



Spécificités des services de réadaptation en Belgique

Samia Laokri - Pr Closon
CIES - UCL

Atelier Financement ALASS - 5 & 6 mai 2005



Plan de la présentation

● ● ● ●

I. Le secteur de la réadaptation en Belgique

II. Le modèle AGGIR PATHOS SOCIOS (APS)

III. Développement d'indicateurs et APS comme
outil de financement et de programmation



Le secteur de la réadaptation

Services de réadaptation :

- cardio-pulmonaire,
- locomoteur,
- neurologique,
- chronique,
- psycho-gériatrique



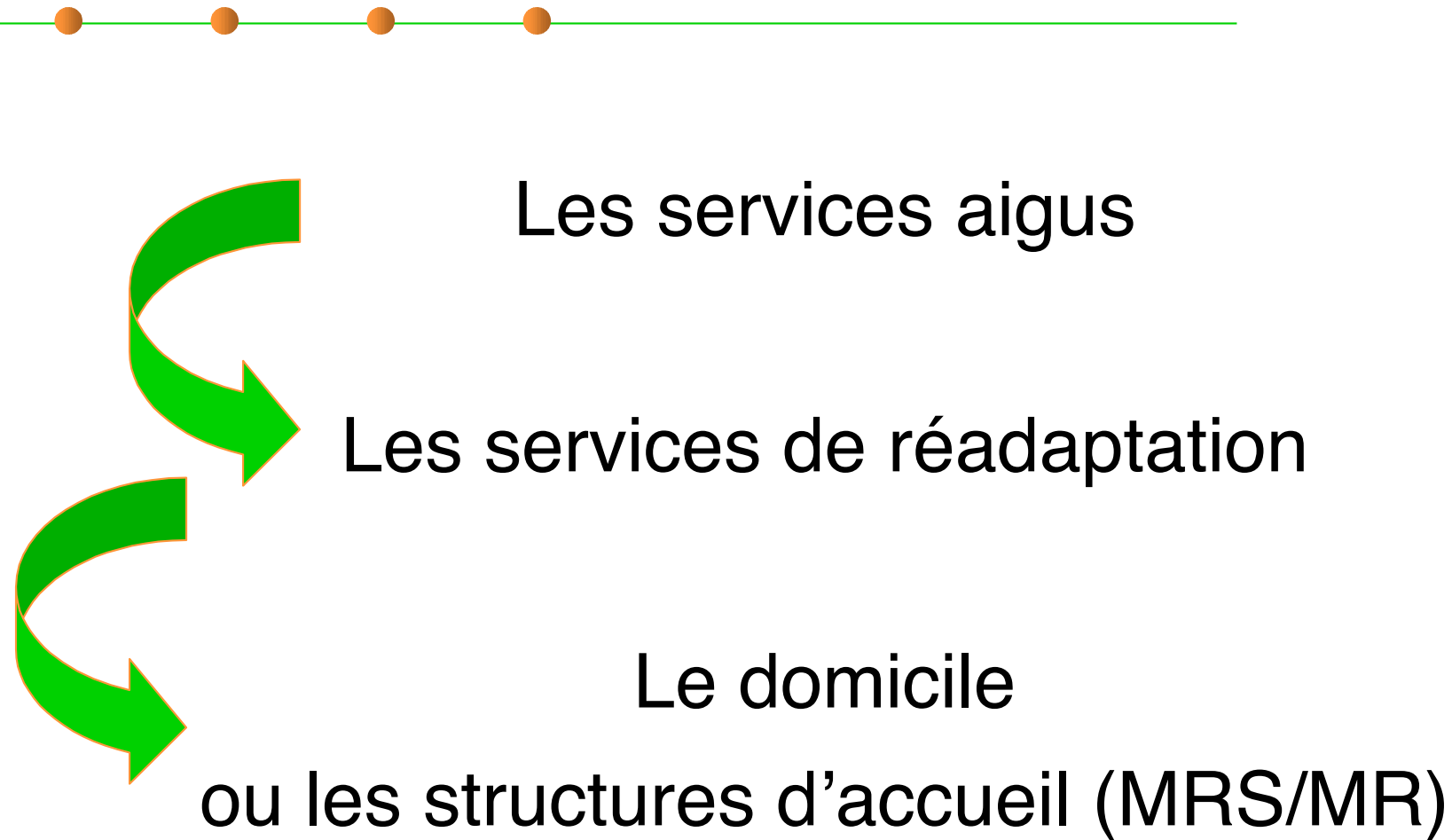
Le secteur de la réadaptation

Les patients visés nécessitent une **prise en charge active** (rééducation par kiné, ergothérapeute, logopède, psychologue, etc.)

de **moyens séjours** pour permettre le **rétablissement optimum** du potentiel physique, psychique et social du patient



Place des services de réadaptation dans la filière de soins





Le “cost shifting”

- Financement de la durée des séjours en fonction des APRDRG
==> diminution des durées des séjours
- Résultat: transfert de patients vers les services non soumis à la réforme ET ainsi accroissement du caractère intensif des soins en réadaptation



Diversité dans le type de financement en réadaptation

- Basé sur l'historique
- Variable en fonction de l'origine des lits
- Existence de conventions de rééducation



non adéquation aux besoins



Méthode actuelle non satisfaisante

● ● ● ●
Utilisation des APRDRG dans la description du case-mix des patients

Groupes de patients en fonction de :

- diagnostic principal
- diagnostic secondaire (pour définir la sévérité)
- présence d'interventions chirurgicales

⇒ groupes médicalement cohérent et homogènes en terme de ressources utilisées



Méthode actuelle non satisfaisante

● ● ● ●
Analyse du secteur de la réadaptation via les APRDRG
= insuffisant pour 3 raisons :

- Multipathologie pas bien décrite
- Degré de dépendance du patient non pris en compte
- Pas d'identification du profil de prise en charge (qui peut générer d'importantes différences au niveau de la charge de travail)

