

Note audition « mission indemnisation des arrêts de travail » - 27 novembre 2018

L'apport des SSR, et de leur approche globale, en matière de réinsertion des patients

Avant-propos

Le 17 septembre 2018, le 1^{er} Ministre, Edouard Philippe, a confié une mission à Monsieur le Professeur Stéphane Oustric (Médecine générale CHU de Toulouse), Monsieur Jean Luc Bérard (DRH du groupe privé Safran) et Monsieur Stéphane Seiller (Magistrat à la Cour des Comptes) en vue d'identifier les axes de réforme et d'action sur le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail.

10 propositions de mesures envisageables rapidement viennent d'être formulées par la mission, dans l'attente d'un rapport final à venir pour le 31 décembre 2018.

La mission met ainsi en avant deux principales causes de l'augmentation de ces dépenses : l'augmentation de la masse salariale du secteur privé et les conséquences de l'augmentation du taux d'activité des seniors avec le recul de l'âge légal de départ à la retraite.

Un point est ici particulièrement à relever : les arrêts longs, en proportion peu nombreux sont ceux qui concentrent les coûts d'indemnisation de l'assurance maladie.

Un constat s'impose pour la mission « ***agir pour permettre un retour plus rapide au travail, dès que l'état de santé du salarié le permet, doit être un objectif central des politiques publiques, dans l'intérêt des personnes, des entreprises et de l'économie, et de celui du système d'assurance maladie*** ».

C'est dans ce cadre que la FHP et les syndicats de spécialité sont auditionnés.

Un contexte corrélé aux projections en matière de progression des maladies chroniques

Selon les dernières projections de l'Assurance-maladie¹, **en 2020 la France devrait compter 548.000 personnes de plus qu'en 2015 atteintes d'au moins une pathologie chronique ou nécessitant un traitement au long cours.**

Le nombre de personnes touchées par une maladie cardio-neuro-vasculaire devrait ainsi augmenter considérablement jusqu'à atteindre 5,1 millions de patients, les deux tiers de cette hausse s'expliquant par le vieillissement de la population.

D'autres pathologies devraient également connaître de fortes hausses de leur incidence au cours des prochaines années : +12% pour le diabète (455.000 patients de plus), + 10% pour les maladies

¹ Présentation de la cartographie médicalisée des dépenses de santé, CNAMTS 31 mai 2017

respiratoires chroniques (340.000 patients de plus), +11% pour les maladies psychiatriques (100.000 patients de plus) +20% pour les maladies inflammatoires (234.000 patients de plus).

De son côté, un **rapport conjoint de l'OCDE et de la Commission Européenne**² a mis en avant la nécessité d'axer une meilleure prévention des soins qui pourrait contribuer à sauver des vies et économiser plusieurs milliards d'euros chaque année en Europe.

Il y retrace l'extrême lourdeur des problèmes de santé sur les dépenses liées aux prestations sociales, 1,7 % du PIB des pays de l'UE étant consacré aux pensions d'invalidité et aux arrêts maladie, alors qu'ils ne consacrent que 3 % de leurs budgets de santé en moyenne aux campagnes de santé publique et de prévention.

Il montre ainsi qu'un grand nombre de personnes meurent de maladies évitables liés à des facteurs de risques tels que le tabagisme ou l'obésité et insiste sur la nécessité de gagner en efficacité pour orienter les ressources là où elles ont le plus d'impact sur les résultats en matière de santé, comme les activités de prévention.

Enfin, une **étude de la DREES**³ a estimé que les besoins en lits d'hospitalisation complète de courts séjours baisseraient en 2030 de 11 % (20 500 lits en moins), et pourraient s'accompagner d'une augmentation des besoins dans d'autres secteurs (soins de ville, soins de suite et réadaptation, hospitalisation à domicile).

Dans un tel contexte, la mission de prévention des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mérite d'être soulignée.

Spécificité des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation : une approche globale du patient dans un objectif de réinsertion

Encadrée par deux décrets du 17 avril 2008, **l'activité de SSR se définit** par l'article R. 6123-118 et suivants du Code de la santé publique, de la manière suivante :

« Elle (...) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

Les patients accueillis dans une structure exerçant l'activité de soins de suite et de réadaptation y sont directement admis ; ils peuvent également être transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service médico-sociaux (...)».

Une autorisation d'activité de SSR ne peut être accordée ou renouvelée, que *« dans le cas où l'établissement de santé est en mesure d'assurer (...) 2° des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage (...) ».*

2 Health at a Glance: Europe 2016, Published on November 23, 2016

3 Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030, DREES, étude publiée le 11 mai 2017

En application de ces textes, la circulaire du 3 octobre 2008⁴ précise notamment que « *l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Le SSR ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval du MCO, mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine ».*

Elle ajoute que l'exercice de l'activité SSR « *s'inscrit également dans un réseau de partenariat destiné (...) à assurer son accompagnement jusque dans son milieu habituel de vie, familial, social ou professionnel (...)* ».

