

---

# Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique

---

*KCE reports 57B*

C KIEKENS, K VAN RIE, M LEYS, I CLEEMPUT, M SMET, K KESTELOOT,  
I TAILLIEU, I MOLDENAERS, D VAN OVERLOOP, K PUTMAN  
M LONA, M EYSEN

## KCE reports 57B

- Titre:** Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique.
- Auteurs:** Carlotte Kiekens (UZ Leuven), Katrien Van Rie (UZ Leuven), Mark Leys (VU Brussel), Irina Cleemput, Mike Smet (U Antwerpen), Katrien Kesteloot (UZ Leuven), Inge Taillieu (VU Brussel), Ingrid Moldenaers (Deloitte), David Van Overloop (Deloitte), Koen Putman (VU Brussel) Murielle Lona, Marijke Eyssen.
- Experts Externes:** B Aertgeerts (KU Leuven), J Boydens (Landsbond Christelijke Mutualiteit), R Chappel (ZN Antwerpen), G Claes (Virga Jesse Ziekenhuis Hasselt), J-M Crielaard (CHU Liège), J Devillers (Union Nationale des Mutualités Socialistes), S Ilsbrouckx (MS-centrum Melsbroek), T Lejeune (UC Louvain), B Maertens (CNR Fraiture en Condroz), H Nielens (UC Louvain), E Simons (UL Bruxelles/CEBAM), V Thijs (UZ Leuven), R Van Coster (U Gent), G Vanderstraeten (U Gent), M Van Zandijcke (St Jan Ziekenhuis Brugge), M Ventura (CTR Bruxelles), G Vereecke (RIZIV/INAMI).
- Validateurs Externes:** P Hanson (UC Louvain), M Jegers (VU Brussel), P Ketelaer (MS-centrum Melsbroek).
- Conflict of interest :** Certains auteurs travaillent dans un centre de réadaptation (C Kiekens, K Van Rie).
- Disclaimer:** Les experts externes et validateurs ont collaboré à la rédaction du rapport scientifique mais ne sont pas responsables des recommandations aux Autorités. Les recommandations aux Autorités ont été rédigées par le Centre d'expertise (KCE).

**Layout:** Ine Verhulst

Bruxelles, 06 juillet 2007

Etude nr 2005-18

Domein : Health Services Research (HSR)

MeSH : Rehabilitation ; Musculoskeletal System ; Nervous System Diseases ; Health Care Economics and Organizations

NLM classification : W 84

Langage : français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2006/10.273/19

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Comment citer ce rapport?

Kiekens C, Van Rie K, Leys M, Cleemput I, Smet M, Kesteloot K, et al. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 57B (D2007/10.273/19)

## PRÉFACE

Du point de vue des décideurs, la revalidation est souvent considérée comme un secteur « complexe ». C'est assez curieux. Il est vrai que la revalidation demande un investissement important de la part du patient et du prestataire de soins et est donc assez intensive en main d'œuvre. Mais par ailleurs, en comparaison avec d'autres domaines médicaux, elle ne met en œuvre que très peu de technologies de pointe ou de soins intensifs.

Le terme « complexe » fait sans doute ici référence à un secteur inintelligible, opaque, et difficilement manoeuvrable pour les décideurs. Sans doute peu de personnes ont-elles une vue complète de toutes les institutions, de tous les prestataires et de toutes les activités de revalidation possible. Les multiples systèmes de financement de ce secteur - qui fonctionnent en parallèle et se recoupent – ne sont pas étrangers à cette complexité.

De nombreuses études, parmi lesquelles certaines du KCE, ont montré la grande variabilité dans la pratique des soins et le manque de standardisation dans les protocoles de traitement. Il suffit de penser à la rééducation à la marche après une prothèse de hanche: à certains endroits on adoptera le plus souvent une approche mono disciplinaire avec un kinésithérapeute, ailleurs la revalidation sera intensive dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Des lésions graves de la moelle épinière ne sont pas toujours prises en charge directement par des équipes spécialisées.

Le lecteur jugera si ce rapport d'étude, complémentaire à un autre récemment produit par un groupe de travail ministériel, permet d'aboutir à un certain nombre de recommandations pertinentes. Nous en dévoilons une: quelques changements superficiels et arbitraires ne suffiront pas à moderniser l'organisation de la revalidation locomotrice, car il s'agit là d'une entreprise de longue haleine – ce qui n'est pas si surprenant finalement, quand on parle de revalidation.