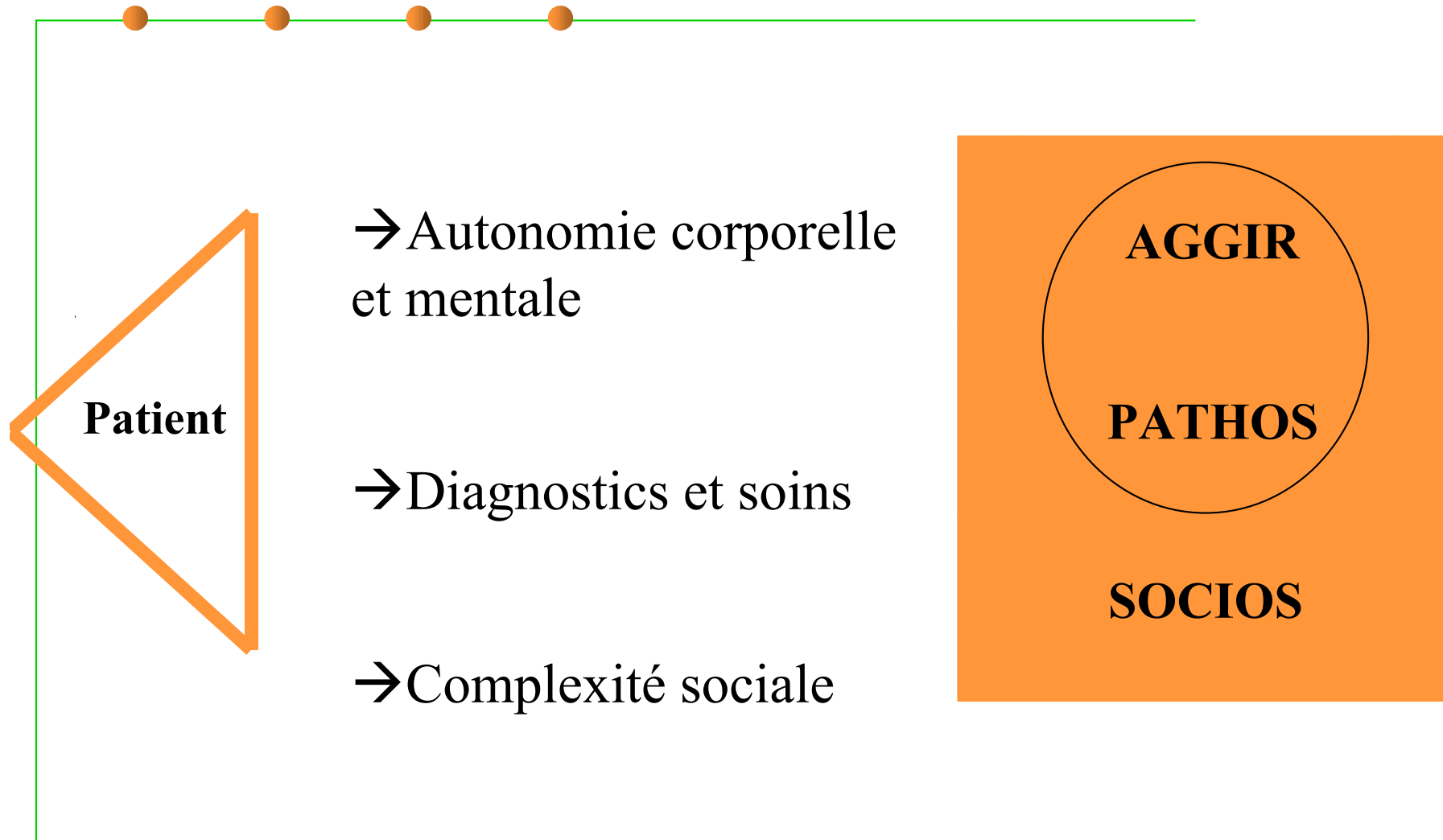


Méthode utilisée

Le modèle **AGGIR – PATHOS – SOCIOS (APS)**

- Développé en France pour les institutions gériatriques
- Adapté en Belgique au secteur de la réadaptation (en collaboration avec les experts de la santé)

APS: 3 caractéristiques du patients





Plan de la présentation

I. Le secteur de la réadaptation

**II. Le modèle AGGIR PATHOS SOCIOS
adapté au secteur de la réadaptation**

III. Développement d'indicateurs et APS comme
outil de financement et de programmation



1. AGGIR : définition

● ● ● ●

AGGIR = niveau de dépendance du patient

6 niveaux de dépendance correspondant au niveau des ressources infirmières nécessaires

==> “groupes iso-ressources” (GIR)

GIR1, le plus lourd, = 100 points

GIR6, le moins lourd, = 7 points



1. AGGIR : items



Alimentation

Cohérence

Orientation

Habillage

Toilette

Elimination

Transferts

Déplacements

2. PATHOS : Les catégories d'affections

Types d'affections (EP)

Affections cardio-vasculaires

Affections neuro-psychiatriques

Affections broncho-pulmonaires

Pathologies infectieuses

Affections dermatologiques

Affections ostéo-articulaires

Affections gastro-entérologiques

Affections endocriniennes

Affections uro-néphrologiques

Troubles fonctionnels

Autres domaines

dont Autres pathologies :

