

## **Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales**

Jean-Pascal Devailly, président du [SYFMER](mailto:jpdevailly@gmail.com) (jpdevailly@gmail.com)

*Article paru dans la Revue Hospitalière de France n° 589, juillet août 2019*

A l'heure où l'évolution des besoins épidémiologiques font considérer la réadaptation comme une priorité de santé voire comme la première stratégie de santé du XXIème siècle, d'importantes réformes sont en cours : droit des autorisations, du système d'information (PMSI-SSR) et de la classification à visée tarifaire en soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces évolutions incitent à rechercher les enseignements des comparaisons internationales.

La diversité des systèmes étrangers suppose, pour parvenir à une vision cohérente, une clarification conceptuelle fondée sur les trois dimensions institutionnelle, fonctionnelle et financière des systèmes de santé définies par l'OMS, l'OCDE et le système international des comptes de la santé (ICHA). La dimension fonctionnelle concerne les objectifs fondamentaux des SSR, ou « fonctions de production » : soins curatifs de traitement des maladies, soins de réadaptation visant à stabiliser ou améliorer les fonctions, soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne. Ces fonctions fondamentales sont à distinguer des structures homonymes puisqu'elles sont transversales à la segmentation institutionnelle. La fonction de réadaptation, une des stratégies fondamentales de l'OMS, reste confondue en France avec le secteur institutionnel des SSR. Elle est de ce fait absente tant des stratégies nationales, régionales et territoriales de santé que de la comptabilité analytique française.

Après avoir défini le cadre conceptuel international nous étudierons quelques systèmes étrangers en analysant le périmètre de la réadaptation, celui des soins subaigus / post-aigus, la spécialisation et la gradation des soins dans le champ des soins post-aigus, les systèmes d'information et de collecte de données, les systèmes de classification des patients et enfin les modèles de financement qui y sont associés.

### **Cadre conceptuel : les nomenclatures institutionnelles, fonctionnelles et financières du système de santé**

Le cadre conceptuel que nous proposons s'appuie sur le système international des comptes de la santé (ICHA)<sup>1</sup> qui comporte une classification des prestataires (ICHA-HP), une classification des fonctions (ICHA-HC) et une classification des modèles de financement (ICHA-HF).

### **Evolution des besoins de santé, stratégies de santé et santé fonctionnelle**

Le vieillissement de la population, les maladies chroniques, les polyopathologies et les limitations fonctionnelles multiples qui les accompagnent ont conduit l'organisation mondiale de la santé (OMS) à promouvoir cinq stratégies fondamentales de santé : la promotion de la santé, la prévention, le traitement des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs. Chacune de ces stratégies définit un sous-système doté d'un système d'information, d'un système de pilotage national régional et territorial ainsi que d'un

système de prestations. Ces stratégies répondent au concept de santé fonctionnelle qui recouvre toutes les dimensions décrites par la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)<sup>2</sup>. La CIF est le cadre de référence capable de capter la relation entre les objectifs de santé et les tendances démographiques et épidémiologiques qui conduisent à des altérations du fonctionnement humain. A l'échelle individuelle sont en jeu le pronostic vital, le pronostic fonctionnel et le pronostic social. A celle des populations sont concernées non seulement la réduction de la mortalité et de la morbidité mais aussi celle des années de vie avec incapacités entendues comme limitations fonctionnelles (motrices, sensorielles, psychiques, cognitives et mentales), d'activités et de participation.

### Stratégies et fonctions de la santé.

La nomenclature fonctionnelle du système international des comptes de la santé (ICHA.HC) définit les grands objectifs ou fonctions de production transversales aux secteurs institutionnels et qui structurent les systèmes de comptabilité nationaux. Ces fonctions sont mises en relation avec les stratégies de l'OMS dans le tableau 1. Les activités de SSR combinent de façon variable une ou plusieurs des fonctions curative, de réadaptation et d'assistance aux activités de vie quotidienne dans les programmes de soins.

**Tableau 1 : Relation entre fonctions de production et stratégies de santé**

Nomenclature fonctionnelle de l'ICHA-HC (OCDE)	Stratégies de santé (OMS)
<b>HC.1 : Services de soins curatifs</b> Augmentation des maladies chroniques, des patients polypathologiques et des maladies non transmissibles	Soins curatifs Stratégie curative
<b>HC.2 : Services de soins de réadaptation</b> Augmentation des limitations fonctionnelle et restrictions d'activités. <i>Intention principale : optimiser les fonctions organiques et les activités</i>	Soins de réadaptation Stratégie de réadaptation
<b>HC.3 : Services de soins de longue durée</b> Augmentation des besoins d'assistance dans les activités de vie quotidienne, élémentaires et instrumentales (ADL et IADL) Frontières complexes avec l'action médico-sociale et sociale	Soins d'assistance à la vie quotidienne Stratégie de soutien
<b>HC.4 : Services de support aux soins de santé</b>	
<b>HC.5 : Biens médicaux délivrés à des patients ambulatoires</b>	
<b>HC.6 : Services de prévention et de santé publique</b>	Prévention Stratégie préventive
<b>HC.7 : Administration de la santé et assurances santé</b>	

Traduit de Gutenbrunner <sup>3</sup>

« Service » est ici entendu au sens économique (production de biens et services) et inclut les activités libérales.

