Réadaptation et politiques publiques de santé

De la carte au territoire

Dr Jean-Pascal Devailly

jpdevailly@gmail.com

Hôpital Bichat AP-HP

Cas clinique n°1: la carte

- PMSI
- Z 501
- G 811
- G464
- I 10
- R418
- F070
- **Z59.6** ou
- **Z74.2** ?

- Matrice IVA semaine « n »
- GMD 12A02
- Age: 45
- Dep Ph = 15
- Dep Co = 6
- RL 21, RL 25, RL 30, RF 11
- RF 13, PV 03, RF 07, DL 04
- Nombre de points IVA: 2378

- AIC sévère du tronc cérébral
- Grande « dépendance » physique
- Vit seul, pas d'aides par les proches
- Pas d'IJ pendant plusieurs mois
- Loyers impayés, électricité coupée, interdit de compte bancaire
- Sortie difficile, handicap lourd, réadaptation complexe et stagnation hospitalière
- « Bed blocker » = Dysfonctionnements du réseau entre sanitaire (défaut d'assistante sociale), défaillances des structures sociales (CCAS) et médico-sociale (MDHP)
- Défaut de coordination précoce

- Neuro VIH, leuco-encéphalopathie multifocale, radiculite avec paralysie du MIG, nécroses de hanches
- Dépendance physique et cognitive lourde
- Défaut de soutien familial et social
- Sortie difficile, handicap lourd, réadaptation complexe et stagnation hospitalière sont indissociables
- « Bed blocker » = Dysfonctionnements du réseau entre sanitaire (défaut d'assistante sociale), défaillances des structures sociales (CCAS) et médico-sociale (SAMSAH, MDHP)
- Défaut de coordination précoce

- Paraplégie traumatique et amputation du MSD: relève d'une hospitalisation en MPR « système nerveux »
- Impossibilité de prise en charge en SSR-MPR par défaut d'effectifs soignants
- Transfert en orthopédie dans un autre hôpital
- Absence de moyens et réseau gradué fonctionnel (proximité recours référence)
- Le bon parcours: MPR de recours en post-aigu immédiat puis transfert en centre régional si nécessaire, suivi ultérieur par le niveau de soins compétent le plus proximal, subsidiarité avec les « centres de références » régionaux

- Traumatisme crânien grave; hospitalisation en orthopédie
- Demande d'admissions en SSR-MPR refusées (« syndrome frontal »)
- CS de préadmission
- Récupération motrice + Hémianopsie séquellaire et quelques troubles mnésiques et attentionnels
- Reprise des études et reprise professionnelle
- Perte de chances entre court séjour et SSR?
- Défaut d'évaluation précoce, manque d'un système d'évaluation et d'orientation précoce en soins aigus
- Conflit entre fluidité et pertinence des hospitalisations, prédominance de la logique économique de l'amont

Réadaptation et organisation du système de soins

Les réformes des établissements de santé



Sources: 4 réformes complémentaires et indissociables

Cadre normatif

Les réformes de l'organisation des soins

- La réforme des hôpitaux de 1941 met fin de la fonction charitable de l'hôpital sous la pression des logiques assurancielles. L'hôpital n'est plus réservé aux pauvres.
- Sécurité sociale 1945 principes de protection sociale – solidarité
- La loi de 1958 entérine la mission de "réadaptation fonctionnelle" des hôpitaux qui est exprimée dans la loi. Une commission de la réadaptation est constituée. La circulaire Aujaleu du 17 février 1960 décrit les modalités de la réadaptation médicale.

La loi Boulin du 31 décembre 1970

- Séparation des soins et du social. Elle précise la
- Mission purement curative de l'hôpital
- Complétée par les lois de 1975: c'est la
- Déconstruction du paradigme de réadaptation?
 - pour les déficiences physiques comme pour la psychiatrie séparation entre les soins curatifs de la ville et de l'hôpital d'une part, et de "l'accompagnement" social du handicap d'autre part,
 - terme consacré par la loi du 11 février 2005 qui ne comportera pas une seule fois le terme de réadaptation.
- Planification sanitaire et l'encadrement des dépenses
- 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions

La loi du 31 juillet 1991

- Carte sanitaire, le Schéma régional d'Organisation Sanitaire (SROS)
- Cantonne la réadaptation dans les Soins de Suite <u>ou</u> Réadaptation SSR. La réadaptation est conçue dès lors essentiellement comme "curative" au sens de gain d'autonomie "fonctionnelle", même si la réinsertion est mentionnée,
- Création des services de soins infirmiers qui seront appelés à coiffer les « métiers de rééducation » (Cadres de santé en 1995)
 - Nouvelle division du travail qui préfigure le modèle de « l'hôpital entreprise » marque la fin d'une organisation spécifique de la "réadaptation fonctionnelle" en aigu au sens de la loi de 1958.
 - Abandon du modèle de "service central de rééducation fonctionnelle" substitution par des équipes transversales de rééducateurs avec ou sans référence médicale, et la la notion "d'équipes mobiles" hospitalières intervenant dans et / ou hors les murs.
 - La différence de conception de l'hôpital Henri Mondor et de l'Hôpital Européen Georges Pompidou marque la fin du paradigme de « réadaptation hospitalière »

Ordonnances de 1996

- Agences régionales d'Hospitalisation
- Régionalisation des budgets
- Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie (hôpital, ville, médico-social)
- Filières et réseaux de soins
- Accréditation

 certification

Missions générales des SSR Circulaire du 31 décembre 1997

- La limitation des handicaps physiques
- La restauration somatique et psychologique
- L'éducation du patient et éventuellement de son entourage
- La poursuite et le suivi des soins et du traitement
- La préparation de la sortie et la réinsertion

Ordonnance du 4 septembre 2003

- la carte sanitaire est supprimée,
- le SROS devient l'outil unique de planification,
- les "secteurs sanitaires" sont remplacés par des "territoires de santé",
- Toutes les autorisations sont déconcentrées au niveau des ARH
- Maintien ou développement d'activités de proximité, et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.

Les décrets du 17 avril 2008 et la circulaire du 3 octobre relatifs aux SSR

- Pression des fédérations hospitalières soumises à la tarification à l'activité,
- Abandon de la "rééducation fonctionnelle" comme axe structurant d'une graduation des soins et plateaux techniques de réadaptation pour la planification sanitaire.
- La pression de la fluidité et le découpage administratif français d'un secteur assistanciel encore plus éloigné du champ sanitaire par les lois de décentralisation et qui s'effectue selon les critères d'âge (60 ans) font émerger officiellement dans les textes la notion "d'équipe mobile" dans le champ d'activité de la "filière gériatrique"
- Circulaires du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 relatives à la filière gériatrique pour la prise en charge de la "dépendance" des personnes âgées relevant de cette filière qui tend naturellement à occuper le vide conceptuel engendré par la loi quand aux besoins de réadaptation des patients à risque de handicap lourd quel que soit l'âge mais ne relevant pas de cette filière.

Loi du 11 février 2005

- Une définition du handicap
- Droit à une compensation des conséquences de son handicap
- L'intégration scolaire individuelle ordinaire
- Maison Des Personnes Handicapées
- missions et la composition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi du 30 juin 2004
- COTOREP et CDES → CDAPH
- deux secteurs au lieu de trois : le marché du travail comprenant les entreprises et les entreprises adaptées, et le milieu protégé comprenant les CAT
- Mais...
- Guichet unique = goulot d'étranglement? Moyens?
- Fragmentation financière, institutionelle et culturelle persistante: quelle accessibilité effective aux soins et acompagneement?

La loi HPST du 21 juillet 2009

- Disparition du service public hospitalier (notion d'établissements privés d'intérêt collectif ESPIC)
- Agences régionales de santé: SROS et SROMS (sanitaire et médico-social)
- Réseaux et groupements de coopération sanitaire
- Modification profonde de la gouvernance des établissements de santé
- « Tout incitatif »?

PMSI et financement

- Circulaire du 5 août 1986: Programme de Médicalisation du système d'information (PMSI)
- Séjours classés en un nombre limités de « Groupes homogènes de malades » (GHM) (similitude médicale et coût voisin)
- Financement prospectif:
 - Dotation globale en 1983: reports de charges sur les SSR et les soins de ville.
 - La loi du 27 juillet 1999 expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 de la tarification à l'activité (T2A) Aux USA *Medicare* expérimente les DRG (Fetter – Yale)
 - T2A en court séjour depuis 2004, à 100% depuis le 1er mars 2008
 Missions d'intérêt général convergence public privé annoncée
- En SSR: aujourd'hui dotation globale en public et privé non lucratif, objectifs quantifiés nationaux (OQN) en privé
- T2A annoncée en SSR pour 2013? 2014?

Ascension et chute du concept de réadaptation en France

1969 Agrégation et entrée au CNU (sous section autonome en 1983)

1973 qualification des médecins spécialistes en RRF

1965 Spécialité de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles (RRF) (devenue MPR en 1995)

1975 (suite de 1970) fragmentation sanitaire / social et médico-social

1983 Création « de justesse » du DES de RRF

1958 – « Réadaptation Fonctionnelle » hospitalière

1991 Les structures de RRF dans les Soins de Suite ou de Réadaptation

1945 protection sociale retour à l'employabilité

Guerre de 1914-1918

«Ils ont des droits sur nous» (Clémenceau)

1996 Classification médicoéconomique unique pour les SSR: le **PMSI-SSR**

1670 Louis XIV

Prise en charge des «Invalides» de guerre

2008 suppression des autorisations en « rééducation fonctionnelle »

Charité puis « assistance »

201? - T2A en SSR Fluidité et gestion de la « dépendance »

Cadre conceptuel

« La carte n'est pas le territoire »

Réadaptation et OMS

- A l'étranger et pour l'OMS, la réadaptation (rehabilitation) est en lien direct avec la prévention et l'accès aux soins pour ceux qu'en anglais on qualifie de "disabled people"
- Continuums de soins: prévention, soins curatifs, réadaptation, accompagnement
- Les professionnels de réadaptation snt concernés par les actions collectives: droits, « accès universel »

Définir rééducation et réadaptation

- Un champ d'activités en pont entre soins et social
- Complémentarité entre Cure et Care?
- Pas de segmentation temporelle: ces dimensions sont étroitement intriquées aux soins aigus, post-aigus et chroniques
- Dans un rapport de prévention avec tous les « types » de handicap
- Faut-il un modèle de référence? lequel?

Définition existantes - OMS

- OMS: notion de continuum entre prévention, soins curatifs, réadaptation, accompagnement social, actions collectives en faveur du handicap. La réadaptation est en pont entre soins et social
- A l'étranger et pour l'OMS, la réadaptation (rehabilitation) est en lien direct avec la prévention et l'accès aux soins pour les personnes handicapées (disabled people)
- En 1982, le Programme mondial d'action relatif aux personnes handicapées des Nations Unies a proposé cette définition de la réadaptation :
 - « processus permettant aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie »

http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/304/ et définition

Définition de la réadaptation (OMS)

Réadaptation = traduction française de *Rehabilitation*

- OMS: "Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and selfdetermination." (2007)
- Rehabilitation provides opportunities for the individual, the family and the community to accommodate a limitation or loss of function and aims to facilitate social integration and independence.

