

## **Propositions du SYFMER pour la réforme des autorisations et du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Le SYFMER participe activement, au sein du CNP de MPR, aux travaux relatifs aux autorisations, à la réforme du PMSI-SSR et à celle de la classification à visée tarifaire en SSR. Le SYFMER appelle à un pilotage cohérent de ces trois chantiers qui ne peuvent être dissociés. Voici nos propositions :

### **Une définition claire de la réadaptation au sein des finalités principales des SSR**

La plupart des pays étrangers ont défini les fonctions de production de leur secteur hospitalier post-aigu. Cette définition est un préalable indispensable à tout financement à l'activité. **Les SSR, issus des « moyens séjours », n'ont pas réussi à spécifier ces fonctions ni les activités homogènes qui les constituent autrement que selon les catégories majeures diagnostiques de l'aigu.** Leur rôle reste mal défini entre fluidification de l'amont et pertinence des hospitalisations dans des domaines d'activités spécifiques des SSR. En outre, dans la plupart des pays industrialisés on distingue dans les secteurs post-aigus des établissements hospitaliers (*rehab centers*) qui délivrent des soins de réadaptation médicalisés et intensifs et des maisons médicalisées (*nursing homes*) qui délivrent des soins infirmiers et de réadaptation de moindre complexité et intensité. En France, un regroupement artificiel et trop peu différencié a créé un secteur institutionnel post-aigu des plus hétérogènes réunissant **25% des lits et places hospitaliers.**

**Avant toute gradation**, il faut identifier les trois grandes fonctions de production des SSR conformément aux définitions et nomenclatures internationales (OMS, ICHA)<sup>1</sup> :

- Les soins curatifs prolongés ou subaigus (HC.1)
- Les soins de réadaptation visant l'optimisation des fonctions (HC.2)
- Les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne (HC.3).

### **Une description précise des missions et des moyens minimums des prestataires**

Aucun système d'information au monde ne sait encore classer les patients en fonction des ressources requises par ces trois fonctions fondamentales pour l'ensemble des prises en charge de SSR *a fortiori* pour la durée entière du séjour et pour un ensemble d'activités aussi hétérogènes. **Le premier nœud de l'arborescence d'une classification SSR repose donc sur le diagnostic médical de réadaptation**, étayé par une évaluation pluridisciplinaire, qui oriente le patient vers des prestataires et des niveaux de soins différents. La pertinence des orientations doit être évaluée.

**Les catégories majeures de diagnostics ne sont pas adaptées** pour définir les domaines de prestations homogènes en SSR. La nature, l'intensité et la complexité de la réadaptation doivent être la clé de la spécialisation et de la gradation des soins<sup>2</sup>. Un financement à l'activité suppose la description précise des conditions d'implantation et de fonctionnement, notamment les compétences requises et des temps minimums de rééducation-réadaptation pour chaque domaine, polyvalent ou spécialisé.

**La MPR qui est en position de coordination** en SSR locomoteur, système nerveux et brûlés doit pouvoir être, comme c'est le cas aujourd'hui dans de nombreuses régions en position de coordination en réadaptation cardiaque, respiratoire, onco-

hématologique et pédiatrique, le soin curatif n'étant pas la finalité principale de ces activités.

**La gradation des niveaux de soins** doit épouser la technicité requise par les groupes de patients proches et leur prévalence, plutôt que selon les catégories curatives et les pathologies. Dans tous les pays l'intensité et la complexité de la réadaptation sont la clé de la [gradation technique et territoriale des soins post-aigus](#).<sup>3</sup>

### **Une réforme radicale du PMSI-SSR pour mieux décrire les besoins des patients**

- **La fréquence de description** des données, aujourd'hui trop élevée, doit permettre de distinguer sous forme de **séquences cliniquement significatives** les changements importants de besoins relatifs aux trois finalités principales.

### **Le diagnostic n'a pas de pouvoir prédictif des ressources consommées en SSR.**

- **La nature et l'intensité des traitements de réadaptation doivent être testées en premier sous forme d'objectifs de réadaptation pour les aptitudes fonctionnelles à optimiser** : mobilité, communication, cognition, soins personnels, activités domestiques...
- **Le poids des comorbidités** doit être mieux capté par des scores de comorbidité.
- **Le niveau des aptitudes fonctionnelles** doit être évalué par un outil robuste et validé : MIF, MAF, SMAF, RAI, *coresets* de la CIF, section GG aux USA... Notons que le Score d'activités de la SOFMER (SAS) est en cours de validation.

Un paiement par cas s'appuie sur les caractéristiques décrites au début de l'épisode de soins qui sont des inducteurs de coûts plutôt que sur la mesure de ressources consommées par des unités d'œuvre (CSARR ou temps de rééducation), hormis pour certains actes traceurs. A défaut, une simplification radicale du CSARR ainsi qu'un recentrage sur quelques métiers spécifiques de réadaptation s'imposent.

