

SSR ET EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

Marc PULIK & Karim HATEM

Journée nationale du 6 juillet 2017



Un détour par une vision internationale ...

... pour ouvrir le champ de la réflexion





***L'apport d'idées nouvelles
suppose toujours de prendre
quelques risques ...***

« Well, SURE they'd like me to come
up with bold and innovative ideas...
but I've got a career to protect! »

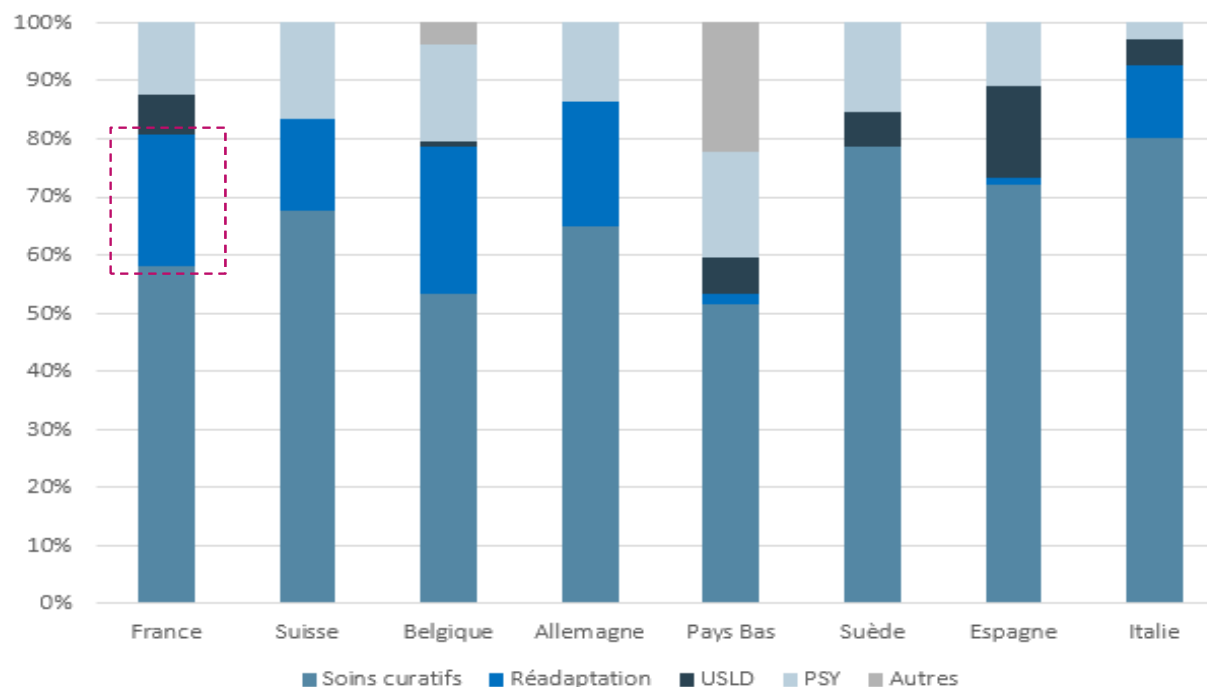
“ Je pense qu’il y a
un marché
mondial pour
environ 5
ordinateurs.

Thomas Watson
[PDG IBM 1943]



