Utilité du geste: offre en réadaptation et utilité médico-économique

Quelles activités cliniques significatives pour les professions alliées de réadaptation?

Jean-Pascal Devailly, MD

Service de Médecine Physique et de Réadaptation Groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal - Saint Louis Assistance Publique — Hôpitaux de Paris <u>jean-pascal.devailly@aphp.fr</u>

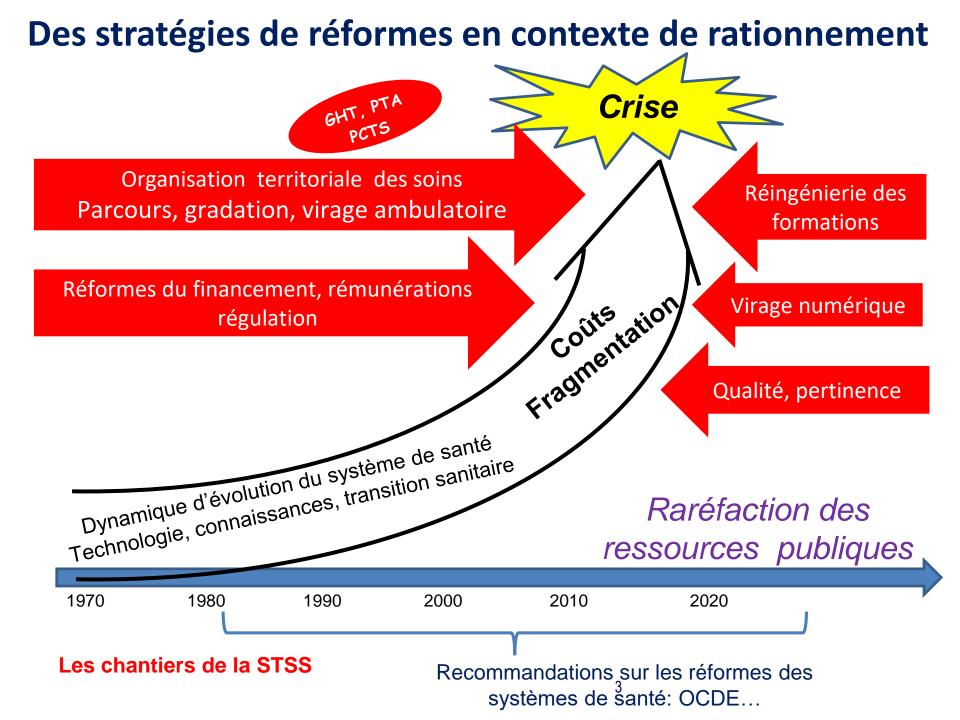
« Tous les systèmes sont vrais dans ce qu'ils affirment ; il ne sont faux que dans ce qu'ils nient. » Leibnitz

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée – 21 et 22 novembre 2019

Questions clés

- Qu'est-ce que la réadaptation?
- Qu'entend-on par offre de soins en réadaptation?
- Qu'est-ce que l'utilité médico-économique?
- Comment décrire l'utilité médico-économique en réadaptation
 - Utilité économique
 - Utilité médicale
 - Intérêt général
 - Utilité sociale

Comment valoriser l'utilité médicoéconomique?

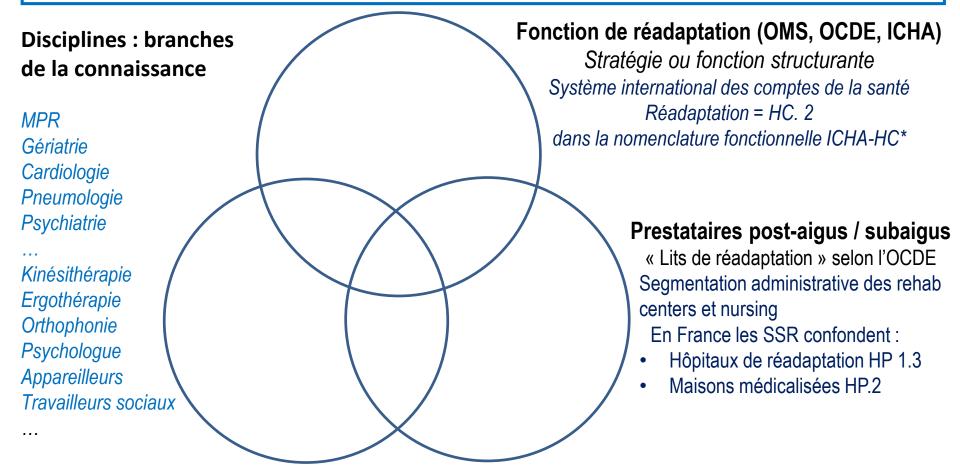


Qu'est-ce que la réadaptation: fonctions, prestataires et disciplines

du bon usage des concepts internationaux

Rapport mondial sur le handicap 2011 - OMS Banque mondiale

La réadaptation est définie comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement »



Relation entre fonctions de production et stratégies de santé

Nomenclature fonctionnelle de l'ICHA-HC (OCDE)	Stratégies de santé (OMS)		
HC.1 : Services de soins curatifs	Soins curatifs		
Augmentation des maladies chroniques, des patients			
polypathologiques et des maladies non transmissibles	Stratégie curative		
HC.2 : Services de soins de réadaptation			
Augmentation des limitations fonctionnelle et restrictions	Soins de réadaptation		
d'activités. Intention principale : optimiser les fonctions organiques	Stratégie de réadaptation		
et les activités			
HC.3 : Services de soins de longue durée	Soins d'assistance à la vie		
Augmentation des besoins d'assistance dans les activités de vie			
quotidienne, élémentaires et instrumentales (ADL et IADL)	quotidienne		
Frontières complexes avec l'action médico-sociale et sociale	Stratégie de soutien		
HC.4 : Services de support aux soins de santé			
HC.5 : Biens médicaux délivrés à des patients ambulatoires			
LIC C . Comisso de prévention et de conté publique	Prévention		
HC.6 : Services de prévention et de santé publique	Stratégie préventive		
HC.7 : Administration de la santé et assurances santé			
Fonction de production composite	Soins palliatifs		
	Stratégie palliative		

Gutenbrunner C. Dimensions for Service Organization in Rehabilitation (ICSO-R) Christoph Gutenbrunner CHARM Workshop on Classification Systems for (Re-) Habilitation Services Oslo, Norway, April 25, 2017 https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/arrangementer/dimensions-icsor-gutenbrunner.pdf

Peut-on parler de professions alliées de réadaptation?

- Sens anglo-saxon: auxiliaires médicaux! Non!
 - Sortir du modèle inadapté ingénieur technicien

Professionnels de réadaptation selon l'OMS:

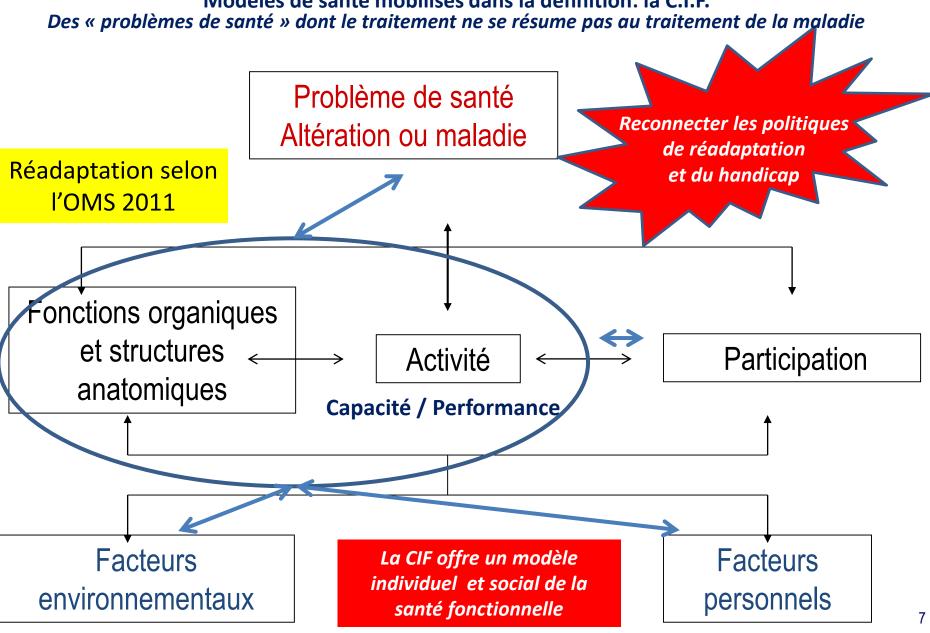
- Professionnels en coopération dans un ensemble d'activités...
- Organisation ni marchande ni hiérarchique mais en réseau autour de programmes de soins / itinéraires de soins / chemins cliniques)