De multiples contacts avec des experts externes nous ont permis de confirmer que le secteur de la revalidation est entré dans une phase de professionnalisation. Beaucoup de prestataires qui jour après jour et avec enthousiasme, réapprennent à leurs patients à fonctionner, et quand c'est possible, les aident à se réintégrer, s'engagent dans de nouvelles voies et essaient de plus en plus d'en mesurer les résultats. Le nombre d'études cliniques qui cherchent à identifier les méthodes les plus efficaces de revalidation est en augmentation, tant au niveau national qu'international. Une tendance encourageante.

Jean Pierre Closon  
Directeur Général Adjoint

Dirk Ramaekers  
Directeur Général

# RÉSUMÉ

## OBJECTIFS

Cette étude a pour objectif principal l'analyse des conventions INAMI 9.50 et 7.71 relatives à la réadaptation locomotrice et neurologique, en vue de proposer des options pour l'organisation et le financement de la réadaptation musculo-squelettique et neurologique.

## METHODOLOGIE

Une revue de la littérature scientifique a été effectuée afin de définir précisément la réadaptation dont il est question dans cette étude. La revue de la littérature a été complétée par la littérature grise et la consultation d'experts nationaux et internationaux afin de récolter des données épidémiologiques, d'ébaucher un concept opérationnel d'organisation et de financement de la réadaptation, d'examiner les itinéraires cliniques existants pour la réadaptation, ainsi que les études de comparaison internationale. Les données belges ont été récoltées, d'une part via les bases de données de l'INAMI, du SPF Santé Publique et des mutualités, et d'autre part par la consultation d'études belges menées antérieurement sur le sujet. De plus, une enquête qualitative par questionnaire écrit a été conduite auprès de médecins spécialisés en réadaptation afin de les interroger sur la variabilité de la pratique clinique.

A partir des études de comparaison internationale et de l'évaluation belge, des modèles d'organisation et de financement pour la réadaptation post-aiguë en Belgique ont été développés. Sur base des données mises à disposition par 3 centres, les coûts et revenus théoriques, selon le système de financement actuel, ont été calculés pour 5 protocoles de prise en charge standard élaborés par un groupe de 7 experts en réadaptation. Les résultats ont ensuite été extrapolés pour l'ensemble de la population.

## RESULTATS

### DÉFINITION

Une définition pour la réadaptation a été formulée dans le cadre de la Classification CIF proposée par l'OMS.

La réadaptation y est définie comme un processus ciblé offrant la possibilité pour des personnes ayant des limitations dans les activités et/ou dans la participation sociale d'atteindre un niveau optimal de fonctionnement, d'acquérir et de conserver une autonomie (tenant compte des facteurs personnels et de l'environnement) ; et ce, quand il y a un espoir raisonnable d'obtenir un gain fonctionnel ou d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

La réadaptation comprend 4 étapes: l'évaluation, la formulation des objectifs, la proposition d'une prise en charge qui apporte une plus-value démontrée, l'évaluation. La réadaptation est proposée dans un centre multidisciplinaire appartenant à un réseau.

### ORGANISATION ET FINANCEMENT: DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Des données épidémiologiques ont été collectées pour 5 pathologies: AVC, lésion médullaire, sclérose en plaques, prothèse totale de hanche et amputation d'un membre inférieur. Ensemble, ces diagnostics représentent 75% de la population des patients en lit Sp locomoteur ou neurologique; ce qui correspond aux données provenant d'une importante étude internationale (USA). Les données chiffrées obtenues ne portent pas sur le statut fonctionnel, pourtant nécessaire à la détermination des besoins en réadaptation.

En Belgique, l'incidence des prothèses totales de hanche s'élève à 160/100.000/an et la prévalence des scléroses en plaques à 90/100.000. Les scléroses en plaques connaissent cependant une évolution difficilement prévisible; il en est de même des besoins en réadaptation pour cette pathologie. L'incidence des lésions médullaires dans les pays européens s'élève à 1-3/100.000/an. L'incidence de l'amputation des membres inférieurs s'élève en Belgique à 12/100.000/an. Environ la moitié des patients reçoivent une prothèse, avec un ratio égal à 1/1 pour la cuisse et la jambe. L'incidence annuelle de l'AVC en Belgique s'élève à 185/100.000, mais les besoins fonctionnels pour cette pathologie restent encore inconnus. Environ 15% sont dirigés vers un centre de réadaptation post-aiguë. On estime que 1/3 des patients admis dans les services Sp pour une affection musculo-squelettique ou neurologique sont des patients ayant subi un AVC.