## La réadaptation, stratégie du XXI<sup>ème</sup> siècle, fonction oubliée du système français

L'OMS définit la réadaptation dans le [rapport mondial sur le handicap de 2011](#)<sup>4</sup> comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement ». Les praticiens de réadaptation proviennent de domaines tels que la médecine physique et de réadaptation, la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, l'appareillage, les technologies d'assistance, les services de soutien professionnel. L'appel à l'action de l'OMS intitulé [Réadaptation 2030](#)<sup>5</sup> et le rapport intitulé « [Réadaptation dans les systèmes de santé](#)<sup>6</sup> » proposent une feuille de route destinée à promouvoir la réadaptation dans les systèmes de santé.<sup>7</sup>

La nomenclature fonctionnelle de l'ICHA classe les fonctions de production par mode de prestation. Pour la fonction HC.2 de réadaptation, ces modes de prestation sont :

- HC.2.1 Réadaptation en milieu hospitalier,
- HC.2.2 Réadaptation en hospitalisation de jour,
- HC.2.3 Réadaptation en régime ambulatoire,
- HC.2.4 Services de réadaptation à domicile.

L'ICHA incite à bien préciser le périmètre des soins de réadaptation et la frontière avec les soins de bien être, les médecines complémentaires, les soins de longue durée et les services sociaux. Elle fournit pour cela des recommandations détaillées.<sup>8,9</sup>

### Dimension institutionnelle : les prestataires du système de santé

Dans ses panoramas de la santé, l'OCDE<sup>10</sup> s'appuie sur la classification des prestataires de l'ICHA qui distingue les lits de soins curatifs, de réadaptation et des lits de soins de longue durée.<sup>11</sup> Selon la classification ICHA-HP, les activités de réadaptation spécialisée s'exercent dans des hôpitaux spécialisés HP.1.3, communément appelés *rehab centers*. Les établissements portant l'appellation d'hôpitaux mais dont l'activité principale consiste à dispenser des soins infirmiers et de réadaptation aux personnes en convalescence de type *nursing homes* sont classés sous la rubrique HP.2.1 : maisons médicalisées.

Les SSR regroupent des prestataires dont les objectifs sont des plus hétérogènes. Pour parvenir à une cohérence entre autorisations, comptabilité hospitalière, PMSI et classification, il est essentiel de bien distinguer les dimensions institutionnelles ; fonctionnelles et financières de la réadaptation, et de ne pas réduire la fonction réadaptation au secteur des SSR. Cette redéfinition doit associer toutes les parties prenantes dont les Conseils nationaux professionnels de spécialités cliniques.

### La gradation des soins : articulation structures / fonctions

L'OMS, ainsi que la stratégie nationale de santé recommandent une gradation des soins en trois niveaux : primaires, secondaires et tertiaires selon trois dimensions :

- **Technique** : rareté de certaines compétences et plateaux techniques

- **Territoriale** : égal accès aux soins par juste répartition des ressources
- **Financière** : régulation de l'accès aux soins les plus coûteux

Cette gradation est appropriée pour garantir la pertinence des parcours les soins requérant la réadaptation (tableau 2).

**Tableau 2 : le continuum de soins de réadaptation**

	<b>Aigu</b>	<b>Subaigu / Post-aigu</b>	<b>Soins au long cours</b>
<b>Niveau primaire</b>	<i>Interventions mono-disciplinaires</i>	<i>Hospitalisation de réadaptation de proximité Unités de réadaptation ambulatoire Interventions mono-disciplinaires</i>	<i>Hospitalisation de réadaptation de proximité Unités de réadaptation ambulatoire Interventions mono-disciplinaires</i>
<b>Niveau secondaire</b>	<i>Equipes mobiles de réadaptation HTP de réadaptation</i>	<i>Hospitalisation conventionnelle ou HTP de réadaptation Unités de réadaptation ambulatoire</i>	<i>Hospitalisation intermittente conventionnelle ou HTP de réadaptation Suivi spécialisé au long cours de certains groupes de patients</i>
<b>Niveau tertiaire</b>	<i>Hospitalisation aiguë de réadaptation Equipes mobiles de réadaptation</i>	<i>Hospitalisation conventionnelle ou HTP de réadaptation</i>	<i>Suivi spécialisé au long cours de certains groupes de patients</i>