Aucune pathologie pertinente

**67 états
pathologiques**



2. PATHOS : Ajout

16 états pathologiques *ajoutés p/r au modèle gériatrique*

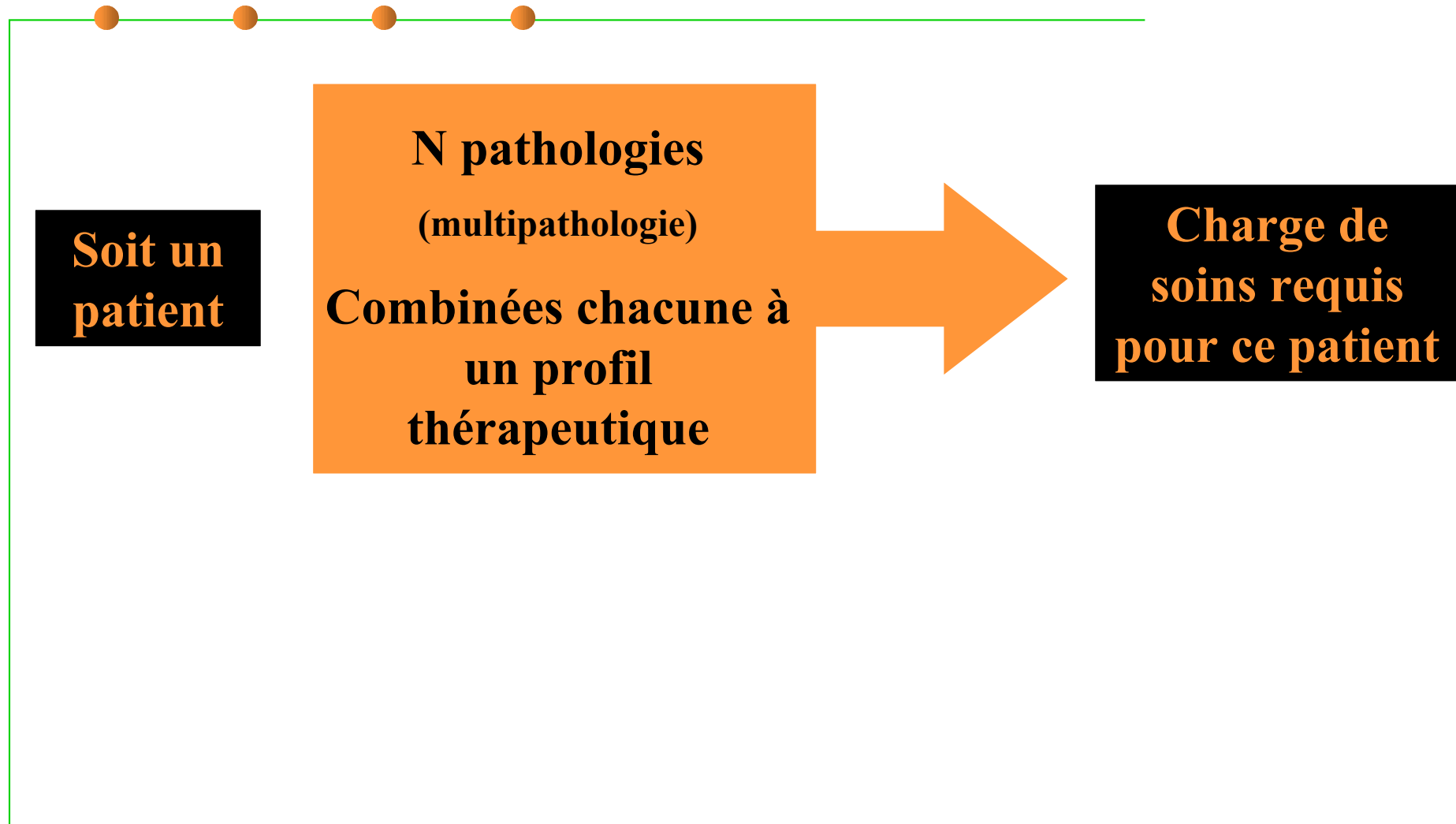
Acquired cerebral injuries
(<70yrs)
Burns with locomotion
limitation
Cerebrovascular disorders
(<70yrs)
Chronic pain syndrome
Cognitive disorders
Congenital cerebral
disorders
Locomotion disorders
Lower limb amputation

Multiple sclerosis
Myopathies
Other neurological
degenerative disorders
(<70yrs)
Peripheral nervous system
disorders
Polytrauma
Spinal or spinal cord lesions
Swallowing disorders
Upper limb amputation

2. PATHOS: Les profils de soins

13	Profils thérapeutiques
T1	Soins importants et surveillance médicale quotidienne (pronostic vital)
T2	Soins d'équilibration et de surveillance rapprochée d'un traitement
P1	Soins de prise en charge psychologique importante
P2	Soins de prise en charge psychologique continue
R+	Rééducation fonctionnelle extrêmement intensive, le plus souvent individuelle
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, allégée, discontinuée...
CH	Pansements chez un opéré récent et/ou plaies importantes
DG	Soins induits par un état non diagnostiqué (hors T1 et T2)
M1	Soins induits par l'état d'un mourrant lucide
M2	Soins pour état crépusculaire, décès à plus ou moins longue échéance
S1	Surveillance occasionnelle programmée (médicaments, protection...)
S0	Aucun soin et aucune surveillance particulière

Modèle: AGGIR - PATHOS - SOCIOS





Les postes de ressources :

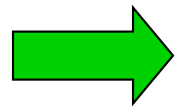
	Intitulé des postes de soins
1	Médecin responsable de l'unité
2	Médecin consultants
3	Personnel infirmier
4	Rééducation (kiné, ergo, logo, ...)
5	Psychothérapie
6	Réunions multidisciplinaires (NEW)
7	Gestion du dossier et transmission des informations (NEW)
8	Contacts avec les proches (NEW)



Méthode

- Prescription d'un **temps moyen** par semaine pour chaque type de professionnel (médecins, infirmiers, personnel de rééducation, ...) pour chaque profil de soins associé à l'état pathologique
par une équipe d'experts indépendants

- **consensus**



La charge de travail associée à chaque combinaison profil de soins / état pathologique est pré-déterminée dans le logiciel Realaad



3. SOCIOS

● ● ● ●

Evaluation de la complexité sociale du patient

Basée sur :

- Que se passe-t-il à la sortie du patient ?
- Le patient et ses proches peuvent-ils assumer le changement ?

