraînement ergonomique (work hardening) ;
- Mesures d'ergonomie ;
- Conseil, remise et formation aux moyens auxiliaires ;
- Mesures d'isolement, si nécessaire ;
- Thérapies aidant à apprendre à vivre avec la maladie, incluant la psychoéducation et des conseils psychologiques (par ex. stratégies de coping) ;

- Conseil de droit social et conseil professionnel avec évaluation des possibilités dans le métier actuel ou dans un autre au moyen d'assessements reconnus ;
- Formation du patient et des proches ;
- Thérapie de la douleur médicamenteuse ou interventionnelle ;
- Education à l'auto-assistance (apprentissage de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation, de la continence, de l'orientation, de la déglutition, maîtrise de la trachéostomie) ;
- Technique et prothétique orthopédique, y compris cordonnerie orthopédique.

Les différentes prestations de base sont fournies selon les besoins du patient.

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation professionnelle est placée sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.
- Outre les spécialistes du type de réadaptation concerné, l'équipe est composée d'un conseiller professionnel, d'un conseiller en orientation professionnelle ou d'un pédagogue du travail.
- Parmi les médecins, physiothérapeutes/ergothérapeutes de l'équipe de réadaptation figure au moins une personne titulaire d'un certificat de formation continue de spécialiste EFL/APA/WH du Groupe suisse de travail pour la réadaptation (GSR).
- Coopération formalisée avec l'assurance-invalidité.

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous est fonction de l'indication ainsi que de la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie et thérapie sportive (pers. diplômé)
- Ergothérapie
- Formation et entraînement ergonomiques
- Examen et traitement psychothérapeutique et / ou neuropsychologique
- Thérapie de la douleur si nécessaire
- Conseiller professionnel, conseiller en orientation professionnelle ou pédagogue du travail
- Thérapie médicale d'entraînement
- Conseil social
- Conseil et formation aux moyens auxiliaires

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Critères de début et de fin à l'interface de la réadaptation professionnelle stationnaire

	Critères d'entrée	Critères de sortie
Inclusion	**Répond à tous les critères** 1. Etat médical stabilisé: diagnostic de médecine aiguë largement achevé et situation médicalement stable (pas d'intervention de médecine aiguë attendue) 2. Capacité réadaptative: aptitude à participer activement tous les jours à plusieurs séances de réadaptation de 30 min. env., observation thérapeutique 3. Capacité de mobilisation: aptitude à une mobilisation au moins partielle, env. 3-4 h. par jour en fauteuil roulant 4. Capacité de discernement: conscient la plupart du temps, capable de compréhension 5. Capacité de communiquer: capable d'interagir et de communiquer, év. avec moyens auxiliaires 6. Ne nécessite pas une réadaptation intensive – soins intensifs neuroréadaptatifs – risque limité de complications	**Répond à tous les critères** **Retour dans un hôpital de soins aigus, resp. en réadaptation intensive** Des problèmes ou des complications médicales aiguës surviennent, qui nécessitent une infrastructure diagnostique et thérapeutique complexe (instabilité circulatoire, métabolique et respiratoire) 1. Trouble de la conscience accompagné de délire 2. Aspiration accompagnée d'insuffisance respiratoire 3. Surveillance intensive nécessaire 4. Infection sévère 5. Hémorragie active 6. Décompensation psychique avec risque de suicide 7. Agressivité envers les autres **Retour à la maison ou transfert dans une institution en aval** 1. Les objectifs de la réadaptation sont atteints: • Rétablissement des capacités fonctionnelles, ou • L'évaluation interprofessionnelle révèle que le potentiel d'amélioration des capacités fonctionnelles est épuisé 2. Le potentiel de réadaptation en stationnaire est épuisé
Exclusion	**Un ou plusieurs critères** 1. Insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation invasive 2. Ventilation permanente ou intermittente 3. Etat infectieux septique accompagné d'instabilité hémodynamique 4. Instabilité hémodynamique 5. Psychopathie sévère ou addiction avec dépendance manifeste non contrôlée 6. Le patient nécessite une surveillance médicale au moins 3x par jour 7. Evaluation des fonctions vitales toutes les 30 min. au moins sur une durée de 4 h. 8. Tous types de défaillance d'un organe ou d'un appareil durant les dernières 48 h. 9. Fièvre persistante (axillaire. > 38°, resp. > 38.8° rectale ou dans l'oreille) durant les dernières 48 h. d'éthiologie non éclaircie 10. Troubles de la conscience durant les dernières 48 h. 11. Problèmes hématologiques aigus (agranulocytose ou anémie sévère) durant les dernières 48 h. 12. Troubles ventriculaires malins non contrôlés du rythme cardiaque 13. Biopsie d'un organe interne lors du jour prévu d'admission 14. Ponction thoracique ou abdominale lors du jour prévu d'admission 15. Patient planifié pour une intervention en salle d'op la veille ou le jour prévu d'admission 16. Maladies associées, qui sont aggravées par l'activité corporelle ou rendent impossible une réadaptation	**Un ou plusieurs critères** 1. Instabilité (l'état ne permet pas encore une sortie vers une structure ambulatoire) 2. L'objectif thérapeutique n'est pas encore atteint, un potentiel de réadaptation existe toujours 3. Le potentiel ne peut être exploité qu'en stationnaire 4. L'équipement du domicile n'est pas encore achevé 5. Des thérapies neuropsychologiques et/ou d'entraînement cérébral ciblées ne sont pas réalisables en ambulatoire 6. Une réadaptation ambulatoire serait possible mais pas disponible à distance raisonnable 7. L'aggravation de l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

