

## **SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ?**

Jean-Pascal Devailly, président du [SYFMER](http://www.syfmer.fr) (jpdevailly@gmail.com)

Article paru dans la Revue Hospitalière de France n° 590, septembre-octobre 2019

Avec 25% des lits hospitaliers, le secteur hospitalier français des soins hospitaliers post-aigus et subaigus, nommé « soins de suite et de réadaptation » (SSR), est un des plus hétérogènes du monde. Il remplit 3 missions complémentaires mais avec des logiques d'organisation, de spécialisation et de financement contradictoires.

Les trois missions principales du secteur des SSR sont les suivantes :

1. **Une mission d'hospitalisation post-aigue et subaiguë** pour soins curatifs prolongés en aval des hospitalisations aiguës. Essentielle à la fluidité, elle dépend de l'organisation de l'amont, de l'aval et des alternatives
2. **Une mission de proximité de recours et de référence en soins post-aigus ou subaigus de réadaptation.** Concentrant la majeure partie des activités hospitalières de soins, d'enseignement et de recherche dans le domaine de la réadaptation, avec les compétences installations et équipements qu'elles requièrent, les SSR doivent permettre un accès direct et gradé à ces compétences et équipements
3. **Une mission de soins de transition** dédiée à la mise en œuvre des soins d'assistance à la vie quotidienne et un accompagnement social quand les limitations fonctionnelles sont stabilisées.

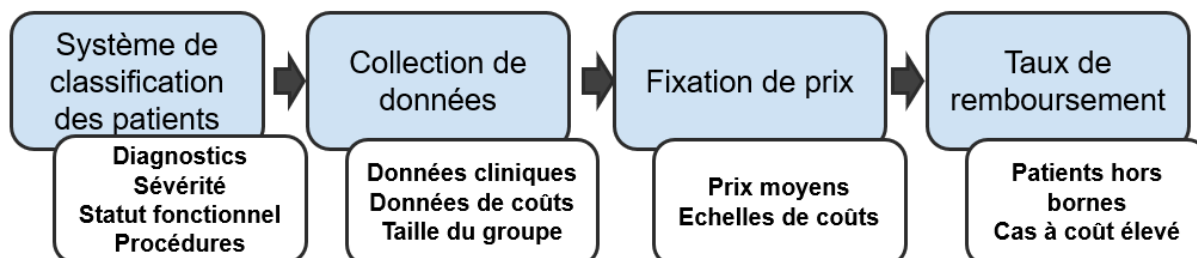
Les concepts de soins post-aigus, subaigus et de réadaptation ne sont donc pas superposables. Dans un article précédent<sup>1</sup>, à la lumière des classifications de l'OMS, de l'OCDE et de systèmes étrangers, nous avons montré la nécessité de **distinguer trois fonctions de production : les soins curatifs, les soins de réadaptation et les soins à long terme.** Cette identification est indispensable pour définir les conditions d'implantations et de fonctionnement des unités de SSR. Elle l'est aussi pour décrire les fonctions de la comptabilité hospitalière en sections d'analyse clinique de réadaptation - et pas seulement médico-techniques - capables de s'articuler à un financement des SSR juste et pertinent. Or, en France la dimension fonctionnelle de la réadaptation est encore réduite à la dimension institutionnelle des SSR. Cette confusion met la recherche d'un financement des SSR face à une impasse, qui est aussi une opportunité de réforme.

Dans ce second article nous étudierons les outils de description et les composantes nécessaires pour déployer un système d'information et de financement moderne en SSR. La pierre angulaire d'un financement à l'activité est un système de classification des patients (SCP). Ce système doit être fondé sur une définition claire des fonctions des SSR préalable à la collecte des caractéristiques de patients et des procédures. Le lien avec la collecte des données d'activité et de coûts permet de construire des échelles tarifaires, au sein d'un modèle de financement nécessairement complété par des compartiments annexes.

**Le système de classification des patients, clé de voute du financement :**

La construction d'un système de classification des patients est la clé de voute d'un système d'information reliant programmes cliniques et financements à l'activité.

**Figure 1 : systèmes de classification des patients**



## Principes

Ce système définit des groupes homogènes de patients qui représentent les produits hospitaliers. Ils servent de support au paiement prospectif par cas aux USA, à la Tarification à l'activité et à la Dotation modulé à l'activité en France (T2A et DMA). Un tarif forfaitaire est établi par groupe de patients présentant de diagnostics similaires, utilisant des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables et qui sont cliniquement significatifs<sup>2</sup>. Les *Diagnostic Related Groups* (DRG) de Fetter sont les plus connus. En France ce sont les groupes homogènes de malades (GHM) en aigu (MCO) et les groupes médico-économiques (GME) en Soins de suite et de réadaptation (SSR).

En SSR, le système de classification des patients comprend à la fois des aspects cliniques, organisationnels et financier. Il doit permettre la mise en œuvre de protocoles de soins éprouvés et aux structures d'accueil de bénéficier du financement adéquat. En France, une telle classification n'existe pas, en tout cas, sous la forme d'un instrument unique satisfaisant aux deux objectifs. Le SCP actuel ne peut capter les coûts spécifiques de réadaptation intensive : dans la construction du modèle français, ces coûts ne sont pas distingués des coûts des soins curatifs et de longue durée (assistance à la vie quotidienne).