Organisation analogue à une formation de jazz:

- Interventions « arrangées » et standardisées,
- Interventions autonomes et personnalisées
- Interventions collectives partiellement formalisées

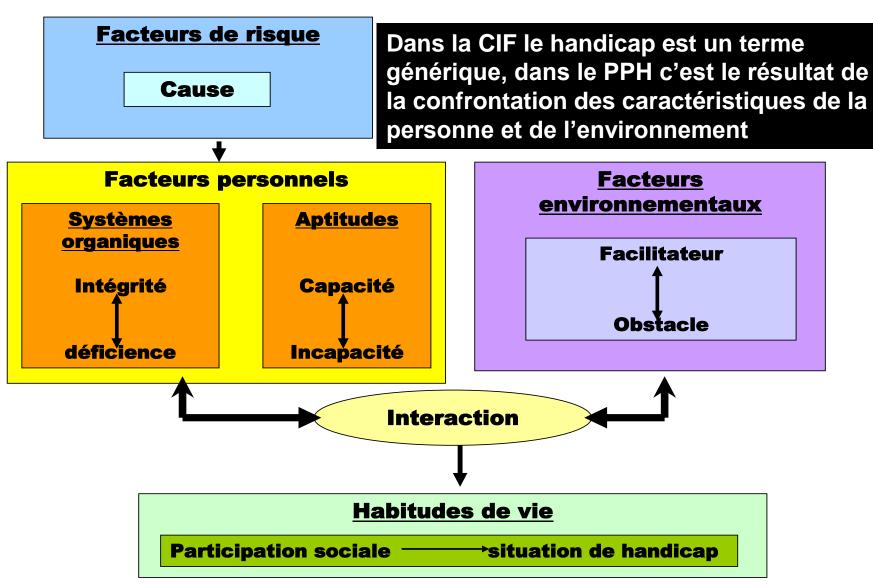
CIF // PPH : un cadre commun d'évaluation

Modèles de santé mobilisés dans la définition: la C.I.F.



Facilitateurs / Obstacles

Statut fonctionnel, niveau de dépendance, situations de handicap



Sélection de fonctions organiques dans la CIF pour la conception des programmes de soins de réadaptation

Chapitre 1 fonctions mentales

- b114 Fonctions d'orientation
- b118 Fonctions intellectuelles
- b130 Fonctions de l'énergie et des pulsions
- b134 Fonctions du sommeil
- b140 Fonctions de l'attention
- b144 Fonctions de la mémoire
- b148 Fonctions psychomotrices
- b152 Fonctions émotionnelles
- b156 Fonctions perceptuelles
- b160 Fonctions de la pensée
- b164 Fonctions cognitives de niveau supérieur
- b168 Fonctions mentales du langage
- b176 Fonctions mentales relatives aux mouvements complexes

Chapitre 2 fonctions sensorielles et douleur

b280Sensation de douleur

Chapitre 3 Fonctions de la voix et de la parole

- b310 Fonctions de la voix
- b320 Fonctions d'articulation
- b330 Fonctions de fluidité et de rythme de la

Chapitre 4 Fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire

b455 Fonctions de tolérance à l'effort

Chapitre 5 Fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

b510 Fonctions d'ingestion

Chapitre 6 fonctions génito-urinaires et reproductives

- b620 Fonctions urinaires
- b640 Fonctions sexuelles

chapitre 7 fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement : fonctions motrices et de la mobilité, y compris articulations, des os, des réflexes et des muscles.

- b710 Fonctions relatives à la mobilité des articulations
- b715 Fonctions relatives à la stabilité des articulations
- b730 Fonctions relatives à la puissance musculaire
- b755 Fonctions relatives aux réactions motrices involontaires
- b760 Fonctions relatives au contrôle des mouvements volontaires
- b765 Fonctions relatives aux mouvements involontaires
- b770 Fonctions relatives au type de démarche

Sélection d'activités dans la CIF pour la conception des programmes de soins de réadaptation

Mobilité

- d410 Changer de position corporelle de base
- d415 Garder la position du corps
- d420 Se transférer
- d430 Soulever et porter des objets
- d440 Activités de motricité fine
- d445 Utilisation des mains et des bras
- d450 Marcher
- d455 Se déplacer
- d465 Se déplacer en utilisant des équipements spéciaux
- d470 Utiliser un moyen de transport

Entretien personnel

- d510 Se laver
- d520 Prendre soin de son corps
- d530 Aller aux toilettes
- d540 S'habiller
- d550 Manger
- d570 Prendre soin de sa santé

Vie domestique

- d640 Faire le ménage
- d660 Aider les autres

Relations et interactions avec autrui

- d710 Interactions de base avec autrui
- d770 Relations intimes

Grands domaines de la vie

d850 Emploi rémunéré (G)

Vie communautaire, sociale et civique

d920 Recréation et loisirs

Taches et exigences générales

- d210 Entreprendre une tâche unique
- d220 Entreprendre des tâches multiples
- d230 Effectuer la routine quotidienne
- d240 Gérer le stress et autres exigences psychologiques
- Communication
- d310 Communiquer -- recevoir -- des messages parlés d325 Communiquer -- recevoir -- des messages écrits d330 Parler
- d345 Écrire des messages

Sélection de facilitateurs et obstacles dans la CIF pour la conception des programmes de soins de réadaptation

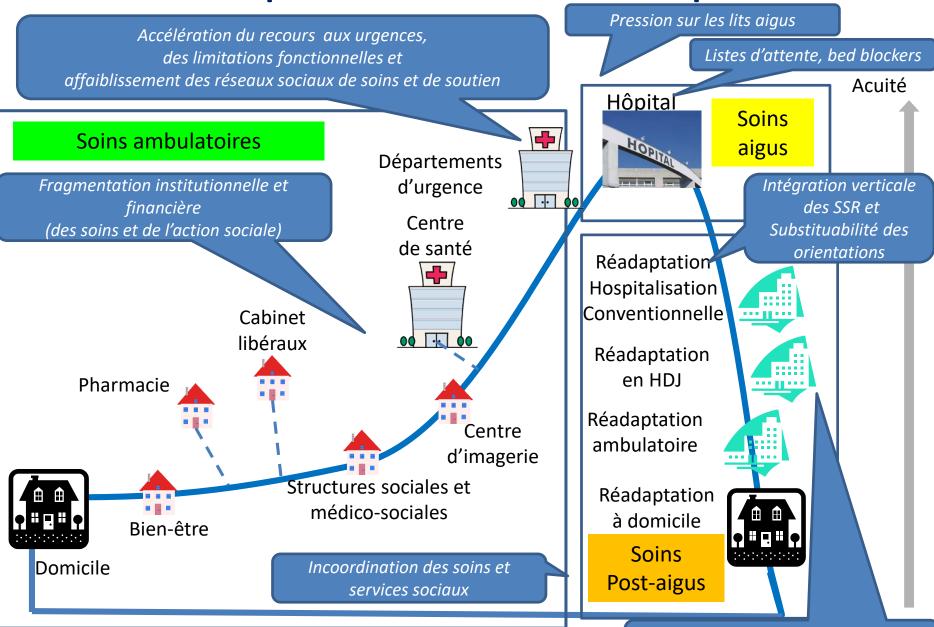
Qualification de l'étendue du problème: 0 : aucun problème // 4 : problème maximum Etendue de l'impact positif ou négatif de l'environnement et des facteurs personnels