## SITUATION EN BELGIQUE

### Situation générale

En ce qui concerne la réadaptation post-aiguë musculo-squelettique et neurologique, l'offre médicale est large en Belgique, tant pour la simple réadaptation de base que pour les réadaptations très spécialisées et/ou intensives. L'étude des conventions 9.50 et 7.71 est au coeur de cette étude, mais il faudra également tenir compte des autres mécanismes financiers sous lesquels les groupes concernés peuvent se retrouver, plus précisément la nomenclature K et le financement des lits Sp. Ces systèmes fonctionnent en parallèle, se superposent dans une mesure importante et sont utilisés pour les mêmes indications (basées sur des diagnostics médicaux), à l'exception de 3 groupes de soins qui sont accessibles seulement à travers la nomenclature K. Les principes de financement des conventions et de la nomenclature K sont très similaires et reviennent fondamentalement à un financement par prestation. Le financement des différents systèmes repose sur des bases historiques plutôt que sur les caractéristiques de la population soignée.

En dehors de la commission d'inspection des services Sp, il n'y a pas de contrôle de qualité depuis le transfert en 1991 de la réadaptation du « Fonds national de reclassement social des handicapés » à l'INAMI. Ce Fonds faisait une distinction entre la réadaptation en vue d'une réintégration, et la réadaptation comme soin chronique

### Conventions et nomenclature K

En ce qui concerne les conventions, il y a une assez bonne répartition sur le territoire belge, bien qu'il soit frappant qu'il n'y ait aucun centre de réadaptation fonctionnant avec une convention au Luxembourg, alors que le nombre de conventions est élevé en Flandre-Occidentale et à Bruxelles. Les lits Sp de réadaptation locomotrice et neurologique sont moins nombreux en Flandre-Orientale et à Namur. La convention 9.50 est utilisée à 80% pour des soins ambulatoires, alors que la convention 7.71 et la nomenclature K sont utilisées à 60% pour des patients hospitalisés. Concernant la convention 9.50, 64% des soins tombent sous la dénomination « parésie acquise ou lésions cérébrales avec séquelles graves », suivis de 27% dans la rubrique « suivi des soins après atteinte de la durée thérapeutique maximale ». Pour la nomenclature K, 38% des interventions sont attribués à la rubrique « prothèse pour grande ou moyenne articulation », et 16% à la rubrique « lésions cérébrales ».

En 2000, 0,38 % du budget total de l'INAMI a été utilisé pour les conventions et la nomenclature K. En 2004, ce chiffre s'élevait à 0,49%. La plus grosse partie du budget global est revenue en 2000-2004 à la nomenclature K (68%), alors que 18% du budget correspondent à la convention 7.71 et 14% à la convention 9.50. La croissance durant cette période a été de 50% pour la nomenclature K, 83% pour la convention 7.71 et 45% pour la convention 9.50. Le pourcentage du coût pour le transport dans le budget de la convention 7.71 constitue 11% ; et 33% dans le budget de la convention 9.50. Dans la convention 7.71, les dépenses de l'INAMI sont significativement plus élevées dans les services qui proposent seulement des soins ambulatoires que dans les quelques services offrant également une hospitalisation. En août 2004, une révision de la nomenclature K a eu lieu. Depuis lors, les dépenses de l'INAMI ont augmenté suite à un transfert des prestations K30 vers les K60. Depuis août 2006, de nouvelles conditions ont été

instaurées pour la convention 9.50, spécifiant que l'usage consécutif de la nomenclature K et de la convention 9.50 doit cesser et que les inégalités dans les indemnités doivent être lissées.

Enfin, il est remarquable qu'il existe toujours plusieurs possibilités de combinaison des thérapies multidisciplinaires (nomenclature K ou convention 9.50) avec les traitements mono-disciplinaires (par exemple la logopédie), ce qui rend la transparence difficile. De plus, les lits Sp ne sont financés que sur base de 7 jours sur 7, ce qui n'encourage pas le retour à la maison pendant les week-ends.