3.4.2. Réadaptation intensive / précoce

Pour quelques domaines de la réadaptation, il existe une subdivision entre les offres de réadaptation intensive et les prestations «régulières» de réadaptation stationnaire. Appelée réadaptation précoce par le passé, la réadaptation intensive stationnaire implique une surveillance étroite (également sous forme de service intensif de réadaptation). Les prestations de réadaptation intensive/précoce vont au-delà des prestations de base décrites pour chaque type de réadaptation. Cela concerne aussi bien les exigences minimales en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel que les prestations minimales supplémentaires à fournir au patient ainsi que les situations médicales particulières. En Suisse, de telles prestations ne sont pas fournies uniquement dans des cliniques de réadaptation mais aussi dans les services spécialisés des hôpitaux de soins aigus. SwissDRG SA a l'intention de recenser ces services uniquement dans une structure tarifaire pour les services hospitaliers et prévoit d'appliquer la structure tarifaire de SwissDRG pour des raisons de structure tarifaire. Cette décision est en contradiction avec l'intention initiale de SwissDRG SA concernant ST Reha, qui était de représenter toutes les prestations de la réadaptation stationnaire dans un seul cas stationnaire. Cette décision va aussi à l'encontre des attentes de H+ et des revendications des cliniques spécialisées de réadaptation qui fournissent des prestations de réadaptation intensive et qui attendent que toutes les prestations de réadaptation stationnaire soient représentées dans ST Reha. En pratique, cela signifie pour ces cliniques qu'un patient qui a besoin tout d'abord de prestations de réadaptation intensive/précoce puis de prestations de réadaptation stationnaire doit être géré comme deux cas. L'élaboration de critères de délimitation des deux cas est de la compétence de SwissDRG SA. DefReha© 3.0 livre à cet effet des arguments techniques du point de vue de la prestation fournie au patient.

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

Implications pour la branche des prescriptions pour les mandats de prestations et les autorisations d'exploiter en réadaptation intensive qui vont au-delà des prescriptions posées à la réadaptation stationnaire «régulière»:

- Deux visites médicales quotidiennes possibles 7 j/7 ;
- Possibilité en permanence de monitorage des fonctions vitales et de surveillance visuelle directe ou électronique par le personnel soignant ;
- Offre des prestations de réadaptation dans des locaux où la surveillance est assurée.

Prestations minimales au patient

Prestations de réadaptation spécifiques, individuelles et délimitées en réadaptation intensive, qui vont au-delà des prestations des types de réadaptation stationnaire décrits dans DefReha©:

- Les prestations minimales au patient sont les mêmes. Les patients en réadaptation intensive ne peuvent pas faire l'objet d'une thérapie de groupe et requièrent des thérapies individuelles – éventuellement et en cas d'indication par plusieurs spécialistes simultanément.

Les critères médicaux d'inclusion et d'exclusion pour le début de la réadaptation intensive

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour le début de la réadaptation intensive[41] sont décalés par rapport à ceux décrits dans le chapitre 3.3 pour chaque type de réadaptation. Les situations médicales suivantes sont incluses dans la réadaptation intensive et peuvent être traitées en remplissant des exigences plus élevées en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel, exigences qui s'ajoutent à celles valables pour chaque type de réadaptation.

Ces situations médicales particulières constituent en règle générale un critère d'exclusion pour les types de réadaptation décrits au chapitre 3.3 (les exceptions sont précisées par type de réadaptation).