Définitions de la réadaptation

- L'OMS définit la réadaptation médicale comme « l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place. »
- Définition de Créteil "C'est l'ensemble des moyens médicaux, psychologiques et sociaux qui permettent à une personne en situation de handicap, ou menacée de l'être, du fait d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles de mener une existence aussi autonome que possible."

Des termes non stabilisés

- Rééducation de ce qui récupère, réadaptation de ce qui donne lieu à d'autres fonctionnalités, à une adaptation sociale (Bardot)
- Rééducation de ce qui est analytique (déficiences) réadaptation de ce qui est fonctionnel? (Pollez)
- « Toute rééducation est fonctionnelle »
- « La réadaptation ne se prescrit pas »
- Rééducation de la « fonction » → autonomie « fonctionnelle »
- Réadaptation dans les situations de la vie → autonomie sociale (nouvelles normes)

La réadaptation un élément de cohésion entre l'action médicale et la société.

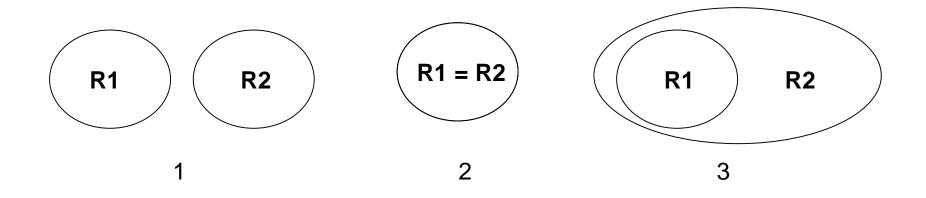
« J'en dirai autant du mot « réadaptation » (il venait d'expliquer le sens du mot rééducation) dont la portée me paraît plus générale, impliquant aussi les démarches de la réadaptation sociale. En fait, ces deux termes nous suffisent et nous pouvons laisser réhabilitation au vocabulaire pénal »

(Andé GROSSIORD, 13 mars 1968, leçon inaugurale)

D'après Claude Hamonet

Rééducation et réadaptation: une terminologie française

- Deux activités de nature différente?
- Deux activités « identiques »?
 - Comme dans SSR ou « rehabilitation » (OMS)
- Deux activités dont l'une contient l'autre?



Choix terminologiques

Choix 1 = deux activités de nature différente

- Introduction d'autres concepts: réhabilitation, revalidation, rétablissement, restauration etc.
- Mais selon quels modèles?

Choix 2 = deux activités identiques

- Utiliser le terme unique de réadaptation équivalent de rehabilitation,
- la rééducation = « métiers de rééducation »
- Rééducation fonctionnelle = réadaptation fonctionnelle en terme d'activités de soins
- la réadaptation n'est pas la somme des parties de la rééducation des disciplines médicales aigues (Rusk, Grossiord) mais ajoute des savoirs spécifiques intriqués à une dimension psycho-sociale

Choix 3 = l'une inclut l'autre

- Rééducation fonctionnelle

 autonomie fonctionnelle
- Réadaptation ajoute la dimension sociale (situations de la vie) cf
 Rusk et Grossiord → autonomie sociale

« Toute rééducation est fonctionnelle »

✓ A. Bardot : rééducation fonctionnelle: « restituer les fonctions récupérables » , réadaptation fonctionnelle de ce qui permet de nouvelles fonctionnalités, par des « procédés palliatifs ou substitutifs »



✓ A.Yelnik: «un ensemble de moyens thérapeutiques » ... «on emploie le mot rééducation tant que la personne n'a pas atteint son plus haut niveau de récupération des fonctions déficientes».



- ✓ Rééducation: optimisation de la «fonction» → autonomie «fonctionnelle»
 - ✓ Exemple de la « fonction » de « déplacement » chez le paraplégique



Selon J.M. André

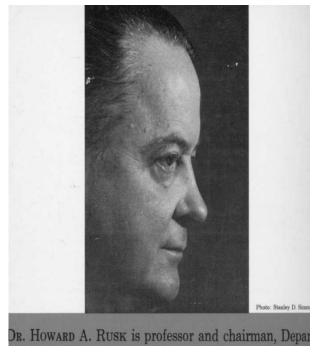
(Fondements, stratégies et méthodes en MPR)



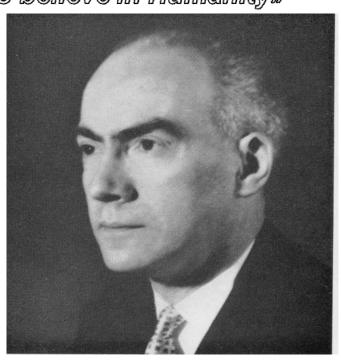
- La rééducation suppose un processus d'apprentissage guidé qu'il s'agisse de restitution, de substitution ou de compensation
 - ✓ Rééducation : correction des déformations, récupération fonctionnelle, appareillage, acquisition de stratégies de substitution et de compensation.
 - ✓ Réadaptation : aides techniques, aménagement de l'environnement, réorientation professionnelle, enseignement adapté.
 - ✓ Réinsertion : aides humaines et services, complaisance de l'environnement matériel, financier et social.

Une approche humaniste en pont entre soins et social, entre *cure* et *care*

«To believe in rehabilitation is to believe in Humanity»

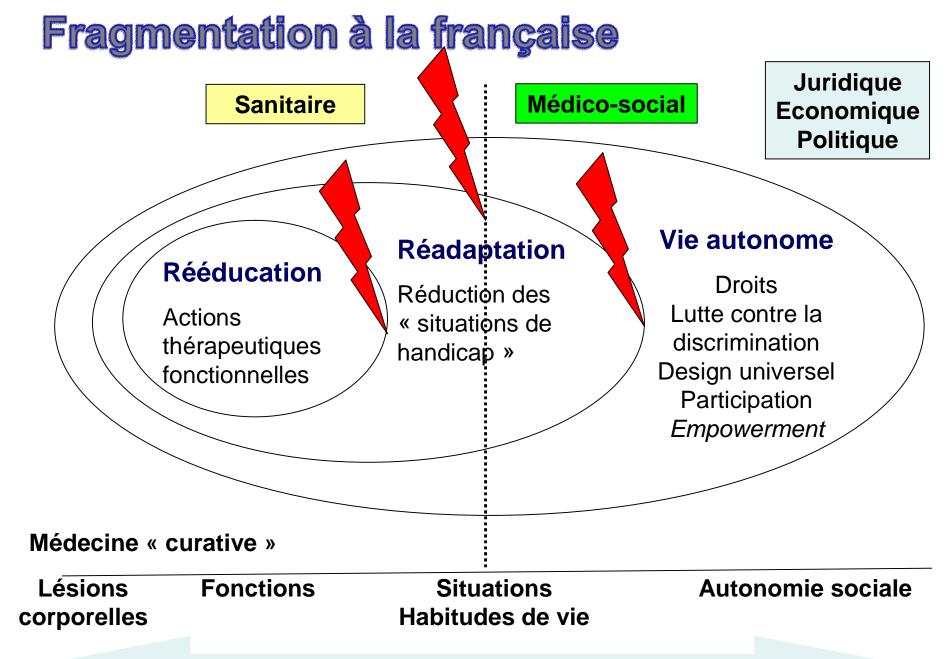






André Grossiord

« J'en dirai autant du mot « réadaptation » (il venait de parler de la rééducation qu'il proposait pour définir les actions thérapeutiques fonctionnelles) dont la portée me paraît plus générale, impliquant aussi les démarches de la réadaptation sociale. En fait, ces deux termes nous suffisent et nous pouvons laisser réhabilitation au vocabulaire pénal » A.GROSSIORD, 13 mars1968, leçon inaugurale



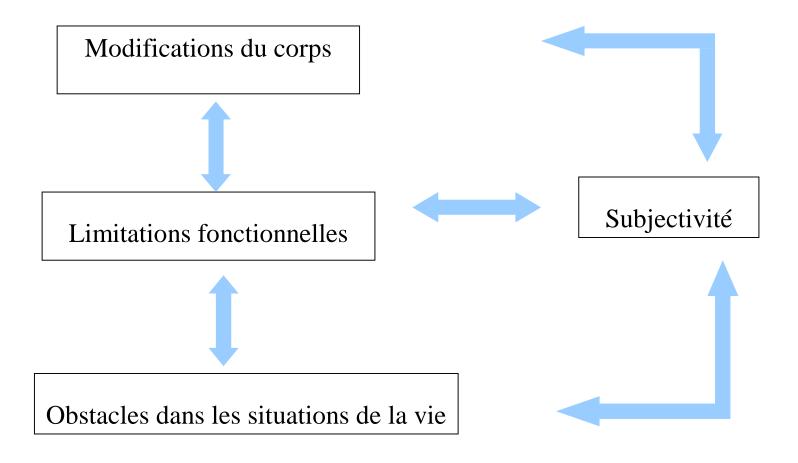
Intégration des dimensions médicales et non médicales de la lutte contre le handicap

Modèle du handicap et réadaptation

Complexité bio-psychosociale

Schéma conceptuel du handicap

(Système d'Identification et de Mesure du Handicap)



D'après C. Hamonet, T. Magalhaes



Processus de production du « handicap »

Causes

Lésions





Subjectivité



Situations de

Handicap



Limitations fonctionnelles



Environnement

Personnel - Société

Adapté de Yves Boulanger

Santé et subjectivité

- « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » René Leriche
- Physiologie et « allures » de la vie Canguilhem
- Normalisation et normativité
- Fonctions humaines // situations concrètes de vie
- Exemple du patient paraplégique: nouvelle physiologie (réarrangements du système nerveux, nouelle physiologie de la miction...)
- Définition de nouvelle normes, adaptation de l'organisme en lien avec l'environnement, la subjectivité est essentielle à cette négociation

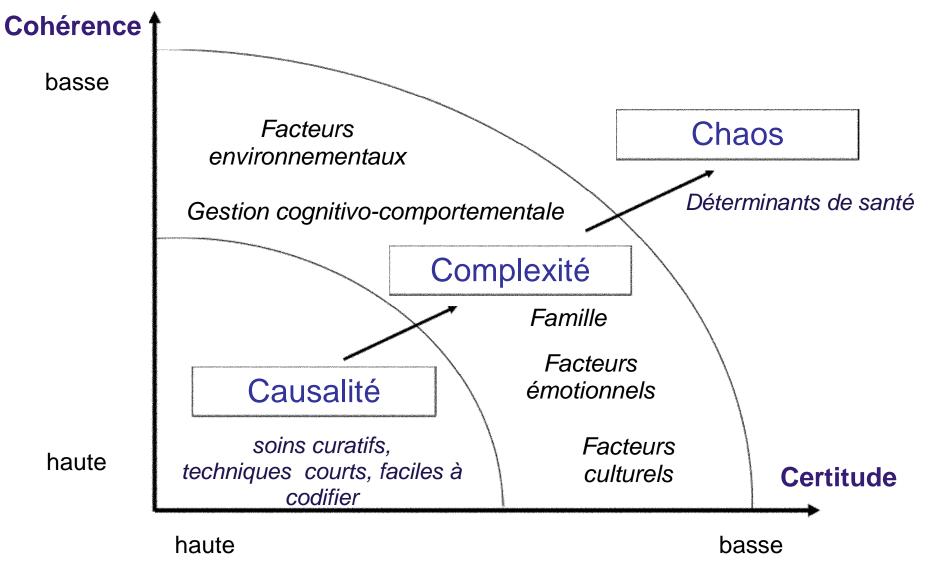
Canguilhem: le normal et le pathologique