	Facilitateurs		Barrières						
	4 +	3 +	2 +	1+	0	1	2	3	4
E110 Produits ou substances pour la consommation personnelle									
E115 Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne									
E120 Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur									
E155 Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction, et des aménagements de bâtiments à usage privés									
E310 Famille proche									
E320 Amis									
E355 Professionnels de santé									
E460 attitudes sociétales									
E580 Services, systèmes, politiques relatives à la santé									
Confiance en soi (facteur personnel)									
Motivation (facteur personnel)									
Affirmation de soi / Positivité (facteur personnel)									
Raisons/ Motifs (facteur personnel)									

Faut-il utiliser la CIF de façon opérationnelle ?

- Parler un langage commun
- Définir des indicateurs dérivant les caractéristiques et besoins des patients
- Définir des objectifs de réadaptation (b, d, e)
- Définir des groupes homogènes de patients (SCP, GME)
- Décrire des programmes de soins / chemins cliniques
- Mesurer la qualité et la performance des soins

Qu'est-ce que l'offre de soins en réadaptation?



Croissance mal contrôlée de l'offre SSR et des dépenses de santé

Une offre de réadaptation gradée: « Ma santé 2022 »



La révision des activités hospitalières soumises à autorisation se fera en deux temps :

- en 2020 pour les activités les plus structurantes sur les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie,
- en 2022 pour les autres activités.

La révision se fera dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

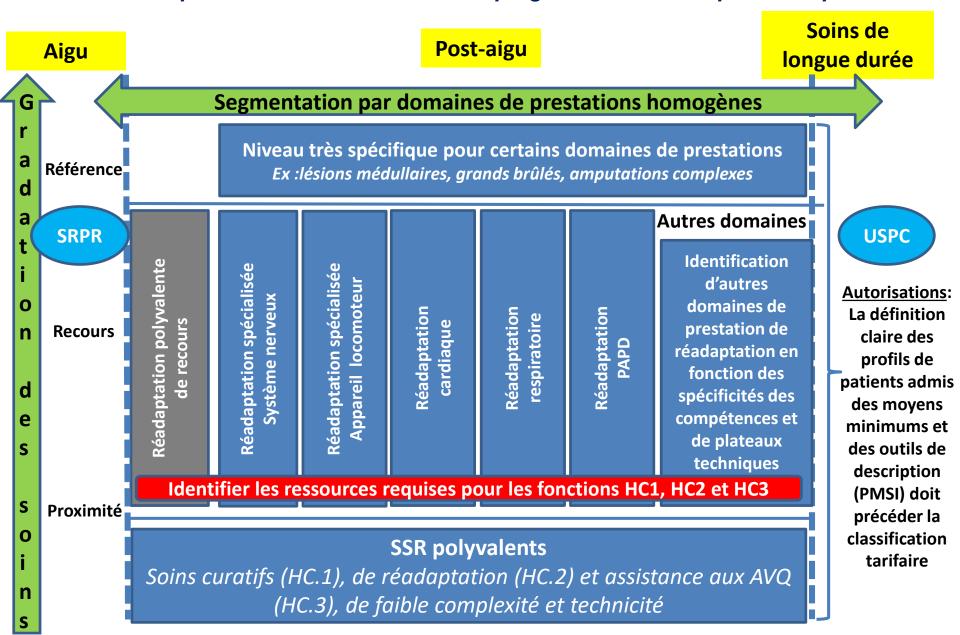
Une offre de soins de réadaptation intégrée et soutenable

	Continuum de soins				
Organisation	Aigu	Subaigu	Soins au long cours		
Communautaire	Interventions •	Interventions	Interventions		
Primaire	Interventions	Interventions	Interventions		
Secondaire	Interventions	Interventions	Interventions		
Tertiaire	Interventions	Interventions	Interventions		

L'identification des interventions de réadaptation prioritaires aidera à orienter la répartition des ressources humaines et les modalités d'orientation vers les différents niveaux du système de santé en fonction des programmes de soins requis.

Offre de soins en SSR: segmentation et gradation des soins

selon la prévalence et la technicité des programmes de réadaptation requis



Performance et gradation des soins Gradation des niveaux de coopération

Programmes complexes en équipes interdisciplinaires coordonnées sur des plateaux techniques spécialisés

+ case management

Interventions d'équipes multidisciplinaires coordonnées Etablissements, CPTS, centres et maisons de santé

+ care management

Interventions monodisciplinaires

Coordination par le patient

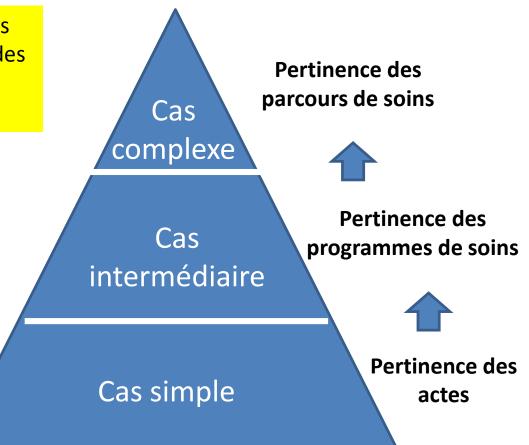


Schéma prospectif d'un dispositif territorial de réadaptation à l'heure des GHT et des CPTS

La réadaptation ne se confond pas avec les SSR

Equipes mobiles de réadaptation internes **Evaluation Orientation**

MCO

USI, réanimation, UNV...

Unités de réadaptation /

MPR aigues

SSR

SSR très spécifiques

SSR Spécialisés

SSR Polyvalents

Réadaptation en établissements médico-sociaux

USPC

SLD

SRPR

Le parcours de soins est cyclique

HAD de réadaptation

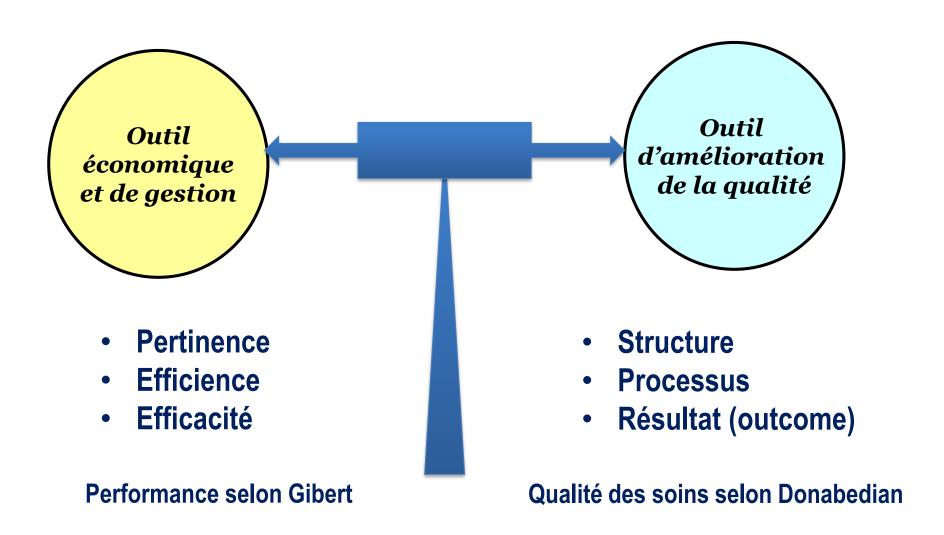
Réadaptation ambulatoire et à domicile

Soins ambulatoires de ville Equipes de réadaptation à domicile: centres et maisons de santé, établissements de soins, médico-sociaux, CPTS...