- Cathéter veineux central
- Trachéostomie
- Drainage en position couchée
- Etat infectieux persistant
- Mesures d'isolement nécessaire
- Ponctions régulières
- Arythmies nécessitant une surveillance étroite et un traitement
- Dispositif d'assistance ventriculaire de longue durée (DAV)
- Défibrillateur externe à porter en permanence
- Dialyse ayant démarré récemment (3 premiers mois)
- Patients après une transplantation récente du cœur ou de poumon
- Insuffisance respiratoire sans nécessité de ventilation invasive
- Sevrage de la ventilation mécanique (Weaning)
- Troubles de la déglutition avec risque d'aspiration
- Patient totalement alité
- Plaies ouvertes importantes
- Besoin individuel de soins intensifs et de base durant plus de 4 heures par jour

[41] Définition de la réadaptation précoce) de SwissDRG SA

3.4.3. Réadaptation complexe après un accident

Définition

La réadaptation après un accident est une forme de prise en charge interdisciplinaire/interprofessionnelle intervenant après un évènement accidentel et visant à traiter les complications et à apporter les adaptations éventuellement nécessaires. Peuvent être présentes des lésions du système nerveux central et périphérique, ainsi que des lésions aiguës, respectivement des limitations, touchant les os, les articulations et les vertèbres et/ou les parties molles.
Une compétence élevée en matière de réadaptation traumatique au sein de l'équipe interprofessionnelle est nécessaire en particulier pour prendre en charge les patients présentant des blessures graves et complexes, des comorbidités ou d'âge avancé. Une infrastructure intégrée en vue de la réintégration professionnelle fait partie de la réadaptation, tout comme une compétence en médecine gériatrique dans le cadre de la traumatologie.

Indépendamment du degré de gravité et des troubles fonctionnels qui en découlent, un traitement de réadaptation intensive peut être nécessaire.

Objectifs

Le but de l'ensemble du processus est d'aboutir à un rétablissement optimal de l'intégrité corporelle et psychique, ainsi que, le cas échéant, une réintégration dans la vie professionnelle:

- Réduction des séquelles primaires
- Prévention des atteintes secondaires et tertiaires
- Identification et exploitation du potentiel individuel de réadaptation
- Autonomie optimale (aptitude à se prendre en charge) dans la vie quotidienne
- Réintégration aussi rapide que possible à l'école et au travail
- Acceptation de la maladie

Prestations de base

Voir chapitre 2.3 et les prestations de base des types de réadaptation concernés, en outre:

- Logopédie
- Thérapie de la dysphagie
- Mesures d'isolement si nécessaire
- Soins de plaies
- Psychothérapie et/ou examen et thérapie neuropsychologique
- Thérapies aidant à apprendre à vivre avec la maladie, incluant la psychoéducation et des conseils psychologiques (par ex. stratégies de coping)
- Conseil, remise et formation aux moyens auxiliaires
- Technique et prothétique orthopédique, y compris cordonnerie orthopédique
- Mesures d'ergonomie
- Formation du patient et des proches
- Thérapie de la douleur médicamenteuse et interventionnelle
- Education à l'auto-assistance et/ou aux soins (apprentissage de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation, de la continence, de l'orientation, de la déglutition, maîtrise de la trachéostomie)

- Thérapies supplémentaires (par ex. musicothérapie, hippothérapie, thérapie soutenue par la robotique)

Exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel

- La réadaptation après un accident est placée sous la direction
  - d'un médecin spécialiste en neurologie avec deux ans d'expérience en médecine de réadaptation, ou
  - d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation avec deux ans d'expérience dans un établissement de formation postgraduée en neurologie ou en neuroréadaptation, ou
  - d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur avec deux ans d'expérience en médecine réadaptative ainsi que d'une compétence en neuroréadaptation acquise dans un autre cadre médical.
- Coopération régie contractuellement avec le centre de traumatologie qui envoie le patient.
- Technique orthopédique: accès prévu contractuellement à un atelier reconnu (au besoin présence garantie les jours ouvrables)

Prestations minimales au patient

450 minutes de prestations par semaine (en moyenne sur l'ensemble du séjour). Le choix et la fourniture des prestations provenant des domaines thérapeutiques et d'instruction énumérés ci-dessous est fonction de l'indication ainsi que de la capacité du patient. Selon l'indication, les prestations se déroulent en groupe ou individuellement.