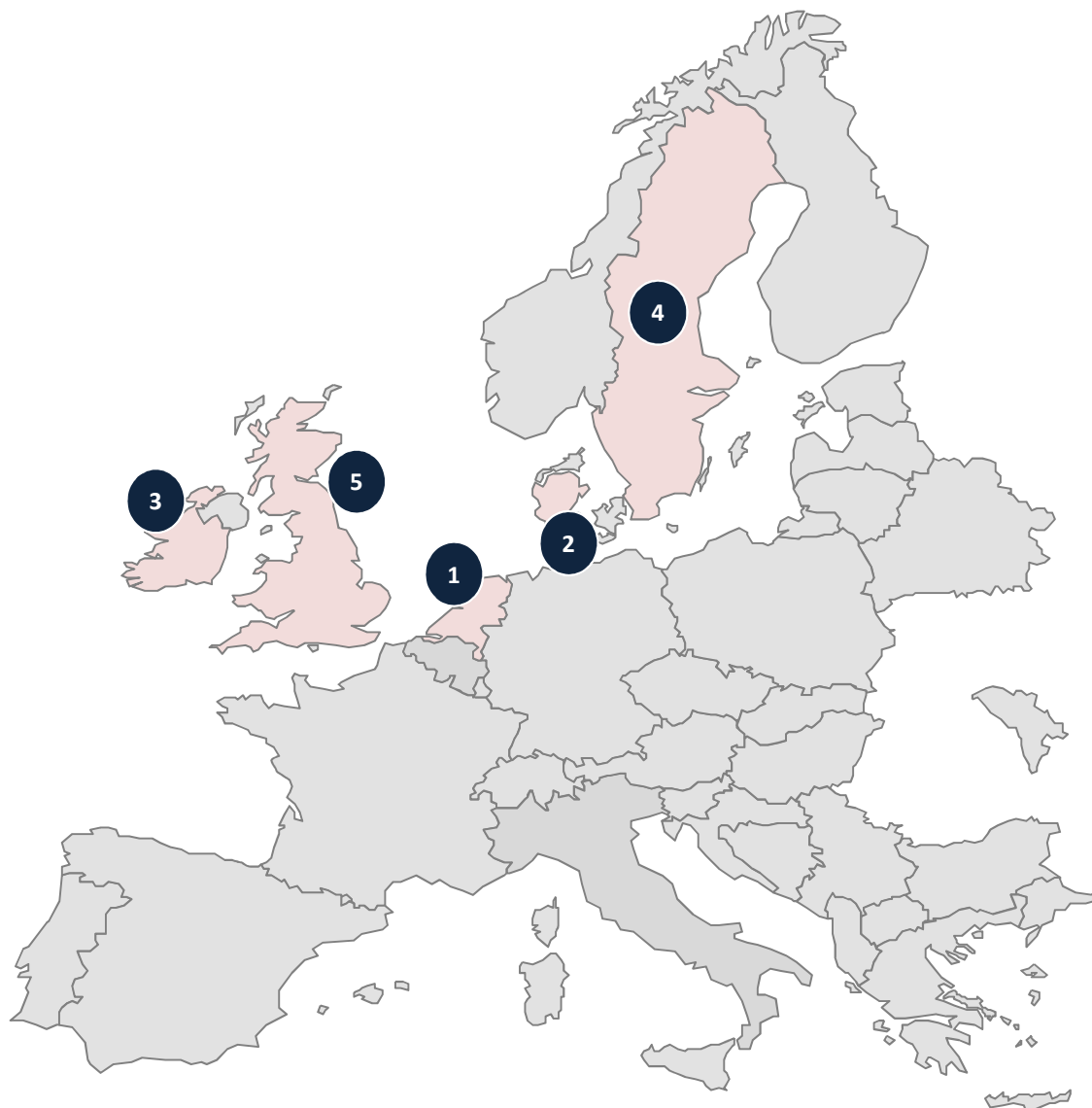
*... mais ca
permet parfois
de passer à
côté
d'évolutions
importantes*

En France, l'hospitalisation conventionnelle en centre reste le mode de prise en charge privilégié, s'appuyant sur une offre capacitaire importante



Pour bon nombre de nos voisins européens, ces activités sont davantage délocalisées en dehors des structures hospitalières.

Quelles alternatives sont proposées?



Pays-Bas

1

Pour aller plus loin...



Danemark

2



U.K

3



Irlande

4



Suède

5

Pays-Bas

L'organisation des SSR aux Pays Bas

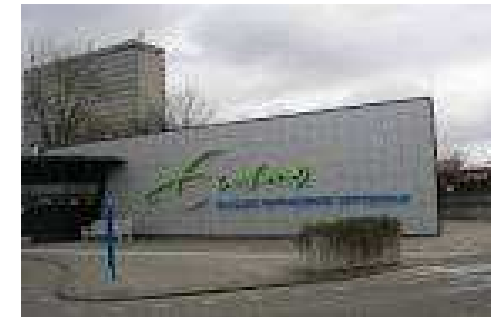
- Visite du site de Rotterdam, le 30 septembre 2015

Les Pays Bas / L'Ile de France / France

	Pays Bas	Ile de France	France
Population	16,8 M	12 M	66 M
PIB	600 000 M€	623 673 M€	2 000 Mds€
Dépenses de santé	12,9% du PIB*		11,7% du PIB*

**Données 2013 ; les Pays Bas arrivent en deuxième position derrière les EU à 17,1 %*

Un CHU Erasmus + 1 SSR PNL



Le SSR aux Pays Bas (données nationales)

- 24 établissements « **centres de rééducation fonctionnelle** »
- Pas de secteur public et secteur PL quasi inexistant (1 à 2)
- 450 médecins MPR (moyenne 19 par site)
- 9000 ETP PNM
- 400 M€ budget annuel
- Responsabilité importante des collectivités territoriales (-> risque d'inégalités selon les villes)
- Malgré des dépenses pour cérébrolésés > à celles du diabète
 - Insuffisance des capacités en neuro réhabilitation
 - 200 000 cérébrolésés < 65 ans vivent à domicile

Le SSR aux Pays Bas : gradation des soins

- Comme dans « tous » les pays : différence entre Réadaptation Fonctionnelle (*Rehabilitation Centers*) et Soins de Suite (*Nursing homes*)
- Trois niveaux de complexité :
- Niveau 1 = réhabilitation en ville
 - Responsabilité d'un MG
 - Kinésithérapeutes, travailleurs sociaux
- Niveau 2 = réhabilitation gériatrique
 - responsabilité d'un gériatre
 - dans les *nursing homes*
- Niveau 3 = **réhabilitation médicale spécialisée**
 - responsabilité d'un MPR
 - centres de réhabilitation
 - services de réhabilitation en hôpital général ou universitaire

