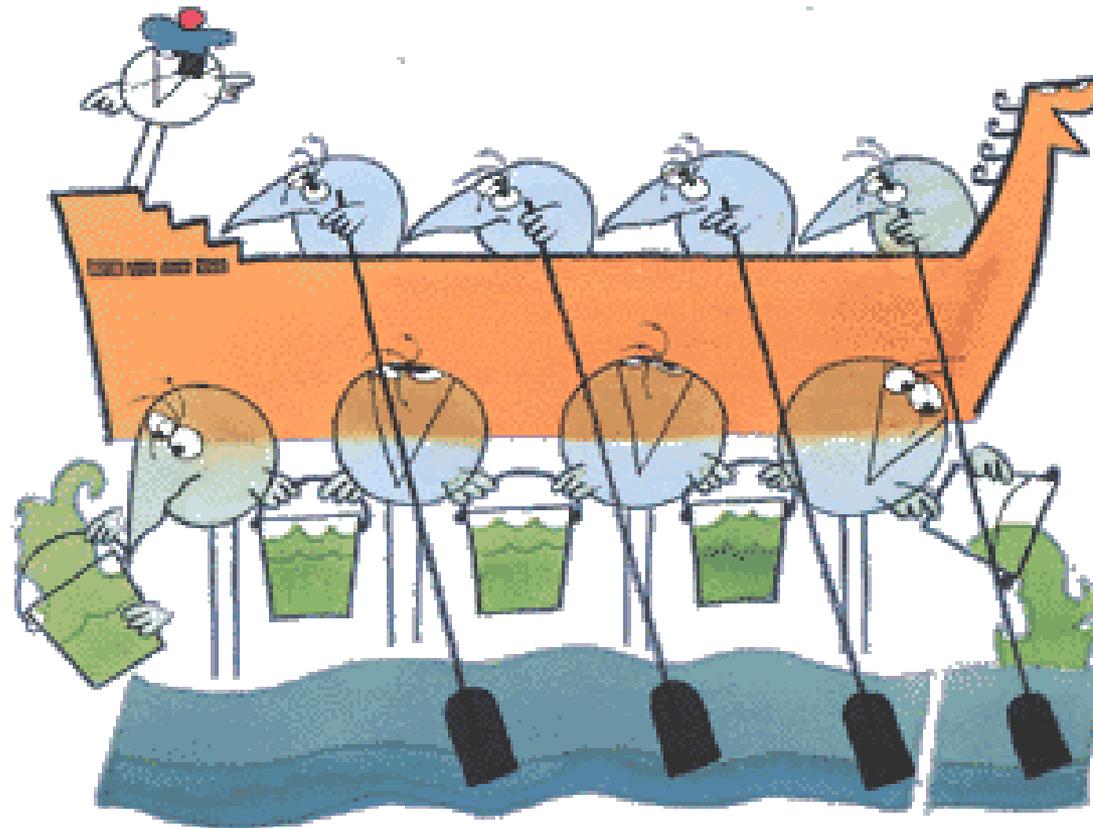


Point sur les réformes des autorisations en SSR, en attendant les nouveaux décrets



Jean-Pascal Devailly, le 9 octobre 2020

La lettre du médecin rééducateur avril 1986.

Pr. Jean-Pierre Held

Depuis son origine, la médecine de rééducation* a eu des difficultés à voir son existence reconnue.

Sur le plan de l'enseignement, deux "batailles" successives ont rassemblé tous les médecins de la spécialité pour obtenir que la rééducation figure parmi les Diplômes d'Etudes Spécialisées. Sur le plan du classement de la discipline, le problème est plus complexe et mérite réflexion. De nombreux textes ont depuis 1972 tendance à classer la rééducation dans ce cadre très mal délimité qu'est le moyen séjour, utilisant, par un artifice très contestable, une durée de séjour, alors que notre discipline est caractérisée essentiellement par une prise en charge spécifique et globale de la personne handicapée.

Le moyen séjour est actuellement un fourre-tout où le Ministère de la Santé a inclus, outre la rééducation, des faits aussi disparates que la convalescence, les chroniques, la lutte contre la tuberculose, la post-cure pour malades mentaux, alcooliques ou toxicomanes... C'est dire que nous considérons que notre discipline doit être exclue de ce cadre...

**Aujourd'hui Médecine physique et de réadaptation*

Les SSR en 2020

- **Créés en 1991, ils réunissent l'ensemble des ex « moyens séjours » en un grand fourre-tout** constituant un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde : maison de repos, de convalescence, de cure médicale, addictions...
- **25% des lits hospitaliers**, en proportion **plus de la moitié du nb de lits de MCO**
- Correspondent à l'étranger à des centres ou services de réadaptation (*rehab centers*), des maisons médicalisées (*nursing homes*), des soins pos-aigus prolongés et de soins « de transition ». Ce secteur contribue à la surestimation des lits hospitaliers en France
- **Absence de spécification des « fonctions »** ou finalités fondamentales conditionnant des programmes de soins homogènes sur le plan clinique et économique (Cour des Comptes 2012)
- **Pas de définition claire de la réadaptation** (confusion croissante avec les activités SSR) d'où la difficulté à concevoir des entités organisationnelles et comptables adaptés
- **Comptabilité SSR adaptée de l'aigu** (la réadaptation est analysée en section d'analyse médico-techniques auxiliaires)
- En **2008** suppression de la distinction entre activités de « soins de suite » et activités de « réadaptation »
- **Dépendance croissante à l'organisation de l'amont et de l'aval**
- Autant de conditions constituant des **obstacles préalables** à l'identification de modèles organisationnels et financiers robustes