- Discontinuité radicale entre organe, organisme et organisation
- Refus de la positivité comtienne
- Refus de la notion de simple déséquilibre quantitatif (hypo, hyper, normo...)
- Ceci suppose la discontinuité radicale des modèles de complexité bio-psycho-sociologique
- Principe de bienfaisance et principe d'autonomie: pertinence du paradoxe

Management: simple, compliqué et complexe (Glouberman & Zimmerman)

Simple	Compliqué	Complexe	
Recette de gâteau	Fusée dans l'espace	Élever un enfant	
Application d'une formule	Plusieurs formules critiques et nécessaires	Les formules ont une utilité limitée	
Aucune expertise	Nécessite une expertise de	Expertise utile mais	
requise	pointe dans plusieurs domaines	ni nécessaire ni suffisante	
Recettes testées pour	l	Élever un enfant donne	
assurer leur	augmente probabilité de	de l'expérience mais	
reproductibilité	succès la prochaine fois	aucune garantie de succès avec le prochain	
Une recette donne un	Les fusées ont des	Chaque enfant est	
produit standardisé	similarités critiques	unique	
Une bonne recette garantit de bons résultats	Haut degré de certitude des résultats	Incertitude	

Causalité - Complexité - Chaos



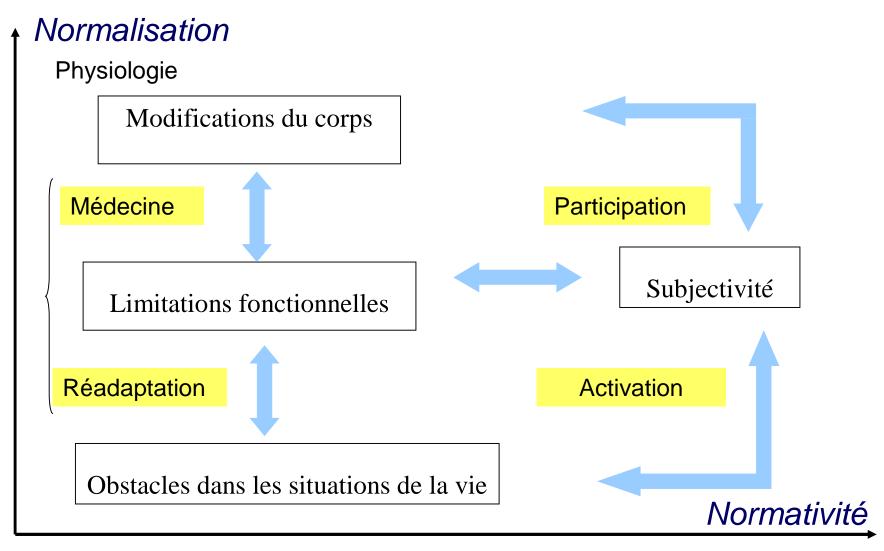
D'après Bernard Fouquet, adapté de Stacey et Zimmerman

Approche bio-psychosociologique

Dimensions de l'incapacité	Caractéristiques	Classification WHO	Obstacles	
Bio	Physiologie dysfonctions physiologiques	Atteintes des structures et des fonctions	Conditions de santé Conseils inappropriés Délais de PEC	
Psycho	Emotions, détresse, croyances	Limitations d'activités Facteurs personnels	Attitude inadaptées, incertitude, peur, anxiété	
Social	Cultures Interactions sociales	Facteurs d'environnement Restriction de la participation sociale	Croyances: Médecins Employeurs Collectifs Rigidité procédures et manque de communication	
D'après Bernard Fouquet				

Schéma conceptuel du handicap

(Système d'Identification et de Mesure du Handicap)



D'après C. Hamonet, T. Magalhaes

Schéma conceptuel du handicap ./. SEP

(Système d'Identification et de Mesure du Handicap)

Cascades multi-systémiques

syst. nerveux, appareil locomoteur, génito-urinaire, cardio-vasculaire et respiratoire



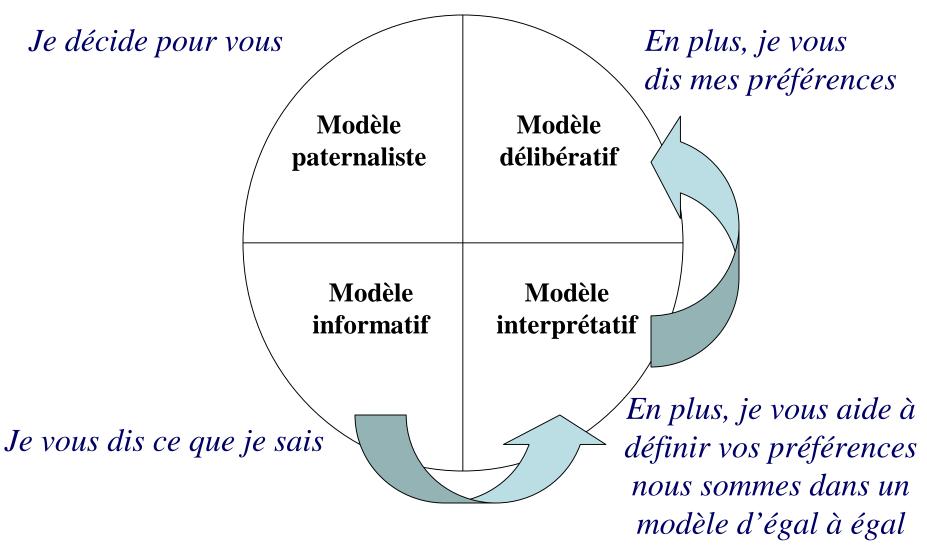
motrices, cognitives, émotionnelles, sensorielles, fondamentales

Obstacles dans les situations de la vie

Logement, loisir, travail, transports autonomie financière, vie affective et sexuelle, participation à la vie sociale,...

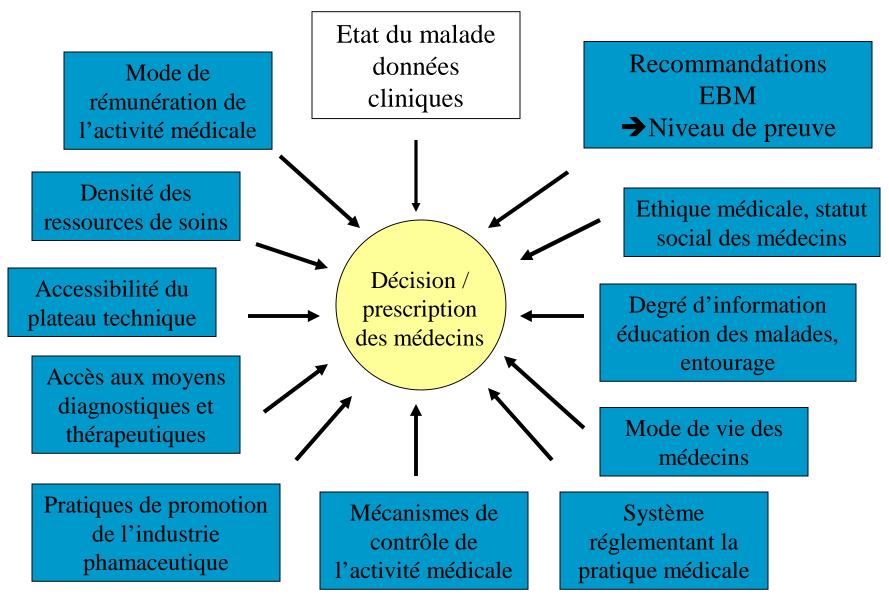


Quatre modèles de relation clinicien - patient



Four models of the physician patient relationship. Emanuel Ezekiel J, Emanuel Linda L. *JAMA*. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6. http://medicine.yale.edu/intmed/Images/Emanuel_tcm309-30101.pdf - Schéma d'après Gérard Reach – Une théorie du soin

Les facteurs de la décision médicale



Attention à l'inertie clinique...

Rôle de la réadaptation: éviter ou limiter les cascades lésionnelles, fonctionnelles, situationnelles, psycho-affectives des maladies et accidents



Lésion du système nerveux



Cascades multisystémiques,

Syst. nerveux (réorganisation)

Œil oreille et annexes

Voix et parole

Système cardio-vasculaire immunitaire, respiratoire (désadaptation)

Systèmes digestif, métabolique, endocrinien (ostéoporose)

Appareil génito-urinaire

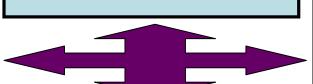
(distensions vésicales, détérioration du bas et haut appareil)

<u>Appareil locomoteur</u>

(hypoextensibilités, rétractions..)

multi-fonctionnelles,

- •Fonctions motrices
- •Fonctions cognitives
- •Fonctions sensorielles
- •Fonctions émotionnelles
- •Fonctions fondamentales



et situations de handicap

- Logement accessible
- Vie autonome
- Domotique
- Travail, école, études
- Transports
- Autonomie financière
- Loisirs
- -Vie affective et sexuelle
- Participation à la vie sociale, accès aux soins

Etc.

Door of oppoyor

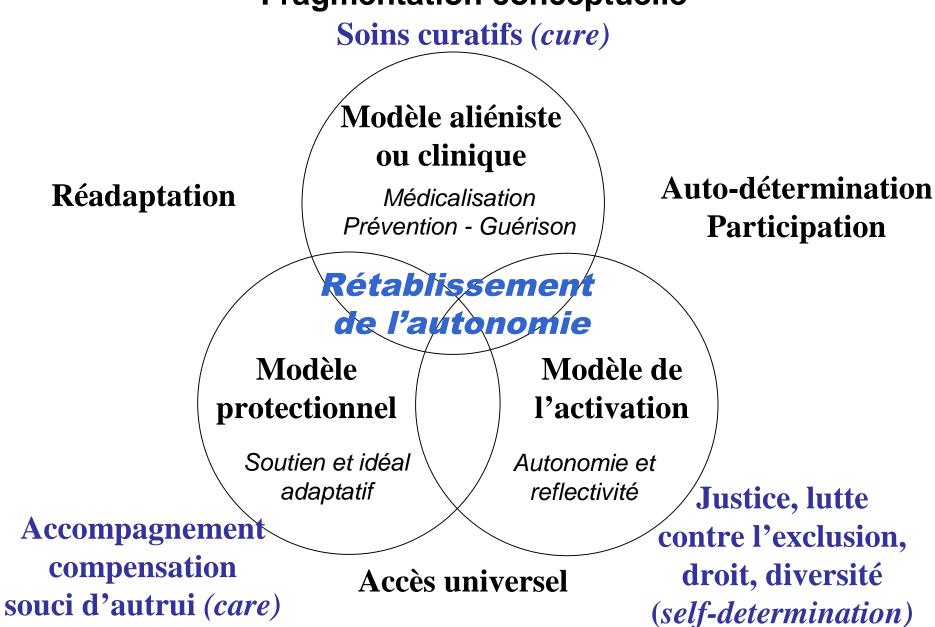
Subjectivité

Protection sociale

- Principe universel: sécurité sociale, égalité, initialement destiné à couvrir l'ensemble des risques (maladie, vieillesse, famille)
- Principe assuranciel: fondé sur l'emploi et les cotisations; la mutualité est antérieure à la sécu
 - Assurance maladie: organisation déconcentrée
 - ARS réunissent planification et financement
- Principe assistanciel: dépendance, handicap Prestations fonction des ressources APA – PCH → cinquième risque?
- Autres domaines de l'action sociale: exclusion, aides au logement...
- Des « Français de l'Etat » et des « Français du département »?
- L'immigré est-il un malade comme les autres?