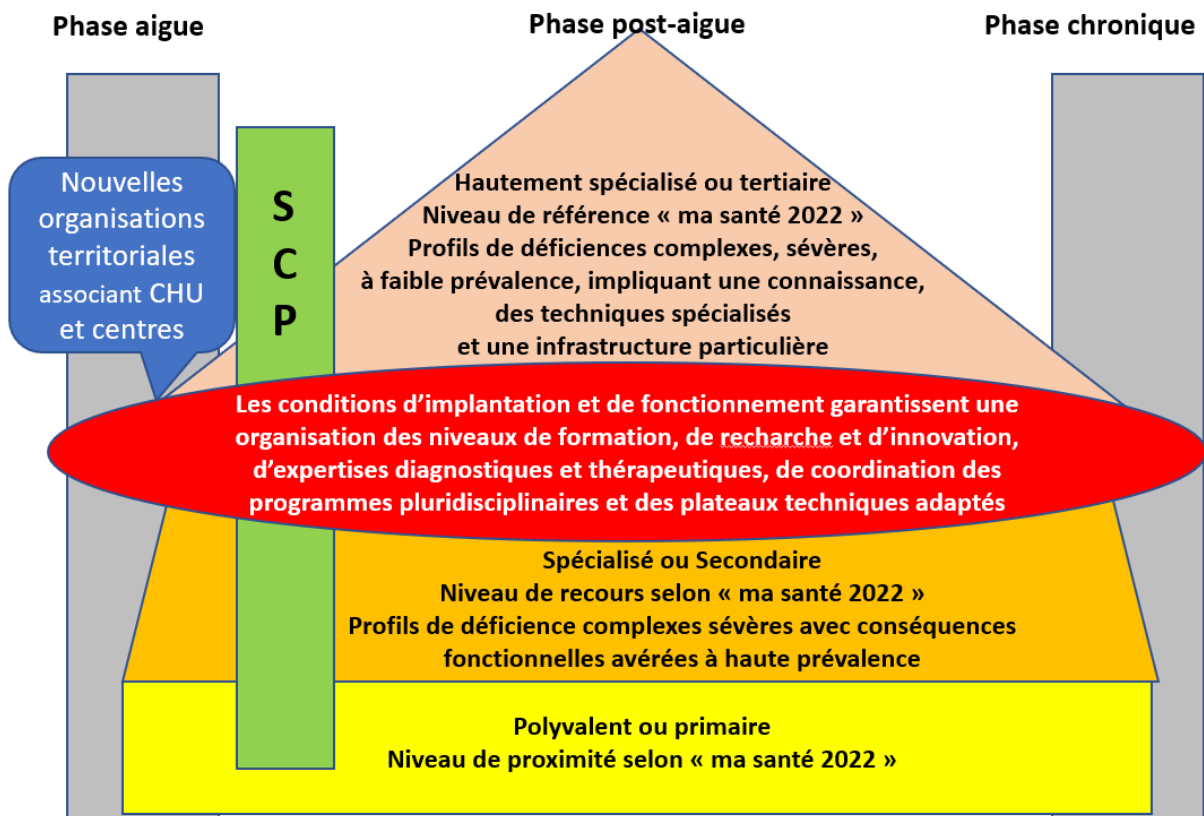
Adapté de Gutenbrunner<sup>12</sup> et de l'OMS<sup>13</sup>

« Service » est ici entendu au sens économique (production de biens et services) et inclut les activités libérales. Cette matrice croise le niveau d'acuité avec le niveau d'intensité de service.

Les liens entre gradation, structures et interventions sont soulignés dans le *White book* européen de MPR<sup>14</sup>, dans sa dernière version (Fig. 1) . Turner-Stokes montre qu'il existe une grande variation de la complexité dans les groupes des patients nécessitant une rééducation :

1. la grande majorité des patients peut être gérée à coût relativement faible avec l'apport modeste des services locaux polyvalents de réadaptation,
2. certains exigent une gestion plus intensive et des compétences plus spécifiques dans une unité spécialisée de réadaptation,
3. des patients en plus faible nombre, aux besoins très complexes nécessitent les compétences et les installations d'un centre de soins tertiaire spécialisé, souvent pour des périodes plus longues et à un coût beaucoup plus élevé

**Figure 1 : gradation des soins post-aigus / subaigus**



## Analyse de quelques systèmes internationaux

### Le système américain : FIM-FRG et RUG

Les soins post-aigus sont divisés en quatre secteurs :

- prestataires de réadaptation (*Inpatient Rehabilitation Facilities* correspondant aux *rehab centers*),
- maisons médicalisées (*skilled nursing facilities* correspondant aux *nursing homes*),
- soins prolongés (*Long Term Post-Acute Care*),
- soins à domicile.

Chaque secteur avait jusqu'ici un système de recueil des caractéristiques des patients différent et un financement spécifique.