- Physiothérapie et thérapie sportive (pers. diplômé)
- Ergothérapie
- Logopédie ou traitement de la dysphagie
- Psychothérapie et/ou examen et traitement neuropsychologique
- Thérapie d'entraînement médicale
- Réentraînement au travail ou entraînement ergonomique (work hardening)
- Service social
- Conseil et formation aux moyens auxiliaires
- Consultation diabète
- Conseil nutritionnel

Les prestations infirmières représentent une contribution essentielle à la réadaptation. Elles ne sont cependant pas incluses dans les prestations minimales et ne sont pas comptées dans les minutes prescrites.

Critères de début et de fin à l'interface de l'hôpital de soins aigus et de la réadaptation stationnaire complexe après un accident

Inclusion

Critères d'admission	Critères de sortie
Répond à tous les critères 1. Etat médical stabilisé: diagnostic de médecine aiguë largement achevé et situation médicalement stable (pas d'intervention de médecine aiguë attendue) 2. Capacité réadaptative: aptitude à participer activement tous les jours à plusieurs séances de réadaptation de 30 min. env., observation thérapeutique 3. Capacité de mobilisation: aptitude à une mobilisation au moins partielle, env. 3-4 h. par jour en fauteuil roulant 4. Capacité de discernement: conscient la plupart du temps, capable de compréhension 5. Capacité de communiquer: capable d'interagir et de communiquer, év. avec moyens auxiliaires 6. Besoin de soin: nécessite l'aide de soignants pour les activités quotidienne 7. Ne nécessite pas une réadaptation intensive – soins intensifs neuroréadaptatifs – risque limité de complications	**Un ou plusieurs critères** **Retour dans un hôpital de soins aigus, resp. en réadaptation intensive** Des problèmes ou des complications médicales aiguës surviennent, qui nécessitent une infrastructure diagnostique et thérapeutique complexe (instabilité circulatoire, métabolique et respiratoire) 1. Trouble de la conscience accompagné de délire 2. Aspiration accompagnée d'insuffisance respiratoire 3. Surveillance intensive nécessaire 4. Infection sévère 5. Hémorragie active 6. Décompensation psychique avec risque de suicide 7. Agressivité envers les autres **Retour à la maison ou transfert dans une institution en aval** 1. Les objectifs de la réadaptation sont atteints: • rétablissement des capacités fonctionnelles, ou • l'évaluation interprofessionnelle révèle que le potentiel d'amélioration des capacités fonctionnelles est épuisé • transfert en soins palliatif, maîtrise de la douleur 2. Le potentiel de réadaptation en stationnaire est épuisé
Un ou plusieurs critères 1. Insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation invasive 2. Ventilation permanente ou intermittente 3. Etat infectieux septique accompagné d'instabilité hémodynamique 4. Instabilité hémodynamique 5. Psychopathie sévère ou addiction avec dépendance manifeste non contrôlée 6. Le patient nécessite une surveillance médicale au moins 3x par jour 7. Evaluation des fonctions vitales toutes les 30 min. au moins sur une durée de 4 h. 8. Tous types de défaillance aigue d'un organe ou d'un appareil durant les dernières 48 h. 9. Fièvre persistante (axillaire. > 38°, resp. > 38.8° rectale ou dans l'oreille) durant les dernières 48 h. d'éthiologie non éclaircie 10. Troubles de la conscience durant les dernières 48 h. 11. Problèmes hématologiques aigus (agranulocytose ou anémie sévère) durant les dernières 48 h. 12. Troubles ventriculaires malins non contrôlés du rythme cardiaque 13. Biopsie d'un organe interne lors du jour prévu d'admission 14. Ponction thoracique ou abdominale lors du jour prévu d'admission 15. Patient planifié pour une intervention en salle d'op la veille ou le jour prévu d'admission 16. Maladies associées, qui sont aggravées par l'activité corporelle ou qui rendent impossible une réadaptation	**Un ou plusieurs critères** 1. Instabilité (l'état ne permet pas encore une sortie vers une structure ambulatoire) 2. L'objectif thérapeutique n'est pas encore atteint, un potentiel de réadaptation existe toujours 3. Le potentiel ne peut être exploité qu'en stationnaire 4. L'équipement du domicile n'est pas encore achevé 5. Des thérapies neuropsychologiques et/ou d'entraînement cérébral ciblées ne sont pas réalisables en ambulatoire 6. Une réadaptation ambulatoire serait possible mais pas disponible à distance raisonnable 7. L'aggravation de l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation en soins aigus

4. Réflexions sur la reprise des contenus de DefReha© 3.0 dans les structures tarifaires et les mandats de prestations cantonaux ainsi que sur le codage des prestations de réadaptation

A l'origine, DefReha© se concentre sur la description du début et de la fin de la réadaptation stationnaire. Dans cette perspective, la situation médicale du patient est mise au premier plan, et donc les paramètres médicaux qui peuvent être mesurés ou décrits par le personnel soignant et dont l'interprétation détermine l'indication pour la réadaptation ambulatoire ou stationnaire.