3. SOCIOS : indicateur de complexité sociale

- Combinaison de 2 dimensions

	S1 idem	S2 adaptation	S3 moving	S4 anounced death
G1 does everything	A	A	A	A
G2 does with help	A	B	B	B
G3 does nothing	A	B	B	B
G4 conflict	B	C	C	C



3. SOCIOS : complexité additionnelle

3 autres variables :

- “dièse” : pas de place et pas d’aide disponible à la sortie du patient
- “bémol” : patient vit seul
- “bécarre” : patient a des difficultés financières



AGGIR-PATHOS-SOCIOS

Codification via le logiciel REALAAD

- codage des données AGGIR-PATHOS- SOCIOS
- sur une journée
- pour l'ensemble des patients de l'unité de réadaptation
- par une équipe multidisciplinaire (validation)

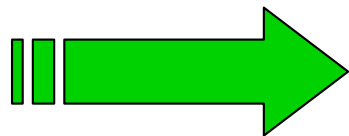
= 5 minutes par patient



Logiciel REALAAD

● ● ● ●
Fournit une description :

- la population (états pathologiques, dépendance, complexité sociale, profils thérapeutiques)
- le type de soins nécessaires
- le niveau des différentes ressources nécessaires (dans l'unité)



Feed-back automatique



Logiciel REALAAD

- Permet la **comparaison** entre les unités de réadaptation
- **Envoi immédiat** des données au Ministère de la Santé Publique

 Production directe du feed-back pour l'ensemble du secteur, par spécialité




AGGIR PATHOS SOCIOS :

évaluation globale de la patientèle

- Dépendance
- Pathologies et types de prise en charge
- Complexité sociale



AGGIR PATHOS SOCIOS :

- 
- Evaluation du niveau moyen de ressources nécessaires par patient pour chaque type de professionnels
 - Comparaison relative entre les unités
 - Répartition plus équitable des ressources



Patients

● ● ● ●

Répartition des patients selon le sexe:

Sexe	Féquence	Pourcentage
Homme	1803	41,87
Feme	2503	58,13
Total	4306	

Nombre d'unités participantes = 181

Distribution des âges moyens par unité

Structure	N	%	Moyenne	Min	Max
Cardio P	15	8.29	72.4	20	79
Loco	63	34.81	70.2	34	81
Neuro	43	23.76	63.9	43	80
Chron	24	13.26	75.1	62	83
Psycho G	26	14.36	73.2	50	82
G subaigus	8	4.42	80.9	77	85
	181	100	70.5	20	85

Evaluation de l'autonomie des patients

Données en points

Variables (% de la population)	fait seul	fait partiellement	ne fait pas
1- Cohérence	57,06	28,68	14,25
2- Orientation	62,77	21,94	15,29
3- Toilette	19,71	46,57	33,72
4- Habillage	23,74	40,71	35,55
5- Alimentation	42,23	35,92	21,85
6- Elimination	44,83	23,56	31,61
7- Transferts	40,83	27,46	31,71
8- Dép.intérieur	40,34	29,08	30,58
9- Dép.extérieur	23,16	23,01	53,83
10- Communication	70,00	12,91	17,09



Groupes homogènes en charge de soins

définis par le niveau d'autonomie


Groupes iso-ressources	Effectif	%
GIR 1 = Dép. importante	268	8,18
GIR 2	925	28,23
GIR 3	334	10,19
GIR 4	1067	32,56
GIR 5	230	7,02
GIR 6	453	13,82

Ditribution des profils de soins

Profils de soins (PS)	Nbre	Part du PS dans l'ensemble	Part des patients présentant au moins une fois le PS
T1 Soins techniques importants	77	0,35	1,77
T2 Equilibration et surveillance	2187	9,98	34,33
P1 Soins psychiatriques intensifs	127	0,58	2,78
P2 Soins psychiatriques continus	881	4,02	19,65
R+ Rééducation extrêmement intensive	383	1,75	11,14
R1 Rééducation fonctionnelle lourde	2894	13,21	61,37
R2 Rééducation fonctionnelle allégée	1913	8,73	36,04
CH Pansements complexes et longs	312	1,42	8,85
DG Pathologie non diagnostiquée	383	1,75	9,55
M1 Accompagnement de fin de vie	23	0,10	0,70
M2 Etat crépusculaire	10	0,05	0,31
S1 Surveillance programmée	11729	53,54	86,97
S0 Absence de soins	997	4,55	20,63



Constat



Grande diversité observée entre les patients du point de vue de l'âge, des pathologies, de la prise en charge et de la durée de séjour



Plan de la présentation

● ● ● ●


I. Le secteur de la réadaptation

II. Le modèle AGGIR PATHOS SOCIOS (APS)

**III. Développement d'indicateurs et APS
comme outil dans le financement et la
programmation**



APS, les atouts:

- 
- 1. Développement d'indicateurs complémentaires
 - 2. Outil d'aide au financement, à la programmation et à une meilleure organisation des services
 - 3. Outil de gestion interne



APS

- 
1. Développement d'indicateurs complémentaires



Les indicateurs supplémentaires



Développement d'indicateurs supplémentaires permettant :

- la comparaison,
- l'évaluation,
- le financement et
- la programmation des services de réadaptation



1. Indicateurs APS pour évaluer les besoins relatifs en personnel par patient :

Sur base des items **AGGIR** (dépendance du patient):

- % patients GIR 1-2-3 (patients plus dépendants)
- GIR moyen pondéré (indicateur global du niveau de dépendance des patients dans l'unité)
- % patients en niveau C pour quelques items (cohérence, toilette, alimentation, habillage, élimination)

==> évaluer le type de dépendance des patients

=> mettre en évidence de certaines pratiques des unités



1. Indicateurs APS pour évaluer les besoins relatifs en personnel par patient :

Sur base des items **Pathos** (état path. et profils de soins):

- nb moyen de pathologies par patient
- % de patients SMTI
- PMP (indicateur global de charge en soins dans l'unité)
- indicateur moyen par patient de la lourdeur relative de l'unité pour chacun des postes de ressources



1. Indicateurs APS pour évaluer les besoins relatifs en personnel par patient :

Sur base des items **Pathos** (état path. et profils de soins) (*suite*):

- % de patients ayant au moins un profil de rééducation, de psychothérapie, de soins médicaux
- % de patients n'ayant aucun profil de soins intensifs
- % de patients présentant les états pathologiques typiques associé à des profils de prise en charge "actif"
- âge moyen
- % de femmes




1. Indicateurs APS pour évaluer les besoins relatifs en personnel par patient :

Sur base des items **Socios** (complexité sociale):