Lorsque le système de casemix américain a été introduit dans les années 1980, la réadaptation médicale a été exclue du système des *diagnosis related groups* (DRG) car il a été reconnu que les patients hospitalisés en réadaptation ne pouvaient pas être classés de manière fiable par le diagnostic seul. Le niveau d'autonomie fonctionnelle a été considéré comme un meilleur indicateur de coût, et dans les années 1990, un système de classification basé sur la fonction (sur la base de la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle ou MIF) a été développé. Ce système de groupes reliés au statut fonctionnel basés sur la MIF (FIM-FRG) a été ensuite réorienté pour prédire les coûts totaux de réadaptation à partir de « groupes de casemix » (CMG). Ceux-ci

forment la base actuelle du remboursement par *Medicare* pour les patients hospitalisés en réadaptation aux États-Unis.

L'admissibilité à un remboursement *Medicare* nécessite le renseignement d'un ensemble de données standards constitué de diagnostics et d'informations démographiques : *Inpatient Rehabilitation Facility - Patient Assessment Instrument* (IRF-PAI) qui doit être rempli pour chaque patient dans les 72 heures suivant l'admission. La MIF est intégrée dans cet outil. De plus amples informations peuvent être obtenues à partir du site Web du Centre pour les services *Medicare* et *Medicaid* ([www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/](http://www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/)).

Notons enfin que les *Skilled Nursing Facilities (SNF)*, que l'on peut difficilement traduire en français autrement que par « soins de suite médicalisés », qui correspondent aux *nursing homes* des classifications internationales, relèvent d'une toute autre classification reposant sur le système InterRAI. Ce système, développé par une collaboration internationale, a pour objectif la création de casemix applicables pour les soins aux personnes âgées, fragiles et/ou handicapées. Il repose sur des *Resource Utilizations Groups (RUG)*. Le plus connus des systèmes de casemix InterRAI sont les groupes d'utilisation des ressources (RUG III ou IV) qui sont utilisés dans les soins institutionnels de longue durée et les SNF aux États-Unis et au Canada. Les patients sont assignés à chaque groupe sur la base des caractéristiques cliniques, et chaque groupe est réparti ultérieurement selon un score d'activité de vie quotidienne (ADL). Le groupe spécifique de réadaptation est divisé en cinq niveaux selon l'intensité des interventions, tandis que les patients ayant des déficiences cognitives ou des problèmes de comportement sont classés sur la base d'un score de réadaptation infirmier. Ce système présente l'inconvénient des systèmes à la journée pondérée, celui de lisser les ressources requises pour des programmes de réadaptation intensive et complexe.

### **L'IMPACT ACT et les paiements regroupés**

Face à l'asymétrie d'information et à la crainte de non pertinence des soins en termes de qualité et de coûts, l'IMPACT-ACT de 2014, visant la transformation des soins post-aigus aux USA promeut un système uniforme de données et un financement fondé sur les caractéristiques des patients plus que sur la structure ou la quantité de soins reçus, notamment en réadaptation<sup>15</sup>. Notons que même s'ils sont disparates les outils américains sont beaucoup plus robustes que ceux du PMSI-SSR français<sup>16</sup> qu'il s'agisse de la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), du *resident assessment instrument* (RAI) ou des *Standardized patient assessment data elements* (SPADE) en cours d'implémentation dans le système américain post-aigu.<sup>17</sup>

### **Australie**

#### **Le système australien : le système AN-SNAP**

Le système AN-SNAP s'inspire du système américain. La classification distingue les *rehab centers* et la réadaptation gériatrique (*subacute care*) des *nursing homes* (*non acute care*).

Le système australien de casemix a été développé selon un schéma globalement similaire à celui des États-Unis. Le système de classification des patients (SCP) à visée tarifaire pour le financement des soins de santé a d'abord été introduit dans l'état de Victoria en 1993, et depuis lors, la plupart des états ont évolué soit vers un financement basé sur le casemix ou en utilisant le casemix comme système d'information pour la mise en œuvre du processus de budgétisation. Lorsque le système des Australian National Diagnosis Related Groups (AN-DRG) a été introduit, il a été reconnu que les coûts des soins subaigus (comprenant la médecine de réadaptation, les soins palliatifs, la psychogériatrie et l'évaluation des soins aux personnes âgées) n'étaient pas bien décrits par le système. Comme aux États-Unis, des groupes liés au statut fonctionnel ont été identifiés comme une meilleure méthode pour déterminer le coût différentiel des épisodes de réadaptation.

La classification AN-SNAP, basée sur la MIF, a été reprise plus largement à travers l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Elle est en cours d'adoption par le gouvernement australien dans son nouveau modèle de casemix pour le financement national.