HTP de réadaptation, Futures prestations ambulatoires intermédiaires (Instructions frontière)

Equipes mobiles de réadaptation externes soins, coordination et prévention des hospitalisations

Qu'est-ce que l'utilité médico-économique? Performance, activités et représentations médico-économiques



Utilité médico-économique et performance

Proposition de valeur Performance d'usage **Protection sociale** Offre de soins Et modèles de financement AMO et AMC Modèles de coûts Intérêt général Modèles de revenus **Performance Performance** sociale monétaire **Performance** environnementale

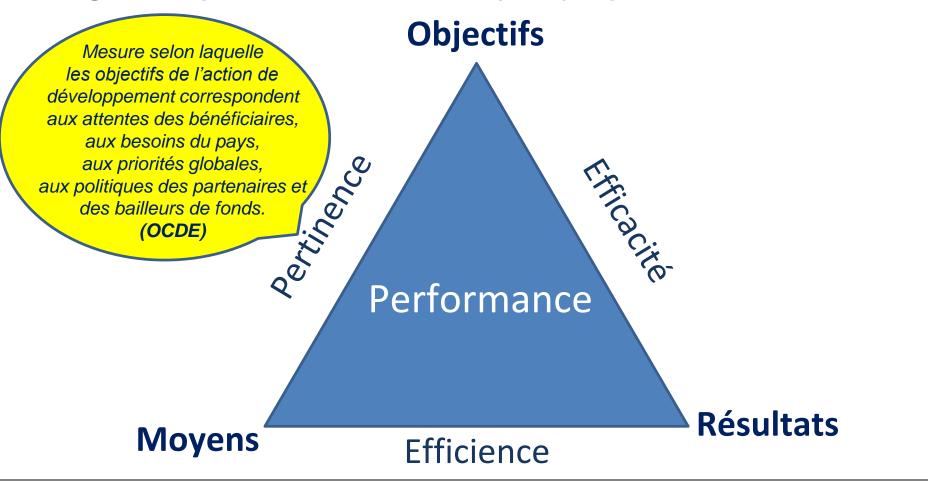
Externalités sur

l'environnement

Quels indicateurs?

L'utilité suppose la performance des activités Les trois dimensions de la performance selon Gibert

Triangle de la performance de Gibert (1980) et pertinence selon l'OCDE



La "pertinence" est le degré mesurable d'adéquation entre les moyens et les finalités (modèle de Gilbert).

L'utilité médico-économique suppose un modèle de production

Ressources

Processus

Résultats

Patients

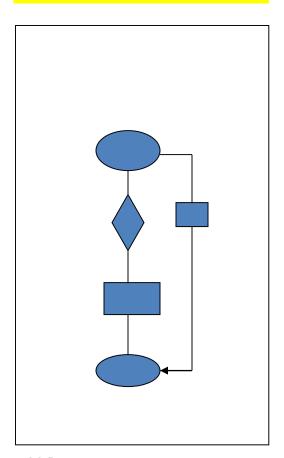
Personnel

Equipements

Fournitures

Méthodes et procédures

Environnement



Output?

Groupes homogènes de patients

Outcome?

Patient satisfait?

Patient amélioré?

Patient décédé?

Retour au travail?

Impact? EV, EVSI

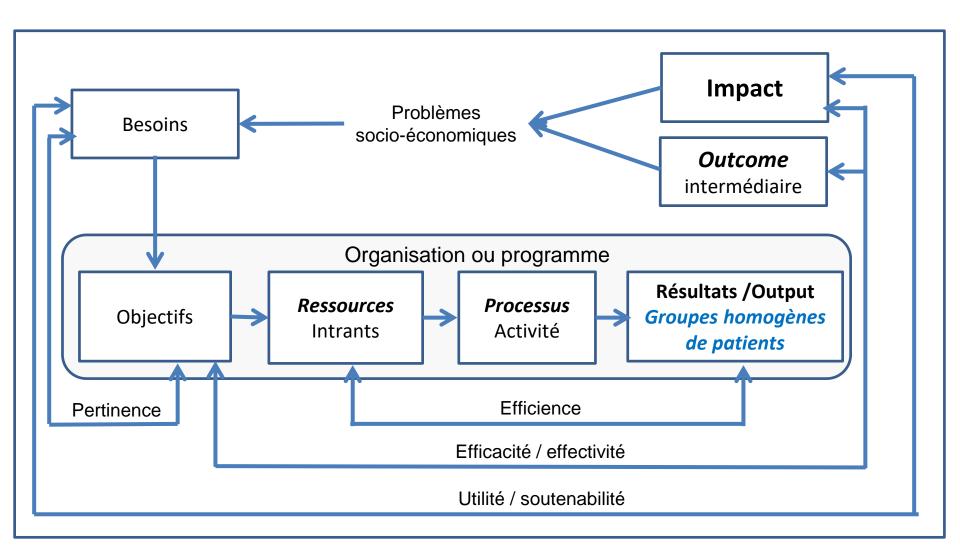
Mesures définies à différents points du processus de soins

Temps

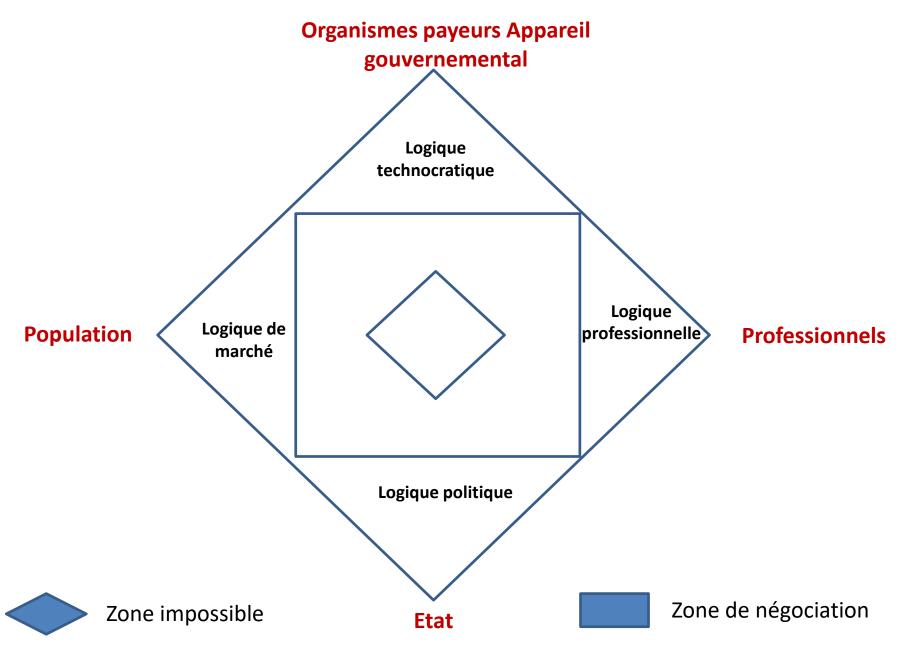
Admission Traitement Education Sortie Facturation Suivi

La fonction de production du nouveau management public

L'hôpital produit des groupes homogènes de patients



Les logiques concurrentes de régulation du système de santé



Performance et modes de régulation

Non coopératif Coopératif Clan Hiérarchique Bureaucratie **Organisations** professionnelles de Mintzberg Non Marché Réseau Hiérarchique