85%

15%

La réhabilitation médicale spécialisée

Critères d'inclusion

- Protocole national d'indications strictes

Principaux critères

- Des conséquences durables d'une atteinte physique sur différents champs d'activité
- Des objectifs complexes à atteindre
- Des interventions complexes et spécialisées nécessaires
- Nécessité d'un MPR avec une équipe multiprofessionnelle pour atteindre ces objectifs

Un fonctionnement axé sur

Evidence based (EBM) vs le meilleur soin vs le sens commun

La réhabilitation médicale spécialisée Données de base (nationales)

65 550 patients

7 550 soit **11,5 %** patients hospitalisés, dont 480 enfants

58 000 soit **88,5 %** patients en HJ, dont 14 000 enfants

Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

- 60 jours pour les adultes
- 69 jours pour les enfants

Durée moyenne de séjour en hospitalisation de jour

- 6 mois pour les adultes
- 11 mois pour les enfants

9375 salariés dont 465 MPR

Budget : 400 M€

La réhabilitation médicale spécialisée Données de base (nationales)

Les pathologies principales	Chez nous
Cérébrolésés	SSR neuro
Atteinte moelle épinière	SSR neuro
Autres pathologies neuromusculaires	SSR neuro
Amputations	SSR loco
Douleurs chroniques	SSR loco/neuro
Orthopédie et traumatologie	SSR loco
Maladies rhumatismales	SSR loco
Dermatologie (escarres et brûlés)	SSR brûlés
Pathologies cardiaques	SSR cardio
Pathologies respiratoires	SSR respi
Oncologie	SSR onco

Quelques chiffres sur Rinjdam (CRF)

- Région de 1,2 à 4 Millions d'habitants selon les groupes diagnostics
- 800 salariés dont
 - 36 MPR (26 ETP)
 - 140 IDE (90 ETP)
 - 350 (226 ETP) personnels de rééducation

- En HC
 - 125 lits
 - 660 patients admis
 - 38000 journées TO = 84 %
 - DMS 57 jours

En HJ

6 000 patients

DMS 2 à 3 mois (2 à 5 j /semaines)

- Consultations 20 000

- Budget 50 M€

- « Simulation budget » SSR IdF

- $HC = 38000 J \times 340 \text{ €} = 13M\text{€}$
- $HJ = 6000 \times 3 J \times 10 S \times 157 \text{ €} \leftrightarrow 200\text{€} = 28 M\text{€} \text{ à } 35 M\text{€}$
- Total 41 à 48 M€ (delta + 5 % \leftrightarrow +20 %)

Un virage ambulatoire déjà ancien

- L'approche Néerlandaise : « Less beds, more out-patients »
- Dans les années 1990
 - Fermeture de tous les SSR situés à la campagne ou en bord de mer (anciens sanatoriums)
 - Réimplantation des SSR en centre ville
 - Très bonne accessibilité transports
 - Antennes délocalisées par quartier (enfants et scolarisation)
- Développement de l'ambulatoire
 - Réduction du capacitaire
 - Les lits n'existent pas (chez nous non plus ! ...mais....)
- L'ambulatoire s'impose d'emblée « out-patient care first »

Des liens plus étroits entre SSR et MCO

- Les AVC, traumatismes crâniens, polytraumatisés vus à J0 par un MPR directement en UNV ou en réanimation
 - Avis MPR = décision de l'étape suivante
 - Réhabilitation précoce « acute rehabilitation »
 - Début de la réhabilitation par les équipes SSR à H24 ou H48

- Plan de réhabilitation-réinsertion établi initialement
 - Bonne sélection initiale des patients = Sélection économiquement efficiente

- Décision d'orientation du patient
 - Centre de réhabilitation (= CRF)
 - Nursing homes (= SS)
 - Domicile

Des liens beaucoup plus forts avec l'université et la recherche

- 8 CHU sur le pays
- Universitarisation de zones non universitaires avec « récupération » des patients pour le essais cliniques et donc activité recherche
- Poste partagé PU PH
 - SSR CHU (Erasmus) et
 - ESPIC SSR (Rijndam)
- 4 ans de négociations SSR / CHU
- Commission de l'innovation / budget recherche
 - Applications contrôlées par la respiration jeux musique etc...
- Une ouverture sur les secteurs hors santé