A la différence du système américain le système de financement australien est un modèle de paiement pondéré hybride *per diem* et *per case*. De plus amples informations peuvent être obtenues sur le site du centre de résultats de la réadaptation de l'Australie (AROC) (<http://chsd.uow.edu.au/aroc>)

### **Royaume Uni : Les *Healthcare resource groups***

Marqué par une régulation publique plus forte, le Royaume-Uni promeut une gradation des soins dans certains champs de la réadaptation comme la neuro-réadaptation : soins primaires, secondaires et tertiaires. L'orientation est fondée sur un système de classification des besoins recherchant aussi à refléter les coûts prévisibles : statut fonctionnel, échelle de complexité des besoins de réadaptation<sup>18</sup> (RCSe, tableau 3), outils prédictifs des coûts des soins médicaux et infirmiers. Le système de financement est séquentiel, multigradué et à la journée pondérée. Le Royaume-Uni a renoncé à utiliser les DRG trop peu descriptifs des prises en charge spécialisées et inadaptés à son système de soins.

Recherchant des classifications alternatives aux DRG il a introduit un tarif par épisode basé sur une classification casemix en groupes de ressources de soins de santé (*Healthcare Resource Groups* ou HRG), construits à partir d'une combinaison de diagnostic (CIM-10) et de codes de procédures (OPCS). Un autre défi est présenté par la variation de charge de travail entre les différents niveaux de service spécialisés. Les services de réadaptation ont mis au point un modèle à trois niveaux : local, district et services régionaux. Pour des raisons de masse critique, les cas complexes ont été

regroupés en centres régionaux (tertiaires) avec le personnel spécialisé, les installations et les équipements nécessaires.

Après 2003, le développement de la version 4 du *casemix* fondé sur les HRG a conduit à l'inclusion de 23 codes pour la réadaptation, dont trois pour l'évaluation et 20 pour les soins aux patients hospitalisés.

Il est proposé, d'abord pour la neuro-réadaptation, avec l'objectif d'une extension à d'autres champs de la réadaptation, des HRG qui sous-tendent un modèle de financement multi-gradué. Pour les patients atteints de lésions cérébrales et d'autres handicaps neurologiques complexes, les experts ont considéré que l'indépendance fonctionnelle mesurée par la MIF est un prédicteur insuffisant des besoins de réadaptation et qu'elle doit être associée à d'autres outils d'identification des besoins.

La classification casemix est proposée sur la base de la complexité des besoins en matière de réadaptation (y compris les soins, les soins infirmiers, la thérapie spécialisée et l'intervention médicale) telle que mesurée par l'échelle de complexité des besoins de réadaptation. Un modèle de paiement à la journée a été développé dans le cadre de la réadaptation neurologique, mais son application est prévue dans d'autres domaines de la réadaptation, une fois validée dans ce contexte. Ce modèle est donc basé sur les éléments suivants :

1. L'évaluation de la complexité des besoins en réadaptation qui est la clé de l'orientation des patients entre les unités (*Rehabilitation Complexity Scale Extended*).
2. Des outils d'évaluation du statut fonctionnel approprié au niveau de soins considéré (MIF, MAF ou Barthel pour les niveaux de proximité).
3. Des outils évaluant l'intensité des soins médicaux et infirmiers.

Le modèle applique un tarif multi-niveau à cinq niveaux simples grâce à la graduation de la complexité, de sorte que le niveau de remboursement change avec l'exigence d'intervention au cours de la progression de l'épisode. En conclusion, ni le système des FRG ni système des RUG n'ont été jugés assez pertinents pour repérer les procédures complexes de réadaptation requises pour certains groupes de patients, procédures dont la spécificité et la prise en compte des ressources impliquées fait partie intégrante du modèle britannique.

## **Pays Bas**

Nous empruntons les données suivantes à Marc Pulik<sup>19</sup>. Les Pays-Bas ont connu un virage ambulatoire majeur qui, en réadaptation, a ramené à 3% de lits de réadaptation avec en outre 11% de lits de soins de longue durée (panorama OCDE 2017). La proportion entre lits et places en soins post-aigus semble inversée par rapport à la France, mais des lits classés en SSR en France dont les activités correspondent à des *nursing homes* ne seraient pas classés en lits hospitaliers aux Pays Bas. Les liens sont plus étroits entre aigu et post-aigu : les patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux, les traumatisés crâniens, les polytraumatisés sont évalués à J0 par un MPR



directement en Unité neuro-vasculaire ou en réanimation. L'avis MPR détermine la décision de l'étape suivante. Ce système permet la pratique d'une réadaptation précoce ou « *acute rehabilitation* » avec les moyens, les compétences et la technicité requis dès H24 ou H48. Cependant on note parallèlement une insuffisance des capacités en neuro-réadaptation. L'adaptation des logements est facilitée après avis d'orientation MPR. Si une orientation vers le domicile avec des limitations fonctionnelles / un risque de handicap séquellaire est envisagée, l'adaptation du domicile ou le déménagement vers un logement adapté sont organisés. Si le coût de l'adaptation au handicap est inférieur à 45 000 €, il est pris en charge en totalité, s'il est supérieur à 45 000 €, le déménagement vers un logement adapté est organisé.

