

SRBMPR – GBS – ABSyM

**A Monsieur Elio Di Rupo
Premier ministre**

**A Madame Laurette Onkelinx
Ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique**

**A Mesdames et Messieurs les
Vice-premiers ministres**

**A Monsieur Jo De Cock
Administrateur général de l'INAMI**

**Au Dr Christiaan Decoster
Directeur général SPF Santé publique**

**Au Président du Comité de l'assurance
de l'INAMI**

Au Collège des médecins-directeurs

Au Dr Rob Van den Oever

Au Dr Jacques De Toeuf

Au Dr Marc Moens

Bruxelles, le 5 décembre 2011

Mesdames, Messieurs,

Faisant suite à la décision du Comité de l'assurance et à la notification du budget 2012 du nouveau gouvernement, nous avons l'honneur de vous adresser la présente.

Le budget de la Médecine physique et réadaptation est mis sous pression à chaque cycle budgétaire. Au cours de ces dernières années, la Réadaptation s'est vu imposer des économies à maintes occasions (sauts d'index, adaptations de la nomenclature, tarifs revus à la baisse).

L'imposition de nouvelles économies en réadaptation se soldera par un recul de la qualité qui ne nous permettra plus de remplir notre mission sociale. En notre qualité de médecins spécialistes en réadaptation, il nous appartient de restituer à nos patients un niveau optimal de fonctionnement et

d'indépendance au terme de traitements curatifs. Notre mission est non seulement d'améliorer la qualité de vie mais aussi de garantir une réintégration rapide du domicile (au lieu d'un placement en centre d'hébergement et de soins). Une réadaptation de qualité favorise également une réintégration rapide du circuit du travail.

Sous-financement des centres de réadaptation

Le financement des centres de réadaptation dans nos hôpitaux est de plus en plus difficile au fil des ans. La cause en est l'augmentation des frais directs et indirects. D'une part, nous devons faire face au problème des **frais directs réels élevés** (personnel et appareils de réadaptation complexes de plus en plus onéreux).

D'autre part, nous avons le phénomène des **frais indirects** dans le financement des hôpitaux. Ces frais indirects sont en effet répartis en fonction des m² et de l'effectif du personnel attribués à un centre de frais déterminé. Ce système est très défavorable pour tous les services techniques mais surtout pour les services de réadaptation où l'intensité du travail (coûts de personnel) au prorata des recettes brutes est nettement supérieure aux autres services médico-techniques. En outre, les espaces de réadaptation vastes nécessaires sont devenus totalement hors de prix dans ce système. Ces frais indirects ont connu une augmentation significative dans nos hôpitaux au cours de ces dernières années.

Outre la répartition injuste des frais indirects à l'hôpital, depuis environ 6 ans, une CCT accorde aux membres plus âgés du personnel des **jours de RTT** (réduction du temps de travail), il est vrai avec une compensation des pouvoirs publics. Cette compensation est toutefois nettement inférieure aux coûts de personnel réels pour les effectifs de remplacement. Par ailleurs, l'Etat s'accorde un délai préoccupant avant de procéder au paiement de cette intervention, lequel délai peut atteindre jusqu'à six ans.

Il résulte de tout cela que plus **70% du budget total est constitué de coûts de personnel**. Il convient également de signaler que maintenant que l'Etat a décidé d'accorder une formation de master aux kinésithérapeutes et bientôt peut-être également aux ergothérapeutes, ces coûts de personnel **sont susceptibles de monter jusqu'à 85 %** (salaires de master au lieu de salaires de bachelier).

Il faut ajouter à cela les innombrables obligations administratives, certes utiles, telles que les réunions d'équipe, qui limitent plus encore le temps que le thérapeute peut consacrer effectivement à traiter le patient. Les normes dans la nomenclature en termes d'effectifs de personnel sont également insuffisamment compensées.

Tout cela a pour conséquence que les rendements de ces services de réadaptation sont extrêmement bas et, depuis plusieurs années, ceux-ci peuvent à peine supporter les coûts. La plupart de ces **services sont déficitaires** à l'heure actuelle.