Une adaptation des logements plus facile

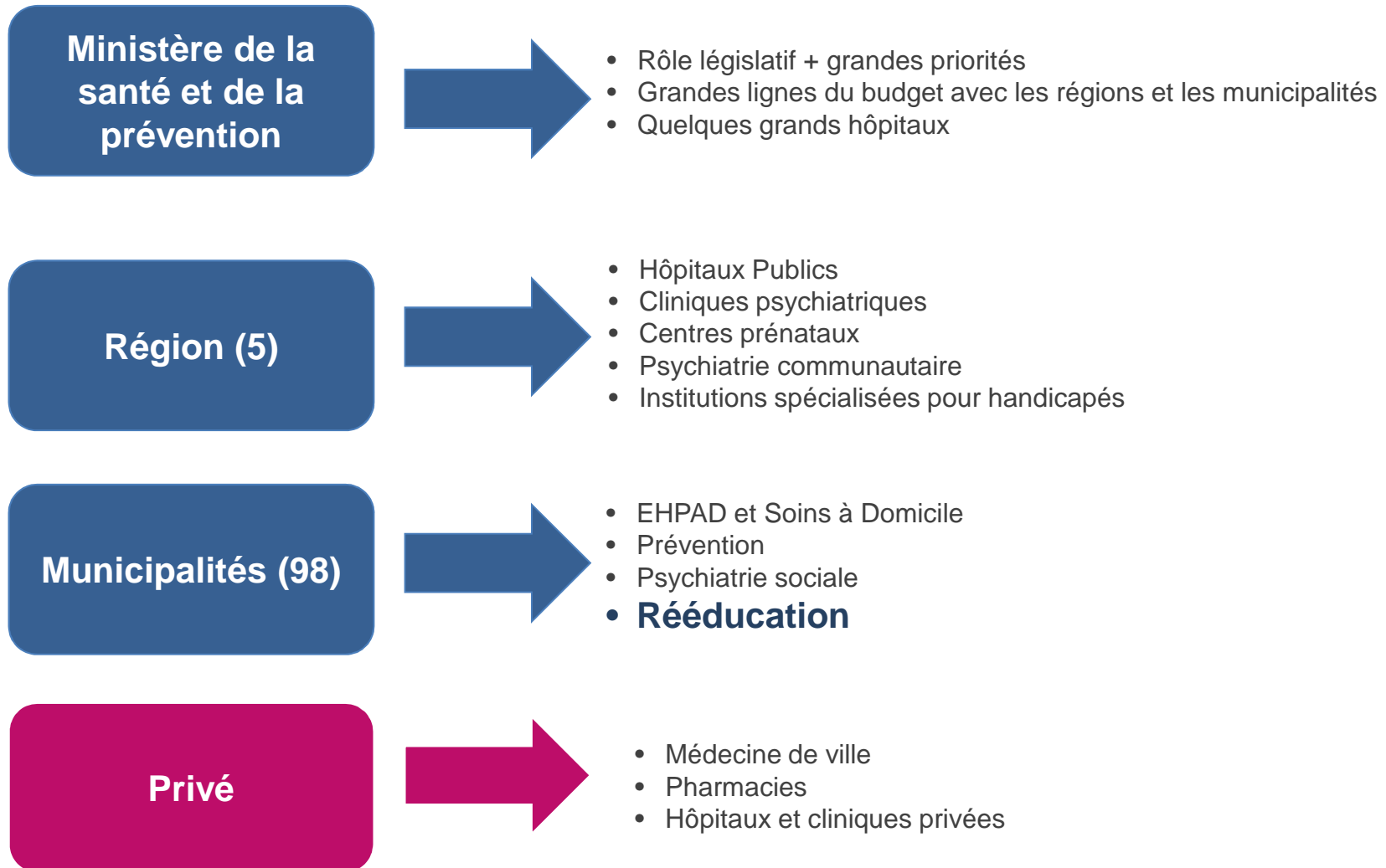
- Le MPR donne un avis sur l'orientation du patient

- Si orientation vers le domicile avec handicap
 - « Diagnostic handicap » immédiat du logement
 - Si coût adaptation handicap < 45 000 €
= coût de 4 mois SSR neuro en France
 - >> prise en charge en totalité
 - Si > 45 000 € -> déménagement vers un logement adapté

Danemark

Contexte local et caractéristiques du système de santé

Une gestion principalement décentralisée de la rééducation



Organisation des activités de rééducation

Toute réadaptation, non réalisée en connexion avec un traitement aigu, est de la responsabilité des municipalités

- Elles ont la charge d'organiser le système de prise en charge de réadaptation. Du fait de cette responsabilité, si un patient ne peut quitter l'hôpital faute de place dans un centre, la municipalité porte la charge des coûts hospitaliers supplémentaires

Une responsabilité poussant à trouver des solutions innovantes pour réduire les dépenses: un Physiothérapeute virtuel à la maison pour les personnes âgées



 Welfare Denmark

Déployé dans plus de 30 municipalités (sur 98)



Le dispositif Welfare

- **Quels outils mis à disposition des patients ?**
 - Un outil Kinect avec une caméra et une sonde de profondeur capable de lire le langage corporel et un écran tactile avec une carte sim qui envoie des informations cryptées aux professionnels de santé
- **Un logiciel qui :**
 - Guide les patients lors des exercices de rééducation, vérifie et corrige leurs mouvements en temps réel et permet aux professionnels de santé de suivre les progrès de leurs patients
 - Donne la possibilité de réaliser plus de 130 exercices pour les hanches, épaules, genoux et dos. D'autres programmes existent pour les problèmes cardiaques, les rhumatismes, la circulation sanguine...

Quelle rentabilité sur la base du cas d'un homme de 73 ans..?

Coût d'une solution de rééducation

5 jours dans un centre de rééducation: **1 400 \$**

2 visites par mois par des thérapeutes: **1 955 \$**

Total: **3 555 \$**

Coût d'une psychothérapeute virtuel

Licences du Kinect + 2 consultations à distance avec des thérapeutes

Total: **898 \$**

Economie affichée pour la municipalité: 2 457 \$

***Lancé en 2012 ce programme a déjà été acheté par
environ 20 municipalités danoises***

Pour aller plus loin...