SSR et capacités d'accueil à l'hôpital

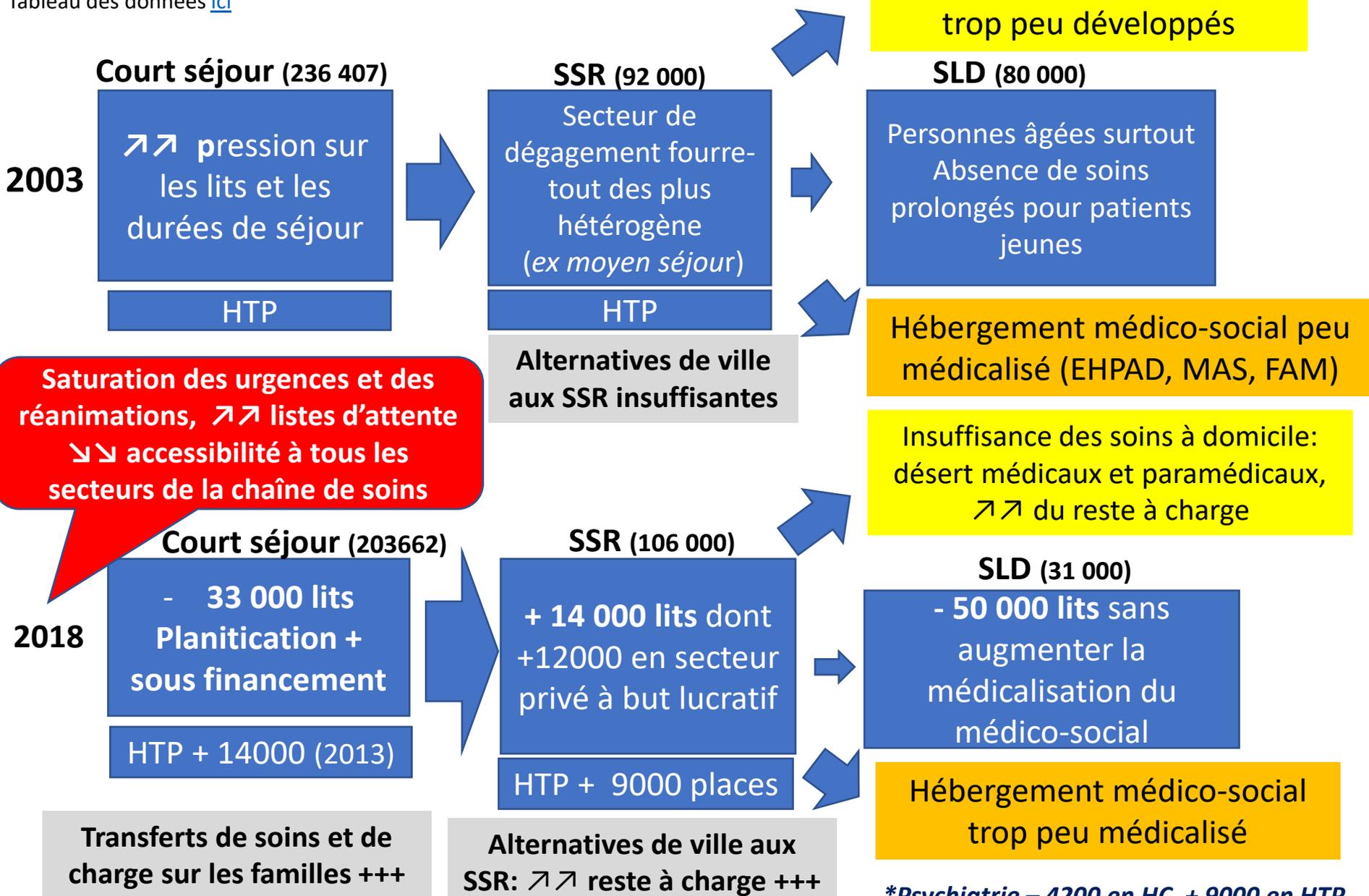
- Entre **2003 et 2018**, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de **468 000 à 396 000**,
- Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [**MCO**]) a diminué de **-33 000 lits en 15 ans**
- **SSR: augmentation de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2018** (+12000 lits en secteur privé à but lucratif)
- Entre 2003 et 2018, le nombre total de lits en **psychiatrie a diminué de 4 200**: – 7000 en secteur public et + 3800 en secteur privé à but lucratif
- **HTP: En SSR** : 9 000 places ont été créées en 15 ans, soit un quasi triplement des capacités d'accueil.

L'épidémie COVID 19 a percuté un système à bout de souffle

Entre 2003 et 2018 réduction de 468 000 à 396 000 lits d'hospitalisation à temps complet*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-20.pdf>

Tableau des données [ici](#)



Capacités et activités des SSR selon leur statut juridique en 2018

	Secteur public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	905 ↗	467 ↗	475 ↗	1847 ↗
Lits et places HTP	45478 ↗	34870 ↗	39450 ↗	119798 ↗
Part en %	3806 ↗ 8% →	5509 ↗ 16% ↗	4933 ↗ 13% ↗	14248 ↗ 12% ↗
Nombres de séjours en milliers HTP	580 ↘	437 ↗	460 ↗	1476 ↗
Part en %	159 ↗ 27% ↗	156 ↗ 36% ↗	106 ↗ 23% ↗	421 ↗ 29% ↗
Nombre de journées en milliers HTP	14124 ↘	10067 ↘	13386 ↗	37577 ↗
Part en %	1031 ↗ 7% →	1572 ↗ 16% ↗	1747 ↗ 13% ↗	4350 ↗ 12% ↗
DMS hospitalisation complète en journées	34 ↗	33,3 ↘	35,8 ↗	34,4 ↗

Aides soignants: 0,4 ETP par lits en public, 0,3 en privé non lucratif et 0,2 en privé lucratif

IDE: 0,3 ETP par lits en public, 0,2 en privé non lucratif et 0,2 en privé lucratif

↗ et ↘ : Augmentation ou diminution par rapport à 2017

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2017

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	900	465	476	1 841
Nombre de lits et places, dont :	45 434	34 627	38 870	118 931
hospitalisation partielle (part en %)	3 528 (8 %)	5 174 (15 %)	4 504 (12 %)	13 206 (11 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	584	434	457	1 475
hospitalisation partielle (part en %)	151 (26 %)	150 (35 %)	98 (21 %)	399 (27 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 262	10 099	13 181	37 542
hospitalisation partielle (part en %)	992 (7 %)	1 545 (15 %)	1 589 (12 %)	4 127 (11 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés ¹ en 2017 (en journées)	33,6	33,7	35,3	34,2
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit)	0,4	0,3	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation ² (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel ³ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