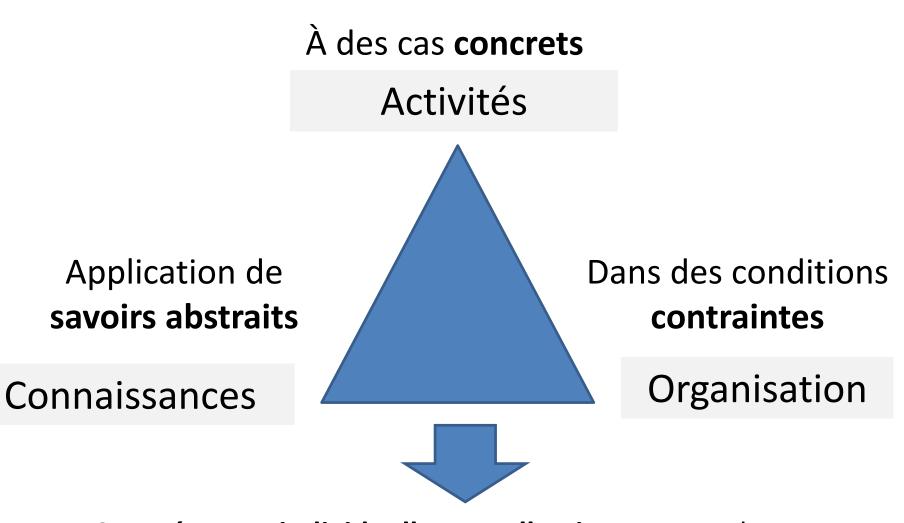
- Dans les hôpitaux et universités les unités sont structurées
 - Par fonctions regroupement de compétences clés et équipements similaires
 - Par patientèles ou « marchés » : problèmes cliniques similaires
- Les opérationnels sont les « experts » et non les ingénieurs de la technostructure comme dans les bureaucraties mécanistes
- Coordination par standardisation des compétences/comportements
- Forte décentralisation verticale et horizontale,

Différentiation et intégration des prestataires de soins

- Une question fondamentale en management
 - Différentiation: conditionnée par la technologie, les procédés de travail et la spécialisation croissante
 - Intégration: nécessité liée à la transition épidémiologique et le contexte économique, social et politique
- Deux termes d'un paradoxe (Lawrence et Lorsch) plus la spécialisation est marquée et plus les mécanismes de liaison / coordination doivent être puissants!
- Une spécialisation excessive peut tuer l'organisation (silos)
- Une coordination inefficace peut tuer l'organisation

La globalité ou vision holistique ne peut venir que de la coopération qui est avant tout un problème de management!

Modèle des professions cliniques



Compétences individuelles et collectives: cœurs de compétences ou compétences clés de l'organisation

Nonaka et Takeuchi : la création de connaissances collectives

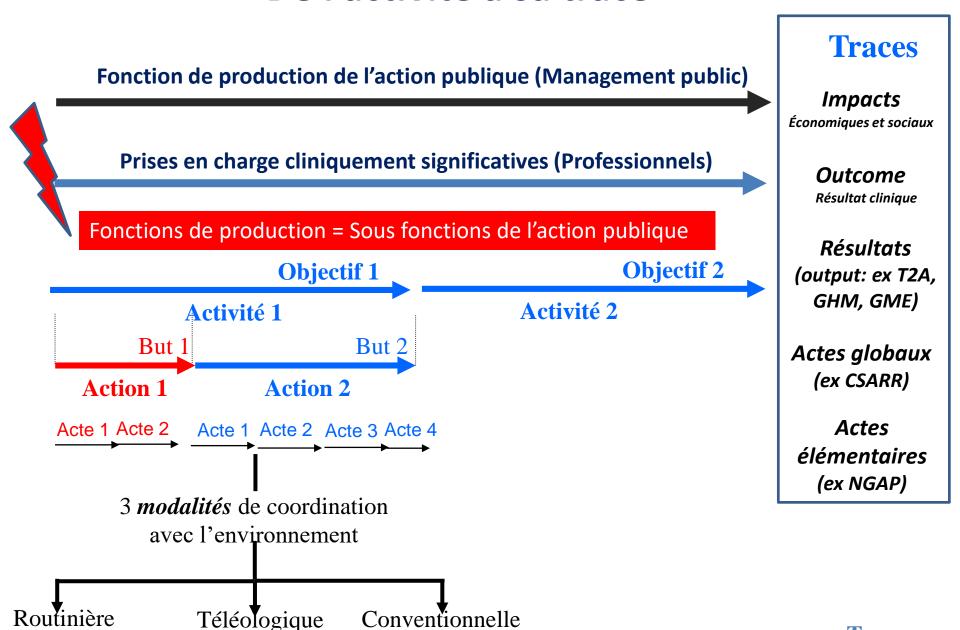
Quatre modes de conversion de la connaissance

Connaissance
tacite

Connaissance explicite

Connaissance tacite	Connaissance explicite		
Socialisation	Extériorisation		
Intériorisation	Combinaison		

De l'activité à sa trace



Temps

Le codage des actes par la NGAP

<u> </u>	
Modalités de rémunération du BDK	
Désignation de l'acte	Cotation
La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.	
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous.	AMS, AMK ou AMC 8,1
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	

Conditions d'utilisation de la lettre clé. AMS, AMK et AMC = 2,15 €

	Nature des actes	Lieu de réalisation des actes	Lettre-clé à utiliser
	·	Dans n'importe quel lieu de réalisation (cabinet, domicile, structure de soins, établissement)	AMS
	Tous les autres actes de la NGAP des MK	Au cabinet ou au domicile du malade (la notion de domicile est étendue au foyer logement et à la maison de retraite)	AMK
		Dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le patient y a élu domicile (EHPAD) Dans un cabinet installé dans un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé	AMC

Dans 14 situations de rééducation du Titre XIV, la NGAP conditionne la prise en charge de la rééducation à la formalité de l'accord préalable.

argumentaire sur le diagnostic

Le CSARR, un intermédiaire entre actes élémentaires et activité?

- Notion « d'acte global » mal définie
- Non relié à un diagnostic ou un degré d'altération fonctionnelle: pertinence de l'acte?
- Non relié à une profession
- Capté ex post dans le codage PMSI: quelle valeur pour mesurer les ressources nécessaires?
- Chronophage, variabilité des temps et des conditions de codage pour un même acte
- Réforme en cours: simplification, recentrage sur certains professionnels de RR