- % de patients devant déménager
- % de patients pour lesquels il y a un conflit avec la famille dans la recherche d'une solution après l'hospitalisation
- % patients sans aide ni place disponible permettant leur sortie
- % patients avec problèmes financiers
- % patients nécessitant une mobilisation normale/moyenne/lourde des ressources de l'unité




Quelques résultats (*en tableaux*)

- 
- Dépendance des patients : GIR pondéré moyen
 - Etats pathologiques : proportion de patients atteints d'AVC, patients souffrant d'une pathologie de la hanche ou du genou
 - Pourcentage de patients présentant l'état path. Et son profil associé
 - Part des patients présentant au moins une fois le profil




Quelques résultats (*en tableaux*) (suite)

- 
- % de patients SMTI
 - % patients devant déménager
 - % de patients sans place ni aide disponible à la sortie
 - % patients ayant des problèmes financiers



APS


2. Outil d'aide :



au financement,
à la programmation
et à une meilleure organisation des services




Le financement: Indicateurs APS pour évaluer les relatifs en personnel par patient

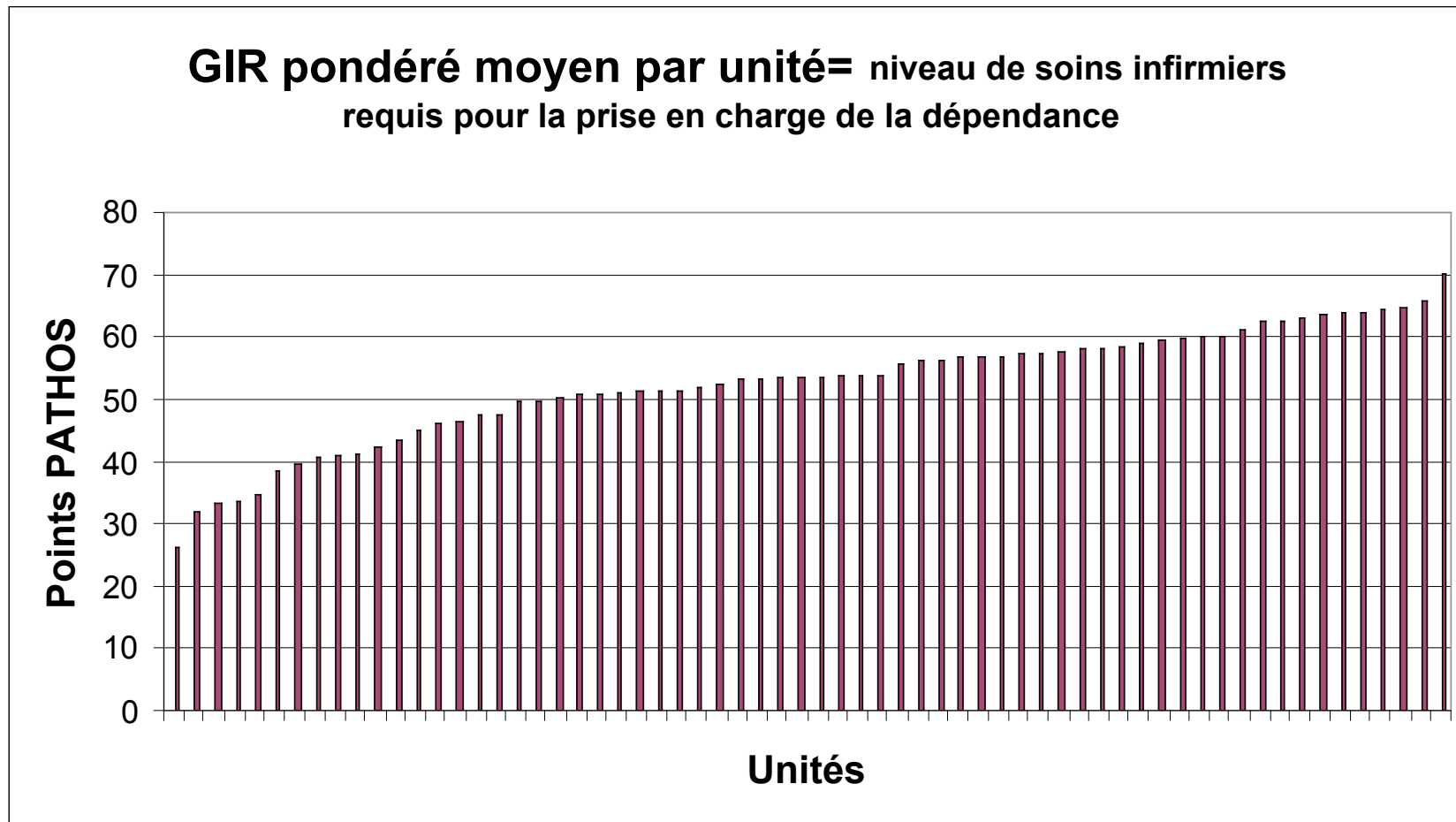
- 
- GMP = niveau relatif de soins infirmiers de base requis
 - PR1 et 2 = niveau de soins requis pour les médecins
 - PR3 = niveau de soins requis pour les soins infirmiers techniques
 - PR4 = niveau de soins requis pour les soins de rééducation
 - PR5 = niveau de soins requis pour les soins de psychothérapie