Si les différences sont marquées avec la France et notamment l'articulation très rapide avec la réintégration sociale, il n'y a pas de certitude sur la qualité des soins, dans ce modèle du *managed care*, pour des dépenses de santé plutôt supérieures à celles de la France.

### **Organisation et financement des SSR en France : un statu quo impossible**

Avec 25% des lits hospitalières le secteur des SSR est un des plus hétérogènes du monde en termes de prestataires. Centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence, soins pour conduites addictives y ont été réunis dans un concept de soins post-aigus correspondant aux anciennes structures de « moyen séjour ».

C'est aussi un secteur qui n'a pas spécifié ses objectifs, ou fonctions de production, selon les classifications internationales : soins curatifs, soins de réadaptation et assistance à la vie quotidienne. Le droit des autorisations de 2008 a supprimé la segmentation institutionnelle entre soins de suite et réadaptation sans introduire de nomenclature fonctionnelle par objectifs. La réduction de la dimension fonctionnelle à la dimension institutionnelle a conduit à la confusion de la réadaptation avec le secteur des SSR et le droit des autorisations en SSR vers une logique d'intégration verticale des filières selon les catégories médicales et curatives de l'aigu.

Les sections d'analyse de la comptabilité analytique hospitalière (CAH) ne sont pas non plus spécifiées selon la nomenclature fonctionnelle internationale. La CAH, établie en France dans les années 90, reste fondée sur les catégories curatives du MCO, malgré les préconisations des nomenclatures internationales, la première version de l'ICHA ayant été publiée en 2000. La CAH regroupe les activités en Sections d'analyse cliniques (SAC) définis selon les catégories de l'aigu et les activités de rééducation-réadaptation sous forme de Sections d'analyse médico-techniques (SAMT), les coûts étant déversés sur des centres de coûts cliniques épousant les catégories curatives.

Le PMSI-SSR permet la description quantifiée, et en termes médicaux, de l'activité des établissements et, d'autre part, au moyen d'un algorithme s'appuyant sur les informations contenues dans le recueil, de regrouper les séjours hospitaliers en ensembles pouvant fonder une part du financement des établissements. Il recueille trois grands types de données :

- caractéristiques des patients en termes d'âge, diagnostics, indicateur chirurgical,
- caractéristiques des patients en termes de dépendance selon l'échelle PMSI,
- données d'activité clinique sous forme d'actes CCAM et CSARR

La classification actuelle est plus statistique et comptable que clinique. L'unité de groupage est le séjour en hospitalisation conventionnelle, et la semaine en hôpital de jour. Les données des enquêtes nationales des coûts combinés aux données PMSI par catégories majeures et groupes nosologiques épousant les catégories curatives sont appliqués à la globalité des SSR et segmentent les groupes nosologiques en 273 racines de groupes médico-économiques (GME) et 723 GME. L'hétérogénéité des prestataires, les insuffisances descriptives du PMSI-SSR (faiblesse du statut fonctionnel et périmètre exubérant du CSARR) et l'absence de segmentation fonctionnelle de la CAH aboutissent à l'impossibilité d'un SCP satisfaisant aux principes des classifications prospectives par cas. Les groupes ne sont homogènes ni en termes d'objectifs de soins, ni en termes de programmes cliniques requis, ni en termes de coûts.

Un même GME peut être observé dans diverses autorisations avec des procédures de prises en charge très différentes, en termes de combinaison des compétences, des ressources humaines, techniques et financières. Par exemple un GME appartenant au groupe nosologique « AVC avec hémiplégié » sera observé en SSR polyvalent, en SSR gériatrique ou en SSR système nerveux. Les groupes de la classification en GME construits par des méthodes statistiques issu du PMSI et de la CAH ne représentent ni des procédures ni des coûts homogènes. Ils sont notamment dans l'incapacité de capter de façon différenciée :

- L'intensité des soins curatifs (traitement des maladies)
- La complexité et la technicité des soins de réadaptation (optimiser les fonctions)
- Les soins de longue durée, définis comme assistance aux AVQ élémentaires et complexes de la vie quotidienne

### **Conclusion et perspectives**

Les comparaisons internationales nous incitent à préciser le périmètre de la réadaptation et des soins subaigus/post-aigus dans les trois dimensions institutionnelles, fonctionnelles et financières préconisées par l'OCDE et l'ICHA.

Comme l'avait signalé le rapport de la Cour des comptes sur les SSR en 2012, la spécification des SSR est inachevée et ne permet pas un financement répondant aux programmes cliniques requis. De plus, l'absence d'identification des fonctions de production (ICHA-HC) – ou finalités des SSR - rend difficile l'identification des déterminants de l'hébergement en secteur sanitaire indispensable au virage ambulatoire. Plus le système fonctionne en silo, plus le recours à l'hospitalisation augmente et plus la pression de la production de l'amont s'impose à l'aval. Les SSR

sont de plus en dépendants de l'organisation de l'amont et de l'aval, la fragmentation soins /social restant la principale cause du caractère chaotique des parcours.