Les éléments constitutifs du SCP sont par ailleurs indispensables pour évaluer la pertinence, d'efficacité et d'efficience des SSR. Ils ont vocation notamment à permettre l'évaluation des résultats cliniques en termes d'*outcome*, au-delà des résultats de sortie de système assimilant le produit du processus de soins à un groupe homogène de patients.

## La collecte de données cliniques, d'activité et de coûts

### 1. Caractéristiques des patients

A la recherche d'un paiement à l'activité dans le secteur des soins hospitaliers subaigus, les pays industrialisés ont développé des systèmes de collecte relatifs aux caractéristiques des patients et aux procédures. Ces systèmes comportent notamment des **outils d'évaluation du statut fonctionnel robustes et validés**, applicables à différentes pathologies. Ces outils ont montré leur capacité à prédire les coûts de réadaptation. Toutefois, les outils adaptés à la construction d'un tel SCP en réadaptation sont très peu nombreux. Citons la Mesure de

l'indépendance fonctionnelle (MIF), Mesure de l'autonomie fonctionnelle (MAF), Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *Resident assessment instrument* (RAI), section GG du système uniforme de données SPADE en cours de développement aux USA qui associe les objectifs de réadaptation<sup>3</sup>.

**Les caractéristiques des patients constitutives d'un SCP à des fins organisationnelles et financières** sont référencées dans la littérature. Il s'agit d'abord du diagnostic médical et des informations concernant le statut fonctionnel et les capacités du patient. D'autres données sont nécessaires telles que l'âge, les comorbidités et la situation sociale<sup>4</sup>. Le modèle anglais proposé pour la neuro-réadaptation (Turner-Stokes) y ajoute la complexité des besoins de réadaptation mesuré par le *Rehabilitation Complexity Scale*.

**Tableau 1 : un score de complexité de la réadaptation**

1	<b>Soins de base et de support</b>	Inclut toilette, habillage, hygiène, utilisation des WC, alimentation et nutrition, sécurité etc.	<b>C0 à C4</b>
2	<b>Risques et besoins cognitivo-comportementaux</b>	Comprend la surveillance de maintien de la sécurité ou de la gestion de la confusion, par exemple chez les patients déambulants, ou la gestion des besoins en psychiatrie / santé mentale	R0 à R4
3	<b>Besoins en soins infirmiers qualifiés</b>	Niveau d'intervention de soins infirmiers qualifiés pour une infirmière qualifiée ou spécialisée	N0 à N4
4	<b>Besoins médicaux</b>	Niveau approximatif de l'environnement de soins médicaux pour la gestion médicale / chirurgicale	M0 à M4
5	<b>Besoins de thérapies</b>	a) Nombre de disciplines thérapeutiques requises b) Intensité du traitement	TD 1 à 4 TI 1 à 4
6	<b>Besoins d'équipements</b>	Décrit les exigences relatives à l'équipement personnel	E0 à E2

Traduit du *Rehabilitation complexity scale extended (RCSe)*, version 13

Les comparaisons internationales nous incitent à concevoir un SCP intégrant la classification internationale des maladies (CIM), la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) et les nomenclatures internationales de la comptabilité et des interventions<sup>5</sup>. Ces outils de description des patients et de l'activité permettent d'identifier les critères d'inclusion et les fonctions de production intervenant dans des programmes de soins d'efficacité prouvée et pertinents pour les payeurs.

### Données d'activité

Ces données concernent en SSR les séjours, les venues, les durées moyennes de séjour, les casemix par Groupes homogènes de malade, les actes issus de la classification commune des actes médicaux (CCAM), les actes du catalogue spécifique de rééducation et réadaptation (CSARR). Peu d'actes sont marqueurs pour le SCP. Ils interviennent surtout dans la valorisation par les sommes de pondérations d'actes, traduisant une consommation de ressources disponibles dont rien ne dit si elle est pertinente au regard des objectifs des

programmes de soins. Une réforme radicale du CSARR trop complexe au regard d'une utilité incertaine, est indispensable, comme l'avait signalé la mission Véran<sup>6</sup>.

### 3.3 Données de coûts : le système de comptabilité hospitalière

Le mécanisme de fixation des taux de paiement détermine les besoins en ressources pour traiter les patients regroupés en GHM/GME spécifiques. Il fixe les taux de paiement en conséquence (par exemple : les pondérations de coûts ou de prix moyens). C'est pourquoi, les informations sur les coûts moyens de traitement des patients dans un échantillon d'établissements sont utilisées pour déterminer les échelles de coûts pour un GHM/GME spécifique.

Le guide du centre fédéral d'expertise belge de 2012 met l'accent sur l'identification des fonctions de la comptabilité hospitalière. Il les organise en sections d'analyse clinique de réadaptation, qu'il segmente en quatre « centres de frais définitifs »<sup>7</sup> : réadaptation neurologique, locomotrice, cardio-respiratoire et affections chroniques.

Contrairement à la comptabilité internationale, **le Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière français** n'identifie pas la réadaptation comme une fonction clinique. Il l'incorpore au sein de « fonctions médico-techniques transversales », à la rubrique « Réadaptation et rééducation », dont les actes sont déversés sur des activités cliniques principales. En SSR c'est la fonction du CSARR.