Royaume-Uni

Organisation des activités de rééducation – Les principes

▪ Principes du système de rééducation en Grande –Bretagne

- Une approche structurée par les besoins

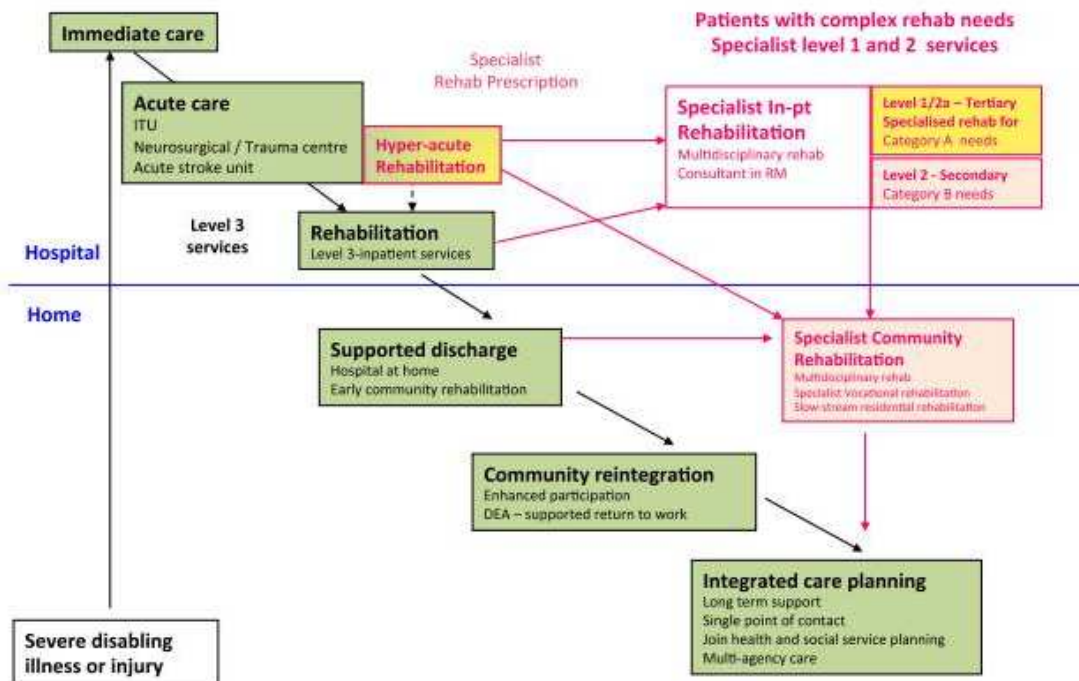
▪ Evolutions récentes

- Une prise de conscience de l'intérêt **d'une approche personnalisée et intégrée** qui permet d'avoir une meilleure qualité de prise en charge, de meilleurs résultats pour les patients et une meilleure utilisation des ressources du système de santé
- Or le financement par le NHS s'est traditionnellement focalisé sur les **épisodes isolés plutôt que sur des prises en charge au long cours** programmées en amont autour des besoins spécifiques de chaque patient
- D'où la réforme du modèle de rééducation et du financement associé : la démarche "**Recovery, Rehabilitation and Reablement**" dans le cadre du Programme "Year of Care"

Organisation des activités de rééducation – Le Parcours

Coordination et gradation dans soins dans le « rehabilitation model » de la NHS

- Le modèle définit les **différentes étapes du parcours de réadaptation**, jusqu'à la réinsertion et la prise en charge au long cours

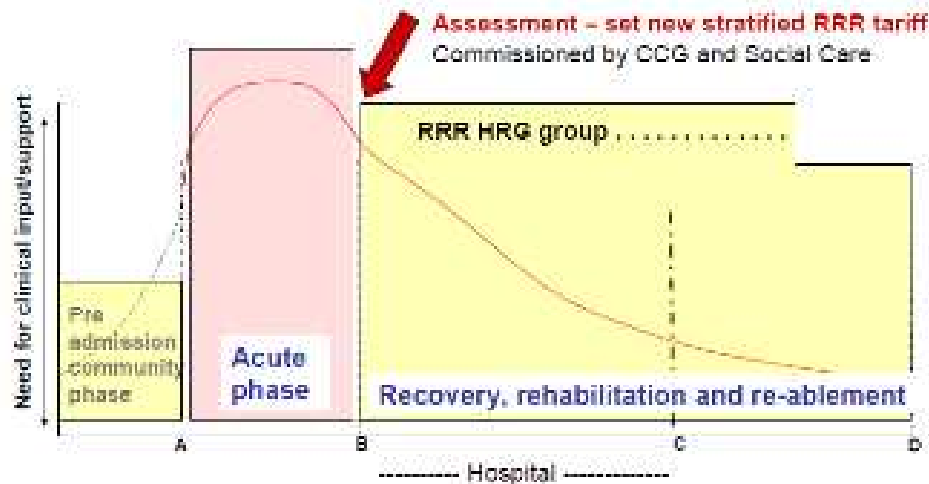


- Le modèle précise les structures intervenant aux différentes étapes, avec une place importante donnée au domicile
- Le modèle doit être interprété de manière **flexible en fonction des besoins individuels et du parcours de chaque patient**
- Les phases de transition entre les étapes sont des moments critiques pour le patients et ses aidants: de **coopérations, des réseaux et une bonne coordination entre les différentes équipes** sont indispensables