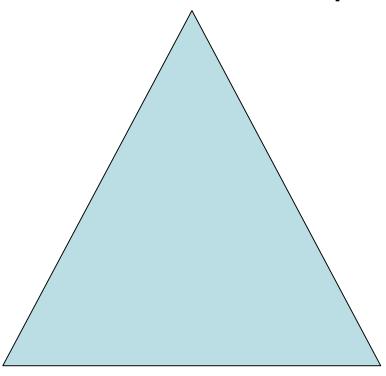
La réadaptation est incompatible avec cette fragmentation financière

Complexité et déconstruction de la solidarité Fragmentation conceptuelle



Trois modèles de politiques du handicap.

Modèle aliéniste ou clinique



Modèle protectionnel

Modèle de l'activation

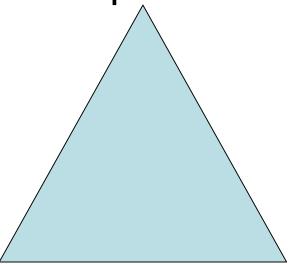
L'accompagnement des personnes handicapées en Belgique Un concept au coeur des nouvelles politiques sociales Vrancken, Bartholomé Département de sciences sociales Université de Liège http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/17764

Les 3 modèles de politique publiques du handicap: activation

- "Contrairement à la strate précédente qui valorisait un idéal adaptatif (adapter la personne aux structures offertes), cette nouvelle configuration valorise un idéal actif. Un effort particulier est exigé de la part du bénéficiaire afin qu'il se prenne progressivement en main et développe son propre réseau relationnel. La personne handicapée est donc investie de la responsabilité de ses choix et de ses actes."
- "L'injonction à l'autonomie est nécessairement paradoxale : <u>S'il te</u> <u>plaît, ne m'aide pas !</u>, écrivaient Hardy et ses collaborateurs (2001). On ne peut contraindre quelqu'un à devenir autonome, on peut, par contre, veiller à mettre les conditions en place afin de lui faciliter l'accès à cette autonomie." ...
- "Il semble annoncer, à tout le moins dans le secteur de l'aide sociale spécialisée,émergence d'une nouvelle strate socioéducative au sein de l'État, cette strate qui viendrait s'ajouter à celles de l'éducation classique et de la formation professionnelle. Elle se distinguerait par l'exercice de réflexivité..."

Les trois mondes de l'Etat providence (Esping-Andersen)

Modèle traditionaliste corporatiste

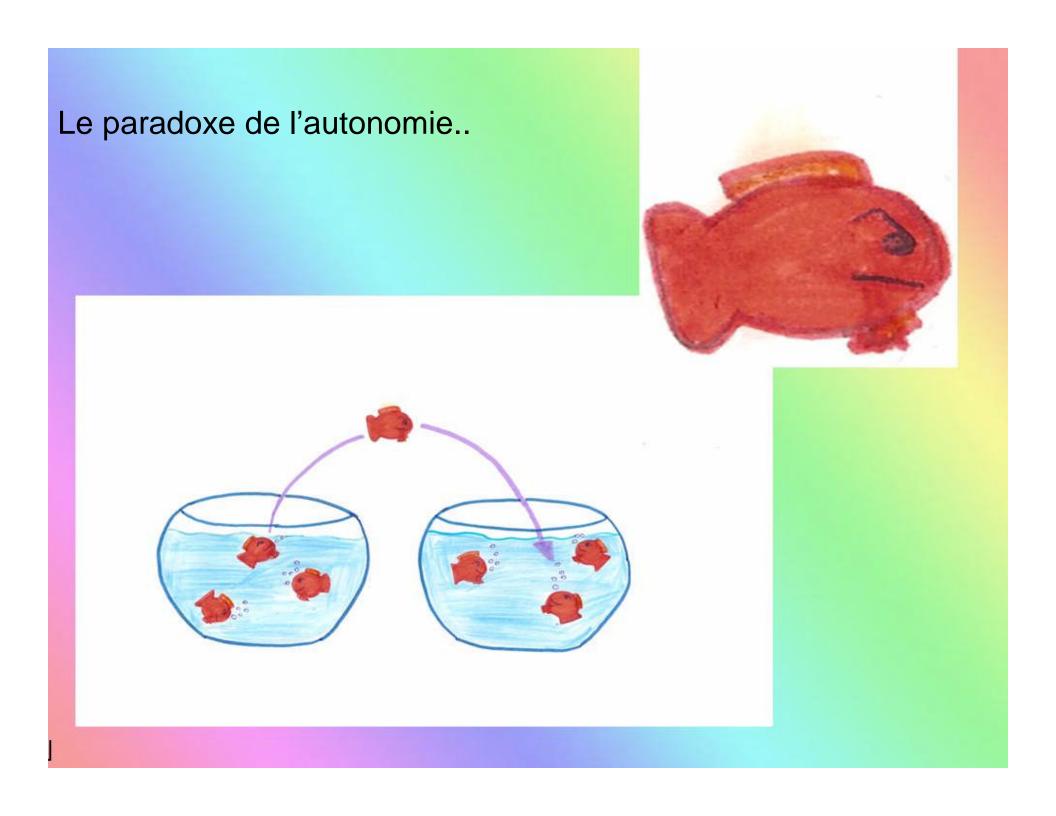


Modèle social démocrate

Modèle libéral résiduel

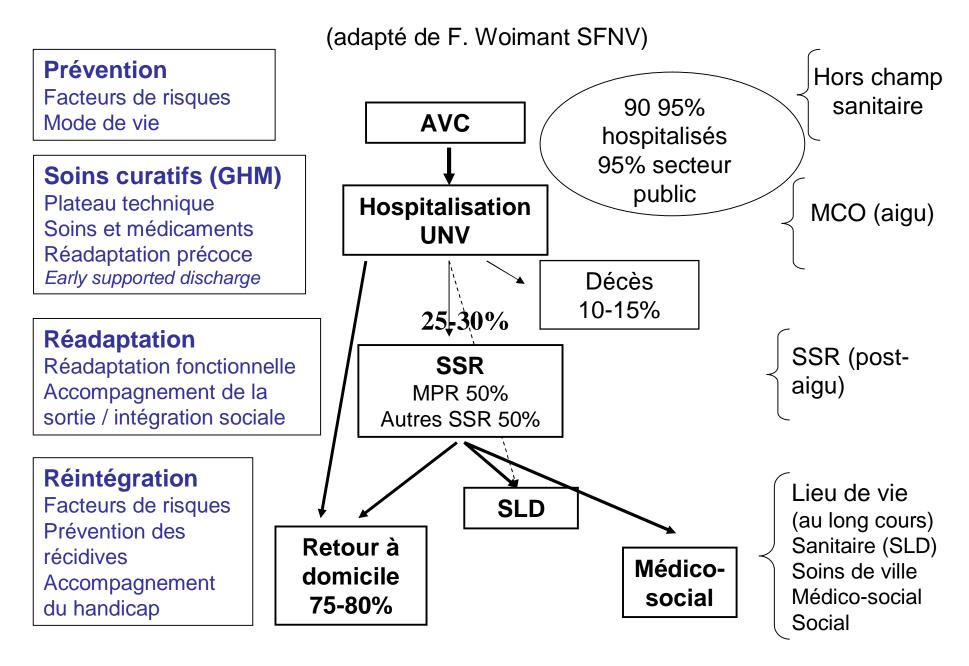
Esping-andersen: les trois mondes de l'Etat-providence

"L'opposition entre le libéralisme et l'étatisme qui occupe tant les essayistes, ne résiste pas une seconde à l'observation." Pierre Bourdieu"