#### **Classification à visée tarifaire :**

**Paiements par cas :** L'analyse des SCP à visée tarifaire déjà utilisés en soins post-aigus permet d'analyser les avantages et limites des paiements par cas traités fondés sur des groupes reliés au statut fonctionnel. Les FIM-FRG américains et les groupes de réadaptation du système AN-SNAP australien sont les classifications considérées comme les meilleures dans les domaines de la réadaptation des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Une revue historique et pédagogique de Turner Stokes, Sutch, Dredge et Eagar a fait en 2012 une remarquable synthèse des systèmes déjà utilisés<sup>8</sup> :

- Le diagnostic est un moins bon marqueur des ressources nécessaires que le statut fonctionnel, lui-même insuffisant pour la réadaptation complexe.
- Les actes sont rarement les bons traceurs de procédures pertinentes.
- Il est préférable de capter *ex ante* la nature et l'intensité des besoins de réadaptation plutôt que de mesurer *ex post* la consommation de ressources
- Les séjours brefs ne sont pas toujours synonymes d'efficience.
- Les paiements par cas traités « au séjour » fonctionnent bien dans les pays qui ont séparé la réadaptation hospitalière intensive des soins en maisons médicalisées. Ils s'appliquent alors à des prises en charge courtes de patients déjà orientés vers des prestataires de réadaptation intensive (accidents vasculaires cérébraux ou réadaptation orthopédique). A défaut, ces paiements appliqués à des patients instables et à l'évolution peu prévisible risquent de dégrader les résultats fonctionnels à long terme (*outcome*).

Si les systèmes américain, australien ou britannique ont montré une certaine efficacité en tant que SCP, il serait nécessaire de les valider dans le contexte français et de faire des simulations avant de pouvoir les y implémenter.

**L'unité temporelle de groupage** d'un SCP par cas traité peut être, une séquence cliniquement significative dans un séjour, le séjour hospitalier en SSR, ou un épisode soins plus long envisagé dans les paiements regroupés.

**Paiements à la journée pondérée par l'activité** : Ce mode de paiement est mieux adapté si l'on ne peut identifier des prises en charge similaires mais seulement des groupes de consommation de ressources similaires (RUG). Le *Patient driven payment model* développé aux USA tente d'améliorer ce mode de paiement adapté aux *nursing homes* par une description plus fine des caractéristiques des patients remplaçant la mesure de consommation de ressources des anciens RUG.

**Les paiements hybridant cas traité et journée pondérée** permettent de mieux répondre à la diversité des situations en termes de prévisibilité de l'évolution des patients, des coûts et des durées de séjour (Australie, DMA en France).

## **Préconisations pour des outils à la mesure des besoins du financement en SSR**

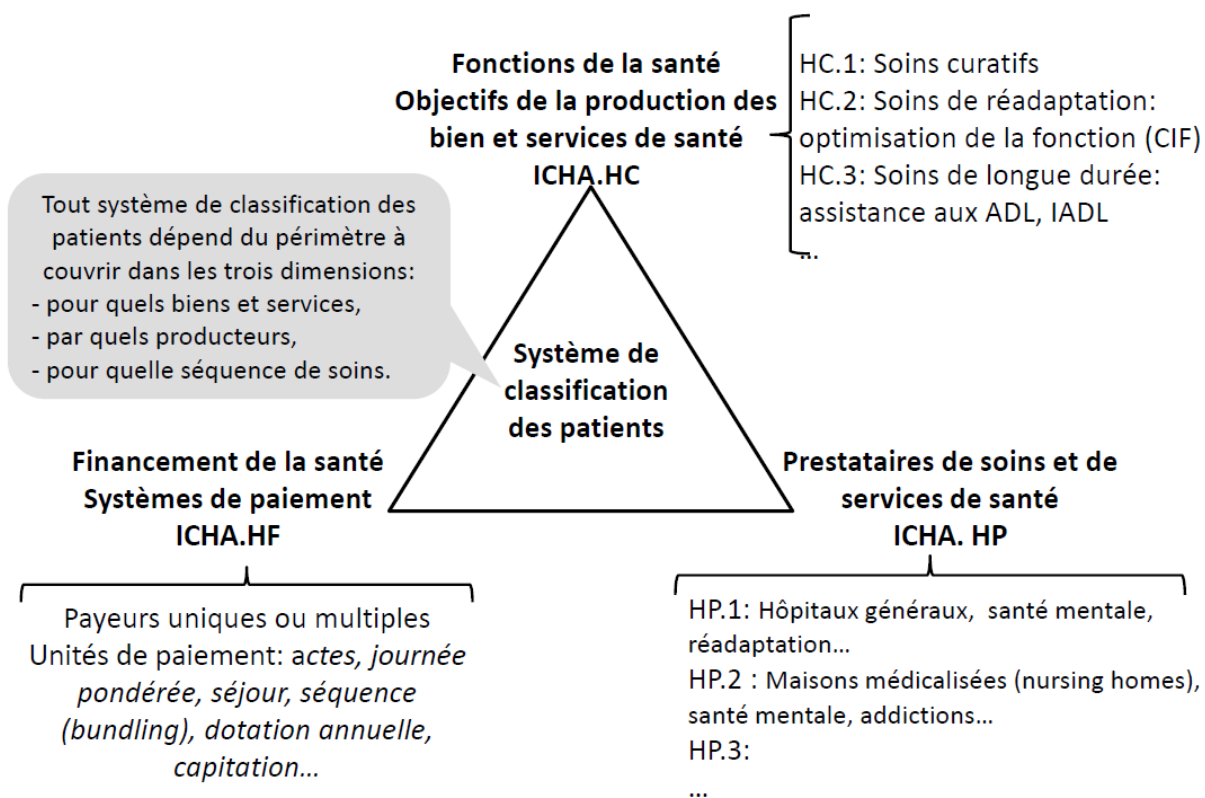
### **1. Articuler les dimensions fonctionnelle, institutionnelle et financière des SSR**