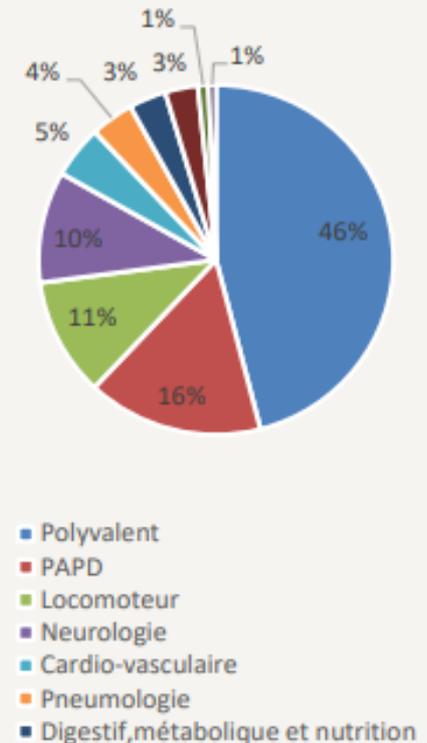
Avec la classification en GME actuelle, apparaît un cercle vicieux liant la sous valorisation des programmes à forte densité de RR, à l'absence de conditions de fonctionnement garde-fous qui permet l'utilisation des effectifs comme variable d'ajustement budgétaire et enfin aux échelles de coûts qui enregistrent une diminution des effectifs disponibles.

SSR: nombre d'autorisations selon les mentions

Mention	Nombre d'autorisations	Répartition des ES par mention
Polyvalent	1751	46%
PAPD	611	16%
Locomoteur	415	11%
Neurologie	393	10%
Cardio-vasculaire	184	5%
Pneumologie	150	4%
Digestif,métabolique et nutrition	129	3%
Addictologie	113	3%
Onco-hématologie	36	1%
Brûlés	26	1%
Total	3808	100%

Source ARGHOS au 31/07/2018

La part de chaque mention



Les principales mentions représentées sont:

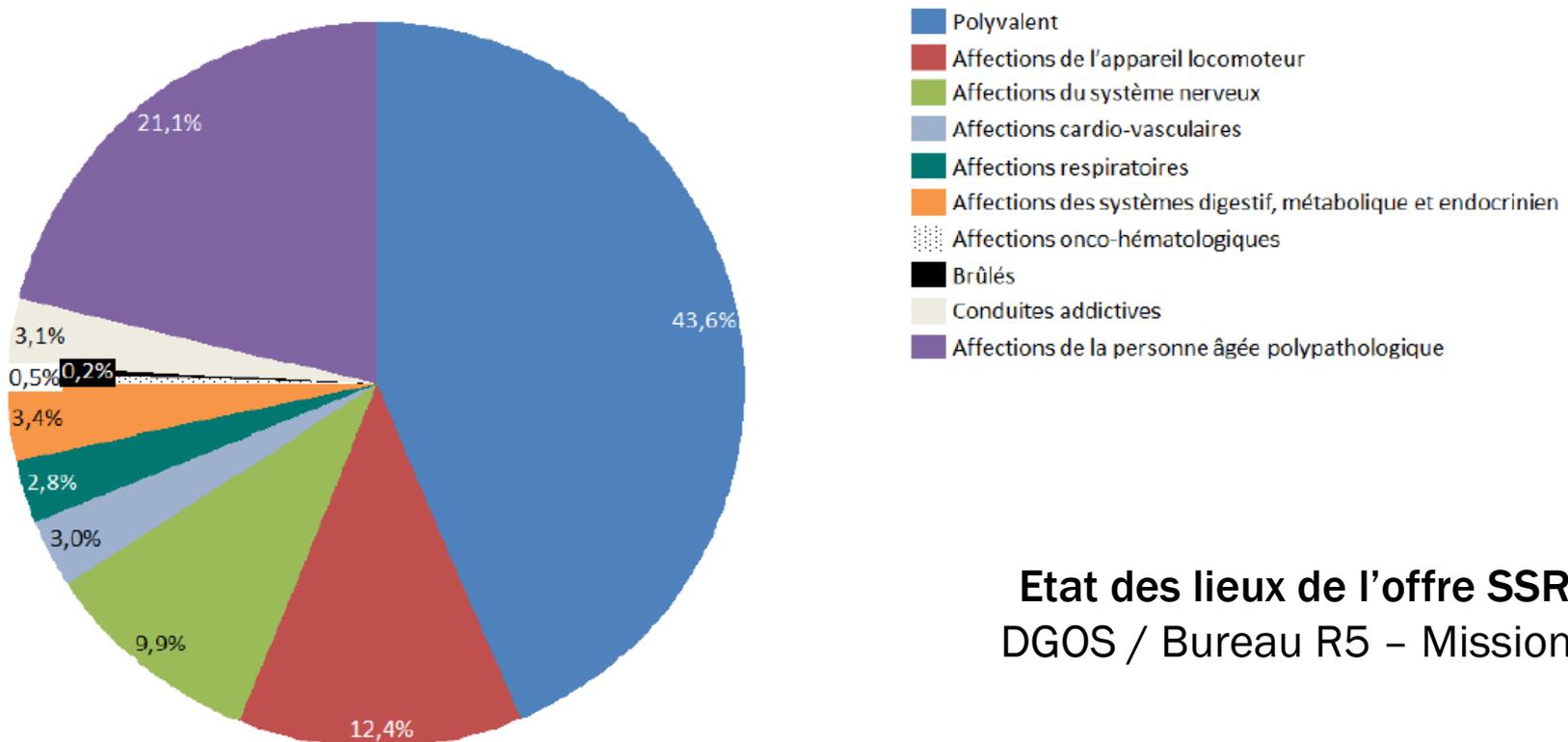
- 46% pour la mention polyvalent
- 16% pour la mention PAPD
- 11% pour la mention locomoteur
- 10% pour la mention neurologie

Un établissement peut avoir plusieurs autorisations.