## COMPARAISONS INTERNATIONALES

Cinq pays ont été étudiés: les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, la Suède et les Etats-Unis. Dans tous les pays étudiés des réformes dans le secteur de la réadaptation sont en cours, dans lesquelles un concept clair de réadaptation est recherché. A chaque fois sont au centre des préoccupations les besoins du patient, l'existence de différentes phases de réadaptation et les institutions correspondantes, et le souci de la continuité entre les différentes phases. Toutefois, dans l'élaboration de ces principes, on se heurte à un certain nombre de difficultés, qui diffèrent selon l'organisation générale des soins de santé. Un concept tout à fait élaboré pour le secteur de réadaptation post-aiguë qui intégrera ces nouveaux concepts n'est encore nulle part mis en place bien qu'un certain nombre d'initiatives intéressantes dans différents pays soient en cours. L'estimation des besoins du patient, notamment de la durée de séjour en vue du financement se fait aux Etats-Unis sur base d'un système de classification des patients (PCS). Ailleurs, la sélection des patients se fait sur base d'une décision médicale qui est en Allemagne (et aux Pays-Bas avant le passage à la phase chronique) confirmée par l'assureur. Aux Pays-Bas et en Allemagne une part importante de la réadaptation se fait dans des établissements destinés aux patients chroniques, entre autres pour la population plus âgée. De même, en Allemagne, la réadaptation a lieu principalement en phase d'hospitalisation. La Suède est par contre plus orientée vers la réadaptation à domicile. En Allemagne, uniquement pour la réadaptation neurologique, l'index de Barthel est utilisé pour le transfert d'une phase vers une autre. Le travail en réseau est déjà bien établi aux Pays-Bas, entre autres pour les AVC, et un système d'analyse comparative entre les différents réseaux existe. Dans tous les pays, la réadaptation est divisée en plusieurs niveaux : de base, spécialisée ou très spécialisée. Le traitement des lésions médullaires, par exemple, est considéré dans quasiment tous les pays comme un soin hautement spécialisé. Les budgets de financement globaux sont difficilement comparables d'un pays à l'autre, étant donné la partie variable du remboursement via une assurance privée ou le niveau de réglementation local plutôt que national. On constate en général l'introduction de principes de marché avec des négociations entre les prestataires de soins et les assureurs. Entre autres aux Etats-Unis et en Allemagne, ce système est déjà opérationnel dans le secteur de la réadaptation.

## ORGANISATION ET FINANCEMENT : SYSTEME DE CLASSIFICATION DES PATIENTS

### Considérations générales

Il importe dans la pratique que les théories relatives plus haut soient associées à une classification des patients (Patient Classification System, PCS). Une classification des patients permet d'évaluer (quantifier) les besoins des patients en terme de réadaptation en tenant compte, d'une part, d'un traitement clinique valable, et d'autre part, de la nécessité de confier le patient à la structure bénéficiant de l'organisation et du financement les plus adéquats. Une telle classification (qui comprend à la fois des aspects cliniques et organisationnels/financiers) n'existe pas actuellement sous la forme d'un instrument unique satisfaisant aux deux objectifs.

## International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; CIF)

Cette classification est actuellement acceptée dans la littérature comme étant la classification la plus complète des handicaps consécutifs aux problèmes de santé et sert de cadre de référence. Des recherches scientifiques destinées à adapter cette classification aux objectifs opérationnels sont en cours. C'est ainsi que les items relatifs aux phases aiguës et post-aiguës de la réadaptation musculo-squelettique et neurologique sont déjà groupés. La traduction des classifications PCS existantes vers la CIF fait l'objet d'une grande attention.

### L'utilisation du PCS pour l'organisation et le financement

Les pierres angulaires d'un PCS à des fins organisationnelles et financières sont d'après la littérature et la consultation d'experts internationaux, d'une part le diagnostic médical et d'autre part l'information concernant le statut fonctionnel et les capacités du patient, plus d'autres données telles que l'âge, les comorbidités et la situation sociale. Un tel instrument utilisé pour mesurer le statut fonctionnel dans un objectif d'organisation et de financement, se doit d'être un instrument validé applicable à différentes pathologies: il s'agit dans cette étude des affections musculo-squelettiques et neurologiques.

Actuellement, seules les échelles de FIM (MIF : Mesure d'Indépendance Fonctionnelle) et l'index de Barthel satisfont à ces conditions malgré quelques limitations (entre autres : « ceiling-effect », information importantes au sujet des capacités AVQ ou activités de la vie quotidienne, ...) En ce qui concerne le PCS, la version actuelle et la version utilisée précédemment pour la réadaptation ont été comparées. Les deux versions (FIM-FRG et AN-SNAP) ont été considérées comme étant les meilleures. Le FIM-FRG, développé aux Etats-Unis, est actuellement utilisée dans plusieurs pays par les services de réadaptation subaigus et dans la cadre d'un financement rétrospectif. La MIF établit en fonction des diagnostics médicaux, de l'âge et des comorbidités, 67 sous-groupes caractérisés par une durée de séjour homogène (en fonction de l'intensité des traitements dispensés vu qu'il existe peu de données probantes quant aux besoins de soins) et couplés à des catégories de remboursements déterminés. La classification AN-SNAP, dérivée de la FIM-FRG a été développée en Australie afin d'être utilisable dans un pays dont la densité de population est faible: elle permet également l'enregistrement des phases ambulatoires.

### L'utilisation du PCS pour l'organisation et le financement de la phase post-aigüe en Belgique

Bien que les systèmes décrits plus haut aient prouvé leur efficacité, il est nécessaire de les valider dans le contexte belge avant de pouvoir les y implémenter. De plus, une base de données regroupant les diagnostics, les cotations selon l'échelle MIF, les âges, les comorbidités et les renseignements sociaux nécessaires n'est actuellement pas disponible. Les seules données actuellement disponibles (pour les patients hospitalisés uniquement) sont les données RCM-RIM. Les nouvelles données RIM2 montrent des concordances importantes avec une échelle comme la MIF. Toutefois, les données RIM ont été développées pour l'enregistrement de l'activité infirmière, et leur utilisation dans le cadre de l'enregistrement des besoins de réadaptation doit encore être étudiée.