Organisation des activités de rééducation – Les réflexions sur une tarification adaptée

Réorganisation du parcours patient et réflexion autour d'une tarification associée pour une meilleure répartition des rôles et responsabilités

Le tarif RRR (Recovery, rehabilitation and reablement)



1. crosses secondary – community, 2. unlocks rehab resource for different models
3. Puts primary care and social care at earliest point in rehab, 4. an option to fit LTC?

- Le tarif RRR a été construite pour permettre aux soins médicaux et sociaux **d'être prodigués aux patients en fonction de leur besoins**
- Il a pour but de promouvoir **une transition rapide entre la prise en charge aiguë et la prise en charge par des services de la communauté**
- L'ambition de cette tarification est de **diriger le financement vers l'endroit où la production de soins correspond le mieux au besoin du patient**

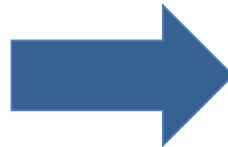
Pour aller plus loin...

Irlande

Contexte local et caractéristiques du système de santé

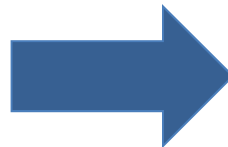
Dépendance = Handicap

Politique Sanitaire



- 6 comtés: 6 gouvernements
- 29 ans de plans successifs dédiés au handicap
- 4% de dépenses de plus par années

Réponse Sanitaire



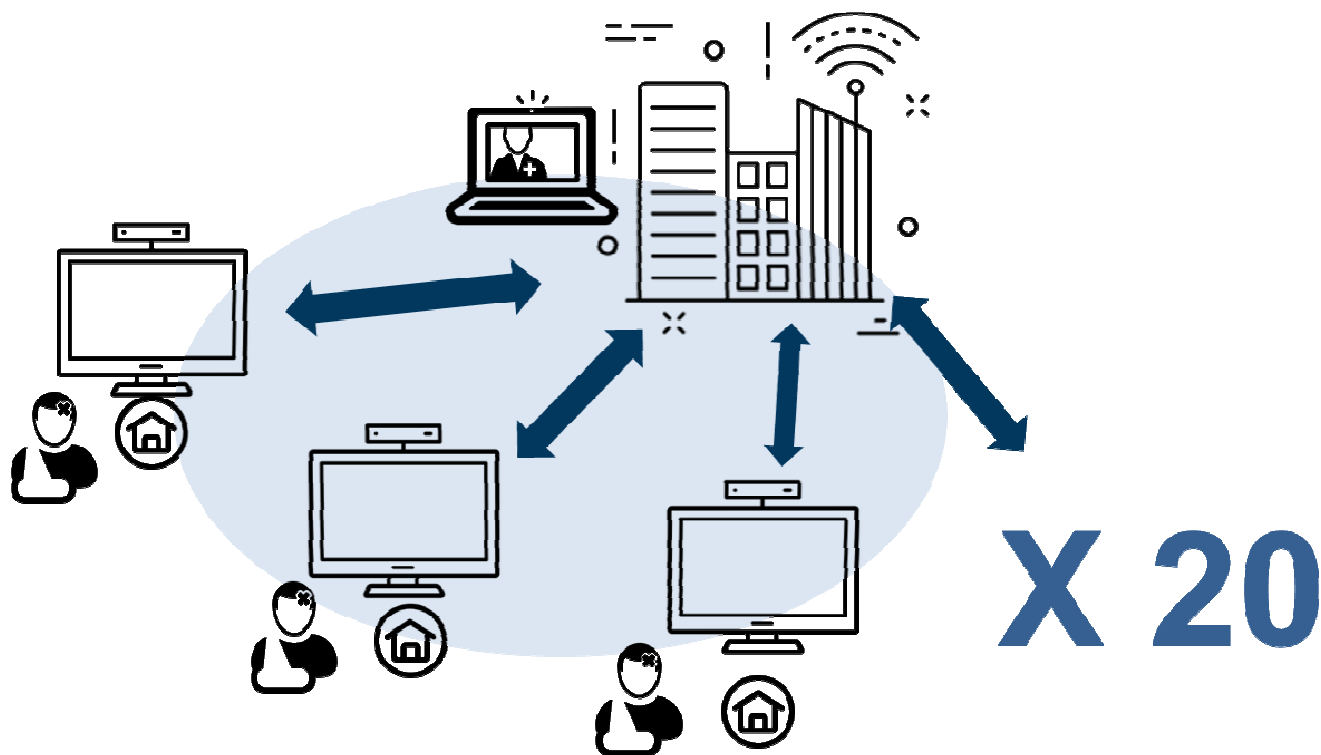
- Des gros pôles de proximité en MCO
- Des équipes mobiles de SSR
- Des SSR très orientés neuro/locomoteur