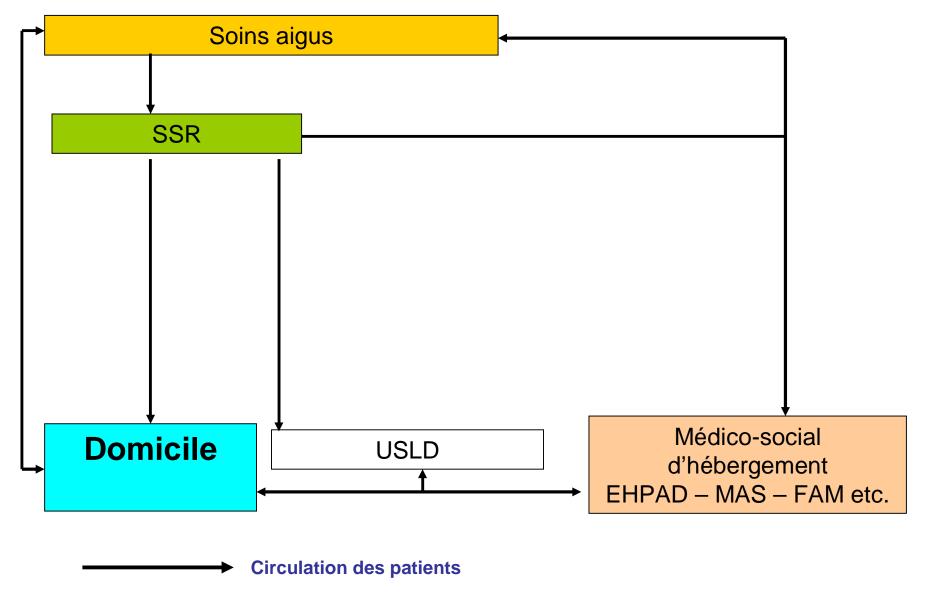


L'AVC, une pathologie traceuse, le sommet de l'iceberg

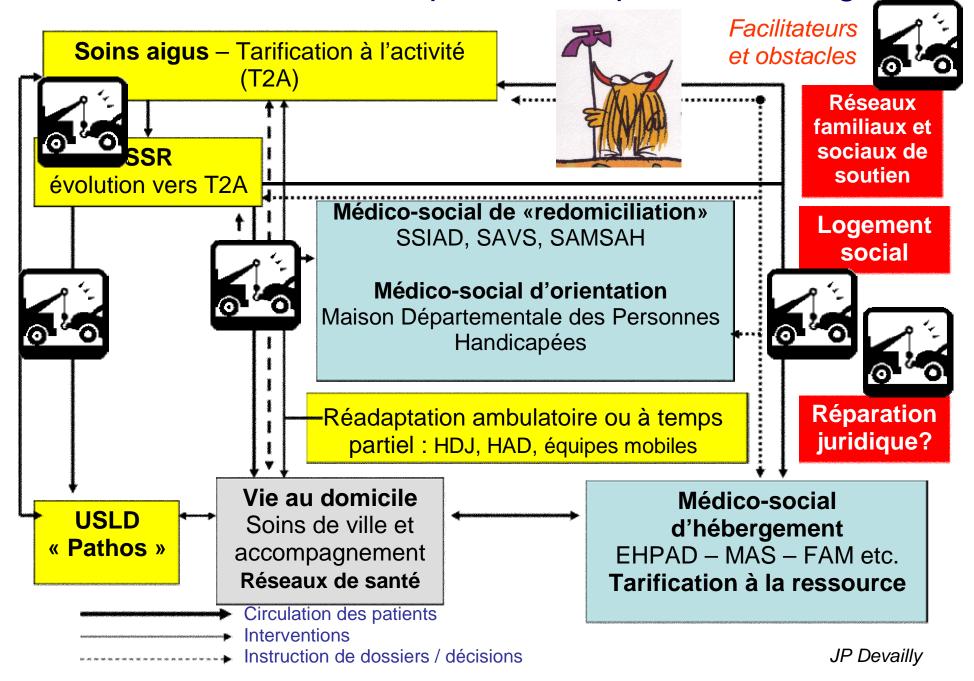
La filière de soins neuro-vasculaire



Fragmentation, étapes limitantes et pertes de chances



Parcours de soins chaotiques: inadéquations et stagnation



Au-delà des AVC: des problèmes similaires

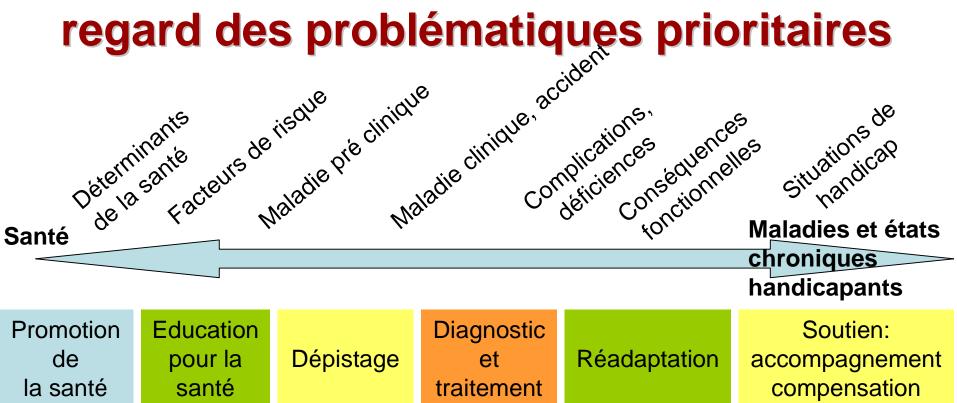
- TC graves, lésions médullaires
- Encéphalopathies diverses majorées par des addictions et truble cognitivocomportementaux et sociaux, neuro-VIH + polypathologies
- Maladies neuro-dégénératives diverses
- Déments déambulants « jeunes » = dépendance neuro-comportementale prédominante: Alzheimer, démences vasculaires, Korsakoff, anoxies cérébrales..
- Autres patients hors pathologies neuro-cognitivo-comportementales, patients polypathologiques, dépendants ou à risque de dépendance mais trop jeunes selon les critères de prise en charge en gériatrie
- Etude concordantes sur les séjours extrêmes en France et à l'étranger
 - Enquête AVC de 2008: délais MCO-SSR non améliorés, blocages en MCO et en SSR
 - Enquêtes ARHIF et FHF; « patients sortants » en MCO comme en SSR = complexité neuro-cognitivo-comportementale

2. Place de la réadaptation dans le système de soins français

La réadaptation en France

- Dans les dispositifs législatifs et réglementaires : limitée aux SSR et à la psychiatrie
- En pratique elle doit être organisée et financée :
 - En soins aigus (réadaptation précoce)
 - En SSR
 - En ville
 - Dans le secteur médico-social
- Conformément à l'OMS elle devrait inclure: santé, emploi, éducation et service sociaux

Des continuums d'interventions au



Prévenir Guérir Soutenir

3. Les Soins de Suite et de Réadaptation

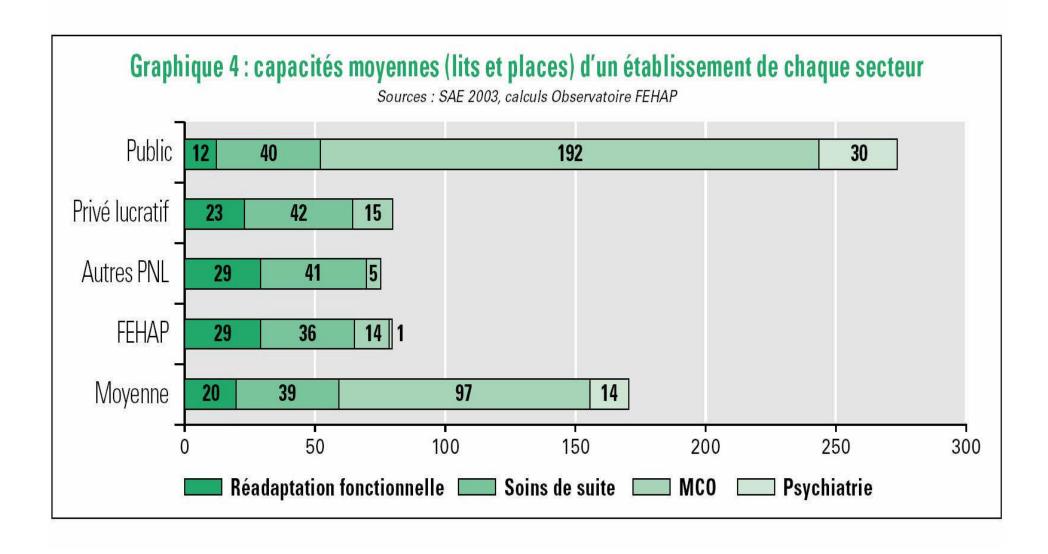
- Organisation: nouveaux décrets
- Financement: l'arrivée de la T2A en SSR
- Régulation / gouvernance: impacts de la loi HPST

Le contexte français en SSR

 Post-aigu structuré en un secteur Soins de Suite <u>ou</u> de Réadaptation en cours de réforme
 Urgences → MCO → SSR → aval

- anciennes activités de soins autorisées ARH : SS et RRF,
- nouvelles autorisations supposent une ré-ingénierie des SS et R
- Paradoxe fluidité / pertinence
 favoriser les flux de patients en aval du court séjour en
 respectant la pertinence des orientations, au meilleur coût.
- Tout patient doit accéder en temps opportun aux interventions de réadaptation requises
 - → nécessité d'un modèle coût qualité car ressources limitées
 - => nécessité d'une graduation fondée sur la complexité des besoins en réadaptation et l'incidence/prévalence





Nouveaux décrets SSR

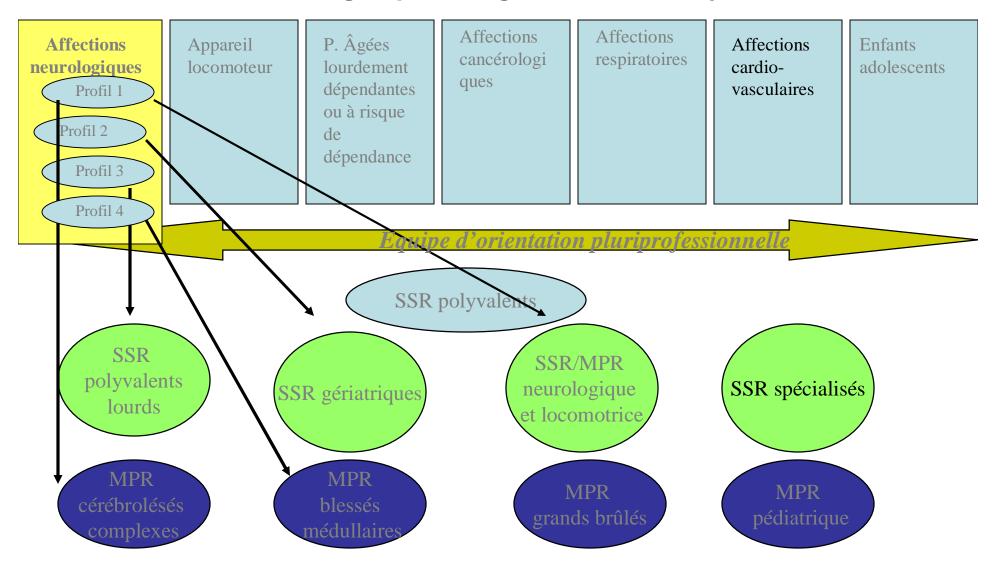
- Deux décrets applicables aux activités de SSR :
 - sur les conditions d'implantation,
 - sur les conditions techniques de fonctionnement.
- Publiés JO le 17 avril 2008.
- Circulaire d'accompagnement et ses annexes:
 - Synthèse des recommandations des groupes de travail adultes et enfants sur les SSR,
 - Fiches techniques par spécialités,
 - Liste des PEC spécialisées en SSR,
 - Liste des recommandations professionnelles dans le champ SSR,
 - Présentation du projet Trajectoire.

Nouveaux décrets SSR

- Autorisation générique : « les soins de suite et de réadaptation »
 - disparition de la segmentation entre RRF et SS,
 - disparition de l'activité de repos convalescence,
- Autorisation pour la prise en charge enfants/adolescents
- Autorisation pour 9 prises en charge spécialisées en SSR
- appareil locomoteur
- système nerveux
- cardiovasculaire
- respiratoire
- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

- affections onco-hématologiques
- brûlés
- conduites addictives
- personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance
- Quelle(s) définition(s) :
 - des équipes pluridisciplinaires
 - et des plateaux techniques ?

Orientation aigu / post -aigu: modèle « Trajectoire »

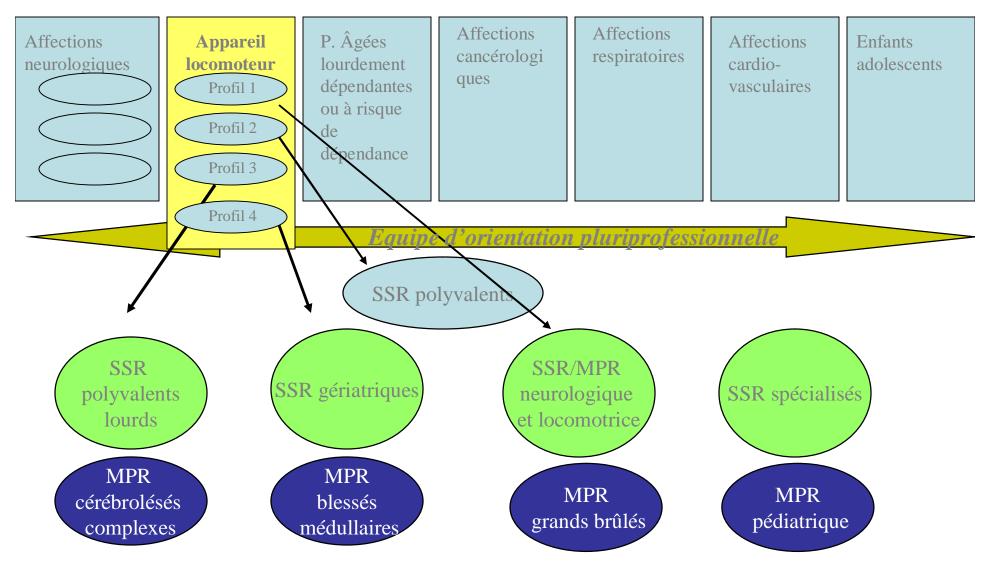


Annuaire finalisé des SSR « Rhône - Réadaptation »

Basé sur le thésaurus des situations requérant des SSR

1 « profil fonctionnel» = 1 type de SSR

Orientation aigu / post – aigu: modèle « Trajectoire »



Annuaire finalisé des SSR « Rhône -Réadaptation »

Basé sur le thésaurus des situations requérant des SSR

1 « profil fonctionnel» = 1 type de SSR

Mise en place de la T2A SSR

modèle de transition à 4 compartiments

- « Activité » : basé sur le PMSI actuel et l'ENC SSR 2000-2001, modulation de la DAF en fonction d'un indicateur de valorisation de l'activité (IVA).
- « Molécules onéreuses » : travaux en cours sur la base des enquêtes 2006 et 2007.
- « MIG »: travaux en cours sur la base des retraitements comptables.
- « Plateau technique spécialisé » : travaux en cours sur la base de l'enquête MT2A de février-mars 2008.