Les systèmes étrangers qui instaurent des classifications à visée tarifaire dans le secteur institutionnel de la réadaptation se fondent sur une définition claire de réadaptation justifiée par le constat de l'évolution épidémiologique et des besoins de santé fonctionnelle. La CIF, cadre de référence international, doit être utilisée pour construire un système d'information reliant les caractéristiques des patients, les objectifs de réadaptation - améliorer le fonctionnement- et les systèmes de classification des patients. La définition d'une stratégie de réadaptation dans le système de santé est un préalable à la planification, à l'organisation et au financement d'un dispositif de réadaptation accessible et solidaire. Soutenir une telle stratégie est le devoir des pays qui ont ratifié la convention des droits des personnes handicapées<sup>9</sup> et à l'appel à l'action Réadaptation 2030 de l'OMS<sup>10</sup>.

La figure 2 reprenant les dimensions du système international des comptes de la santé ICHA montre qu'on ne peut construire un système de classification des patients qu'en définissant le périmètre couvert par le SCP dans les trois dimensions et que cela suppose une cohérence entre les autorisations, la comptabilité analytique hospitalière et le PMSI-SSR :

- Quels types de biens et de services produit-on ?
- Par quels prestataires ?
- Pour quelles séquences de soins ?

**Figure 2 : Les trois dimensions des systèmes de classification des patients**



## 2. Réformer les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement pour mieux grader et mieux financer les SSR

Cette réforme est indispensable si l'on veut grader et mieux financer les SSR. Les critères de classification du SCP pourraient, grâce à des algorithmes, permettre d'orienter les patients vers la structure offrant les programmes de soins combinant les compétences, les moyens humains et techniques, l'organisation et le financement adéquats. Ils contribueraient ainsi à la pertinence des programmes de soins et des parcours de santé.

En SSR, le régime des autorisations est fondé sur les catégories et les filières médicales de l'aigu, par organes, systèmes ou pathologies. Pour les groupes de patients dont les besoins de réadaptation sont définis par la sévérité et la complexité des altérations fonctionnelles, ce système n'assure pas la description des ressources humaines techniques et financières requises. Il ne permet pas non plus le remboursement des coûts induits par leur prise en charge. Aucun algorithme d'orientation notamment celui de ViaTrajectoire ne se fonde sur des critères objectifs de pertinence des soins.

Les groupes médico-économiques (GME) constitutifs de la classification à visée tarifaire actuelle sur laquelle repose la dotation modulée à l'activité en SSR ont un fondement trop statistique et comptable. Ces groupes ne décrivent ni des besoins de soins homogènes, ni les coûts de la prise en charge requise par les patients de ces groupes. Une réforme profonde du PMSI-SSR doit précéder celle de la classification. Nous avons vu par ailleurs que la mesure de consommation de ressources par des actes non marqueurs se révèle dispendieuse et peu utile dès lors qu'on choisit un paiement prospectif par cas.

### **3. Doter le PMSI d'outils de statut fonctionnels robustes et le simplifier**

Cette démarche permettrait de construire une classification pertinente, pour les cliniciens comme pour les payeurs. La littérature internationale insiste sur la capacité des groupes reliés au statut fonctionnel<sup>11</sup> à prédire les coûts<sup>12</sup> dès lors qu'on envisage un financement par cas au séjour. Une mesure de l'activité journalière n'a pas d'utilité avérée dans un financement au séjour. Dans un financement à la journée pondérée le recueil du temps d'activité de quelques professions appartenant au périmètre comptable des soins de réadaptation est suffisant (surtout kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie).

La majorité des systèmes de *casemix* développés dans le monde pour la réadaptation sont basés sur mesures de l'autonomie fonctionnelle (par exemple : la MIF ou d'autres échelles ADL). Ceux-ci peuvent fonctionner raisonnablement bien dans les structures au *turn over* rapide. L'adéquation est moindre pour décrire la variabilité des coûts par exemple s'agissant de la réadaptation neurologique complexe. Même dans le cas de programmes aisés à formaliser et pouvant être financés par cas, si la circulation des patients reste trop dépendante de l'organisation de l'amont, de l'aval et des alternatives, comme dans le cas du système français, une hybridation avec un financement à la journée pondérée paraît indispensable.