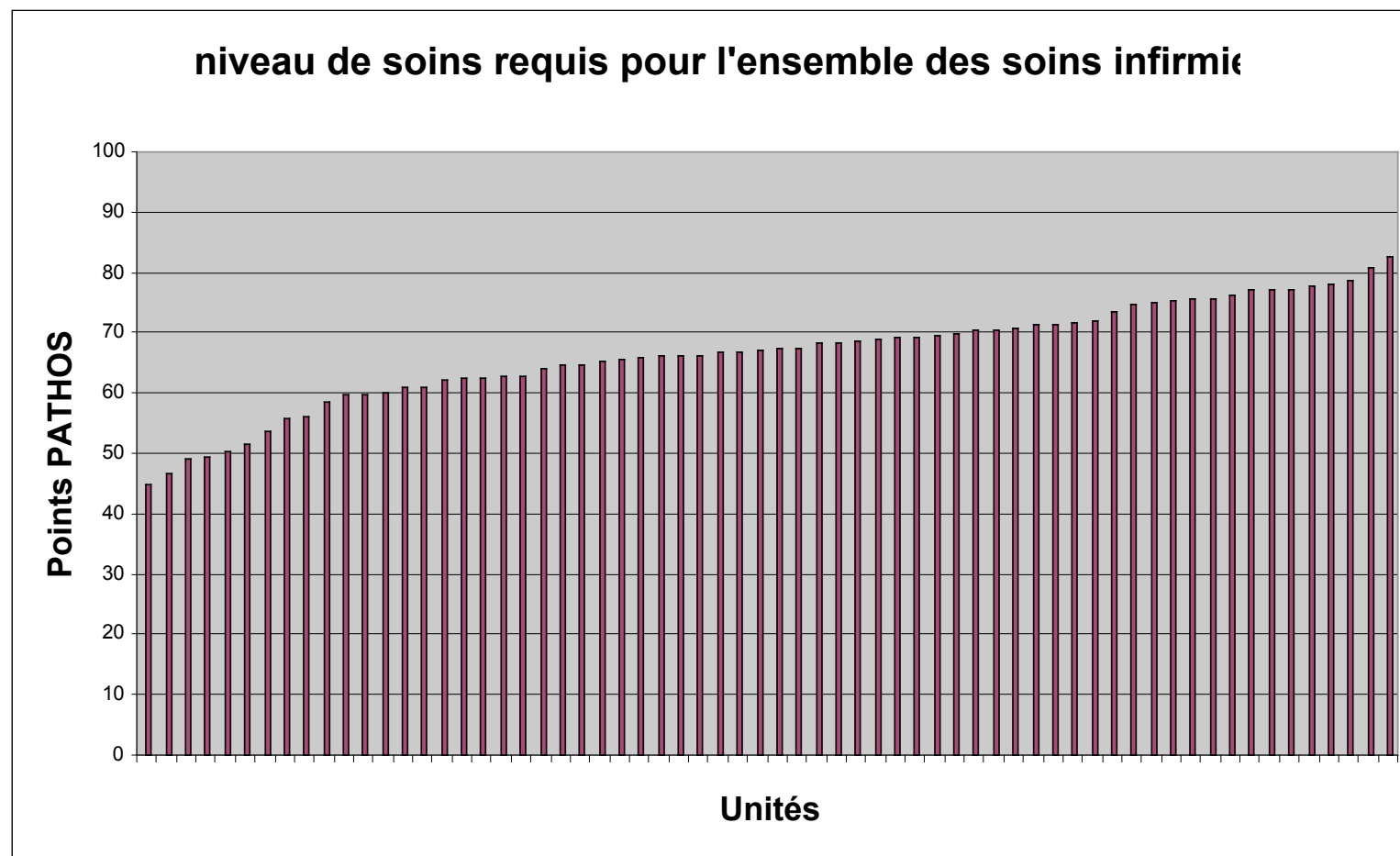
Le financement: Indicateurs APS pour évaluer les relatifs en personnel par patient

- 
- Niveau de temps nécessaire pour activités “annexes” : dossier patient, réunions multidisciplinaires, contact avec la famille et les proches
 - Indicateur de la complexité sociale du patient essentiellement dans la recherche d’une solution à sa sortie de l’hôpital

