

Actuellement, il n'y a pas de réseau obligatoire pour des pathologies. Les réseaux existants sont formés historiquement et sur base d'accords volontaires. En dehors des hôpitaux, il y a seulement une nomenclature pour les kinésithérapeutes et les logopédistes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.652>

CO61-003-f

La nomenclature des aides à la mobilité en Belgique

C. Kiekens (President)^{a,*}, B. Maertens de Noordhout^b

^a Technical Board for the Wheelchairs (NIHDI), UZ Leuven campus Pellenberg, Weligerveld 1, 3212 Pellenberg, Belgique

^b CNRF de Fraiture, Expert of the Technical Board for the Wheelchairs (NIHDI)

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carlotte.kiekens@uzleuven.be

Mots clés : Aide à la mobilité ; Fauteuil roulant ; Remboursement ; Assurance des soins de santé

En Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI-RIZIV) organise, gère et supervise les mesures d'assurance obligatoire en matière de soins de santé. L'article 28§8 de la nomenclature précise les mesures de remboursement des aides à la mobilité. Ces mesures ont été refondues en 2005 par le « Conseil Technique des Voiturettes » (CTV) composé en 2003. Le CTV est composé d'un président, d'experts, de représentants des mutuelles, des bandagistes, de l'industrie, des médecins, des services de santé des régions et des associations de personnes handicapées. Il a la charge d'organiser la nomenclature et d'établir la liste des équipements qui peuvent être remboursés, et donne un avis à l'INAMI concernant la fourniture de voiturettes sur mesure pour des patients avec un handicap spécifique.

En plus des fauteuils roulants manuels ou électroniques, la nomenclature des aides à la mobilité comprend les aides à la marche, les tricycles orthopédiques, les systèmes d'assistance à la station debout, les coussins anti-escarre et les dossiers modulaires. Pour être remboursé, ces équipements ne peuvent être délivrés que par un bandagiste agréé. Le handicap doit être définitif. Les critères d'attribution se basent sur une évaluation CIF sans relation avec l'origine de l'affection. Une prescription médicale est toujours nécessaire. Elle doit décrire la situation du patient en se basant sur les codes CIF pour les items pris en compte. Il existe trois procédures d'attribution : procédure de base, étendue, ou particulière pour les fournitures onéreuses ou délicates et qui comprend un rapport établi par une équipe multidisciplinaire.

L'article 28§8 est composé de quatre parties qui seront brièvement expliquées lors de l'exposé. Pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans les critères des équipements et leur remboursement sont définis séparément. D'autre part, un système de location est appliqué dans les Maisons de Repos pour personnes âgées. Le prix de remboursement pour chaque item (aide ou adaptation) est fixé par une commission regroupant des représentants de l'INAMI, des mutuelles et des bandagistes.

Les dépenses totales pour ces aides à la mobilité en 2011 se montent à 65 millions € dont 15 millions pour le système de location.

Pour en savoir plus

http://www.inami.fgov.be/care/fr/nomenclature/pdf/art28_8.pdf

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.653>

CO61-004-f

Nomenclature en vigueur en Belgique en 2013 pour la fourniture de prothèses pour amputation du membre inférieur

B. Maertens de Noordhout^{a,*}, C. Kiekens^b

^a Centre neurologique et de réadaptation de fraiture, 30, Champ-des-Alouettes, B4557, Fraiture-en-Condroz, Belgique

^b UZ Leuven campus Pellenberg, Belgique

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoit.maertens@cnrf.be

Mots clés : Amputation ; Membre inférieur ; Prothèse ; Remboursement ; Sécurité sociale ; Belgique

En Belgique, la Sécurité sociale rembourse d'une manière très large la plupart des prestations de bandagisterie et d'orthopédie.

Toutes ces prestations rentrent dans une même enveloppe budgétaire.

L'utilisation de cette enveloppe budgétaire et les modalités de nomenclature sont discutées et décidées par une commission qui regroupe des membres de l'INAMI (institution nationale qui gère les soins de santé), les représentants des mutuelles et les représentants de l'union professionnelle des bandagistes et orthopédistes.

Très occasionnellement, les organisations professionnelles de médecins ou des médecins de terrain sont invitées à donner leur avis sur un point ponctuel.

Le domaine des prothèses des membres inférieurs bénéficie de nouvelles dispositions de nomenclature depuis 2004. Très schématiquement, cette nomenclature prévoit une première prothèse dite prothèse d'évaluation et, six mois plus tard, le patient reçoit une prothèse définitive en étant placé dans un des cinq groupes fonctionnels prévus par la nomenclature.

Ces groupes fonctionnels déterminent le type de composants techniques qui peuvent être remboursés pour la confection de la prothèse et la durée de renouvellement prévue pour la prothèse (entre trois et dix ans).

Un entretien annuel est prévu, qui assure au patient une garantie sur toute défaillance d'un composant technique de la prothèse.