Avec la version 2.0, DefReha© a tenu compte du besoin de décrire, non seulement le début et la fin de la réadaptation, mais aussi de décrire la prestation de manière plus précise et analytique en fonction des types de réadaptation. En outre, l'objectif de la version 2.0 était de définir des critères minimaux mesurables pour la fourniture des prestations. Pour la saisie dans la Statistique médicale de l'OFS, ces critères peuvent servir de base pour les demandes de codage des prestations.

La présente version 3.0 prend en compte l'évolution au sein de la réadaptation stationnaire et les décisions de SwissDRG SA pour l'élaboration de ST Reha. La subdivision des types de réadaptation et des domaines transversaux découle des paramètres médicaux propres à chaque type, qui sont utilisés pour poser l'indication du début et de la fin de la réadaptation stationnaire.

La description de neuf types de réadaptation et de trois domaines transversaux reflète actuellement le degré de diversification ou de spécialisation présenté par les fournisseurs de prestations. Cette évolution n'est nullement statique mais dynamique. La procédure de demande visant à l'actualisation de DefReha© permettra de prendre en compte les modifications qui interviendront au fil du temps dans les versions à venir.

DefReha© se distingue d'un classement purement orienté sur les prestations mis en œuvre par exemple pour la structure tarifaire ou pour un classement par groupes de prestations, tel qu'exigé pour l'attribution des mandats de prestations cantonaux. DefReha© s'oriente au contraire sur le degré de différenciation et de spécialisation observé actuellement en Suisse et tient compte des contribution apportées au progrès médical par le personnel et les institutions qui fournissent les prestations.

A cet effet, il convient de prendre en compte une demande importante de la médecine réadaptative lors de tous les efforts de définition et de standardisation: la prestation correspond toujours à une planification de la réadaptation et à une fourniture de la prestation coordonnées, ciblées, multidisciplinaires et multiprofessionnelles.

Exprimé simplement, la coordination caractérisant la réadaptation implique les principes suivants:
Chaque patient doit, dans les jours qui suivent, recevoir la combinaison la plus optimale de mesures thérapeutiques (p. ex. soins infirmiers, soins de réadaptation, physiothérapie, logopédie, ergothérapie, traitements médicaux, etc.) correspondant à son déficit fonctionnel.
Dans ce cadre, la coordination revêt une importance capitale afin de déterminer les protocoles thérapeutiques individuels, de les vérifier et de les adapter le cas échéant à la capacité réadaptative du patient.

La transcription de cette prestation coordonnée dans un codage statistique ne peut pas se réduire à l'addition des prestations des différents groupes professionnels. Il conviendrait plutôt de pouvoir saisir le traitement individuel, adapté au patient (= prestation). A cet effet, toutes les informations pertinentes pour le cas doivent être disponibles.

La saisie statistique ne doit en aucun cas exercer une influence sur les prestations à fournir: elle doit uniquement représenter la prestation de manière appropriée. Lorsque des conditions et des prescriptions réalistes ne peuvent pas être mises en œuvre pour le codage des prestations de réadaptation, il en résulte que certains patients ne pourraient, potentiellement, plus être traités car une rémunération équitable ne serait plus garantie. Une situation analogue se présente également lorsque le patient n'est pas (encore) en mesure, vu son état de santé, de subir tous les traitements décrits dans les directives de codage. Il en découle que le codage de la prestation, respectivement des prescriptions trop élevées posées pour le codage, influencent le traitement de manière indésirable.

Les exigences minimales fixées à l'institution en termes d'organisation, d'infrastructures et de personnel, telles que décrites dans DefReha© 3.0, font partie intégrante des conditions posées par les cantons pour la fourniture des prestations, dans le cadre des mandats de prestations et dispositions de police sanitaire. Elles ne doivent donc pas être reprises une nouvelle fois explicitement dans le codage des prestations ni être vérifiées par la contrôle de la facture par les assureurs lors de la révision du codage.

DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Berne, 17.02.2021
Markus Tschanz

H+ Les Hôpitaux de Suisse
Secrétariat central
Lorrainestrasse 4 A
3013 Berne
T 031 335 11 11
tarif@hplus.ch
www.hplus.ch