Le compartiment « activité »

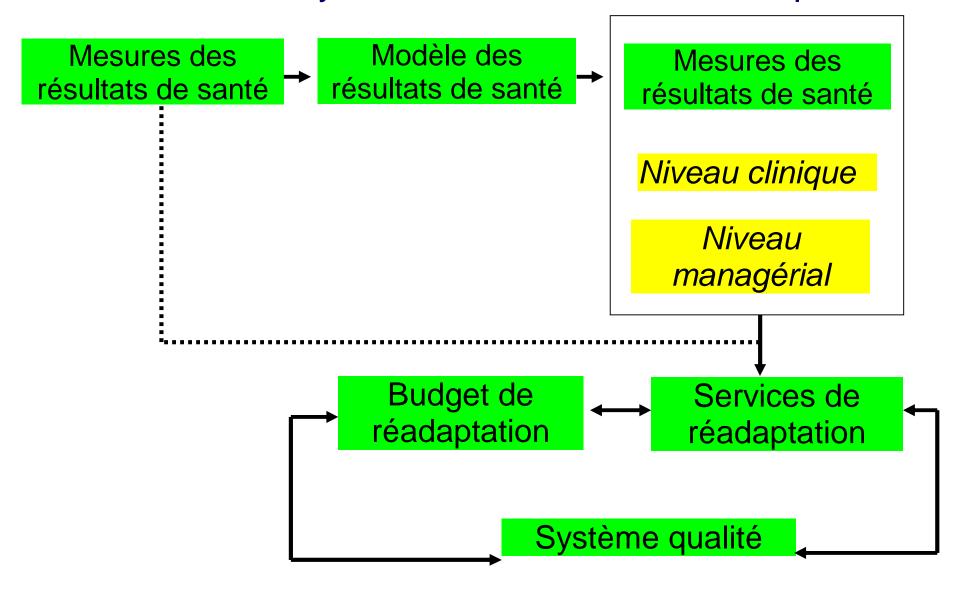
- Construction et valorisation de l'Indicateur de valorisation de l'activité
 - Évolution des listes : 12 CMC et 70 GMD (43 adultes, 26 enfants, 1 erreur).
 - Indice de Valorisation d'Activité à 8 variables :
 - 70 GMD,
 - 7 classes âge,
 - Dépendance physique (4-16),
 - Dépendance cognitive (2-8),
 - Comorbidités (oui / non),
 - Nombre d'activités CDARR (0-12, seuil de 5 min /J P),
 - Type finalité principale (RF / autres),
 - Type d'hospitalisation (HC / autres).
- Intégration d'un indice de performance des séjours (IPS)?
 - Basé sur une durée de séjour « de référence » pour chaque GMD

Calendrier de mise en œuvre de des réformes

- Avril 2008 / Septembre 2009 : révision des volets SSR des SROS
- Renouvellement de l'ensemble des autorisations SSR
 - Demande d'autorisation à déposer dans le délai de 6 mois après la date de publication des SROS révisés.
- Modèle transitoire

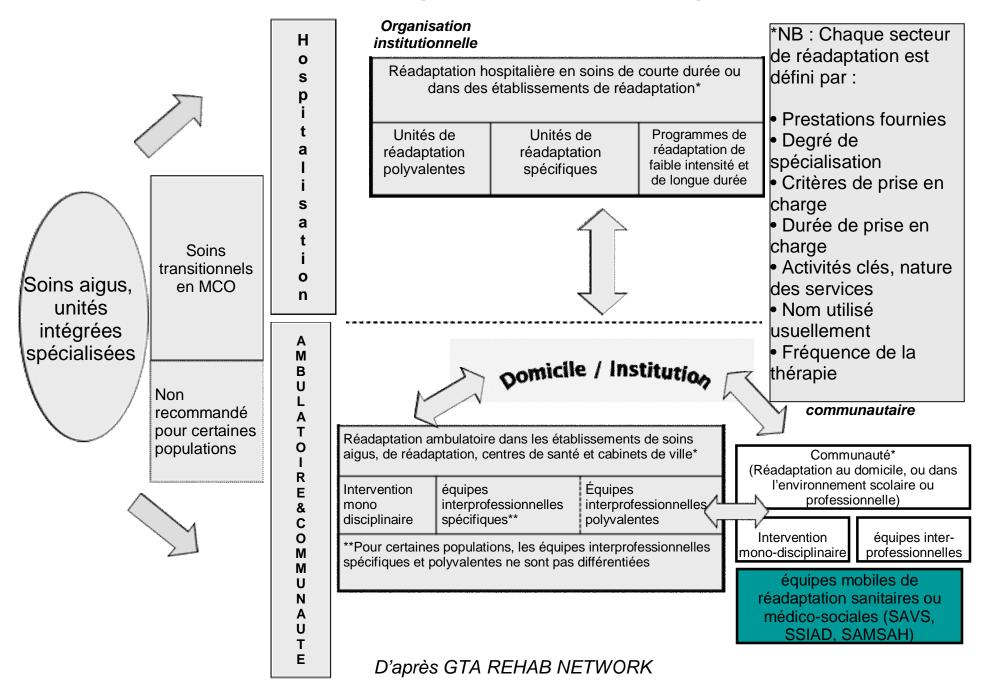
 modèle cible
- Élaboration d'une nouvelle classification. Refonte du CdARR
- Élaboration d'une ENC à méthodologie commune :
 - 1er semestre : Travaux de définition et de méthodologie du recueil ENCC-SSR en cours.
 - 2ème semestre 2008 : sélection et formation des établissements (échantillon).
 - 2009 2010 : Recueil puis validation des données
 - Mars 2011 voire 2012 : analyse des données et publication de l'ENCC-SSR, nouvelle classification, expérimentations du modèle cible,
- **2012**: application du modèle cible. → 2013? 2014?

Nécessité d'un système de classification des patients



Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique - Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2007

Schéma conceptuel du réseau réadaptation



La MPR en pratique

Howard Rusk - Préface de « Rehabilitation Medicine » 1971

- « Nous avons en outre exprimé l'opinion que la majorité des procédures médicales de réadaptation pourraient et devraient être conduites par le praticien ou le spécialiste responsable des soins médicaux primaires du patient et que ces procédures devraient faire partie intégrante de ces soins médicaux. Nous avons estimé que cette approche était indispensable si des progrès substantiels devaient être réalisés pour prévenir une détérioration plus importante et une incapacité croissante chez la grande majorité de nos malades et de nos blessés, car c'est dans le cabinet du médecin et dans les hôpitaux généraux que l'écrasante majorité de nos soins médicaux est donnée.
- Nous avons souligné toutefois qu'au-delà de ces groupes de patients il y a un nombre croissant de patients ayant un handicap grave, paraplégie, tétraplégie, hémiplégie sévère avec l'aphasie, les maladies démyélinisantes, et certains autres problèmes cliniques - dont les besoins ne pouvaient pas être atteints sans un programme intégré et à long terme qui comprenait la pleine utilisation de toutes les disciplines de la santé et de toutes les techniques de réadaptation spécialisées.
- Nous avons noté qu'il était évident qu'aucun praticien médical, généraliste ou spécialiste, ne pourrait avoir à disposition pour les soins de ses patients les diverses installations, les équipements, l'assemblage des compétences professionnelles spécialisées et multidisciplinaires du personnel de santé qui sont nécessaires à la gestion de ces patients. »

La MPR: définitions européennes

- La "médecine physique et de réadaptation" (MPR) est la spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités. (Union européenne des médecins spécialistes).
- Cet intitulé officiel en France depuis 1998, remplaçant celui de "Rééducation et réadaptation fonctionnelle", il correspond à la désignation "Physical medicine and rehabilitation" utilisée dans tous les pays anglophones.
- Nouvelle définition européenne: "Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) is an independent medical specialty concerned with the promotion of physical and cognitive functioning, activities (including behaviour), participation (including quality of life) and modifying personal and environmental factors. It is thus responsible for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation management of people with disabling medical conditions and comorbidity across all ages.
- Ces définition posent un certain nombre de problèmes...

Rôle des équipes MPR

- Diagnostic des lésions (suivi médical, dépistage et traitement de diverses complications propres aux pathologies...)
- Évaluation des lésions corporelles, fonctions, conséquences en terme de situations de handicap à prévenir à des fins de prescription ou d'expertises
- Évaluation du pronostic fonctionnel (notion de diagnostic de réadaptation) et de la

Rôle MPR (suite)

- Aide à l'orientation et à la réinsertion sociale, scolaire, professionnelle..
- Accompagnement du projet de réintégration / réinclusion
- Participe au suivi médical au long cours de certains groupes de personnes atteintes de maladies et états chroniques handicapants avec le médecin traitant, et les réseaux de soins

Handicapant = à l'origine de situations de handicap qu'on peut prévenir par des actions médicales et sociales

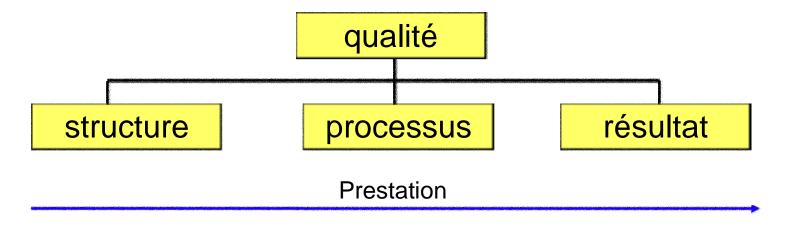
Modes de prise en charge

- Rôle dans la Réadaptation précoce et l'accompagnement précoce de la sortie
 - Equipes mobiles pluriprofessionnelles complémentarité en réseau avec la ville et le médico-social (SSIAD – SAVS – SAMSAH - MDPH)
 - Plateaux médico-techniques de réadaptation dans les hôpitaux aigus
- Hospitalisation conventionnelle de réadaptation (SSR)
 - structures de proximité de recours et de référence structures de référence travaillant en réseau (Cérébrolésés, Polio, BM...)
- Alternatives aux SSR ou réadaptation de première intention
 - Hôpitalisation de jour de réadaptation
 - Hospitalisation à domicile de réadaptation
 - En ville
- Activités d'expertise liées à des plateaux techniques divers pouvant s'apparenter à l'aigu (consultations, HDJ, hôpital de semaine, etc.)
 - neuro-urologie / uro-dynamique
 - neuro-orthopédie / spasticité
 - appareil locomoteur (rachis)
 - appareillage
 - neuropsychologie etc.
- Structures médico-sociales