Offre de soins en SSR: répartition par mention

L'offre en lits d'hospitalisation complète est représentée pour les 2/3 par les SSR polyvalents et spécialisés dans la prise en charge des « affections de la personne âgée polypathologique ». Enfin, un peu plus de 20% des capacités globales en HC sont constituées par les mentions « affections de l'appareil locomoteur » et « affections du système nerveux ». Les sept autres mentions spécialisées représentent moins de 20% des capacités globales en HC en 2016.

Répartition des capacités en lits (HC) globales France entière par mention (2016)

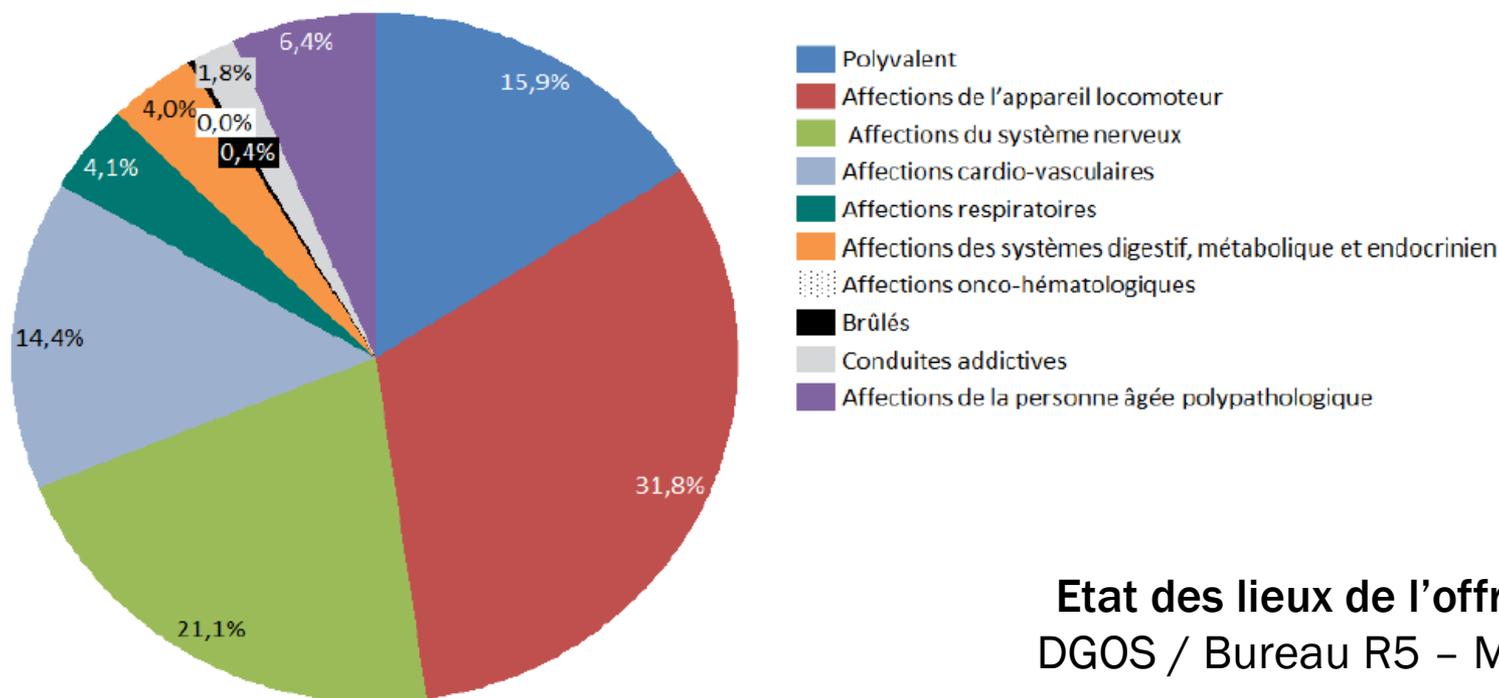


Etat des lieux de l'offre SSR
DGOS / Bureau R5 – Mission SSR

Offre de soins en SSR: répartition par mention

L'offre en places d'hospitalisation partielle est plus éclatée entre l'offre polyvalente et les différentes mentions spécialisées. Ainsi, l'offre en HP polyvalente et spécialisée dans la prise en charge des « affections de la personne âgée polypathologique » représente environ 20% de l'offre globale en HP (contre 60% pour l'HC). Plus de la moitié de l'offre en HP est assurée par les mentions spécialisées « affections de l'appareil locomoteur » et « affections du système nerveux ».

Répartition des capacités en places (HP) globales France entière par mention (2016)