## ORGANISATION ET FINANCEMENT : CHOIX DE THÉRAPIE, INTENSITÉ ET DURÉE

L'organisation et le financement sont compliqués par le fait qu'il existe très peu de données probantes scientifiques cliniques quant au meilleur traitement ainsi qu'à la durée adéquate et l'intensité, bien que des résultats d'études très récentes commencent à être disponibles. De même, l'évaluation dans d'autres pays nous apprend peu. Dans le cadre d'une approche qualitative, neuf médecins belges spécialisés en réadaptation ont été interrogés sur la variabilité de la pratique clinique. Cette variabilité s'est révélée très grande, tant pour le nombre de séances de thérapie que pour le système de paiement en vigueur et les coûts associés. Une vaste recherche quant aux itinéraires cliniques de réadaptation n'a livré qu'un nombre limité d'itinéraires, la plupart caractérisés par la

multidisciplinarité mais offrant peu ou pas d'information quant au contenu, à la durée et à l'intensité du traitement.

## ORGANISATION ET FINANCEMENT : CONTRÔLE DE QUALITÉ

L'existence de systèmes de qualité a été étudiée dans 5 pays : les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, la Suède et les Etats-Unis. C'est l'Allemagne qui a le plus d'expérience d'implémentation d'indicateurs de qualité issus de « guidelines evidence-based » pour la réadaptation liée à certaines affections. Aux Pays-Bas, également ont été introduits un certain nombre d'indicateurs de performance, entre autres concernant les résultats de la thérapie et la participation à la recherche. En France et en Suède, un système de qualité relative à la réadaptation post-aiguë n'est pas encore mis en place. Les États-Unis disposent d'un système d'accréditation bien conçu pour 23 programmes de réadaptation différents (CARF), un système d'accréditation européen serait en cours d'élaboration d'après les experts.

## OPTIONS POUR L'ORGANISATION DE LA RÉADAPTATION MUSCULO-SQUELETTIQUE ET NEUROLOGIQUE POST-AIGUË

Le premier modèle proposé pour la Belgique consiste en un modèle stratifiée. Ce modèle se compose de 3 niveaux : général, spécifique et très spécifique. La scission entre les différents niveaux est basée sur la complexité des besoins de réadaptation et de ses objectifs, ainsi que sur l'incidence/prévalence des affections concernées. Une réadaptation simple est une réadaptation avec des objectifs à court terme, la réadaptation complexe présente des objectifs à long terme. Au niveau général, la réadaptation simple est offerte, tant de manière mono- que multidisciplinaire. Une réadaptation multidisciplinaire complexe est offerte aux niveaux spécifiques (pour les pathologies avec une incidence/prévalence élevée) ou hautement spécifiques (pour les pathologies avec une incidence/prévalence basse). Chaque niveau peut proposer des traitements en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Sur base de son classement en PCS, le patient est adressé en fonction de ses besoins et des objectifs de sa réadaptation vers un niveau donné; en fonction de son évolution il peut être transféré vers un autre niveau plus tard. Les références entre les différents niveaux doivent être stimulées afin de créer des réseaux. Différentes options alternatives à ce premier modèle sont : regroupement dans la phase post-aiguë au niveau spécifique et hautement spécifique selon la pathologie, regroupement selon les restrictions de fonctionnement, regroupement selon le déroulement de la pathologie de la phase aiguë et post-aiguë jusqu'à la phase chronique, regroupement selon les objectifs (réintégration sociale complète ou remise en forme fonctionnelle en cas de restrictions permanentes) ; et enfin un modèle basé sur le « managed care ». En tenant compte du contexte belge, l'organisation stratifiée en 3 niveaux semble la plus plausible pour la phase post-aiguë de la réadaptation.

Cruciale dans chacune de ces options est l'évaluation du patient (le PCS), sur base de laquelle on le réfère à un niveau spécifique de traitement (pour discussion des PCS: voir plus haut). Il est également crucial de définir à qui cette tâche va être confiée: au médecin en phase aiguë, au coordinateur en phase post-aiguë et/ou à un tiers indépendant (assurance).