Réponses innovantes



- Le domicile au cœur du parcours de soins (= Télémédecine)
- Des domiciles adaptés aux personnes handicapés
- Une gestion régionale du Handicap (Regional Wheelchair Policy)

Organisation des activités de rééducation

L'ambulatoire en Réadaptation... Les séquences collectives de rééducation

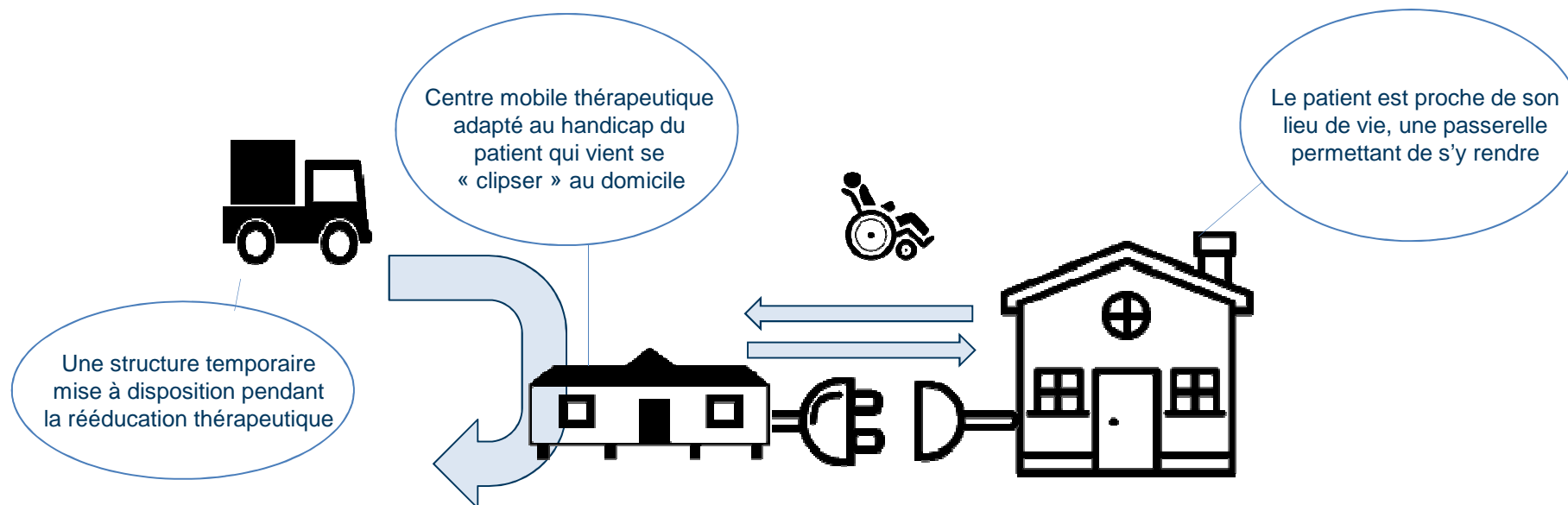
- Un professionnel de rééducation en charge d'animer une session de rééducation collective à partir du centre (Télémédecine): une optimisation de la gestion des ressources rares
- Le levier du numérique via l'utilisation des dispositifs Kinect avec des sessions adaptées au projet thérapeutique du patient: maintien dans le lieu de vie et prise en charge personnalisée et individualisée

L'ambulatoire en Réadaptation... Les Logements « handicapés » provisoires



Cas clinique:

- Patient à l'issue d'un traumatisme dans une situation de « handicap transitoire » pour une période de 3 à 6 mois
- Patient dont la présence dans un SSR n'est plus médicalement justifié »
- Une rééducation thérapeutique possible au domicile mais nécessitant des réaménagements lourds du domicile



- Des impacts significatifs en termes d'occupation efficace des capacités d'hospitalisation et en termes de maîtrise des DMS
- Des investissements moindres pour le patient (aménagement du domicile)
- Une phase de réadaptation facilitée par le maintien du patient au plus proche de son domicile

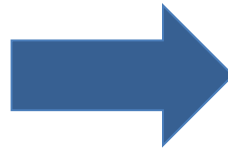
Pour aller plus loin...

Suède

Contexte local et caractéristiques du système de santé

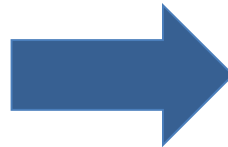
Un système de santé décentralisé

En termes
d'organisation et
de gouvernance



- Le Health and Medical Services Act de 1982 spécifie que toute personne vivant en Suède a accès à de bons soins de santé, qui revient aux conseils de comté régionaux et aux municipalités..

En termes de
financement



- Les dépenses de santé sont à la hauteur de 11% du PIB en 2015.
- Elles sont financées par les impôts des comtés et des municipalités ainsi que par le gouvernement national.
- Seule une petite partie reste à la charge du patient.