Place dans le parcours de soins

- Passage quasi obligé pour certaines pathologies
- Passage éventuel pour d'autres (SLA..)
- Des structures alternatives à l'hospitalisation peuvent suffire (ambulatoire, secteur libéral)

Niveaux de qualité selon Donabedian



Qualité de structure	Qualité de processus	Qualité du résultat	
générales d'une organisation, ressources materielles et non materielles	l'organisation interne ainsi que de la manière dont est planifié la	Qualité de l'effet des prestations rendues c'est-à-dire le degré des objectifs atteints à court, moyen et long terme (output et outcome)	
DONABEDIAN, 1980			

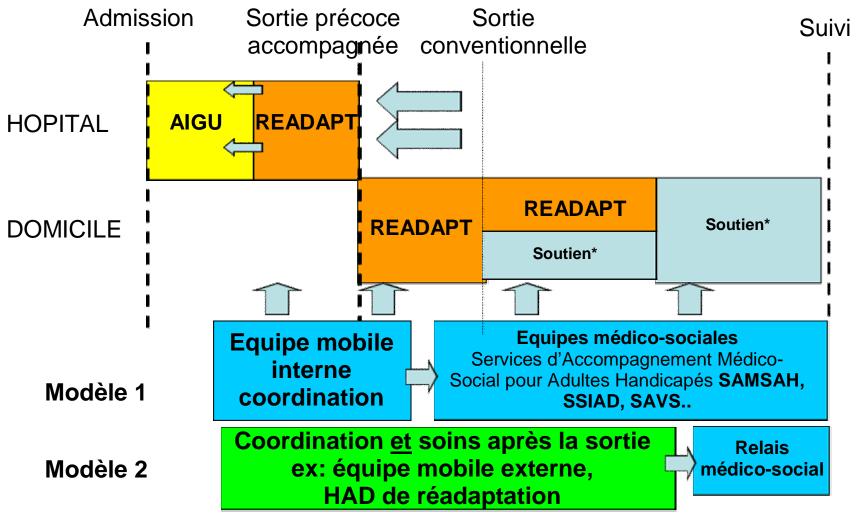
Assistanciel: Français du département – Dépendance Handicap



Assuranciel: Français de l'Etat – Assurance Maladie

Fragmentation des prestataires de soins et d'aide en France **Employé** non Entourage gualifié Entourag Hôpital e Aide à CS domicile Sortie complexe M.G. **Hôpital** Kine SSR Infirmier Aide Et Heb soignan Transports MDPH et soins Bénévo Accès au Et Heb Pédicure le du logement

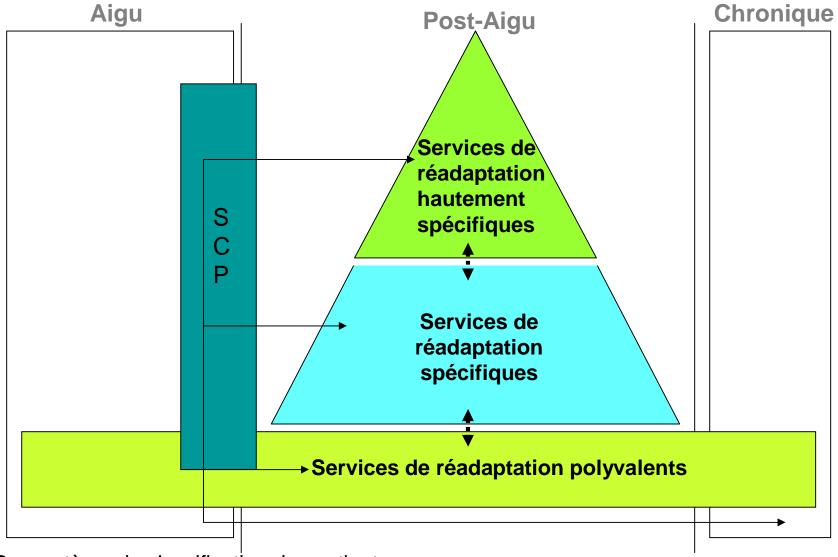
Accompagnement précoce de la sortie: 2 modèles



D'après Langhorne: Early Supported Discharge

*Dont systèmes d'accompagnement et de compensation en faveur des personnes handicapées READAPT: Réadaptation

Modèle stratifié de réadaptation : post-aigu



SCP = système de classification des patients

Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2007

Tensions entre filières et réseau

E

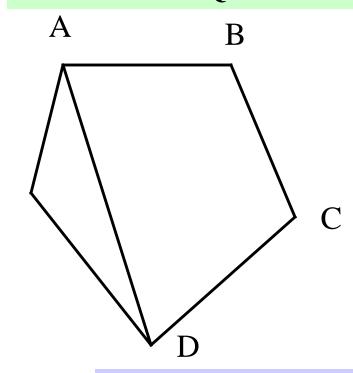
Réseau « star » à pilotage centralisé: Intégration hiérarchique Standardisation - Maîtrise des coûts

C A B H D E G

Pour aller de C en D on doit passer par A

D'après Assens 2003

Réseau « web », communautaire:
Pilotage décentralisé
Coordination - Qualité des soins



Pour aller de D en A soit DA, soit DCBA, soit DEA

Le cercle vertueux de la structuration des filières

Apparition d'une technique nouvelle : Thrombolyse

Contraintes d'organisation Accès IRM 24/24. Garde Neurologie

Création d'unités spécifiques

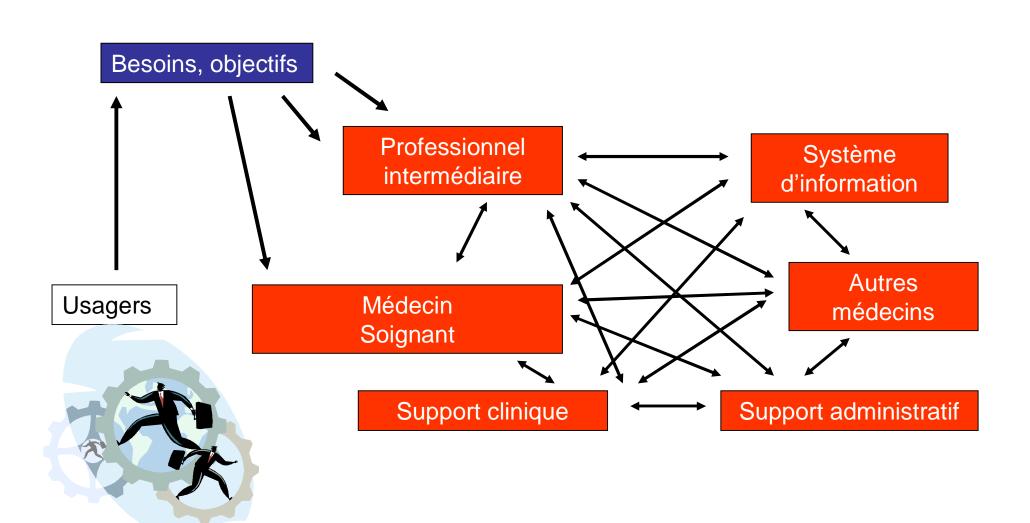
Acquisition d'une expertise Réduction des complications secondaires

Structuration de filières de soins

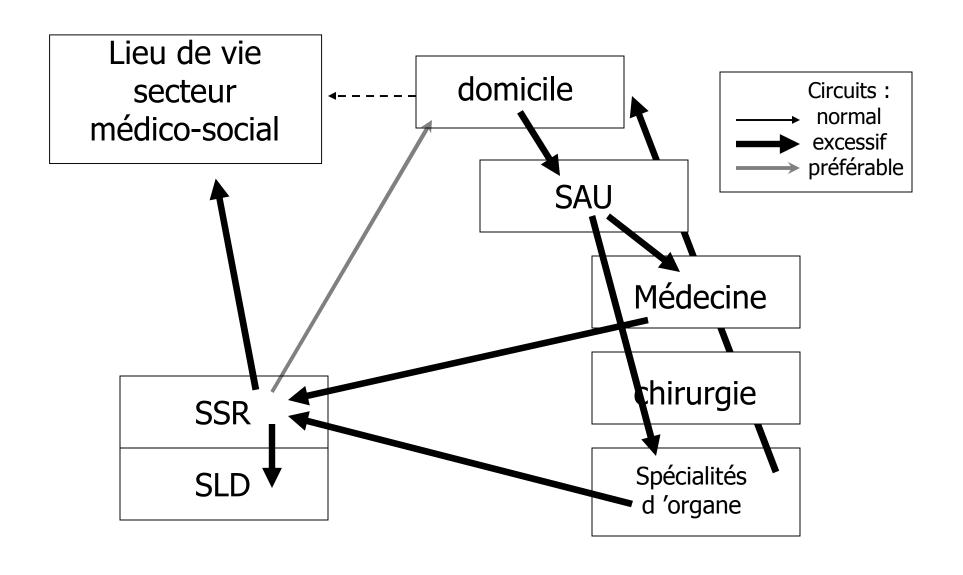
Amélioration du devenir Sans doute générateur d'inégalités majeures en l'absence de réseau organisé

Diapositive extraite de « Prise en charge de l'hémiplégie vasculaire » (COFEMER) Dépt. de MPR adulte C3RF-CHU Angers.