En cas de variation de volume ou de morphologie du moignon, le patient peut recevoir un fût complémentaire.

Un médecin spécialiste en chirurgie, en médecine physique et en réadaptation, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie ou en gynécologie-obstétrique, est invité à participer à cette procédure en remplissant un document qui décrit la situation clinique du patient et informe le prothésiste des difficultés cliniques que présente le patient.

Il doit aussi ratifier la proposition du prothésiste de placer éventuellement le patient dans un des deux groupes fonctionnels les plus performants.

Le libellé du document n'en fait pas une véritable prescription.

L'exposé détaillera les avantages et les problèmes de cette nomenclature.

Pour en savoir plus

<http://www.inami.be/care/fr/nomenclature/pdf/art29.pdf>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.654>

CO61-005-f

Organisation et financement de la médecine physique et de réadaptation en France

G. de Korvin^{*}

SYFMER centre hospitalier privé Saint-Grégoire, 35768 Saint-Grégoire cedex, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gdekorvin@free.fr

Mots clés : Médecine physique et de réadaptation ; Financement ; Organisation des soins ; SYFMER ; SOFMER ; COFEMER ; Syndicat ; Conseil national professionnel

La France compte 1850 spécialistes MPR, dont un quart en activité libérale, exclusive (350) ou associée au salariat.

Les principales structures représentant la MPR sont une société scientifique (SOFMER), un syndicat (SYFMER) et un collège d'enseignants universitaires (COFEMER). Ensemble, ils constituent le Collège national professionnel de MPR, institué pour coordonner le développement professionnel continu et répondre aux questions gouvernementales sur les orientations de santé publique. La MPR libérale s'exerce en cabinets, souvent pluridisciplinaires et pluriprofessionnels, en ville ou adossées à un établissement privé. Quarante-vingt-trois pour cent de l'activité sont orientées vers l'appareil locomoteur, 6 % vers les explorations pelvisphinctériennes et 1 % concernent les fonctions supérieures, les troubles sensoriels et les problèmes cardiovasculaires et respiratoires. Le financement repose essentiellement sur le paiement à l'acte : consultations et actes techniques.

Les établissements de soins sont classés en deux secteurs : les soins aigus (médecine-chirurgie-obstétrique [MCO]) et les Services de suite et de réadaptation (SSR). La MPR s'exerce essentiellement dans les SSR, classés en « polyvalents » et « spécialisés ». Les établissements et services dirigés par des spécialistes MPR sont généralement classés comme SSR spécialisés en appareil locomoteur ou en neurologie. S'y ajoutent les SSR pédiatriques.



Historiquement, tous les établissements de soins étaient financés au « prix de journée ». Une tarification à l'activité a été instituée dans le MCO. Pour les SSR, les Ministères peinent à trouver un modèle satisfaisant, malgré plusieurs années de recueil informatisé de données (PMSI).

Le modèle transitoire actuel comprend quatre compartiments : l'Indice de valorisation de l'activité (IVA), les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés et les missions d'intérêt général (MIG).

Le SYFMER et la SOFMER réclament une meilleure prise en compte de la dépendance ainsi que des facteurs personnels (pathologies associées, déficits cognitifs et comportementaux, précarité sociale) et environnementaux (selon le modèle de la C.I.F.) à l'origine de surcoûts justifiés et de séjours prolongés en services de MPR. Une étude pilote sur le parcours de soins des patients souffrant d'accidents vasculaires cérébraux est en cours d'organisation sous l'impulsion de la SOFMER.

Pour en savoir plus

SYFMER : <http://www.syfmer.org/>

SOFMER : <http://www.sofmer.com/>

COFEMER : <http://www.cofemer.fr/>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.655>

CO61-006-f

La classification internationale du fonctionnement peut-elle servir de modèle pour le financement des activités de SSR ?



G. Rode, B. Barrois, F. Lemoine, P.-A. Joseph, P. Marque, P. Calmels, J. Pelissier, A. Yelnik

L'application de la tarification à l'activité (T2A) aux activités de soins de suite et de réadaptation fait aujourd'hui l'objet de travaux conduits par la DGOS et l'ATIH afin de définir un modèle médicoéconomique opérant. Le modèle proposé est construit à partir de celui du court séjour qui comporte quatre compartiments distincts : les activités, les missions d'intérêt général, les molécules onéreuses et les plateaux techniques.

Ce modèle prend insuffisamment en compte certains facteurs comme la dépendance physique et cognitive, les facteurs personnels et environnementaux et l'amélioration fonctionnelle des patients. Ces facteurs, qui sont déterminants dans la prise en charge en médecine physique et de réadaptation, sont aujourd'hui identifiables dans le modèle multidimensionnel d'analyse des conséquences des maladies ou Classification internationale du fonctionnement (CIF) proposé par l'OMS en 2001, parallèlement à l'identification des déficiences, de leur retentissement fonctionnel et de leur répercussion sur le plan social en termes de restrictions de participation.