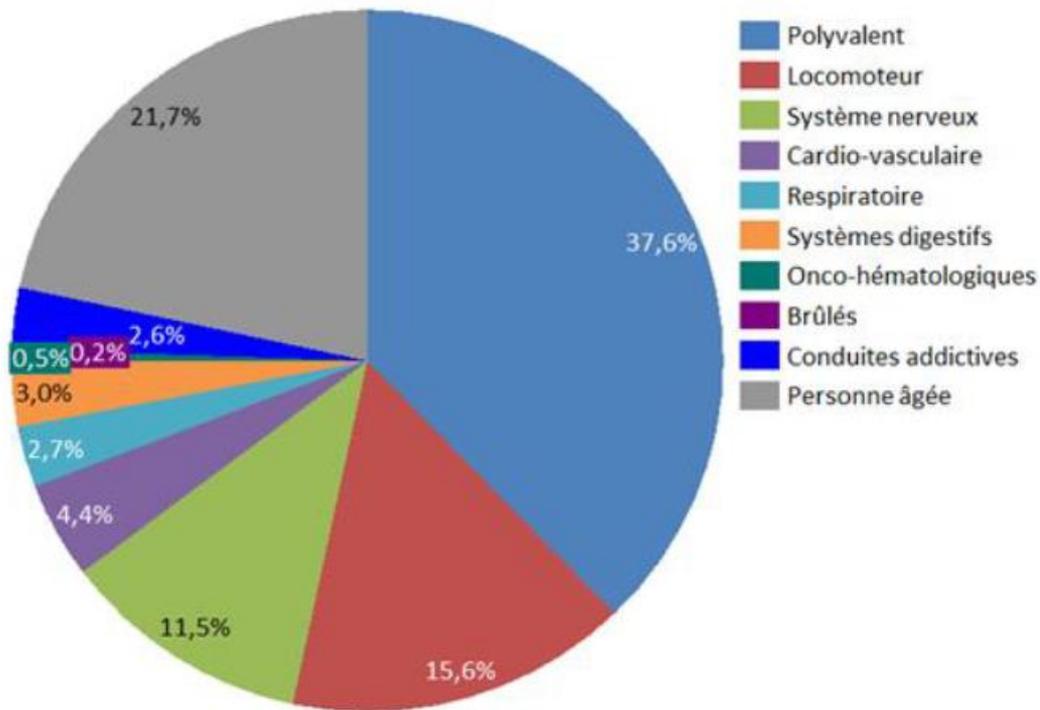


Etat des lieux de l'offre SSR
DGOS / Bureau R5 – Mission SSR

ACTIVITE PAR MENTIONS

La répartition de l'activité (en journées) par mention est équivalente à celle des capacités globales. Ainsi, les activités de polyvalent et des affections de la personne âgée polyopathologique représentent près de 60% des journées (HC et HP) en 2016 ainsi que 60% des capacités globales.

Répartition du nombre de journées (HC et HP) 2016 par mention

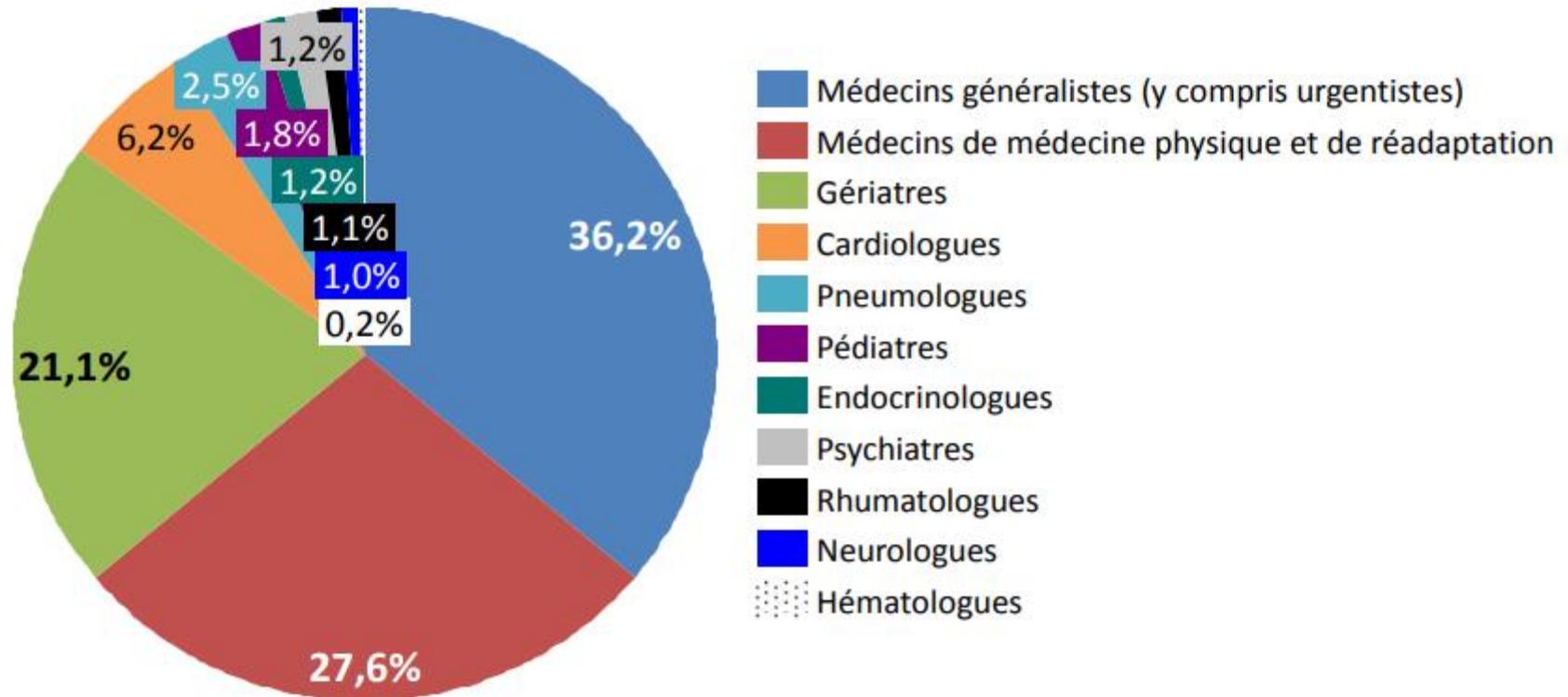


Source : PMSI 2016 (ATIH)

Des ressources médicales représentées en majorité par trois disciplines

Etat des lieux de l'offre SSR
DGOS / Bureau R5 – Mission SSR

Répartition du personnel médical en 2016 (ETP)