A titre d'exercice, malgré le nombre limité de données scientifiques valides qui pourraient être utiles ici, on peut estimer le nombre recommandé de centres de réadaptation nécessaires en Belgique. Alors que la réadaptation générale doit avoir une accessibilité large (dans les hôpitaux aigus), les calculs indiquent la nécessité de 20 à 30 centres de réadaptation pour le niveau spécifique. Pour le niveau hautement spécifique, environ 3 centres sont nécessaires pour les lésions médullaires et scléroses en plaques, ainsi que quelques centres hautement spécifiques pour des AVC très complexes ou pour d'autres lésions cérébrales acquises comme le traumatisme crânien. Vu la faible fréquence de certaines pathologies et l'équipement très coûteux des centres hautement spécifiques, il est indiqué d'y traiter plusieurs groupes de pathologies, par exemple dans 3 à 5 centres.



## OPTIONS POUR LE FINANCEMENT DE LA RÉADAPTATION MUSCULO-SQUELETTIQUE ET NEUROLOGIQUE EN PHASE POST-AIGUE

Pour cette partie de l'étude, l'interprétation des données brutes requiert la plus grande prudence en raison des limitations méthodologiques (par exemple l'évaluation des besoins en réadaptation par des experts, et le calcul des coûts de personnel sur base de données insuffisantes). Des conclusions ne peuvent être tirées qu'à partir de comparaisons relatives. De plus, il semble que les coûts agrégés de la réadaptation en ambulatoire ne diffèrent pas significativement des coûts de la réadaptation en milieu hospitalier, contrairement aux revenus. Cela peut s'expliquer par le fait que le système de financement actuel n'est pas bien adapté à la composition des coûts de la réadaptation multidisciplinaire. Par exemple il n'existe pas d'allocation spécifique pour les sessions de groupe, et ces prestations sont facturées pour chaque participant du groupe individuellement. Les revenus liés aux traitements en groupe sont donc artificiellement élevés. Dans la mesure où ces sessions de groupe sont fréquentes en particulier dans les protocoles de réadaptation ambulatoire cela peut expliquer la différence artificielle entre les revenus de la réadaptation en ambulatoire et en milieu hospitalier.

Enfin l'analyse a montré que les budgets attribués les années précédentes à la réadaptation multidisciplinaire correspondent au budget qui serait nécessaire si les protocoles de traitement standard étaient appliqués dans le secteur et si toute la réadaptation était remboursée via la convention 9.50. Cela pourrait signifier que les activités actuelles de réadaptation correspondent en moyenne aux protocoles proposés – ou que les protocoles sont définis sur base de la pratique actuelle et non sur base des besoins.

En ce qui concerne le financement, nous proposons pour le niveau général un système de paiement à l'acte (ou un système avec une composante importante de paiement à l'acte). Pour les niveaux avec des groupes de patients plus homogènes (niveau spécifique ou très spécifique, en fonction de la pathologie ou du statut fonctionnel, centres spécifiques pour une pathologie) nous proposons un système combinant forfait et paiement à l'acte. Pour les centres très spécifiques (pour des groupes de patients très spécifiques, avec des besoins en réadaptation complexes) une alternative pourrait être un système d'enveloppe budgétaire.

Ce rapport contient enfin des propositions concrètes pour la mise en œuvre des changements proposés; le développement, la validation, et la mise en place d'un système de recueil de données est l'étape la plus urgente. En plus du diagnostic médical, les variables suivantes devraient être prises en compte pour la phase pilote : RIM2, une échelle fonctionnelle (par exemple le FIM (MIF) ou l'index de Barthel), les co-morbidités, l'âge, et les codes CIF (« core-« sets) pour la réadaptation musculo-squelettique et la réadaptation neurologique.

Ce rapport est comparé au rapport du Groupe de Travail Interministériel dirigé par le Professeur A. Heilporn et publié récemment (Avril 2007).