Les finalités principales des SSR n'étant pas différenciées, les modes de production hospitaliers et ambulatoires et les sous-fonctions de production de réadaptation ne peuvent l'être non plus, à l'inverse de la segmentation des activités citée par le centre fédéral d'expertise belge : Réadaptation neurologique, Réadaptation locomotrice, Réadaptation cardiaque...

En termes de gradation des soins, l'absence conjointe de critères de prise en charge fondés sur une fonction claire de réadaptation pour les structures autorisées, de garde-fous sur les conditions techniques de fonctionnement et de fonction de réadaptation dans la CAH explique le mécanisme de lissage à la moyenne des référentiels de coûts issue de l'ENC-SSR et l'impossibilité croissante de financer les programmes à forte densité de rééducation-réadaptation.

Un scénario d'évolution de l'organisation et du financement des SSR « au fil de l'eau », sans réforme radicale, freinerait l'adaptation aux nouveaux besoins épidémiologiques avec les pertes de chance qui en résultent. Il paralyserait toute stratégie de santé visant l'intégration territoriale, une transition ambulatoire et une gradation des soins épousant la technicité des prises en charge et les coûts de production.

Notre prochain article présentera les outils de description nécessaire au financement de demain (à paraître dans la Revue Hospitalière de France n° 590, septembre octobre 2019)<sup>20</sup>. Nous tirerons des comparaisons internationales des enseignements et préconisations pour la recherche d'un système de classification à visée tarifaire pour les SSR français.

Tableau 3 : Quels systèmes de classification des patients pour financer la réadaptation ? - Confrontation des expériences internationales

Pays	Concept de Réadaptation et sa place dans le système de santé	Système de données	Recueil des caractéristiques des patients et procédures	Classification des patients à visée tarifaire	Système de tarification
USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inpatient Rehabilitation Facilities (IRF)</li> <li>- Skilled Nursing Facilities (SNF)</li> <li>- Long Terme Care Hospital (LTCH)</li> <li>- Home Health Agencies (HHA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IRF-PAI</li> <li>MDS 3.0</li> <li>LCDS</li> <li>OASIS</li> </ul>	Evolution de la MIF et du Resident Assessment Instrument (RAI) vers un outil commun d'évaluation : <i>Standardized Patient Assessment Data Elements (SPADE)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Case-Mix Groups</i> dérivés des FIM-FRG</li> <li>RUG IV</li> <li>Réforme vers le <i>Resident Classification System</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Per case</i> en IRF</li> <li><i>Per diem</i> en SNF (réforme)</li> <li>Réforme dans le cadre de l'IMPACT ACT : évolution vers un système uniforme de données et de paiement avec paiements regroupés</li> </ul>
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réadaptation</li> <li>- Soins prolongés/ de longue durée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNIR &amp; SISLD</li> </ul>	<u>MIF</u> + outils ICIS & RAI MDS 2.0	FRG & RUG	Pas de paiement à l'activité actuellement
United Kingdom	<p>3 niveaux en neuro-réadaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyvalent,</li> <li>• Spécifique,</li> <li>• Très spécifique</li> </ul>	UKROC dataset	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Rehab Complexity Scale</i> RCS</li> <li><u>MIF</u> + MAF (statut fonctionnel)</li> <li>NPDS NPTDA (besoins médicaux et infirmiers)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Healthcare Resource Groups (HRG)</i></li> <li><i>Adaptés à la gradation des soins</i></li> </ul>	Refus des DRG: Healthcare Related Groups Financement <i>per diem</i> , séquentiel et multi-niveau
France	Réforme des autorisations de 2008 SSR polyvalents et spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>PMSI-SSR</li> <li>Diagnostics Dépendance</li> <li>CSARR</li> </ul>	«Dépendance » PMSI-SSR Validation en cours du Score d'activités de la SOFMER (SAS). Choix d'échelles validées ?	Groupes médico-économiques (GME) de la DMA en SSR Simplification du CSARR	Unité de groupage séjour en HC, semaine en HDJ Système hybride <i>per diem</i> et <i>per case</i> : 3 zones
Australie	<i>Subacute &amp; Non acute</i> Réadaptation, gériatrie, psycho-gériatrie, soins palliatifs & soins de maintenance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimum data set</li> <li>AN-SNAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>MIF</u></li> <li>HoNOS</li> <li>RUG - ADL</li> </ul>	Classes sub-aigues et non aigues pour les soins hospitaliers et ambulatoires	Système hybride <i>per diem</i> et <i>per case</i> pour un même séjour. Classification incluant soins hospitaliers et ambulatoire