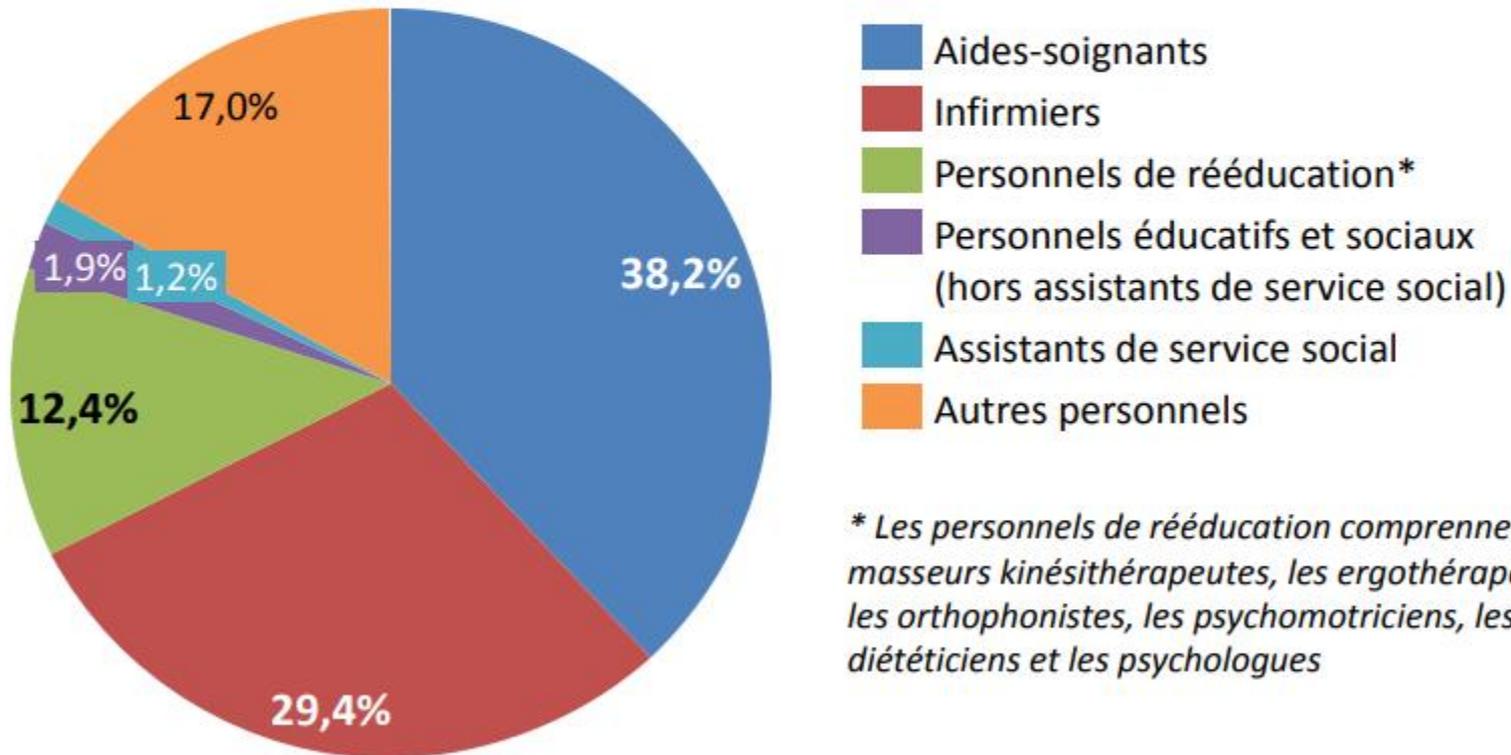


→ Près de 60% des médecins en SSR en 2016 sont des généralistes et des gériatres

→ Les autres spécialités (hors MPR) représentent 15% des médecins

Les professions alliées en SSR: en majorité des personnels soignants

Répartition du personnel non médical en 2016



→ Près de 70% des personnels non médicaux en SSR en 2016 sont des soignants (IDE et AS)

Réformes: les grands chantiers en cours

- GT autorisations SSR
- GT réformes du PMSI
- GT réformes de la classification
- Instruction gradation des prises en charge ambulatoires en ES

La faible participation des cliniciens dans le choix des parties prenantes

23 GT sont à planifier entre novembre 2019 et décembre 2020 – certains seront mutualisés (PTS / MIG notamment)

Groupes de travail	Fédérations	CNP	Etablissements	ATIH	ARS	DGOS	HAS
Autorisations (4)	X	X			X	X	X
Classification (4)	X			X		X	
CSARR (1)	X	(X)		X		X	
Recueil (2)	X	X		X		X	
Valorisation de l'activité (2)	X		X	X	X	X	
Garantie (2)	X			X		X	
MIG / PTS (6)	X		X	X	X	X	
MO (2)	X			X		X	

La gouvernance des réformes est recentrée autour des COPIL et des CT ATIH

Source: *COPIL SSR du 16 octobre 2019*

Autorisations: projets de décrets

Rien de ce qui suit n'est certain dans l'attente de la publication des décrets

- Changement de nom des SSR
 - Les projets de décrets pourraient renommer les SSR « **soins de réadaptation** »
 - Ce qui était proposé par les parties prenantes:
 - Soins médicaux et de réadaptation
 - Soins subaigus et de réadaptation
 - Médecine subaiguë et de réadaptation
- Définition des SSR polyvalents
- Modifications des mentions spécialisées:
 - Ajout d'une **mention SSR pédiatrie (< 4ans !)**
 - Mention oncologie et onco-hématologie
 - SSR PAPD → SSR gériatriques? Retour des noms des disciplines?
- Autorisations HC implique HDJ

Réforme des autorisations en SSR

Des filières issues des catégories médicales de l'aigu

Actuel (2008)	Futur (attente des décrets)
SSR polyvalents (Autorisation générique)	Mention « polyvalent » (conditions techniques spécifiques)
Affections de l'appareil locomoteur	Mention « appareil locomoteur »
Affections du système nerveux	Mention « système nerveux »
Affections cardio-vasculaires	Mention « cardio-vasculaire »
Affections respiratoires	Mention « pneumologie »
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition
Affections onco-hématologiques	Mention « oncologie »
	Mention « oncologie et onco-hématologie »
Affections des brûlés	Mention « brûlés »
Affections liées aux conduites addictives	Mention « addictologie »
Affections de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance	Mention gériatrie?
	Mention pédiatrie

Conditions de fonctionnement

- Des conditions techniques de fonctionnement pour les SSR polyvalents
- Pas de ratios mais des ressources obligatoires (« un ou plusieurs »)
- Un « nombre de pratiques thérapeutiques» minimum?
- Temps de rééducation? → future circulaire ...
- Actuellement 2 heures en système nerveux et appareil locomoteur
- EAPA en recommandé mais non obligatoire dans la plupart des mentions
- Positions de coordination modifiées

Pas de garanties sur le niveau des ressources?