Différents modes de prise en charge peuvent être mis en place (hospitalisation complète, de semaine, hôpital de jour ou de traitement et de cure ambulatoires ...) en fonction de l'état clinique du patient, son degré d'autonomie, son environnement familial et la proximité du domicile. Ils peuvent se succéder selon l'évolution du besoin de chaque patient.

A noter ici l'existence du **réseau Comète France** qui accompagne certains patients, dès la phase d'hospitalisation, dans la construction d'un projet professionnel compatible avec leur état de santé.

Une cinquantaine d'établissements de SSR spécialisés sont membres de ce réseau national et disposent d'une unité d'insertion socioprofessionnelle pour mener à bien cette mission.

→ Les conditions d'accès financières très restrictives pour les établissements mériteraient d'être élargies et assouplies afin de permettre à un plus grand nombre de structures et de patients de pouvoir en bénéficier.

L'apport concret de l'éducation thérapeutique du patient établi sur la baisse du nombre d'arrêts de travail et d'indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, **l'éducation thérapeutique du patient** « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*

Ainsi, les **actions d'éducation thérapeutique** constituent historiquement l'une des missions essentielles des établissements SSR.

En complément, les programmes d'éducation thérapeutique, soumis eux à autorisation⁵, sont basés sur l'échange et l'implication du patient pour modifier ses comportements au quotidien.

⁴ Circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

⁵ Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et arrêtés du 2 août 2010 relatifs d'une part aux compétences requises pour dispenser

Prévenir les risques permet d'éviter des hospitalisations supplémentaires et inadéquates, mais impacte également les couts indirects avec des économies très significatives constatées, de manière corrélée, sur les indemnités pour arrêts de travail.

Ainsi, une étude menée en 2009 sur l'efficacité médico-économique de l'ETP sur les patients obèses⁶ a abouti au constat suivant : Un programme d'ETP de 35h, réalisé sur 50 patients obèse a permis une perte de poids de 8,6 % et une économie des couts globaux de la santé de 15,8 %. **La diminution des indemnités pour arrêts de travail est de 57,4 %.**

Elle met ainsi en exergue les éléments suivants : « Les indemnités de travail sont très sensiblement diminuées. Leur montant, 9 mois avant l'éducation thérapeutique s'élevait à 12649 € pour ne représenter plus que 5377 € dans les 9 mois suivants, ce qui représente une économie de 7272 €, soit un taux d'évolution de -57,4 %. Dans le même registre des coûts indirects, le nombre de jours d'arrêts de travail est bien sur également diminué, passant de 489 jours pour l'ensemble de cette population sur les mois précédents à 291 jours sur les 9 mois suivants, soit un taux d'évolution de -40,5 % ».

Malgré cela, l'accès à ces programmes, est aujourd'hui rendu difficile par leur absence de financement. Or, d'une durée de 3 à 4 semaines, ils s'intègrent parfaitement dans l'activité des établissements SSR, dont les durées de séjours sont de 30 jours en moyenne. Ces actions et programmes d'éducation thérapeutique, par cet accompagnement pluri-professionnel et leur suivi par leur Médecin Traitant, participent à l'amélioration de la prise en charge médicale et sociale des patients dans leur territoire.

→ Il conviendrait ainsi d'en prévoir un financement national et pérenne des programmes d'éducation thérapeutique des patients hospitalisés en SSR.

Enfin, au vu de l'augmentation significative dans les années à venir de personnes atteintes d'une maladie chronique qui impactera une partie de la population active et du lien établi entre prévention/ETP et réduction des indemnités journalières, d'autres propositions complémentaires pourraient être développées : construction de parcours éducatifs de prévention des patients avec la mise à disposition des compétences SSR sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) - au profit de la médecine de premier ET de deuxième recours, développement d'alternatives ou compléments à l'hospitalisation

Le syndicat des soins de suite et de réadaptation de la FHP (FHP-SSR) est l'organisation représentative des 460 établissements privés de SSR, et l'un des 3 syndicats de spécialités de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP).

La FHP-SSR défend les intérêts de l'ensemble de ses adhérents, des 30 000 professionnels travaillant au sein des cliniques de SSR et de leurs patients (360 000 pris en charge chaque année, 29% des patients et 35% des journées d'hospitalisation) pour améliorer la qualité des soins et en développer l'accès pour tous.

l'éducation thérapeutique du patient, d'autre part au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.

⁶ Sanguignol F, Lager G, Golay A, L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses, Educ ther patient 2009