### **Une classification fondée sur des séquences cliniquement significatives**

Une classification par cas définit des groupes de patients dont les prises en charges sont cliniquement significatives et utilisent des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables. **Le système d'information actuel n'a pas les prérequis pour un paiement par cas.**

- **La séquence permet de segmenter un séjour en phases cliniquement significatives**, mieux à même de porter un financement à l'activité (Rode 2013)<sup>4</sup>
- **La séquence répond mieux que le séjour aux risques de rentes de situation ou d'information**, très différents selon les établissements, les secteurs et les territoires. Ces risques sont liés à la diversité des contraintes d'amont et d'aval, ainsi que des déterminants de l'hospitalisation mal captés par le système d'information comme les facteurs socio-environnementaux.

Seul un **paiement à la journée pondérée et séquencé** est applicable. En outre, il est aujourd'hui impossible d'appliquer des tarifs forfaitaires uniformes pour tous les SSR du fait des limites du système d'information et de l'hétérogénéité extrême du secteur.

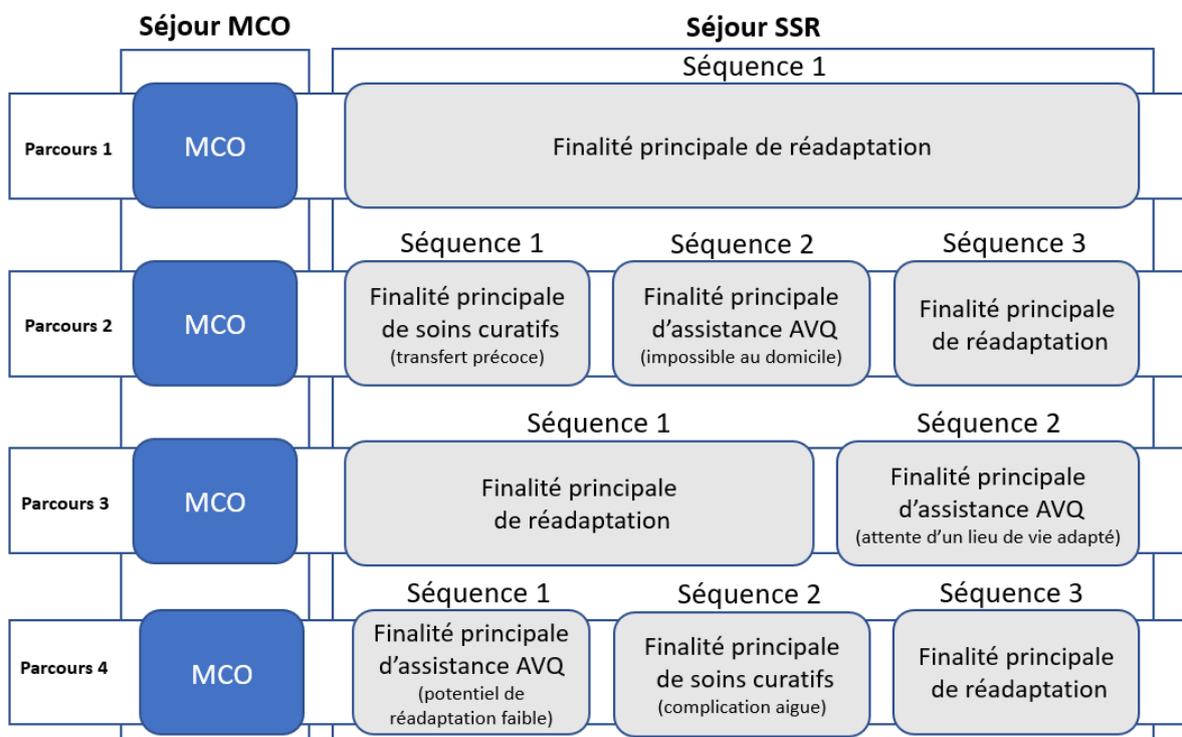
**Un scénario « au fil de l'eau »**, ne modifiant qu'à minima les autorisations et le pouvoir descriptif du PMSI-SSR, entrainerait le rejet persistant par les acteurs d'un

modèle prospectif par cas traité applicable uniformément à tous les SSR. S'il est imposé, il aboutira à un lissage du financement des SSR vers le coût moyen de prise en charge, interdisant de rémunérer le juste soin au juste coût, fragilisant la qualité des prises en charge, de la formation et de la recherche développées en SSR et en MPR en particulier.

**Un scénario de spécification des activités implique** un pilotage politique cohérent de la réforme des autorisations et du système d'information. Cette démarche peut aboutir à un financement pertinent pour les prestataires et pour les financeurs.