Fragilisation des programmes de soins complexes et des compétences clés nécessaires à leur coordination?

Effets indésirables possibles sur la composition des équipes liées au nombre de pratiques thérapeutiques exigibles?

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES OBLIGATOIRES ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, PAR MENTION

Rien de ce qui suit n'est certain dans l'attente de la publication des décrets

	Equipe pluridisciplinaire								Nombre de pratiques thérapeutiques minimum offertes à chaque patient	Organisation des soins : nb de séquences par jour ouvré (dont séquence individuelle)
	MK	Ergothérapeutes	Dietétiens	Psychologues	Orthophoniste	APA	Prothésistes	Aux. Puér		
Polyvalent	■								●●●	
Gériatrie	■	■	■	■					●●●	
Locomoteur	■	■		■					●●●	2 (1)
Système Nerveux	■	■		■	■				●●●	2 (1)
Cardio-vasculaire	■		■	■					●●●	
Pneumologie	■		■	■					●●●	1 de MK
Système digestif, endo., diabéto., nutrition	■		■	■		■			●●●	
Brûlés	■	■	■	■	■		■		●●●	
Conduites addictives				■					●●●	2
Pédiatrie	■			■				■	●●●	
Oncologie	■		■	■					●●●	
Oncologie et onco-hématologie	■		■	■					●●●	

Positions de coordination: projets de décrets

Rien de ce qui suit n'est certain dans l'attente de la publication des décrets

- **Polyvalent:** Soit spécialisé en médecine générale, soit spécialisé en gériatrie, soit spécialisé en médecine physique et de réadaptation, dans tous les cas, il justifie d'une expérience en réadaptation
- **Système nerveux:** Soit spécialisé en médecine physique et de réadaptation, soit spécialisé en neurologie et compétent en médecine physique et de réadaptation
- **Locomoteur:** soit spécialisé médecine physique et de réadaptation, soit spécialisé en rhumatologie et compétent en médecine physique et de réadaptation
- **Gériatrie:** soit spécialisé en gériatrie, soit compétent en gériatrie, soit justifie d'une expérience en gériatrie
- **Cardiaque:** Soit spécialisé en médecine cardiovasculaire et compétent en médecine physique et de réadaptation, soit spécialisé en médecine physique et de réadaptation et compétent en médecine cardiovasculaire +S'assurer le concours d'un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire
- **Respiratoire:** Soit spécialisé en pneumologie et compétent en médecine physique et de réadaptation, soit spécialisé en médecine physique et de réadaptation et compétent en pneumologie +S'assurer le concours d'un médecin spécialisé en pneumologie
- **Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition** Soit spécialisé en endocrinologie, soit en hépato-gastro-entérologie et compétent en nutrition, soit en médecine générale et compétent en endocrinologie-diabétologie-nutrition.
- **Brûlés:** Soit spécialisé en médecine physique et de réadaptation soit compétent dans le traitement des grands brûlés
- **Conduites addictives:** Le médecin coordonnateur est compétent en addictologie
- **Pédiatrie:** soit spécialisé en pédiatrie et compétent en médecine physique et de réadaptation, soit spécialisé en médecine physique et de réadaptation et compétent dans la prise en charge de l'enfant
- **« Oncologie » et « oncologie et onco-hématologie » :** Soit spécialisé en oncologie médicale, soit compétent en oncologie médicale. Pour la mention « oncologie et onco-hématologie » uniquement soit spécialisé en hématologie, soit est compétent en onco-hématologie

Gradation: quel modèle pour la pertinence des soins?

Phase aiguë

Phase post-aigüe

Phase chronique

Nouvelles organisations territoriales associant CHU et centres

S
C
P

Hautement spécialisé ou tertiaire
Niveau de référence « ma santé 2022 »
Profils de déficiences complexes, sévères, à faible prévalence, impliquant une connaissance, des techniques spécialisés et une infrastructure particulière

Les conditions d'implantation et de fonctionnement garantissent une organisation des niveaux de formation, de recherche et d'innovation, d'expertises diagnostiques et thérapeutiques, de coordination des programmes pluridisciplinaires et des plateaux techniques adaptés

Spécialisé ou Secondaire
Niveau de recours selon « ma santé 2022 »
Profils de déficience complexes sévères avec conséquences fonctionnelles avérées à haute prévalence

Polyvalent ou primaire
Niveau de proximité selon « ma santé 2022 »

GT en cours sur les activités d'expertise

« Certaines prises en charges spécifiques nécessitant une expertise particulière, dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé, font l'objet d'une inscription dans le CPOM ».

Activités retenues à ce stade pour la suite des travaux :

- Equipes mobiles
- Neuro-orthopédie
- Filière de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes
- La prise en charge des troubles cognitifs/ cérébro-lésés
- Réadaptation respiratoire après exacerbation
- Prise en charge des blessés médullaires
- Prise en charge des patients obèses
- Prise en charge des patients lourds cardio-thoraciques
- Prise en charge des patients amputés + appareillage
- Pédiatrie

Les devises Shadok



QUAND ON NE SAIT PAS OÙ L'ON VA,
IL FAUT Y ALLER !!...
... ET LE PLUS VITE POSSIBLE.