Les 32 métiers codeurs du PMSI SSR

7 métiers de la rééducation

10 MEDECIN

21 INFIRMIER

22 MASSEUR KINESITHERAPEUTE

23 PEDICURE - PODOLOGUE

24 ORTHOPHONISTE

25 ORTHOPTISTE

26 DIETETICIEN

27 ERGOTHERAPEUTE

28 PSYCHOMOTRICIEN

29 (NEURO)PSYCHOREEDUCATEUR

30 PSYCHOLOGUE

31 ORTHOPROTHESISTE

32 PODOORTHESISTE

41 MANIPULATEUR EN ELECTRORADIOLOGIE

61 EDUCATEUR SPECIALISE

62 ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

63 EDUCATEUR JEUNES ENFANTS

64 ANIMATEUR

65 MONITEUR ATELIER

66 MONITEUR EDUCATEUR

67 ENSEIGNANT GENERAL

68 INSTITUTEUR SPECIALISE

69 EDUCATEUR SPORTIF

70 ENSEIGNANT EN ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

71 ERGONOME

72 PSYCHOTECHNICIEN

73 CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE

74 DOCUMENTALISTE

75 MONITEUR AUTOECOLE

76 CHIROPRACTEUR OSTEOPATHE

77 SOCIO-ESTHETICIEN

88 AUTRE INTERVENANT

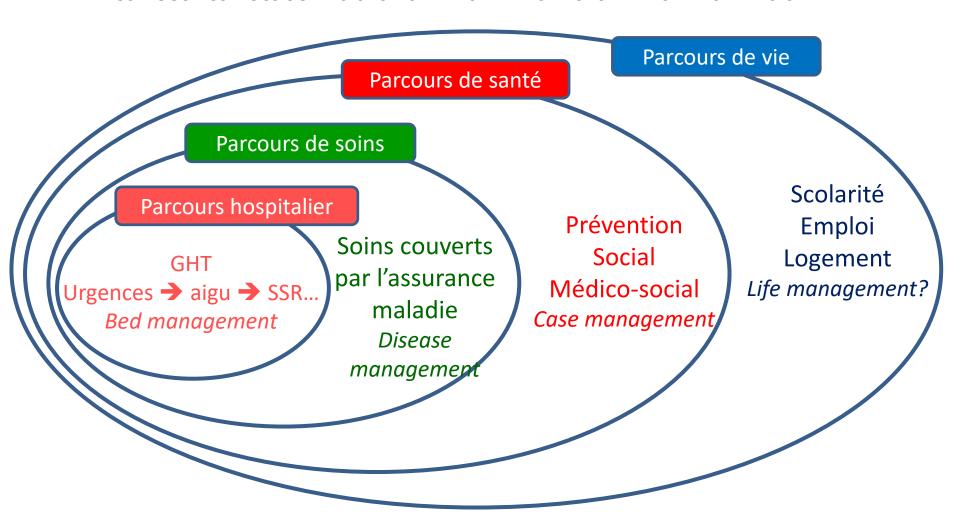
Le programme de soins est la clé de la description d'activités signifiantes et performantes en réadaptation

Il repose sur:

- 1. Des données épidémiologiques et des preuves scientifiques soutenant sa conception et les résultats attendus pour un groupe de patients ayant des besoins semblables.
- 2. Une population cible et critères d'inclusion dans le programme.
- 3. Des objectifs précis de prise en charge, personnalisés.
- 4. Un contenu structuré et formalisé. Il peut être organisé en phases de prises en charge. Il peut détailler le déroulement et l'échéancier des interventions multidisciplinaires systématiques et prévisibles. Il s'agit en particulier de repérer les étapes pour lesquelles un risque critique est identifié.
- 5. Une évaluation du patient à des temps définis du programme. Utilisant des moyens cliniques et/ou instrumentaux, elle est tracée dans le dossier du patient et fait l'objet d'une communication interprofessionnelle et au patient.
- 6. Des moyens adaptés à la procédure de soins: compétences, installations et équipements.
- 7. Des critères de fin de prise en charge et un compte-rendu final.

Différenciation des programme et intégration des parcours

DGS DGOS DSS DGCS SGMAS CNSA CNAM CNAV MSA RSI CNP HAS ANESM ARS CDAPH...



La transition sanitaire suppose de passer d'une vision linéaire, hospitalo-centrée et en silos des parcours à une vision territoriale intégrée entre soins ville, établissements et secteur de l'action sociale

Programme de soins et logiques des activités

Les produits

consomment des activités qui consomment des coûts

Logique de gestion

Système de classification des patients

Activités homogènes

Echelles de coûts Tarifs

Programmes de soins

Logique clinique

Groupe homogène de patients

Prises en charges semblables, cliniquement significatives ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables

Ressources

- **Techniques**
- **Humaines**
- **Financières**

Système d'information intégré

Logique des données

Caractéristiques des patients

CIM, CIF Objectifs de réadaptation Scores de comorbidité Statut fonctionnel

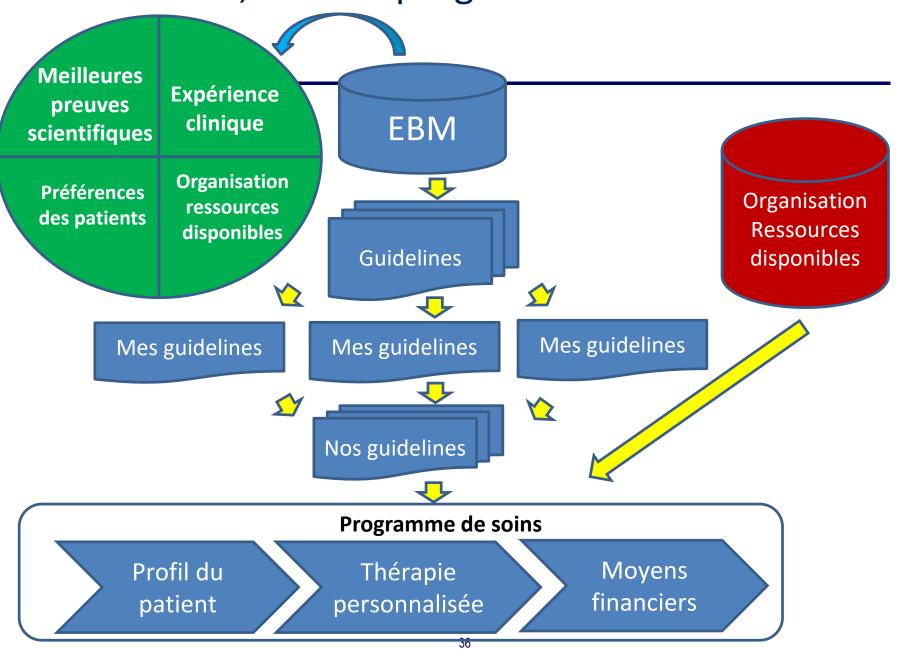
Données d'activité

CCAM, NGAP, CSARR... Eventail de cas: casemix ICHI en développement

Données de coûts

Comptabilité hospitalière ICHA (fonction HC.2 de réadaptation)

Utilité, EBM et programmes de soins



Du cycle de réadaptation au chemin clinique

Diagnostic de réadaptation

- Pronostic médical
- Pronostic fonctionnel
- Pronostic social

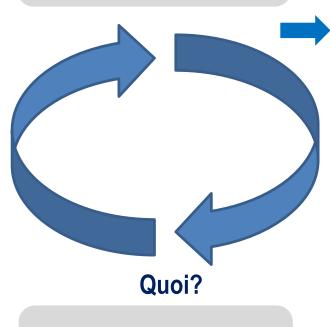
Pour quel résultat?

Evaluation

Synthèse, P3I (codage)
Financement

Pourquoi?

Identification des besoins



Interventions

Actes CSARR – CCAM
ICHI en cours de développement

CIM

Morbidité, comorbidités

CIF

- Fonctions organiques: « b »
- Activités: « d »
 - Facilitateurs et obstacles: « e »
 - → Performance et objectifs de RR

Groupe homogène de patients: Programme de soins semblables

Qui?

Attribution Prescription

Intervenants médicaux et autres professionnels de réadaptation

Outils de mesure validés Interventions de prévention, diagnostic et traitement, réadaptation, services sociaux...