La mise en œuvre de paiements regroupés est à l'étude mais suppose une restructuration préalable par intégration verticale d'une offre de soins très fragmentée. L'objectif des financements à l'activité est que l'argent suive les besoins du patient. Quel que soit le modèle choisi pour le financement à l'activité, Il ne doit pas mettre en concurrence les acteurs du parcours au détriment de sa coordination.

**Fig. 1 : Une classification fondée sur des séquences cliniquement significatives**



Adapté de Gilles Rode et all. 2013

Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER, le 23 septembre 2019

[jpdevailly@gmail.com](mailto:jpdevailly@gmail.com)

<https://www.syfmer.org/>

<sup>1</sup> Devailly JP. SSR et réadaptation - Organisation et financement. Cadre conceptuel et comparaisons internationales. Revue Hospitalière de France. Juillet Août 2019

<sup>2</sup> Propositions et exemples pour la gradation des soins dans le domaine de la réadaptation du système nerveux et de l'appareil locomoteur : [sous ce lien](#) (CNP de MPR)

<sup>3</sup> Devailly JP SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain. A paraître. Revue Hospitalière de France. Septembre Octobre 2019

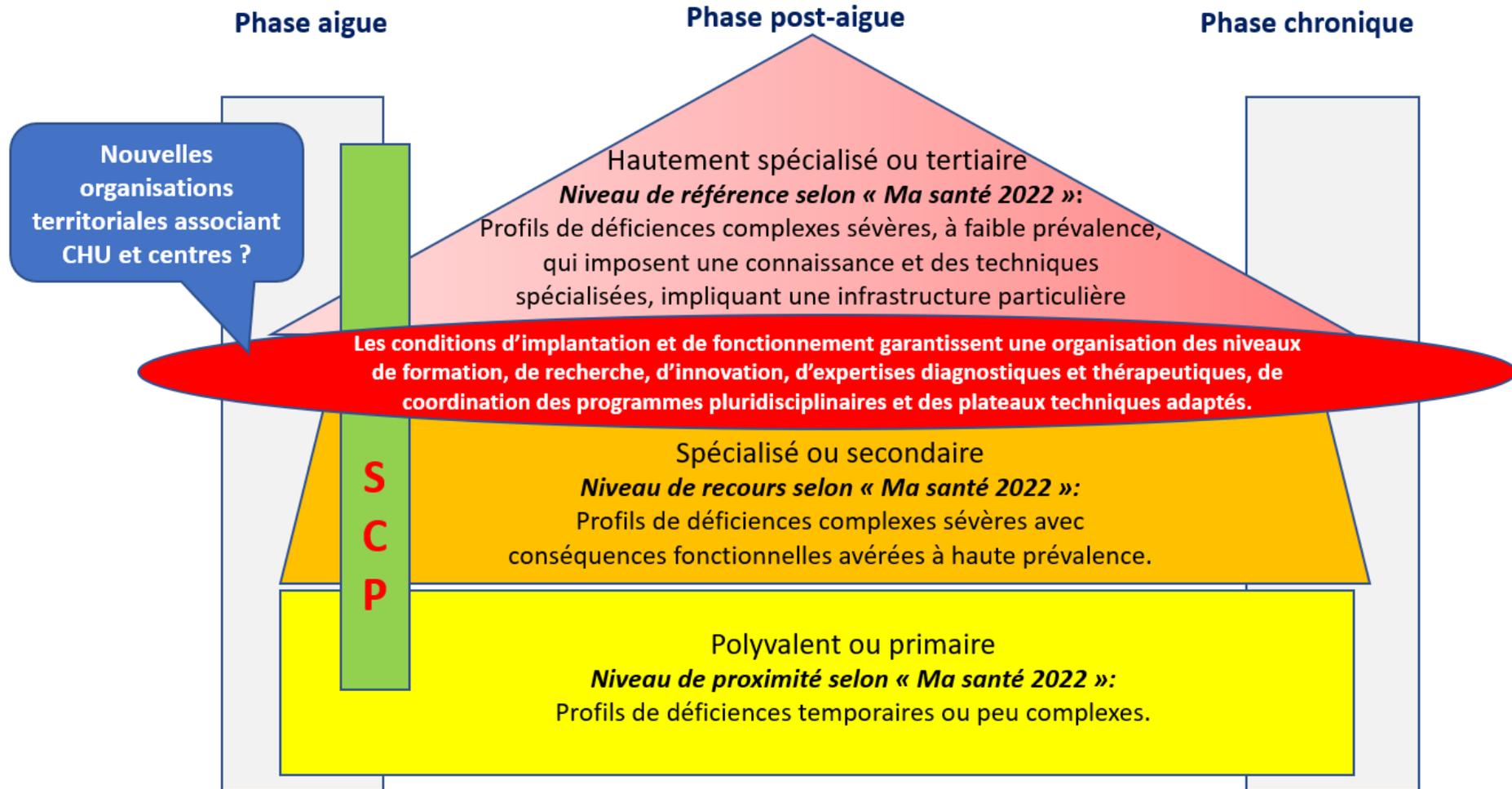
<sup>4</sup> Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