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- Nous avons besoin en Belgique d'une vision cohérente des mouvements qui se dessinent dans le secteur de la réadaptation. L'évolution actuelle dans les pays occidentaux tend à mettre les besoins du patient et la prise en compte de ses choix au centre des décisions. Sont pris en compte: l'existence de différentes phases de réadaptation, la recherche de continuité entre ces phases et enfin, dans la plupart des pays, l'introduction progressive du principe des lois du marché avec négociations entre les dispensateurs et les assureurs. En Belgique également, une vision cohérente s'impose de façon à pouvoir en tirer des orientations de décisions.
- De nombreuses études se rapportant aux conventions musculo-squelettiques et neurologiques ont déjà été réalisées. La présente étude a pour objectif de faire le point des informations existantes et de mettre en lumière certains éléments cruciaux concernant la définition de la réadaptation, l'épidémiologie des pathologies concernées, la situation en Belgique et dans cinq autres pays, les systèmes de classifications de patients, le choix des thérapies, le contrôle de qualité et finalement l'organisation et le financement. Des études complémentaires ne pourront s'avérer utiles qu'au moment où les décisions indispensables à l'organisation future de la réadaptation musculo-squelettique et neurologique auront été prises.
- Les recommandations suivantes peuvent être formulées à partir de la présente étude:
- En Belgique, différents systèmes de remboursement de la réadaptation musculo-squelettique et neurologique coexistent et se recouvrent partiellement (Convention 9.50 et 7.71, nomenclature K, financement hospitalier Sp). Il n'existe aucun argument valable pour conserver de tels systèmes parallèles et leur différenciation s'impose.
- Le financement par ces systèmes repose plus sur des fondements historiques que sur les caractéristiques de la population traitée. Il convient d'installer une transparence basée sur les soins délivrés en fonction des besoins du patient.
- Les Centres conventionnés sont largement répartis en Belgique, mais la province du Luxembourg n'a pas de centre qui soit conventionné alors que le nombre de ces centres est particulièrement élevé en Flandre-Occidentale et à Bruxelles. Si ces différences ne peuvent s'expliquer sur base de la capacité par Centre conventionné, il est nécessaire de les corriger. Les provinces de Namur et de la Flandre-Orientale ont une offre limitée de lits S2-S3 pour la réadaptation musculo-squelettique et neurologique. Une correction est recommandée également.
- La possibilité de combiner les thérapies multidisciplinaires (nomenclature K ou convention 9.50) avec les thérapies mono-disciplinaires (par exemple la logopédie) rend la transparence difficile. Il semble logique d'intégrer cette thérapie mono-disciplinaire dans la thérapie multidisciplinaire sous la surveillance du médecin traitant spécialisé en réadaptation.
- Les lits Sp sont financés 7 jours sur 7. Afin d'encourager le retour à domicile pendant les week-ends, la possibilité d'un financement 5 jours sur 7 ou sur base d'une hospitalisation de jour serait souhaitable.
- Au niveau international, il est recommandé de traiter les lésions médullaires dès que l'état médical du patient le permet dans un centre hautement spécifique. Compte tenu de la spécificité et du nombre limité (200 patients/an en Belgique) de cas, trois centres de ce type devraient être créés dans notre pays.
- Sur base des éléments recueillis dans la littérature internationale, un modèle stratifié comprenant un niveau général, un niveau spécifique et un niveau très spécifique est proposé. Les facteurs discriminants sont la complexité des besoins de réadaptation et l'incidence/prévalence de ceux-ci. Des options alternatives à ce modèle sont développées. Quelle que soit l'option choisie, la manière de sélectionner les patients et la stimulation des échanges entre les différents niveaux s'avèrent très importantes.