La tendance internationale reflétée par l'IMPACT ACT, loi américaine qui vise à améliorer les services de soins post-aigus de Medicare, privilégie les systèmes de description et de financement communs pour les différents types de soins post-aigus hospitaliers et ambulatoires. Plus la gamme de soins couverte est hétérogène et plus l'hybridation et la gradation des systèmes de paiement sont nécessaires avec l'apport des compartiments complémentaires.

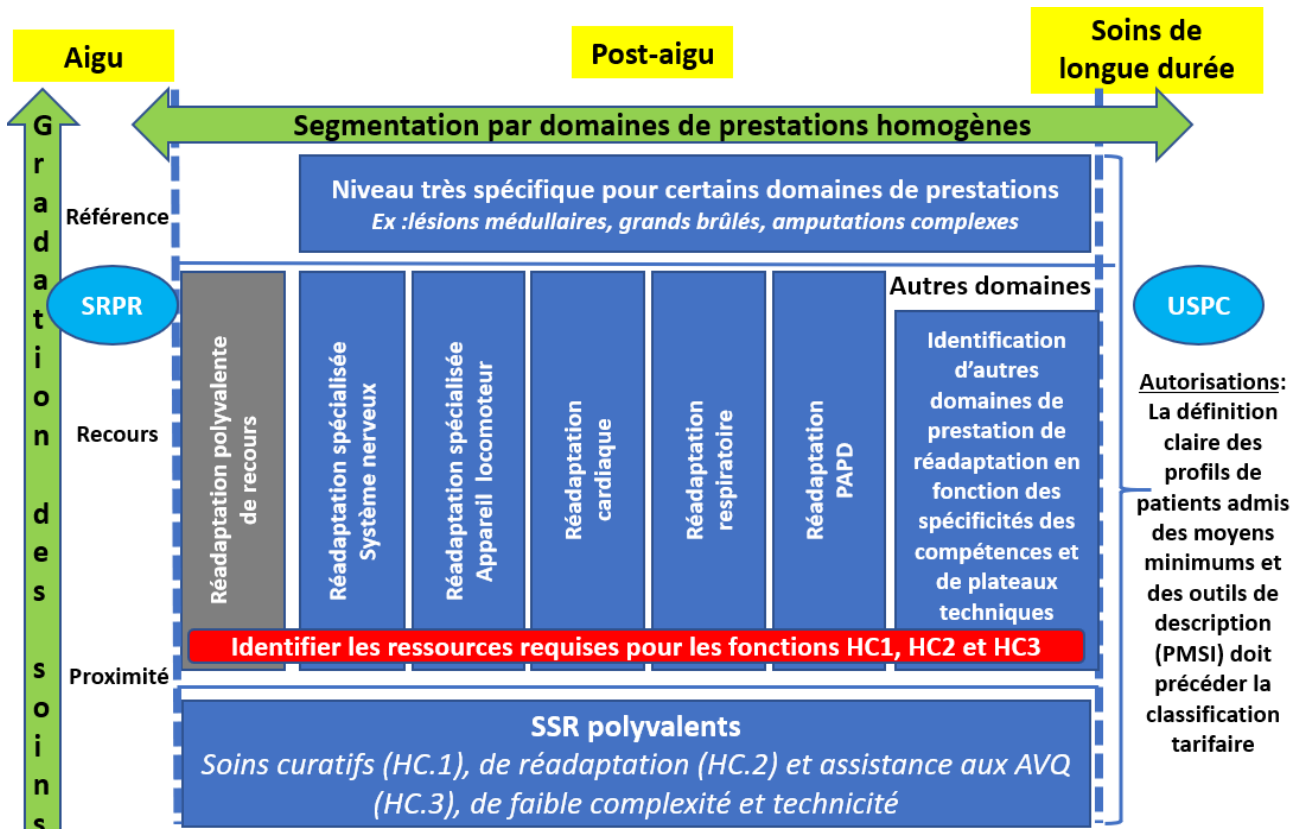
### **4. Sans financement différencié des niveaux de soins, toute gradation est impossible**

Dans le système français, la complexité et les coûts des soins curatifs, de réadaptation et de l'assistance à la vie quotidienne ne peuvent être captés distinctement par le PMSI-SSR. Ce dernier, avec le système de comptabilité hospitalière forme un ensemble peu adapté pour constituer un SCP pertinent en SSR.

La spécialisation et la gradation des soins, condition de l'égalité et de l'efficacité de la réponse aux besoins territoriaux, n'épouse pas les catégories curatives de l'aigu. Elle doit s'organiser selon l'intensité et la technicité des programmes de réadaptation d'une part, la prévalence des situations d'autre part, avec les ressources financières appropriées.

La définition de niveaux de proximité, spécifiques et très spécifiques (figure 3) doit inclure des processus d'explorations diagnostiques et de traitements très spécialisés, notamment ceux de Médecine physique et de réadaptation (MPR) : explorations, traitements et établissement de programmes de réadaptation neuro-orthopédiques, neuro-urologiques, des fonctions cognitives, du rachis, en appareillage, e-santé... La courte durée de ces interventions, qui se rapprochent de l'aigu, autoriserait leur classement en MCO, réduisant dans le même temps la confusion entre SSR et réadaptation.