**Gradation des programmes de soins en SSR selon la complexité des besoins et la prévalence des profils de patients**  
**Exemples de groupes de patients requérant des soins en SSR pour des affections de l'appareil locomoteurs et du système nerveux**

Niveau	Gradation des programmes de soins	Profils de patients et exemples Les patients circulent entre les niveaux selon l'évolution de leurs besoins	Formation Recherche Innovation
<b>Niveau de référence</b> <b>« Ma santé 2022 »</b>  <b>Niveau 3</b>	<b>Hautement spécialisé ou tertiaire*</b> Profils de déficiences complexes sévères, à faible prévalence, qui imposent une connaissance et des techniques spécialisées, impliquant une infrastructure particulière	<b>Patients particulièrement complexes et souvent instables médicalement avec des Soins médico-techniques importants (SMTI) :</b> <i>polytraumatisés, patients neurologiques en phase initiale</i> (blessés médullaires hauts, cérébrolésés lourds, dont traumatisés crâniens et AVC aux besoins très complexes, maladies évolutives, amputations complexes, <i>brûlés nécessitant des pansements complexes, patients en sortie de réanimation / MCO...</i> <b>Patients requérant pour une durée limitée des programmes diagnostiques et thérapeutiques requérant une expertise spécialisée pluridisciplinaire :</b> neuro-orthopédie ou appareillage complexes, pelvi-périnéologie, neuro-cognition, certaines affections rachidiennes... <b>CSARR :</b> médecin +MK +APA +ergothérapie + orthophonie + psychologue et diététique au moins 2 heures par jour et au moins 2 intervenants par jour	Les conditions d'implantation et de fonctionnement devraient garantir une organisation adaptée concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la formation des professionnels de réadaptation,</li> <li>• la recherche,</li> <li>• l'innovation,</li> <li>• les expertises diagnostiques et thérapeutiques,</li> <li>• la coordination des programmes pluridisciplinaires</li> <li>• les plateaux techniques spécialisés.</li> </ul> Cela suppose la promotion de nouvelles organisations territoriales associant CHU, hôpitaux, centres, cliniques et soins de ville
<b>Niveau de recours</b> <b>« Ma santé 2022 »</b>  <b>Niveau 2</b>	<b>Spécialisé ou secondaire*</b> Profils de déficiences complexes sévères avec conséquences fonctionnelles avérées à haute prévalence.	<i>AVC, SEP, maladies neurodégénératives, neuro-oncologiques, polytraumatismes, arthroplasties, vascularites.</i> Programme de rééducation chez un patient parkinsonien ayant bénéficié d'une PTG <b>CSARR :</b> médecin +MK+APA+ ergo et aussi diététique au moins 2 heures par jour et au moins 2 intervenants par jour Et si besoin : orthophoniste et psychologue en cas de troubles cognitifs ou mobilisation de compétences pour les troubles de la sphère périnéale	
<b>Niveau de proximité</b> <b>« Ma santé 2022 »</b>  <b>Niveau 1</b>	<b>Polyvalent ou primaire</b> Profils de déficiences temporaires ou peu complexes. Très forte prévalence	Patiente âgée vivant seule, opérée d'une prothèse totale de hanche et nécessitant une rééducation simple dans l'attente de la mise en œuvre de soins et d'accompagnement au long cours au domicile. Patient ayant décompensé une BPCO à l'occasion d'un foyer infectieux et stabilisé mais nécessitant encore une surveillance médicale et un programme de réadaptation respiratoire et de remise à l'activité pour environ 3 semaines <b>CSARR :</b> les codeurs médecin, APA, MK une fois par jour, assistantes sociale	

\*Les patients admis requièrent un niveau élevé de spécialisation médicale, une forte densité de personnel paramédical soignant et de rééducation ainsi que l'accès à un plateau technique spécialisé pendant une période limitée de leur parcours de soi

## Un modèle pour la pertinence et la juste valorisation des activités de réadaptation



SCP: système de classification des patients (fondé sur la CIF)

Une autre gradation est possible selon les autorisations en SSR



---

<sup>1</sup> Devailly JP. SSR et réadaptation - Organisation et financement. Cadre conceptuel et comparaisons internationales. Revue Hospitalière de France. Juillet Août 2019

<sup>2</sup> Propositions et exemples pour la gradation des soins dans le domaine de la réadaptation du système nerveux et de l'appareil locomoteur : [sous ce lien](#) (CNP de MPR)

<sup>3</sup> Devailly JP SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain. A paraître. Revue Hospitalière de France. Septembre Octobre 2019

<sup>4</sup> Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.