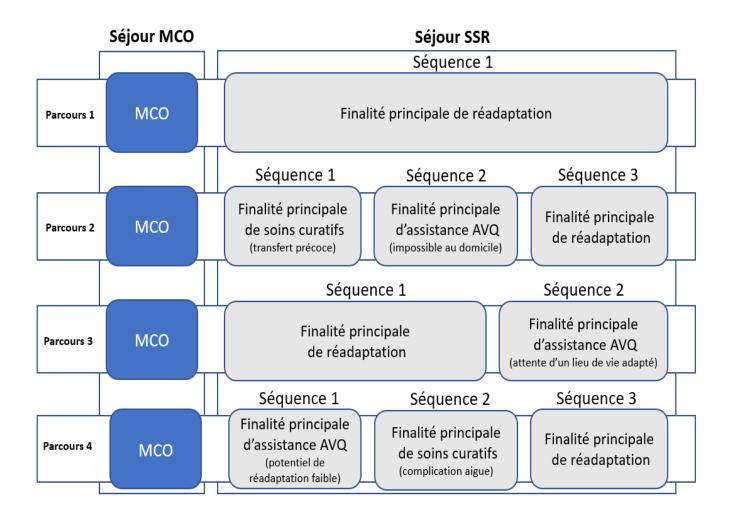
Valoriser l'utilité médico-économique de la réadaptation Rehabilitation Complexity Scale : extended (version 13)

1	Soins de base et de support	Inclut toilette, habillage, hygiène, utilisation des WC, alimentation et nutrition, sécurité etc.	C0 à C4
2	Risques et besoins cognitivo-comportementaux	Comprend la surveillance de maintien de la sécurité ou de la gestion de la confusion, par exemple chez les patients déambulants, ou la gestion des besoins en psychiatrie / santé mentale	R0 à R4
3	Besoins en soins infirmiers qualifiés	Niveau d'intervention de soins infirmiers qualifiés pour une infirmière qualifiée ou spécialisée (UK)	N0 à N4
4	Besoins médicaux	Niveau approximatif de l'environnement de soins médicaux pour la gestion médicale / chirurgicale	M0 à M4
5	Besoins de thérapies	a) nombre de disciplines thérapeutiques requises b) Intensité du traitement	TD 1 à 4 TI 1 à 4
6	Besoins d'équipements	Décrit les exigences relatives à l'équipement personnel	E0 à E2

Valoriser l'utilité médico-économique de la réadaptation Le statut fonctionnel dans l'IRF-PAI au 1er octobre 2019 (USA)

Section	Domaines d'évaluation	Remarques
В	Audition, vision, communication	Suppression de la MIF
С	Etat cognitif Mémoire orientation temporo-spatiale	Evaluation plus étendue que
GG	 Aptitudes fonctionnelles à l'entrée et objectifs de réadaptation Soins personnels Mobilité : équilibre, transferts, déplacements, escaliers, préhension 	la MIF, sur 6 niveaux de dépendance appliquée à l'ensemble des structures post-aigues, du statut fonctionnel pondéré par les
Н	Continence vésicale et intestinale	objectifs de réadaptation
10	Comorbidités actives : diabète, maladies vasculaires	Les indicateurs de qualité et de performance sont inclus
J	Chirurgie récente et chutes	dans le système : les items de
	Déglutition et nutrition	la section GG, entre autres,
M	Problèmes cutanés	sont évalués à la sortie. Cette
N	Médicaments	section capte donc le degré
Ο	Traitements spéciaux procédures et programmes	d'altération fonctionnelle et les besoins de réadaptation.

De l'utilité médico-économique à une classification fondée sur des séquences cliniquement significatives



Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

Le superbe isolement français « Aucune chose n'existe là où manque le mot »

- La fonction réadaptation HC.2 du système de comptabilité internationale n'existe pas dans le système de comptabilité hospitalière français
- La réadaptation n'est pas une fonction clinique mais une « fonction médico-technique transversale »
- Les coûts sont déversés vers des activités cliniques principales (ex neurologie, réanimation etc.)
 - En aigu l'unité d'oeuvre est AMS et AMC
 - En SSR deux sections d'analyse médico-techniques (SAMT):
 - La SAMP actes de RR (CSARR dans le PMSI mais temps dans l'ENC)
 - La SAMT Plateaux techniques

CAH: Les rubriques de découpage sont les suivantes :

Fonction clinique

- o Hospitalisation de médecine
- o Hospitalisation de chirurgie
- o Hospitalisation de gynécologie-obstétrique
- o Hospitalisation psychiatrie
- o Hospitalisation soins de suite ou réadaptation
- o Consultations
- o Prise en charge des personnes détenues
- o Disciplines sociales et médico-sociales
- o Unité de soins de longue durée pour personnes âgées et maisons de retraite
- o Alternatives à l'hospitalisation et autres activités

Fonction mixte

- o Dialyse o Radiothérapie
- o Réanimation
- o Bloc chirurgie ambulatoire (SA à utiliser si l'hébergement et le plateau ne sont pas dissociés ; sinon SA 932.4)
- o Caisson hyperbare (SA à utiliser si l'hébergement et le plateau ne sont pas dissociés ; sinon SA 932.91)

Fonction médico-technique

- o Urgences médico-chirurgicales o SMUR
- o Laboratoires d'analyses médicales biologiques (hors explorations fonctionnelles)
- o Blocs opératoires
- o Imagerie o Anesthésiologie
- o Réadaptation et rééducation
- o Explorations fonctionnelles
- o Autres activités médico-techniques

Fonction logistique médicale

•••

Fonction gestion générale et logistique

•••

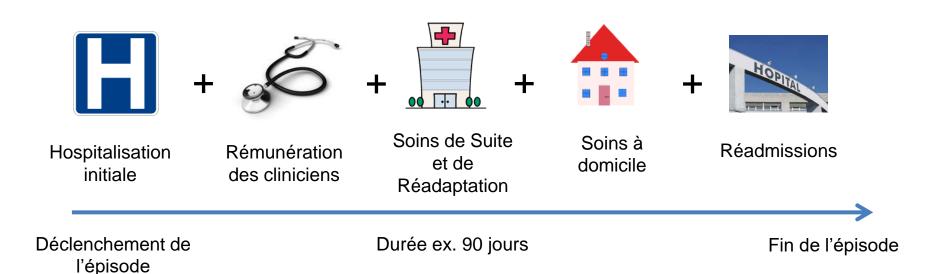
<u>Fonction formation, enseignement et</u> recherche

...

Fonction structure

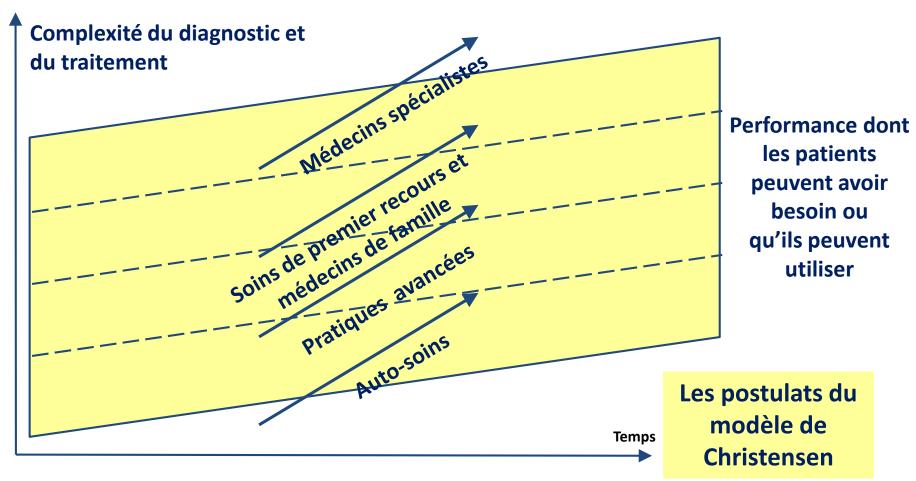
•••

Difficile valorisation des soins intégrés en réadaptation Paiement groupé : l'épisode englobe plusieurs des éléments suivants



- Qui reçoit les fonds?
- Qui répartit les fonds?
- Selon quelle clé de répartition (péréquation des coûts et recettes)?
- Qui fait entrer le patient dans le parcours?
- Qui oriente le patient entre les différentes étapes du parcours?
- Notions de « gate keeper » de « case manager » et de « managed care »