DREES. Les établissements de santé. Edition 2020

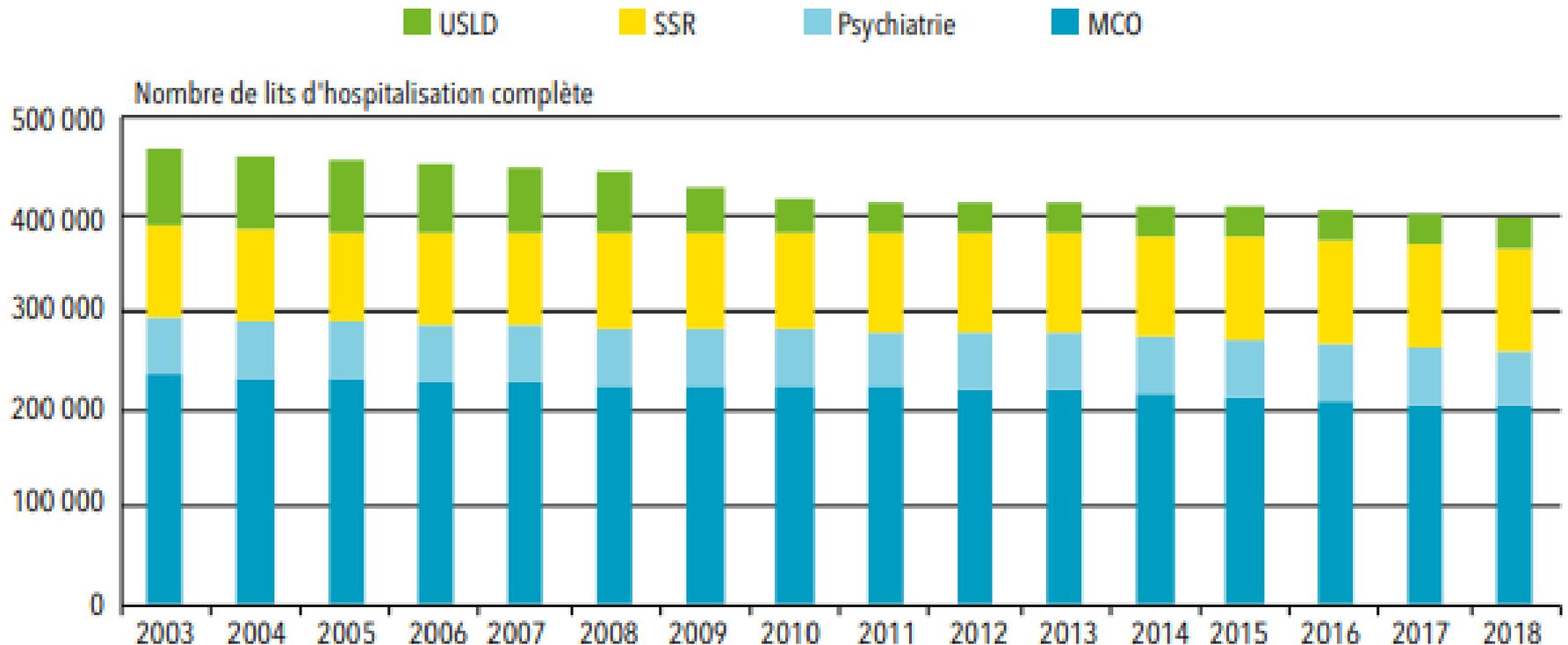
Schwach V. Les SSR : hier, aujourd'hui et demain ? 2014.
Fondation Arc-en-ciel

Evolution-des-SSR et perspectives pour les activités de
MPR

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

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

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

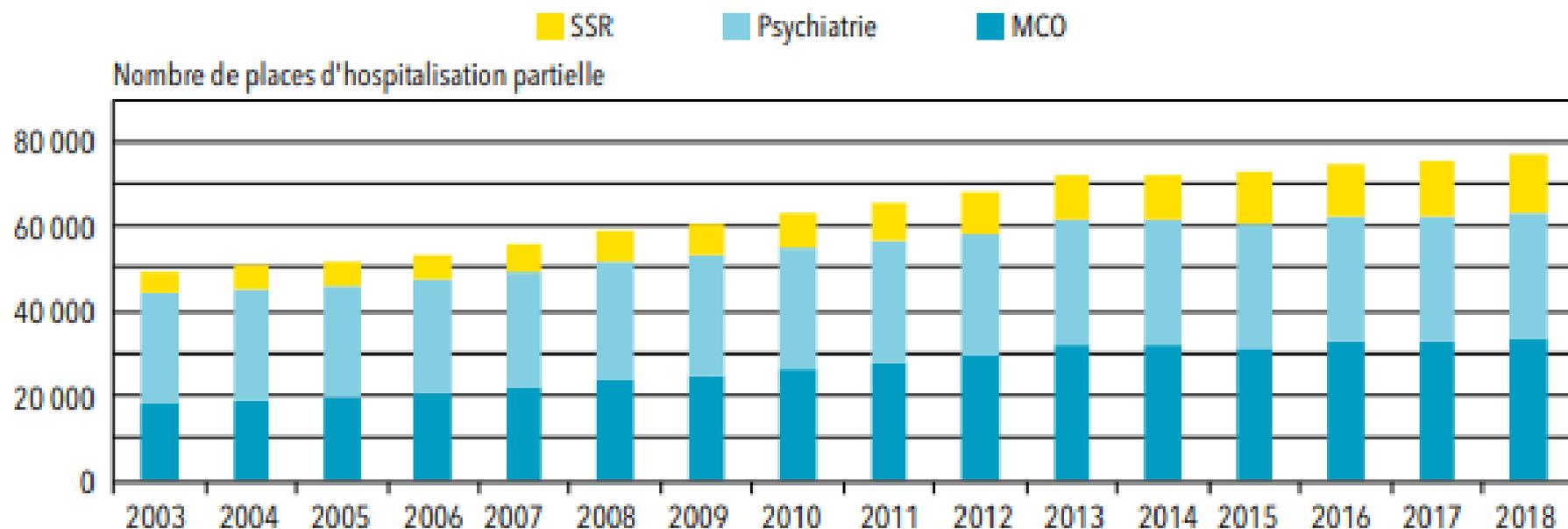
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2018, traitements DREES.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-20.pdf>

Entre 2003 et 2018 réduction de 468 000 à 396 000 lits d'hospitalisation à temps complet*

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2003



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2018, traitements DREES.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-20.pdf>

Entre 2003 et 2018 réduction de 468 000 à 396 000 lits d'hospitalisation à temps complet*