- Il est nécessaire d'utiliser un système de classification (PCS) au moment de la prise en charge et à la sortie du patient. Aucune classification ou échelle de mesure n'est toutefois optimale à la fois pour les aspects cliniques et organisationnels/financiers. En ce qui concerne les aspects organisationnels/financiers, toute classification devrait contenir les diagnostics médicaux, un instrument d'évaluation des besoins fonctionnels et des capacités du patient ainsi que des données complémentaires comme les comorbidités éventuelles, l'âge ...
- Le système d'enregistrement actuel de la réadaptation dans la phase post-aiguë en milieu hospitalier rend obligatoire l'enregistrement au sein de la catégorie V57, qui contient de l'information sur les spécialités thérapeutiques impliquées dans la réadaptation. Lorsque les diagnostics médicaux sous-jacents ne sont pas mentionnés, ceci n'a cependant pas d'influence sur le remboursement. Cependant, le financement actuel se base sur le diagnostic médical. Une obligation d'enregistrement des diagnostics médicaux et des comorbidités, par exemple suivant le système de classification ICD comme pour les admissions hospitalières, constituerait déjà une avancée importante pour ce qui concerne l'évaluation des services fournis. Cela permettrait notamment de meilleures estimations de l'incidence et de la prévalence des différentes catégories de remboursements.
- Pour le moment, nous ne disposons pas en Belgique de données qui rassemblent des informations systématiques sur la capacité fonctionnelle du patient en réadaptation, ce qui est pourtant indispensable en sus du diagnostic médical. A court terme et en attendant que l'CIF soit utilisable comme PCS à des fins organisationnelles et financières, il est hautement recommandable de démarrer l'enregistrement systématique d'une échelle de réadaptation comme la MIF (ou index de Barthel), aussi bien en milieu hospitalier qu'en ambulatoire. Bien que ces échelles d'AVQ présentent de grosses lacunes, elles permettront de se faire une idée de la nature des restrictions fonctionnelles des patients traités, ce qui manque complètement pour le moment. Cela permettra aussi des comparaisons avec les autres pays qui utilisent une telle échelle. Ces données pourront en outre être approfondies dans des recherches ultérieures.
- L'évaluation de la qualité est un constituant important de chaque système organisationnel ou financier. Cette évaluation devrait idéalement prendre en compte non seulement les résultats du traitement, mais aussi la qualité de la vie, les priorités du patient au sujet de la qualité des soins etc. Actuellement, si ces paramètres sont enregistrés, ils sont rarement mesurés de manière systématique. Un PCS qui enregistrerait les paramètres listés ci dessus à l'entrée et à la sortie du patient constituerait déjà une première étape dans l'évaluation des soins dispensés.
- Même sans faire usage d'un PCS, certains pays utilisent systématiquement des indicateurs de qualité ou de performance, notamment en ce qui concerne les résultats des thérapies (Pays Bas, Allemagne). La Belgique pourrait s'en inspirer. Les États-Unis disposent d'un bon système d'accréditation de leurs 23 programmes de réadaptation (CARF) ; selon des experts, un tel système serait en construction pour l'Europe. Il convient de noter qu'en Belgique, depuis le transfert du « Fonds Maron » à l'INAMI, les commissions d'inspection qui se rendaient dans les institutions de réadaptation n'existent plus, à l'exception de celles qui sont spécifiques aux services Sp. Une reprise de ces activités semble souhaitable.
- La littérature internationale accorde beaucoup d'importance à la notion de « continuité des soins » notamment par l'intermédiaire de réseaux. Les Pays-Bas disposent déjà d'un réseau bien structuré adapté aux AVC et on y pratique du « benchmarking » entre les différents réseaux. On pourrait envisager des initiatives similaires en Belgique
- A titre d'exercice et malgré le manque d'évidences scientifiques à ce sujet, on peut estimer le nombre de centres de réadaptation nécessaires en Belgique. Les chiffres suivants peuvent être utilisés à court terme pour planifier le nombre de centres nécessaires. On a besoin d'un maximum de 20 à 30 centres de réadaptation pour le niveau spécifique. Pour le niveau hautement spécifique, de 3 à 5 centres sont nécessaires, où la réadaptation de pathologies très complexes serait centralisée (entre autres les lésions médullaires, la sclérose en plaques, les AVC très complexes ou

d'autres lésions cérébrales acquises comme les traumatismes crâniens). La réadaptation générale doit avoir une accessibilité large (via les hôpitaux aigus).

- En matière de financement, un paiement à l'acte (fee-for-service, FFS) ou un système mixte avec une bonne proportion de paiement à l'acte, est proposé pour le niveau général. Au niveau spécifique ou hautement spécifique, un système mixte est proposé avec un financement partiellement forfaitaire et partiellement à l'acte. Pour les centres très spécifiques, un financement par enveloppe (càd une somme fixe par an) pourrait constituer une alternative.
- Actuellement un traitement de réadaptation en groupe est rémunéré au même tarif par patient qu'un traitement individuel. L'introduction d'une distinction entre des activités de réadaptation individuelles ou en groupe et une différenciation du tarif, semblent souhaitables.

## Agenda de recherche

Si les décideurs introduisent un PCS, il leur est conseillé au moment de la préparation de l'introduction de celle-ci, de valider les items listés ci-dessous au moyen d'un échantillon représentatif de centres de réadaptation post-aiguë. Ces items sont : le diagnostic médical accompagné des comorbidités éventuelles et de l'âge, le RIM2, FIM (MIF) ou index de Barthel, et la classification CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé) pour les pathologies musculo-squelettiques et neurologiques. Cet exercice de validation permettra de décider quelles sont les données les plus utiles dans la perspective de l'introduction d'un PCS. Une proposition pratique concernant les différentes phases de cette installation sera aussi décrite.

Il n'existe malheureusement que peu de données scientifiques disponibles sur les indications, le contenu, l'intensité et la durée de la thérapie de réadaptation; ce qui entrave la mise en oeuvre d'une politique thérapeutique efficiente et justifiée. Les progrès scientifiques sur la question doivent être suivis de près et la recherche clinique dans ce domaine devrait être stimulée.

Un système PCS basé sur le CIF devrait faire l'objet de développements complémentaires de manière idéale dans un contexte international (européen).

La méthodologie utilisée dans cette étude pour l'analyse des coûts et des revenus peut être utilisée par la suite pour réaliser une analyse économique approfondie des centres de réadaptation. Pour cela, des chiffres plus précis en relation avec les coûts et les revenus de la réadaptation sur base des besoins réels sont nécessaires. Ceci nécessite plus de données en relation avec la complexité de la réadaptation et la prévalence des pathologies nécessitant une réadaptation multidisciplinaire. De plus, des chiffres sur les données coûts plus précis et d'un nombre plus important de centres sont nécessaires.