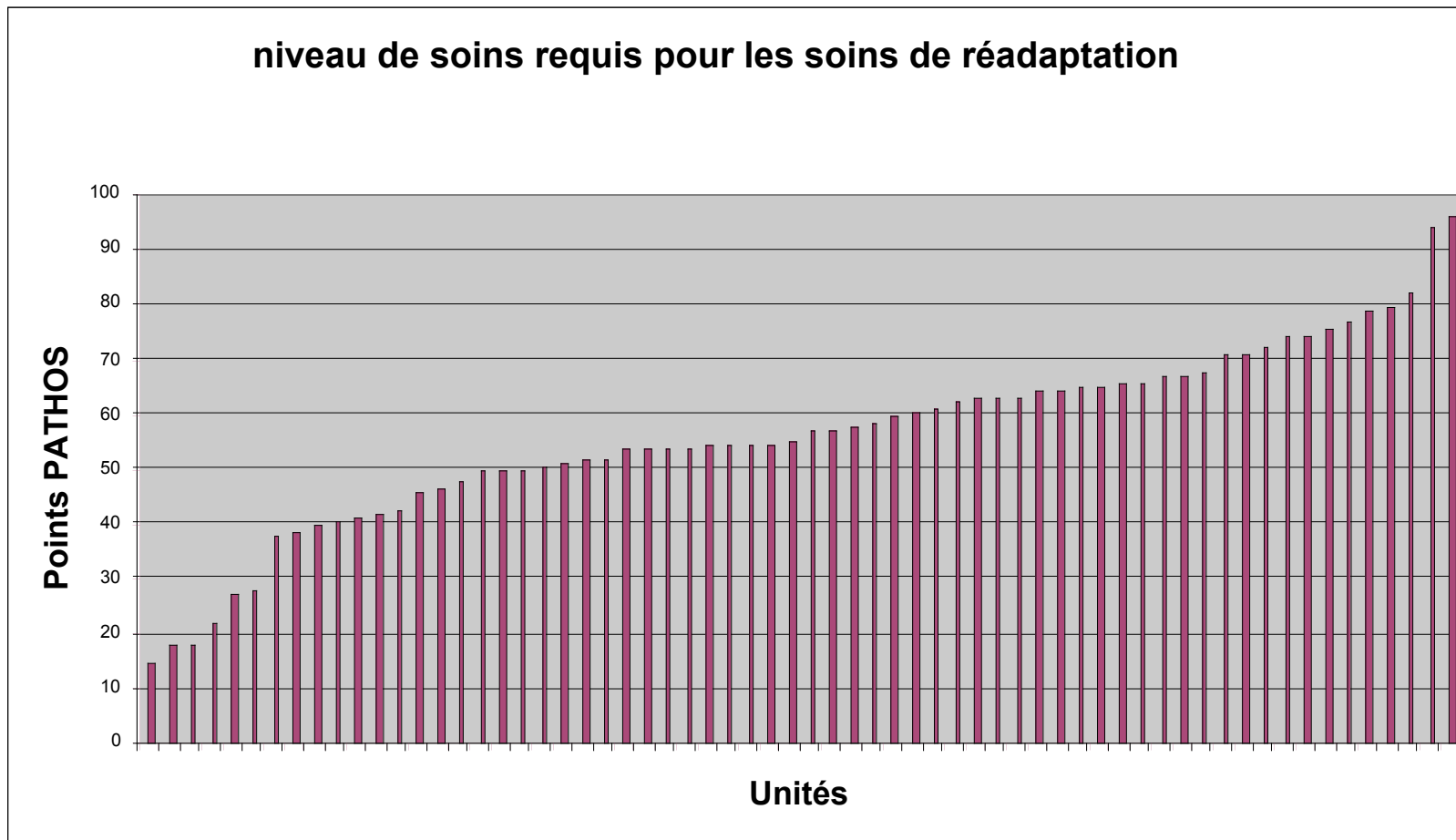
Application aux services loco



Application aux services loco



Application aux services loco





2. Application aux loco-neuro

Catégorie A

% de patients ayant au moins un profil de réadaptation extrêmement intensive (R+) :

EP20 : Lésions cérébrales acquises (<70 ans)

EP21 : Lésions cérébrales congénitales

EP22 : autres affections neuro-dégénératives (<70 ans)

EP23 : Lésions spinales ou médullaires

EP25 : affections du système nerveux périphériques

EP26 : accidents cérébraux vasculaires (<70 ans)

EP40 : polytraumatisme

EP41 : amputation au niveau des membres inférieurs

EP42 : amputation au niveau des membres supérieurs

EP43 : brûlures avec limitations locomotrices



2. Application aux loco-neuro

Catégorie B



% de patients ayant un **profil de revalidation extrêmement intensive (R+)** ou intensive (R1) pour au moins un des **deux états pathologiques spécifiques** suivant :

EP19 : scléroses en plaques

EP24 : Myopathies



2. Application aux loco-neuro

Catégorie C

% de patients n'appartenant pas aux catégories 1 et 2 et ayant au moins un **profil de revalidation intensive** pour un des états pathologiques locomoteur ou neurologique pouvant impliquer une charge de revalidation extrêmement intensive :

EP20 : Lésions cérébrales acquises (<70 ans)

EP21 : Lésions cérébrales congénitales

EP22 : autres affections neuro-dégénératives (<70 ans)

EP23 : Lésions spinales ou médullaires

EP25 : affections du système nerveux périphériques

EP26 : accidents cérébraux vasculaires (<70 ans)

EP40 : polytraumatisme

EP41 : amputation au niveau des membres inférieurs

EP42 : amputation au niveau des membres supérieurs

EP43 : brûlures avec limitations locomotrices



2. Application aux loco-neuro



Catégorie D

% de patients **âgés de plus de 70 ans** n'appartenant pas aux 3 premières catégories et ayant un profil de **revalidation intensive** pour au moins un des états pathologiques suivants :

EP10 : AVC (≥ 70 ans)

EP12 : autres affections neurodégénératives (≥ 70 ans)



2. Application aux loco-neuro



Catégorie E

Pourcentage de patients n'appartenant pas aux 4 premières catégories et ayant au moins un profil de prise en charge médicale de pronostic vital (T1) pour un des Etats pathologiques repris dans les 4 premières catégories



2. Application aux loco-neuro

Catégorie F

● ● ● ●

% de patients n'appartenant pas aux 5 premières catégories et ayant au moins un **profil de revalidation intensif (R1)** pour une des états pathologiques loco neuro suivants :

EP 35 : pathologie de la hanche

EP36 : pathologie de l'épaule

EP37 : pathologies vertébro-discales

EP38 : autres pathologies osseuses

EP39 : polyarthrite et pathologies articulaires



2. Application aux loco-neuro

Catégorie G

● ● ● ●

% de patients n'appartenant pas au 6 premières catégories et ayant au moins une **revalidation intensive (R1)** pour un des états pathologiques suivants :

EP9 : Malaises, vertiges et chutes

EP14 : troubles chroniques du comportement

EP54 : troubles de la déglutition

EP55 : troubles de la motricité

EP56 : troubles cognitifs



2. Application aux loco-neuro



Catégorie H

% de patients n'appartenant pas aux 7 premières catégories et ayant un profil de **revalidation intensive R1** pour au moins un état pathologique **autre que les affections neuropsychiatriques et ostéo-articulaires**



2. Application aux loco-neuro



Catégorie I

% de patients n'appartenant à aucune des 8 premières catégories et ayant un **profil plus « léger »** (R2, T2, DG, S1, S2, S0, CH) pour un état pathologiques liés aux **affections neuropsychiatriques et ostéo-articulaires**



2. Application aux loco-neuro




Catégorie J

% de patients n'appartenant à aucune des 9 premières catégories et ayant un **profil de prise en charge** médicale ou de revalidation **plus « léger »** (R2, T2, DG, S1, S2, S0, CH) pour un **état pathologique non lié aux affections neuropsychiatriques et ostéo-articulaires**




2. Application aux loco-neuro



Les cinq premières catégories permettent d'identifier les services qui ont un pourcentage important de leurs patients dans des **pathologies loco-neuro** que l'on peut qualifier de « lourdes » ou **plus spécifiques** de services spécialisés. Elles permettent d'identifier les services en fonction de l'intensité ou de la spécialisation de réadaptation ou de la prise en charge médicale, ceux qui sont spécialisés dans des pathologies très particulières (myopathie, sclérose..), ceux qui ont plutôt une patientèle âgée ou jeune.




2. Application aux loco-neuro



Les trois catégories suivantes reprennent les pourcentages de patients hospitalisés pour une prise en charge intensive (R1) mais pour des états pathologiques moins lourds et/ou non liés aux systèmes locomoteurs et neurologiques.