Réadaptation : une approche multidisciplinaire

Nul ne doute que le processus de réadaptation soit un **processus pluridisciplinaire**. Depuis 2004, le médecin spécialiste en Médecine physique et Réadaptation a été désigné comme **coordinateur** de tout le processus de réadaptation à l'hôpital. Cela permet d'éviter un fractionnement de la réadaptation à l'hôpital. Cet élément constitue certainement une plus-value en termes de qualité et de continuité, contrairement à ce qui se passait précédemment quand la réadaptation avait lieu sur plusieurs îlots. Cela permet également d'éviter que des sous-disciplines organisent leur propre réadaptation qui, dans la pratique, est souvent limitée à un processus monodisciplinaire mais sous un habillage financier dans le cadre d'une convention complexe. La thérapie uniforme, associée à une pathologie définie, est ainsi exploitée de manière lucrative. Le service de réadaptation ne conserve au bout du compte que la réadaptation onéreuse et à fort coefficient de travail, ce qui complique plus encore la structure financière des services de réadaptation. Chaque année, certains processus de réadaptation sont visés lors du contrôle budgétaire car on suppose qu'il y a encore de la marge. Celle-ci est cependant une nécessité absolue pour conserver un équilibre financier dans un service de réadaptation. Nous avons appris qu'on envisagerait maintenant même de retransférer certains éléments (K20-K15) vers la kinésithérapie monodisciplinaire. Cela risque d'entraîner un nouveau fractionnement du processus de réadaptation et d'annihiler la qualité de la supervision médicale. Dans un concept de réadaptation moderne, il n'y a qu'un seul service de réadaptation pluridisciplinaire responsable de tout le processus de réadaptation dans nos hôpitaux, chaque discipline ayant la charge de sa partie spécifique : la kiné pour l'approche analytique et la force,

l'ergothérapie pour l'approche fonctionnelle. Affirmer qu'une pathologie donnée doit uniquement donner lieu à un traitement monodisciplinaire va à l'encontre du nouveau concept de réadaptation où le besoin en réadaptation du patient est considéré dans sa globalité.

Il appartient au médecin spécialiste en réadaptation d'offrir aux patients des soins de réadaptation optimaux, tout en prenant en compte bien entendu le coût social. Le médecin spécialiste en réadaptation a notamment comme tâche de définir les moyens et les disciplines paramédicales à engager. Un grand nombre de "programmes monodisciplinaires" nécessitent l'intervention de plusieurs disciplines.

La réadaptation oncologique exige également l'intervention d'un psychologue, la réadaptation de l'obésité celle d'un diététicien et la réadaptation du SFC et de la fibromyalgie nécessite une thérapie comportementale cognitive. La population toujours plus âgée dans nos hôpitaux nécessite de plus en plus souvent l'intervention d'ergothérapeutes (activités ADL – Activities of Daily Life) pour permettre à ces patients ayant une fonctionnalité minimale de réintégrer (beaucoup trop rapidement) leur domicile, et ce dans le cadre des journées minimales "justifiées". Pendant ce temps, les délais d'attente pour les maisons de repos ne cessent de s'allonger.

Le budget de la Médecine physique mis sous pression

Le budget de la Médecine physique fait l'objet de critiques systématiques à chaque cycle budgétaire. C'est totalement injuste. Un exemple : nul ne conteste la forte augmentation des implants de prothèse en orthopédie. Mais cela s'accompagne obligatoirement d'une forte progression des besoins en réadaptation et on s'attend à ce que cela soit possible avec le même budget. Cette chirurgie prothétique est de plus en plus accessible à des patients plus âgés présentant des pathologies multiples, ce qui nécessite un processus de réadaptation plus intensif et plus long. En outre, une pression est exercée pour diminuer la durée de l'hospitalisation et autoriser la sortie des patients dès que possible (dans le cadre des journées minimales "justifiées"), de sorte que le processus de réadaptation est encore plus intensif. L'augmentation limitée des coûts de la réadaptation est compensée par le gain considérable réalisé du fait de la réduction du nombre de journées d'hospitalisation, d'une part, et du fait d'une activation et d'une réintégration plus rapides du circuit du travail, d'autre part.

Autres possibilités de financement

Au vu de tous les arguments qui précèdent, l'augmentation du budget de la réadaptation est inévitable et se poursuivra. Le financement pourrait par contre être adapté.

Le coût de la réadaptation est défini non seulement par le diagnostic mais surtout par les besoins de réadaptation du patient. A partir d'un **système de classification du patient**, le coût doit être adapté en fonction du **besoin de réadaptation**.

Il convient également de prendre en compte les données afférentes au **résultat** du processus de réadaptation. Pour cette raison, les médecins spécialistes en réadaptation souhaitent réaliser une étude approfondie sur un financement moderne et qualitatif de la réadaptation. Nous suggérons un financement dans le cadre de l'article 56.

Nous espérons que vous pourrez prendre en compte notre présente lettre pour les options de politique.

Nous restons à votre entière disposition pour des discussions constructives et nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, en l'expression de notre considération distinguée.

Prof. Dr Jean-Michel Crielaard,

Président de la Société scientifique

Société royale belge de médecine physique et de réadaptation

Prof. Dr Guy Vanderstraeten,

Past-president de la Société scientifique

Société royale belge de médecine physique et de réadaptation

Dr Wilfried Nuytten

Président GBS Réadaptation

Dr J.M. Loix

Président GBS Médecine physique et réadaptation

Dr Patrick Linden

Président Section monospécialisée médecine physique et réadaptation
ABSyM