**Figure 3 : Autorisations : segmentation et gradation des soins selon la prévalence et la technicité des programmes de réadaptation requis**



Si le système d'organisation et de paiement n'a pas une sensibilité suffisante pour identifier et rembourser le coût supplémentaire de traitement des groupes de patients plus complexes, trois conséquences majeures sont à prévoir selon Turner-Stokes <sup>13</sup>:

1. **Les groupes de patients les plus vulnérables** et aux besoins les plus complexes seront victimes de discrimination et seront susceptibles de recevoir des soins de qualité insuffisante.
2. Les services spécialisés, qui offrent une activité unique au sein du système national de soins de santé en gérant les cas les plus complexes et en assurant leur suivi à long terme, seront déstabilisés et disparaîtront.
3. Les standards de soins vont s'effondrer parce les services généralistes manquent non seulement de l'expérience et des ressources pour gérer ces groupes de patients complexes, mais aussi des compétences nécessaires pour assurer les rôles vitaux de formation et de perfectionnement qui sont actuellement fournis par les services spécialisés.

En France, cette sombre prédiction de Turner-Stokes menace de se réaliser. L'impossibilité d'une allocation pertinente des ressources a déjà des effets néfastes sur les activités de SSR. Un cercle vicieux s'instaure entre pénurie de médecins et de paramédicaux d'une part et réduction des effectifs comme variable d'ajustement budgétaire d'autre part. A chaque restitution de données de l'échelle nationale des coûts, l'absence de ratios de fonctionnement et d'un modèle de valorisation financière des programmes de réadaptation



intensifs et complexes aggravent l'inadéquation d'échelles tarifaires qui prennent des moyennes de coûts pour des normes. Dans certains établissements, des activités de SSR à mentions spécialisées, dont le modèle économique semble fragile et/ou sous la pression des besoins d'amont des filières au sein des nouveaux groupes hospitaliers, sont transformées en soins de suite polyvalents. Par ailleurs, le développement de l'hospitalisation à temps partiel et de l'ambulatoire est freiné, à l'inverse des souhaits exprimés par les politiques de santé.

## **Feuille de route pour un financement juste et pertinent.**

### **1. Spécifier les missions des SSR**

- **Les missions des SSR doivent spécifiées en fonction des nouveaux besoins épidémiologiques. Elles doivent** distinguer trois objectifs fondamentaux comme le préconisent l'OMS, l'OCDE et le système international des comptes de la santé trois objectifs : les soins curatifs subaigus, les soins de réadaptation visant l'optimisation des fonctions organiques et des activités, ainsi que des soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne, que les altérations fonctionnelles soient stabilisées ou non.
- Ces grands objectifs sont structurants en termes de spécialisation, de gradation et de financement des SSR. Ils devront être identifiés comme fonctions de production dans la comptabilité analytique hospitalière (CAH).
- La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est dotée de batteries opérationnelles capables de mettre en relation les besoins et les objectifs de soins dans une classification SSR.

### **2. Réformer radicalement le PMSI-SSR pour soutenir une classification connectée aux objectifs de soins**

- Une mesure du statut fonctionnel de qualité au moins égale aux outils internationaux comme la MIF, la MAF le SMAF, le RAI ou le SPADE développé aux USA, doit être associée aux diagnostics.
- Le catalogue spécifique des actes de rééducation-réadaptation (CSARR), trop complexe et au périmètre exubérant, doit être radicalement simplifié, recentré sur la fonction de réadaptation et limité à un nombre restreint de métiers. Actuellement le CSARR décrit les ressources disponibles. Il ne reflète ni la pertinence des soins, ni la technicité des programmes à forte densité de réadaptation.
- Les facteurs socio-environnementaux doivent être captés par la classification ou à défaut être pris en compte par des mécanismes complémentaires (corrections géographiques, traitement des *outliers*).

### **3. Fonder la classification sur des séquences cliniquement significatives**

La mise en œuvre d'un financement par cas au séjour en SSR suppose que quelques principes fondamentaux soient respectés.

**L'identification des fonctions de production des SSR :** 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. Elle implique une définition claire, appuyée sur les classifications internationales, des trois grandes fonctions de production des SSR : les soins curatifs prolongés, les soins de réadaptation et les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne. L'intensité et la complexité de la réadaptation sont dans tous les pays la clé de la gradation des soins. A défaut, un financement par cas traité est inapplicable.

**La description précise des missions et des moyens minimums des prestataires :** Aucun système d'information au monde ne sait classer les patients en fonction des ressources requises par ces trois fonctions pour l'ensemble des prises en charge de SSR *a fortiori* pour la durée entière du séjour. Le premier nœud de l'arborescence d'une classification SSR repose sur le jugement clinique qui oriente le patient vers des prestataires délivrant des soins de nature et de niveaux différents. A chaque prestataire doit correspondre un ensemble de groupes nosologiques spécifiques d'activité homogènes, à titre d'exemple des groupes de réadaptation neurologique ou cardiaque.