2. Application aux loco-neuro




Les deux dernières catégories permettent d'identifier le pourcentage de patients hospitalisés qui n'ont **pas de profils de soins « lourds »** que ce soit pour un état pathologique locomoteur et neurologique ou un autre.



Analyse des services locomoteurs à l'aide de ces indicateurs

Différents « sous » profils se dégagent :

- 
- les unités qui ont presque essentiellement des patients avec des profil R+ et un très faible pourcentage de patients avec des profils de soins plus légers (R2, T2, S1, S0...) pour des pathologies locomotrices et neurologiques lourdes : ce sont les unités « hyper spécialisées » (patients relativement jeunes - moyenne d'âge <+50 ans)
 - les unités qui ont un pourcentage très important de patients avec un profil R+ (plus de 70 %) mais qui ont aussi un pourcentage non négligeable de patients avec des profils plus légers pour les pathologies locomotrices et neurologiques (patients relativement jeunes)
 - les unités qui ont un pourcentage non négligeable de patients avec un profil R+ mais qui ont également des pourcentages importants de patients avec un profil R1 pour des pathologies de la hanche et du genou ou avec un profil de soins plus léger




Analyse des services locomoteurs à l'aide de ces indicateurs

Différents « sous » profils se dégagent : (suite)

- unités ont un profil « mixte » ayant à la fois des prises en charges très spécialisées et des prises en charge correspondant plus à un profil de « suivi d'hospitalisation » (hanche, genou)
- les unités qui ont un pourcentage important de patients avec des profils R1 et R1+ dans des pathologies très spécifiques : ce sont les unités spécialisées dans la sclérose en plaques, les myopathies
- les unités qui ont un pourcentage très important de patients avec un profil R1 pour les pathologies de la hanche et du genou. Ce sont les unités qui ont un profil de « suivi d'hospitalisation »
- les unités qui n'ont pas ou très peu de profil R+ mais qui ont un pourcentage important de patients avec un profil R1 dans les pathologies lourdes et dans les pathologies de la hanche et du genou. Ce sont généralement des unités avec des patients plus âgés



Questions

- 
- Faut-il promouvoir le développement d'unités « mixtes » ou le développement d'unités extrêmement spécialisées et d'autres essentiellement pour le « suivi d'hospitalisation » ?
 - Quel est le niveau de proximité géographique nécessaire pour les unités extrêmement spécialisées ?
 - Quelles sont les conséquences de ces choix en termes de qualité des soins, d'environnement et de soutien pour le patient et ses proches et de coûts pour la société ?



APS



3. Outil de gestion interne



3. Outil de gestion interne



Gestion des ressources et répartition du personnel

APS fournit pour chaque type de personnel soignant le niveau relatif de personnel requis



a. Comparaison entre unités

Comparer, entre diverses unités, le personnel effectivement engagé par rapport au niveau requis (évaluer les pratiques, améliorer l'organisation du travail pour accroître l'efficacité et la qualité de la prise en charge)

b. Répartition du personnel entre plusieurs unités



c. Suivi de l'évaluation des besoins en personnel

Analyse de l'évolution de la lourdeur de la charge de travail dans les unités pour les divers types de personnels.

Plusieurs solutions sont possibles :

- Diminution ou augmentation du personnel effectivement affecté à l'unité si c'est possible et/ou finançable
- Réorientation dans le type de patients que le service accueille (plus grande spécialisation ...), transfert vers des unités hyper spécialisées de patients nécessitant une prise en charge trop lourde pour les ressources disponibles



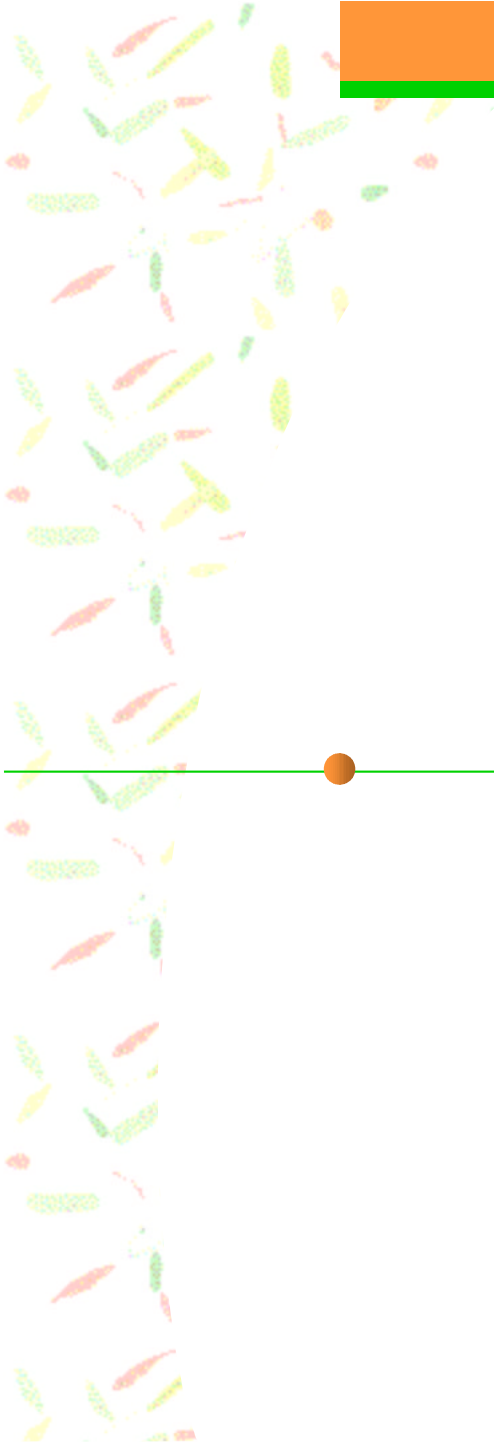
Evaluation de l'unité

● ● ● ●

APS fournit une multitude d'indicateurs et permet de les confronter à ceux d'autres unités de même type

Confrontation = premier pas d'une démarche d'évaluation

Les écarts entre unités ne sont pas le reflet de mauvaises pratiques mais demandent à être explicités



Merci pour votre attention