Les réseaux de proximité

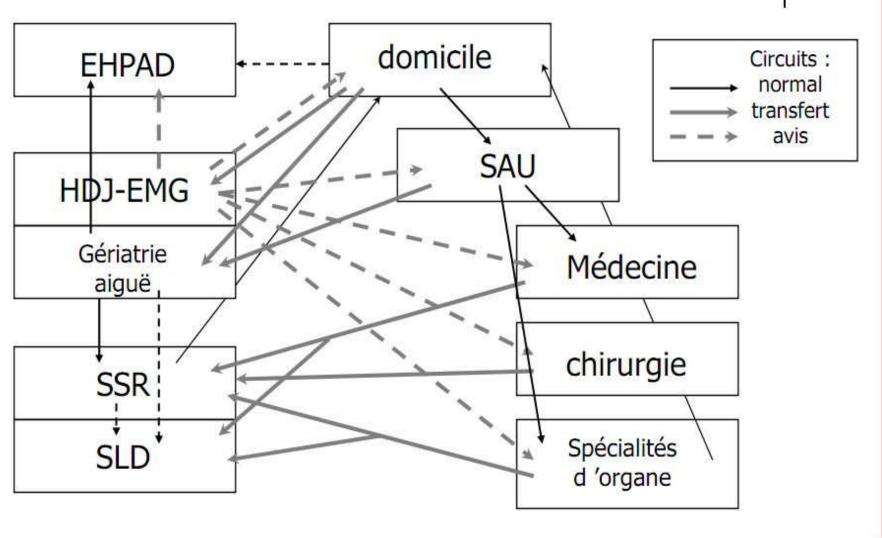


Organisation des soins et MPR

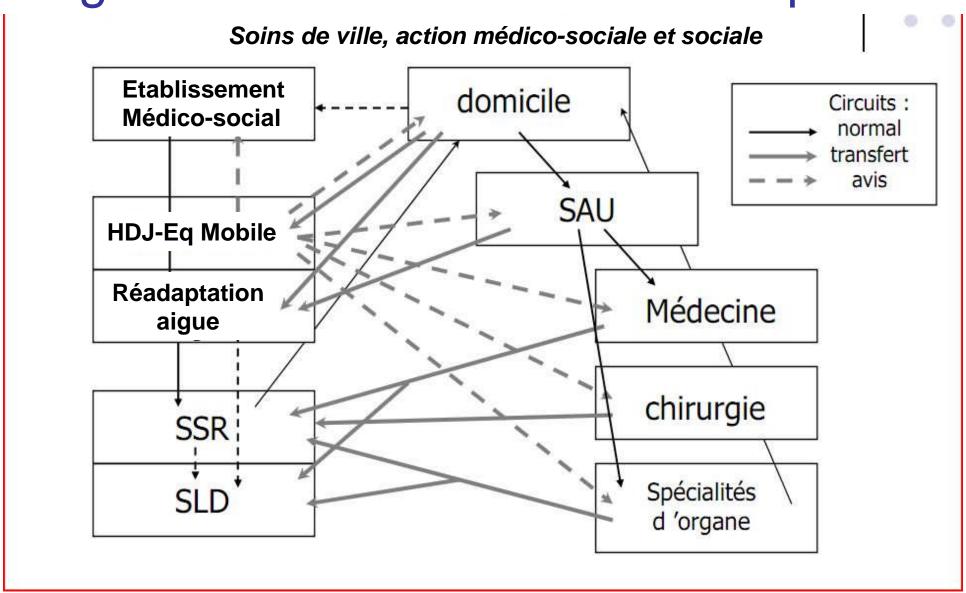


Organisation d'un hôpital





Organisation des soins de réadaptation



PATIENTS PRIS EN CHARGE EN MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

TRAUMATO - ORTHOPEDIE - RHUMATOLOGIE

Membre supérieur - Hanche - Genou - Algoneurodystrophie - Rachialgies - Fractures du rachis - Fractures du bassin - Polytraumatisés - Amputés des membres inférieur et supérieur - Fixateurs externes des membres - Polyarthrite rhumatoïde - Scoliose

NEUROLOGIE

Accident Vasculaire Cérébral - Traumatismes crânioencéphaliques - Lésions médullaires - Sclérose en plaques -Polyradiculonévrites - Affections neuro-musculaires -Sclérose Latérale Amyotrophique - Parkinson

BRULURES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ENFANTS - PERSONNES AGEES

Extrait de la bataille du projet- Mathieu Warin

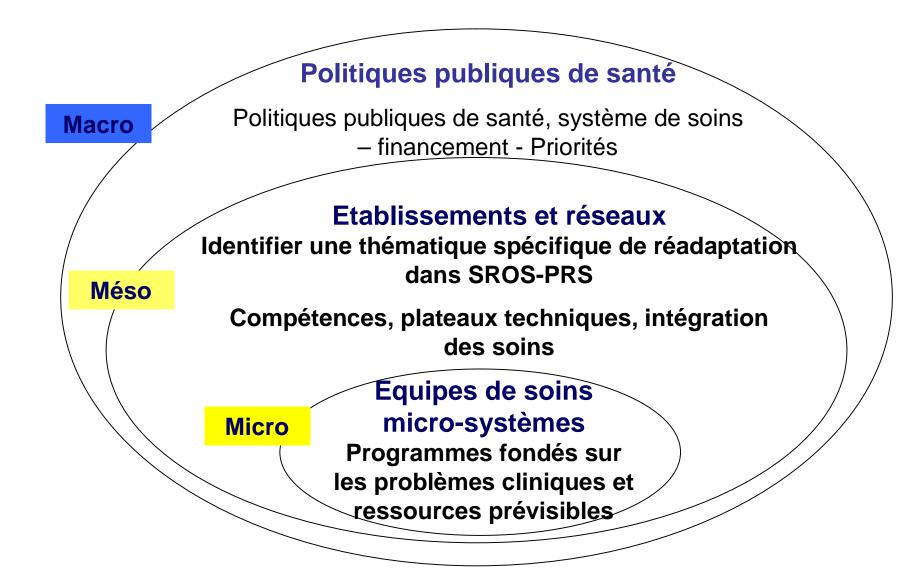
« Quel est votre projet ? »

- Sans projet, pas de subvention, pas de bonne note, pas de considération. La recevabilité même d'une idée dépendra de votre capacité à la présenter sous forme de projet. Le projet est devenu le format exclusif de l'expression d'une envie, d'une idée. On peut définir le projet dans son acception actuelle comme la description et (ou) l'organisation linéaire et cohérente de la mise en œuvre d'une ou plusieurs actions. Il a un début (diagnostic ou état des lieux), annonce des objectifs, se décline en actions et se termine par la sacro-sainte évaluation. C'est droit, c'est carré et ça ne laisse pas place au hasard. C'est modélisé.
- Voir Jean-Pierre Boutinet: « Anthropologie du projet »

Merci de votre attention...

« Nous ne raisonnons que sur des modèles. » Paul Valéry

Constats et perspectives « La carte n'est pas le territoire »



Les 3 niveaux de la théorie de l'activité

Niveau	Orienté vers	Mené par
Activité	Objet /objectif Segments d'activités de soins « imputabilité »	Communauté Politiques publiques (représentations collectives, déclaratives)
Action Sens = rapport entre buts et objectifs	But: résoudre un problème clinique en vue de l'outcome « autonomie »	Individu ou équipe Logiques « métier » (expertise procédurale)
Opération, « acte »	Conditions techniques de réalisation	Individu (routines) ou machine

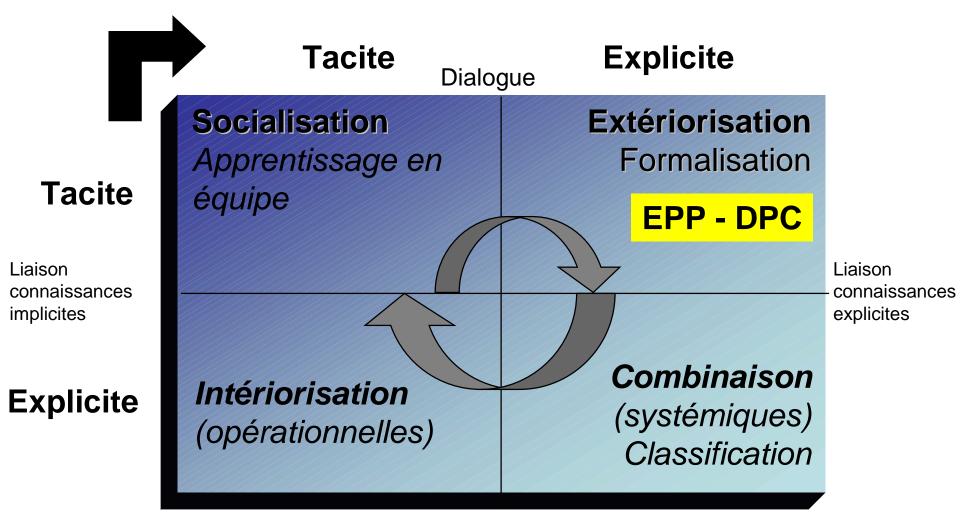
3 niveaux de régulation :

Efficacité = rapport entre buts visés et résultats obtenus

Efficience = rapport entre buts et moyens

Sens = rapport entre buts et objectif

Matrice des transformations de la Connaissance



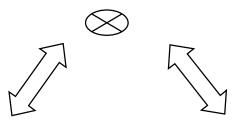
Apprentissage en faisant

Source: The Knowledge-Creating Company, Nonaka and Takeuchi, 1995.

Enjeux d'une terminologie commune

Connaissances

(déclaratives et procédurales)



Activité ⊗

Organisation

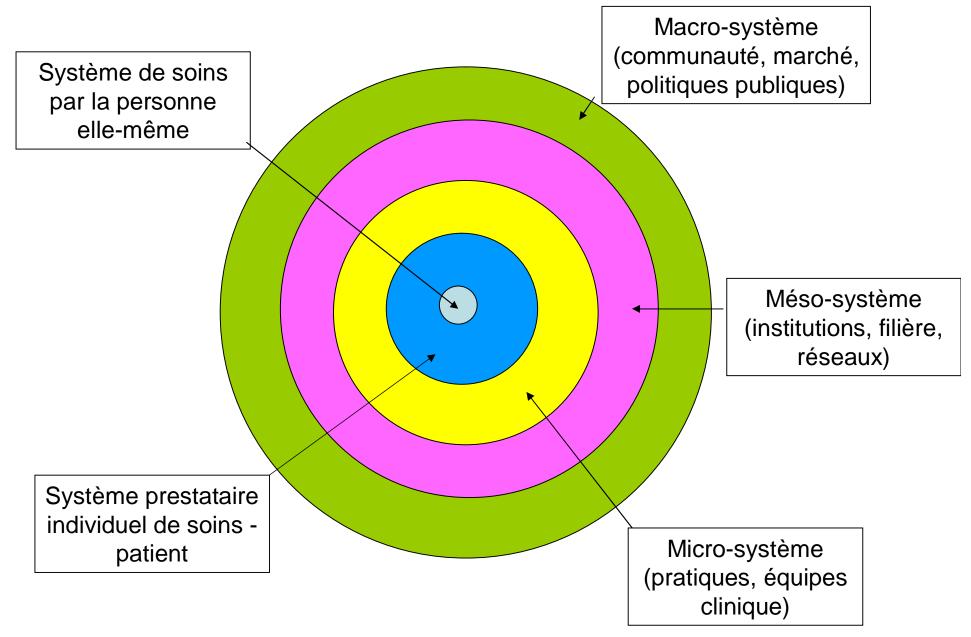
(besoins de soins et priorités de santé publique)

(structuration et financement)

Constats: poids de la contrainte financière

- Absence d'identification de l'activité de « rééducation fonctionnelle »: effondrement des ratios en aigu, en SSR, en médico-social
- Missions d'insertion sociale transférées au « médico-social » car réduites en secteur sanitaire à la « lutte contre l'exclusion et la discrimination »
- Sélection des patients, transferts de soins et de charge, pertes de chance sous l'effet de la T2A en aigu, des contraintes sur la DAF et de la modulation IVA en SSR
- 3 exemples de patients en « pertes de chance »
 - Patients relevant de structures de « recours infra-régional » exemple de la réadaptation post-AVC confrontée à des ratios de personnel insuffisants.
 - Patients relevant de « recours régional » (rareté des ressources et complexité des besoins) et n'y accédant pas en temps opportun.
 - Patients relevant d'une coordination médicale et sociale précoce quel que soit l'âge et dont la complexité n'est pas captée par les tarifs.

Perspective en oignon des systèmes de santé Modèle micro-méso-macro



« Il y a tant de causes possibles ou probables — intellectuelles, sociales, économiques et idéologiques — qui influent sur la spécialisation en médecine que tout effort pour en privilégier une ou l'autre ne peut être qu'une présupposition métaphysique de comment le monde fonctionne ». George Weisz

(Divide and conquer. A comparative history of medical specialization. Oxford University press; 2006.)