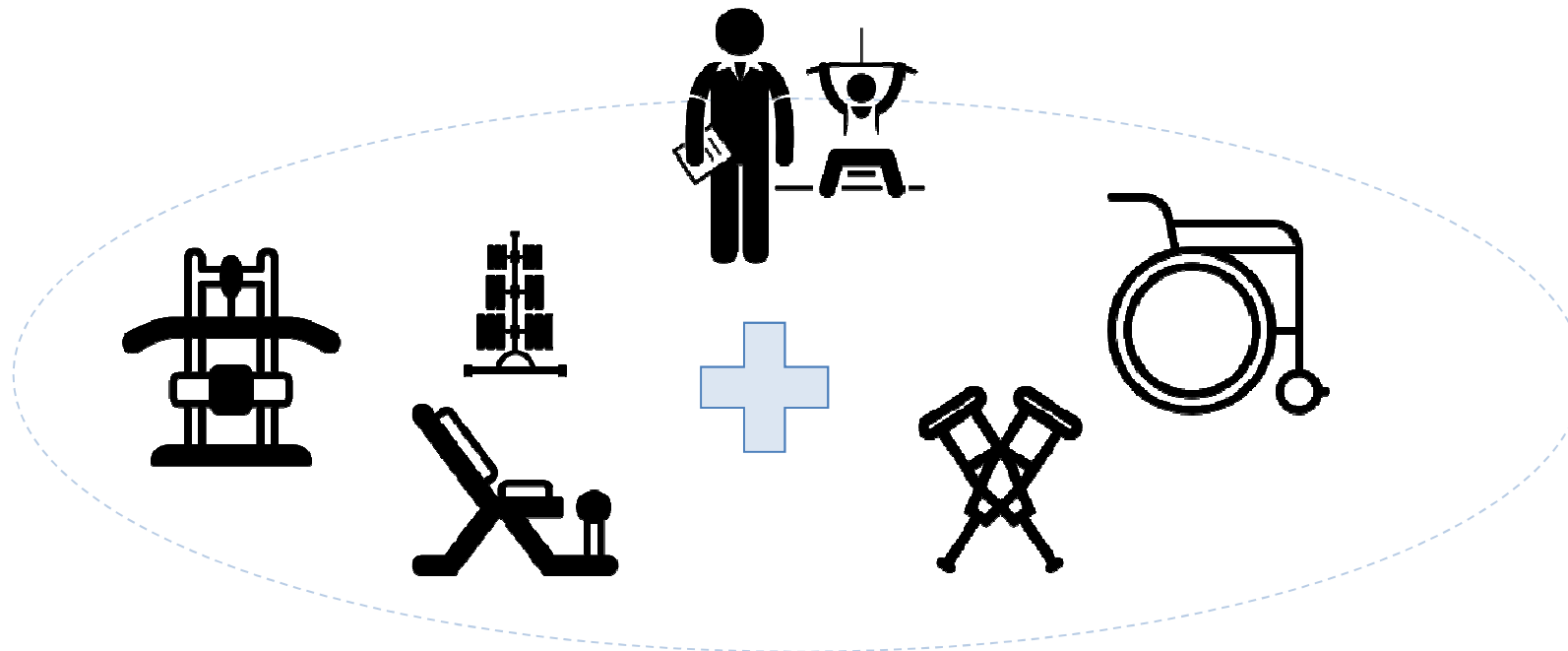
Les principales
réformes de santé



- Les réformes dans les soins de santé suédois sont souvent introduites par les autorités locales dans les conseils de comté régionaux et les municipalités.
- Durant les 10 dernières années, les réformes amorcées par les conseils de comté individuels se sont concentrées sur le développement des soins primaires et la coordination des soins aux aînés

Organisation des activités de rééducation

Du SSR sans « centre dédié » : Une activité réalisée au cœur des clubs de remise en forme et/ou salle de fitness....



- Des activités de rééducation qui sont réalisées pendant les « heures creuses » d'utilisation des équipements
- Des utilisateurs « non patients » informés et des agencements architecturaux pour garantir confidentialité, éthique et sécurité
- Des professeurs de fitness formés et habilités pour coordonner certaines séances (patients légers) et des APAs dédiés à la prise en charge des patients les plus lourds

SYNTHESE



▪ **Une souplesse dans le parcours et une « fluidité / porosité » avec des pratiques professionnelles adaptées**

- *Les médecins MPR se déplacent dans les structures MCO et construisent le projet de rééducation*
- *Accès multiple au SSR*



▪ **Une place importante donnée au domicile et à l'ambulatoire :**

- *L'ambulatoire est le mode de prise en charge par défaut*
- *Rééducation à distance*
- *Financement de l'aménagement du domicile*
- *Equipes mobiles*



▪ **Une pratique de la télémédecine par plusieurs catégories de professionnels de santé (kinés, ...)**



▪ **Un usage avancé des outils et solutions numériques**



▪ **Un concept de « soins communautaires » avec une forte décentralisation de la gouvernance**



▪ **Un financement décloisonné et qui « suit le patient »**



*Je suis désolée, nous avons pris un peu de retard.
Êtes-vous vraiment malades ou n'allez-vous pas faire perdre son temps au docteur ?*