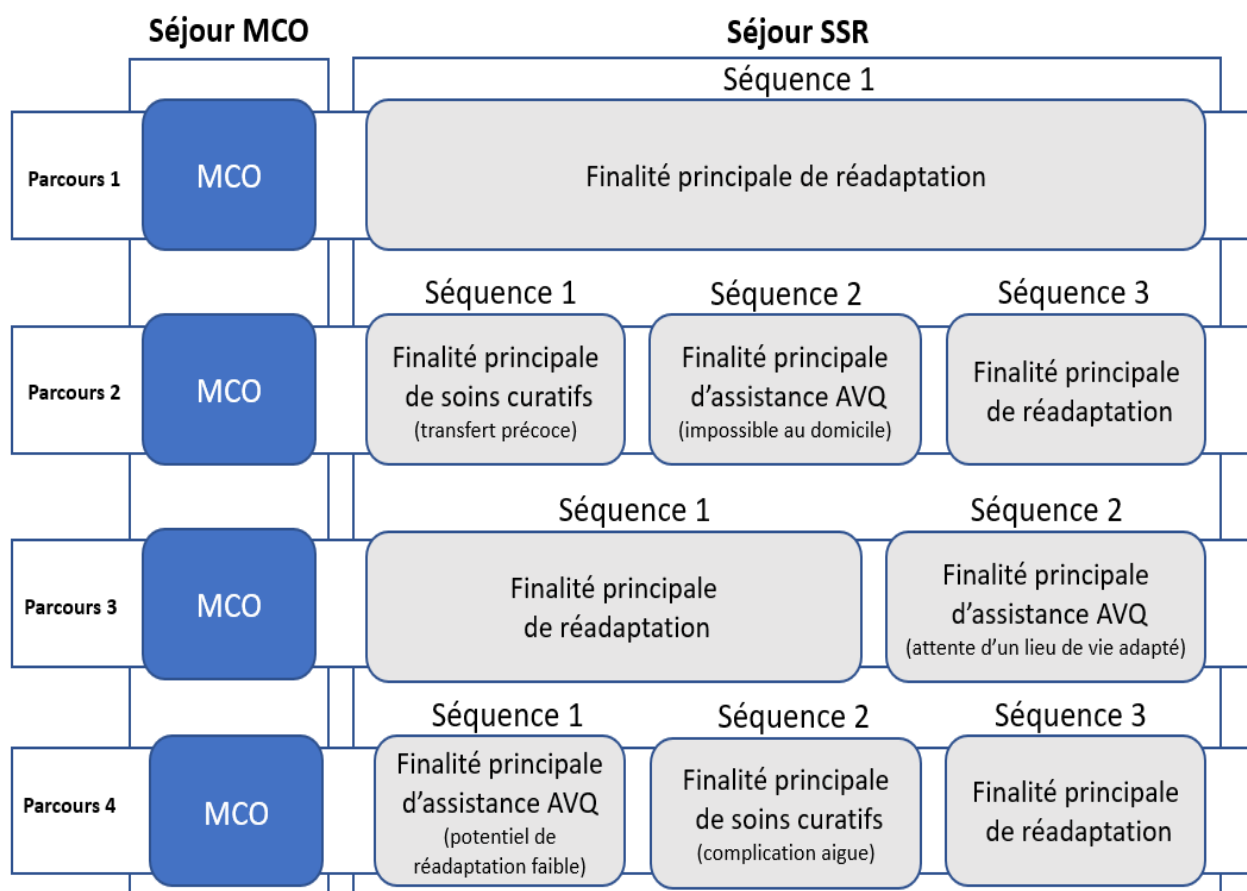
**Le recueil des données au début de chaque séquence cliniquement significative :**

La séquence permet de segmenter un séjour en phases cliniquement significatives, mieux à même de porter un financement à l'activité (Rode 2013)<sup>14</sup>

- La fréquence de description des caractéristiques des patients doit permettre de capter les changements relatifs aux trois finalités principales : poids des comorbidités, nature et intensité des traitements de réadaptation et niveau des aptitudes fonctionnelles selon les dimensions de la CIF.
- Les caractéristiques doivent être décrites au début de chaque séquence et non par la mesure de ressources consommées (CSARR ou temps de rééducation), hormis pour certains actes traceurs. Des solutions existent à l'étranger.
- 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 qu'aux déterminants de l'hospitalisation mal captés par le système d'information comme les facteurs socio-environnementaux.

La définition des fonctions de production des SSR et des activités homogènes, orientées patient, qui les constituent doit précéder la réforme de la tarification. Tant que les conditions préalables à un paiement prospectif par cas ne sont pas réalisées, seul un paiement séquencé à la journée pondérée est applicable<sup>15</sup>.

**Figure 4 : Une classification fondée sur des séquences cliniquement significatives**



Adapté de Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

**Un scénario « au fil de l'eau »** ne modifiant qu'*a minima* les autorisations et le pouvoir descriptif du PMSI entrainerait un rejet persistant du modèle par les acteurs. 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.

**Un scénario de spécification et de gradation des activités implique** un pilotage politique cohérent de la réforme des autorisations et du système d'information qui pourrait aboutir à un financement pertinent pour les prestataires et pour les financeurs (propositions du tableau 2).

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.

Quel que soit le modèle choisi pour le financement à l'activité, Il ne faut pas mettre en concurrence les acteurs de la prise en charge au détriment de sa coordination. Il n'y a pas de réadaptation solidaire en dehors d'une stratégie d'aménagement du territoire garantissant un égal accès aux compétences, installations et équipements au niveau de soin approprié et en temps opportun.