En lien avec la fédération hospitalière de France, la SOFMER a fait la proposition à la DGOS qu'une mesure de l'impact médico-économique de ces facteurs soit réalisée dans le cadre d'une étude pilote sur le parcours des patients admis en SSR à la suite d'un AVC [1]. Cette pathologie constitue un bon modèle en raison de sa prévalence (140 000 nouveaux cas/an), de ses conséquences en termes de limitation d'activité et de restriction de participation, des recommandations actuelles du plan national AVC. Cette étude serait prospective, descriptive, multicentrique ; elle pourrait impliquer des membres de la Sofmer travaillant en CHU, CH, établissements PSPH et privés.

Référence

[1] Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, Devailly JP, Dehail P, D'anjou MC, Rode G. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Stroke patients". *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:506–18.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.656>

CO61-007-f

Tarification de l'activité libérale en MPR

B. Rousseau^{a,*}, G. de Korvin^b



^a *Nouvelles cliniques nantaises, 4, rue Eric-Tabarly, 44277 Nantes cedex 2, France*

^b *Hopital privé St-Grégoire, Rennes, France*

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrandrousseau@free.fr

Mots clés : Médecine physique et de réadaptation ; Financement ; Organisation des soins ; Santé publique ; Assurance ; SYFMER ; Syndicat ; France

La rémunération de l'activité libérale repose sur le paiement à l'acte. Les tarifs sont imposés par l'assurance maladie. Le barème n'a pratiquement pas évolué depuis dix ans. Néanmoins, les négociations ont repris suite à la Convention Médicale de 2011.

Les consultations représentent 54 % des actes codés. Elles se répartissent en « consultation spécialisée » (CS = 23 €) et « avis d'expert consultant » (C2 = 46 €) matérialisé par une lettre au médecin traitant. Depuis l'Avenant n° 8 (25/10/2012), le délai entre deux C2 est réduit à quatre mois et une consultation de synthèse CS peut ensuite être cotée. L'Union des médecins spécialistes (UMESPE) demande la création d'une « consultation clinique complexe » (C3), mieux rémunérée. Parmi les situations éligibles proposées par le SYFMER, citons « la rachialgie après un mois d'évolution », « le cérébrolésé en sortie d'hospitalisation », ainsi que « les troubles vésico-sphinctériens, anorectaux et pelviens complexes, réfractaires à au moins deux lignes de traitement antérieur ». Le SYFMER souhaite aussi la création de « bilans d'évaluation fonctionnelle clinique » pour le suivi rapproché de programmes de soins MPR.

L'activité technique est tarifée dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM), partagée par toutes les spécialités. Sur le recueil 2011–2012, on relève 443 codes différents pour un total de 467 500 actes codés par les MPR. L'appareil locomoteur est très prépondérant avec 92 % du nombre total, qui se répartissent en : vertébrothérapie (28 %), traitements orthopédiques (3 %), orthèses (3 %), ponctions et injections (31 %), radiologie-échographie (15 %) et ENMG (15 %). Les explorations de la posture et du mouvement, ainsi que le domaine sensoriel ne font ensemble que 1,5 %. Le remboursement, en 2011, de la dynamométrie isocinétique n'apparaît encore que pour 1230 actes (0,3 %). Le SYFMER milite néanmoins pour le remboursement de nouveaux actes d'évaluation fonctionnelle instrumentale, comme la topographie de surface du dos dans les déformations du rachis. Le domaine pelvisphinctérien français constitue 6 % des actes. Il est pénalisé par le coût des consommables stériles, dont le SYFMER réclame le remboursement spécifique. Le domaine cardiovasculaire et respiratoire reste marginal.

Pour en savoir plus

SYFMER : <http://www.syfmer.org/>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.657>

Oral communications

English version

CO61-001-e

Organisation and financing by nomenclature of PRM in Belgium



P. Linden^{a,*}, J. Mertens^b, D. Bobbaers^c

^a *Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, Koning Albert, I-laan 25, 8800 Roeselare, Belgium*

^b *AZ St Maarten Mechelen, Belgium*

^c *Maria Ziekenhuis Limburg, Belgium*

*Corresponding author.

E-mail address: patrick.linden@skynet.be

Keywords : PMR; Organisation of PRM in Belgium; Nomenclature In Belgium we have 517 specialists in PRM.

The principal organisations representing the PRM are the scientific society (the universities) RBSPRM, the Belgian Union of Specialists PRM GBS-VBS and the syndicates BVAS-ABSyM.

These three organisations are grouped by a structure called 'the dome'. Meetings are organised when it seems necessary. The three organisations can each delegate maximum four of their members. At the end of 2011 an open letter has been written to the government and the main actors of our social security system. In this letter, our financial problems are clearly demonstrated (www.syndicat-medecins.be/readaptation.html).

The PRM is mainly practiced in hospital. Nevertheless a lot of specialists also have a private practice (without any department of rehabilitation).