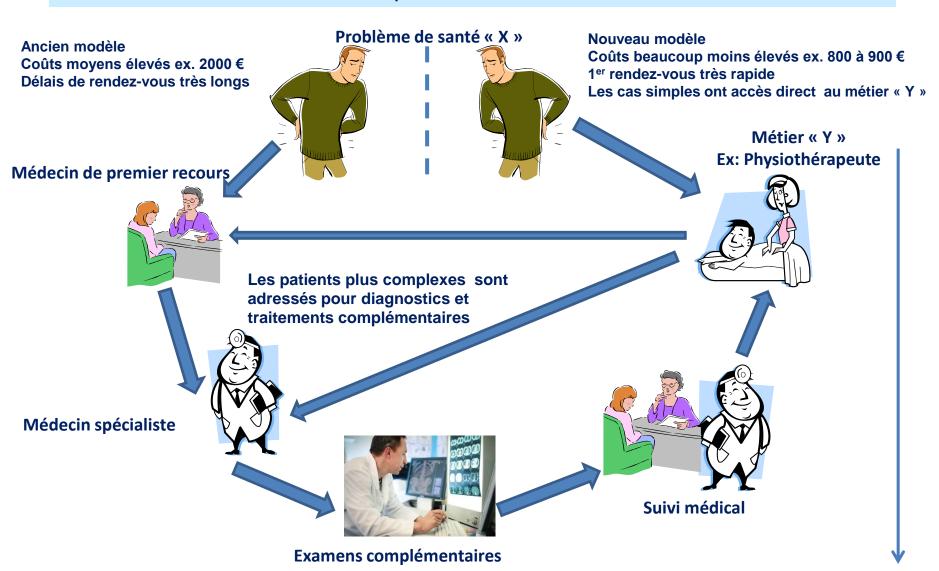
Innovation de rupture: les pratiques avancées



"Les spécialistes se concentreront sur le traitement des maladies les plus difficilement curables, pour les patients les plus sévères, les praticiens moins compétents pourront prendre en charge des patients plus complexes que ce qui leur est permis aujourd'hui. L'accès aux médicaments sans ordonnance permettra aux patients d'administrer des soins qui nécessitaient une prescription médicale. Les infirmières cliniciennes pourront traiter de nombreuses maladies qui nécessitaient l'accès à un médecin. De nouvelles procédures comme l'angioplastie permettent aux cardiologues de traiter des patients qui pouvaient nécessiter naguère des services pratiquant la chirurgie à coeur ouvert."

Pratiques avancées : première logique

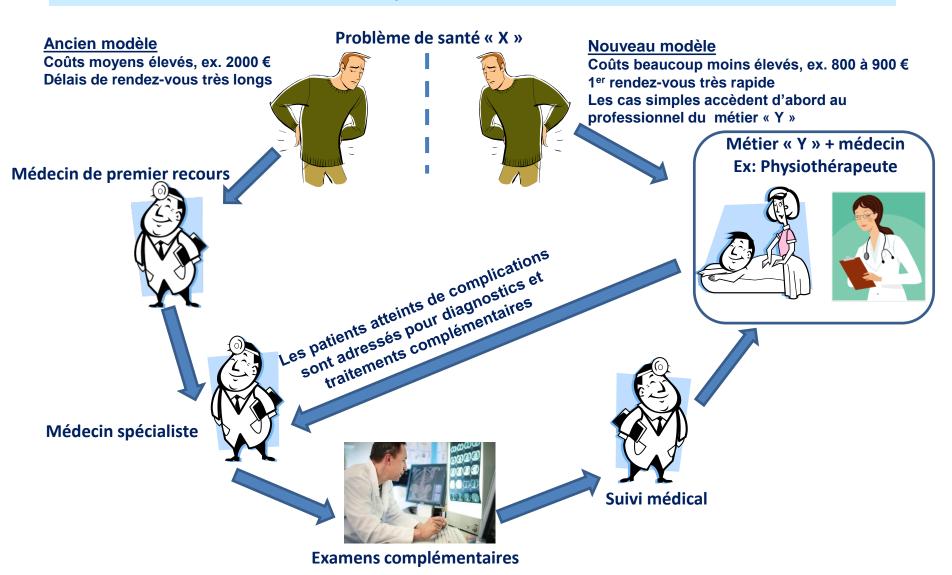
Nouveau parcours de soins pour un problème de santé « X » L'accès direct au métier "Y" permet un accès aux soins plus rapide, source d'économies pour les cotisants et l'Assurance-Maladie



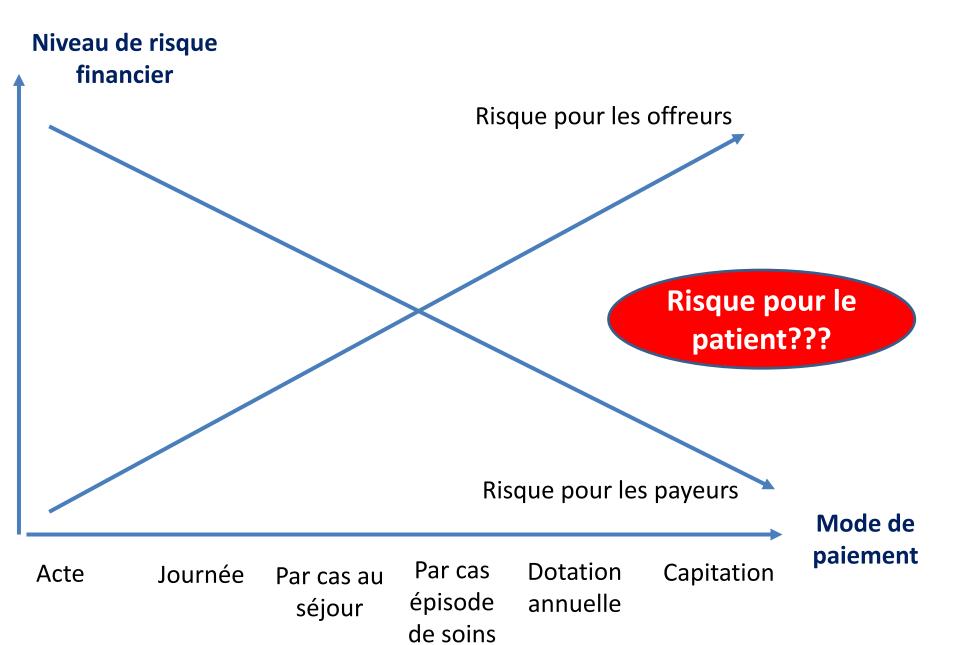
"Physical therapy is not a subspecialty of the medical profession and physical therapists are not medical doctors; we are a separate profession that provides a unique service that physicians are unable and untrained to provide." Letter to the AMA from the APTA, Dec 2009

Pratiques avancées : deuxième logique (Virginia Mason)

Nouveau parcours de soins pour un problème de santé « X » L'organisation entre professionnels alliés, permet un accès plus rapide aux soins, source d'économies pour les cotisants et l'Assurance-Maladie



Partage du risque financier et soins intégrés



Une proposition de valeur?

La gestion des paradoxes en réadaptation

- Paradoxe de la régulation
 - Professionnels, technocratie, marché et politiques
- Paradoxe de la spécialisation
 - Différenciation et intégration
 - Valorisation des programmes et des parcours
- Paradoxe de la clinique
 - Standardisation et personnalisation
 - « Sur-mesure » et « prêt à porter »
- Paradoxe de l'autonomie
 - Autonome et membre d'un réseau

Concevoir et valoriser des programmes de réadaptation interdisciplinaires pertinents pour les cliniciens et pour les payeurs

Pour une stratégie nationale de réadaptation

- Dans tous les secteurs, en aigu, SSR, en ville, dans le secteur de l'action sociale
- En établissements HC et HDJ, en ambulatoire et à domicile
- Selon l'OMS
 - Planification (offre de soins, ingénierie des formations...)
 - Budgétisation spécifique
 - Allocation des ressources spécifiques
 - Système d'information spécifique



Ceci n'est pas la performance!

E = MC² L'efficience = motivation X les compétences et culture de l'organisation

La performance: compétences X l'état d'esprit au travail

Un établissement magnétique est un établissement où il fait bon vivre et travailler

Merci pour votre attention

La responsabilité populationnelle: une responsabilité à partager