**Tableau 2 : Mettre en cohérence des dimensions institutionnelles, fonctionnelles et financières du système de classification pour porter le futur financement des SSR**

Domaines	Préconisations	Remarques / scénarios
<b>Autorisations : Conditions d'implantation et conditions de fonctionnement</b>	<p><b>1. Distinguer les 3 grandes fonctions de production</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HC.1 Soins curatifs : traitement des pathologies</li> <li>- HC.2 Soins de réadaptation : optimiser la fonction</li> <li>- HC.3 Soins de longue durée : assistance ADL et IADL</li> </ul> <p><b>2. Réduire le nombre de mentions spécialisées</b>, nuisible à l'accès aux soins et à la fluidité des parcours</p> <p><b>3. Grader les niveaux de soins</b> selon la technicité requise par les groupes de patients et leur prévalence, plus descriptifs d'activités homogènes que les catégories majeures de diagnostics.</p>	<p>Cohérence des conditions d'implantation et conditions techniques fonctionnements avec les principes d'un financement par cas.</p> <p>La finalité principale de prise en charge doit être le premier nœud d'un arborescence de prises en charge semblables et cliniquement significatives</p>
<b>Comptabilité analytique hospitalière</b>	<p>Les activités dont l'intention première est la réadaptation doivent être identifiées en <b>sections d'analyse clinique</b> et non « médico-techniques »</p>	<b>Différencier les inducteurs de coûts</b> des programmes de soins en SSR
<b>PMSI : Caractéristiques des patients, procédures, activité</b>	<p><b>Le PMSI doit capter spécifiquement les trois fonctions</b></p> <p>Allègement de la saisie hebdomadaire. Comorbidités Outils de statut fonctionnel de qualité Simplification, recentrage du CSARR sur la fonction de réadaptation</p> <p><b>A terme captation ex ante de la nature et de l'intensité des besoins de réadaptation.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scores de comorbidités</li> <li>- <b>Statut fonctionnel</b> du niveau de la MIF, MAF, SMAF, RAI...</li> <li>- Clarification du concept de réadaptation</li> </ul>
<b>Système de classification et système de financement</b>	<p>Le SCP doit identifier des séquences cliniquement significatives pour des consommations de ressources diagnostiques et thérapeutiques similaires</p> <p>Le paiement à la journée pondérée est préférable tant que des prises en charge similaires ne peuvent être identifiées.</p> <p>Compartiments complémentaires, socle etc.</p>	<p><b>Associer les parties prenantes, dont les CNP</b> pour une classification reliée aux programmes cliniques</p> <p><b>Faciliter l'accès aux données</b></p>

<sup>1</sup> Devailly JP. Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales. Revue Hospitalière de France n° 589, juillet août 2019

<sup>2</sup> [Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux. Joanne Castonguay Montréal, mars 2013](#)

[The challenges of hospital payment systems](#)

<sup>3</sup> IMPACT Act Standardized Patient Assessment Data Elements.

Url : <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Post-Acute-Care-Quality-Initiatives/IMPACT-Act-of-2014/-IMPACT-Act-Standardized-Patient-Assessment-Data-Elements.html>

<sup>4</sup> [Kiekens C et coll. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique.](#) Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2007 - [Résumé en français](#)

<sup>5</sup> Madden R, Marshall R, Race S. ICF and casemix models for healthcare funding: use of the WHO family of classifications to improve casemix. . Disabil Rehabil.2013 Jun;35(13):1074-7.

---

<sup>6</sup> Véran O. [L'évolution des modes de financement des établissements de santé](#) - Une nouvelle échelle de valeur. Rapport public. Avril 2017

<sup>7</sup> KCE REPORT 178B - MANUEL POUR UNE TARIFICATION DES INTERVENTIONS HOSPITALIÈRES BASÉE SUR LES COÛTS  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_178B\\_manuel\\_tarifications\\_interventions%20hospitalieres.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_178B_manuel_tarifications_interventions%20hospitalieres.pdf)

<sup>8</sup> Turner Stokes et al. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation Clinical Rehabilitation. 2012. 26(3) 195–208. URL :  
<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215511417468>

<sup>9</sup> Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif  
Url : <https://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

<sup>10</sup> Rehabilitation 2030. URL : <https://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

<sup>11</sup> Hopfe M, Stucki G, Marshall R, Twomey CD, Üstün TB, Prodinge B. Capturing patients' needs in casemix: a systematic literature review on the value of adding functioning information in reimbursement systems. BMC Health Services Research. 2016;16:40.

<sup>12</sup> Turner Stokes et al. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation Clinical Rehabilitation. 2012. 26(3) 195–208. URL :  
<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215511417468>

<sup>13</sup> Turner Stokes L. Politics, policy and payment - Facilitators or barriers to person-centred rehabilitation? Disability and Rehabilitation 2007 ; 29(20-21):1575-82

<sup>14</sup> Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

<sup>15</sup> Devailly JP. SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain. Revue Hospitalière de France n° 590, septembre-octobre 2019

**Correspondance :**

Jean-Pascal DEVAILLY

Président du SYFMER

Médecin des Hôpitaux, AIHP - ACCA

Service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)

Groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal - Saint Louis 01 40 05 42 05

Hôpitaux Universitaires Paris Nord-Val de Seine 01.40.25.84.49

Mobile: 06 60 65 25 51

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