---

<sup>1</sup> OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, OECD Publishing. 2011.  
URL: <http://www.who.int/health-accounts/documentation/sha2011.pdf?ua=1>

<sup>2</sup> Skempes D et al. Health-Related Rehabilitation and Human Rights: Analyzing States' Obligations Under the United Nations Convention on the Rights of Persons With Disabilities. Arch Phys Med Rehabil 2015; 96:163-173. URL :  
[https://www.researchgate.net/publication/264867415\\_Health-Related\\_Rehabilitation\\_and\\_Human\\_Rights\\_Analyzing\\_States'\\_Obligations\\_Under\\_the\\_United\\_Nations\\_Convention\\_on\\_the\\_Rights\\_of\\_Persons\\_with\\_Disabilities](https://www.researchgate.net/publication/264867415_Health-Related_Rehabilitation_and_Human_Rights_Analyzing_States'_Obligations_Under_the_United_Nations_Convention_on_the_Rights_of_Persons_with_Disabilities)

<sup>3</sup> Gutenbrunner C. Dimensions for Service Organization in Rehabilitation (ICSO-R) Christoph Gutenbrunner CHARM Workshop on Classification Systems for (Re-) Habilitation Services Oslo, Norway, April 25, 2017  
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/arrangementer/dimensions-icsor-gutenbrunner.pdf>

<sup>4</sup> Rapport mondial sur le Handicap. URL :  
[https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/fr/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/) Site consulté le 9 mai 2019

<sup>5</sup> Rehabilitation 2030. URL : <https://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

<sup>6</sup> Rehabilitation in Health Systems/ URL :  
[https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation\\_health\\_systems/en/](https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation_health_systems/en/)

<sup>7</sup> United Nations. Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006. URL: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

<sup>8</sup> [Health Accounts methodology](https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/) URL : <https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>

<sup>9</sup> [ACCOUNTING AND MAPPING OF LONG-TERM CARE EXPENDITURE UNDER SHA 2011 March 2018](https://www.oecd.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf)  
URL : <https://www.oecd.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>

<sup>10</sup> [Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr;jsessionid=mgbJkpkY8sd8JRmyOcVGTId.ip-10-240-5-183) (consulté le 16 février 2019)  
URL : [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017\\_health\\_glance-2017-fr;jsessionid=mgbJkpkY8sd8JRmyOcVGTId.ip-10-240-5-183](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr;jsessionid=mgbJkpkY8sd8JRmyOcVGTId.ip-10-240-5-183)

<sup>11</sup> OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, OECD Publishing. 2011.  
URL: <http://www.who.int/health-accounts/documentation/sha2011.pdf?ua=1>

<sup>12</sup> Gutenbrunner C. Dimensions for Service Organization in Rehabilitation (ICSO-R) Christoph Gutenbrunner CHARM Workshop on Classification Systems for (Re-) Habilitation Services Oslo, Norway, April 25, 2017  
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/arrangementer/dimensions-icsor-gutenbrunner.pdf>

<sup>13</sup> Priority Activities of the WHO Secretariat 2018-2020 Stakeholder Consultation Meeting Report WHO Headquarters, Geneva Switzerland 11-12 January 2018

---

[https://ialpasoc.info/wp-content/uploads/2018/02/Meeting-report\\_Rehab-2030-Stakeholder-Consultation.pdf](https://ialpasoc.info/wp-content/uploads/2018/02/Meeting-report_Rehab-2030-Stakeholder-Consultation.pdf)

<sup>14</sup> WHITE BOOK ON PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN EUROPE

Url: [https://www.euro-prm.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=111:3rd-edition-of-whitebook-on-prm-published&catid=22:latest-news&lang=en&Itemid=136](https://www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111:3rd-edition-of-whitebook-on-prm-published&catid=22:latest-news&lang=en&Itemid=136)

<sup>15</sup> June 2017 Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System. Site consulté le 21 avril 2018: <http://www.medpac.gov/-documents-/reports>

<sup>16</sup> Revue de littérature sur les échelles de mesure de la dépendance utilisables dans les classifications médico-économiques des champs sanitaires HAD, SSR, PSY. Préparé par Mapi Consultancy pour l'ATIH. Juillet 2013.

<sup>17</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>18</sup> Turner-Stokes L, Scott H, Williams H, Siegert R. The Rehabilitation Complexity Scale-extended version: detection of patients with highly complex needs. *Disabil Rehabil.* 2012;34(9):715-20.

<sup>19</sup> Pulik M, Hatem K. ANAP. Journée nationale SSR et territoires du 06/07/2017.

URL :

[http://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/actualites/JN\\_SSR\\_2017/3.ANAP\\_SSR\\_REX\\_Etra ngers.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/actualites/JN_SSR_2017/3.ANAP_SSR_REX_Etra ngers.pdf)

<sup>20</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)