

## **Panorama et enjeux des SSR en 2020**

*Jean-Pascal Devailly - Article paru dans Kinescope n°6 - 2020 / 10 / 15*

### **Introduction**

Représentant 25% des capacités hospitalières, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde. Cette hétérogénéité historique explique la difficulté à spécifier les fonctions des SSR sous forme d'activités homogènes. Alors que notre système de santé est confronté à la maîtrise budgétaire, à la transition épidémiologique et à l'accélération des innovations technologiques, la réforme du droit des autorisations et du financement des SSR doit répondre à des défis sans précédents.

### **Histoire des SSR : un chemin de dépendance, une typologie confuse**

Créés par la loi de 1991, les SSR regroupent un ensemble de structures aux activités d'une extrême diversité, les ex moyens séjours. Apparus avec la loi de 1970 les moyens séjour sont ainsi déclinés dans le décret n)80-284 du 17 avril 1980.

- Centres de convalescence
- Centres de cure médical
- Centres de réadaptation
- Centres de convalescence et de cure
- Centres de convalescence et de réadaptation
- Centres de cure et de réadaptation

Ce classement brouille des missions du secteur par rapport à l'inventaire du décret du 9 mars 1956 définissant les « conditions techniques d'autorisations des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés ». L'échec de la différenciation des SSR qui réunissent les maisons de repos et de convalescence avec les centres de rééducation fonctionnelle dans le contexte du vieillissement reste la clé des difficultés pour réformer les autorisations et le financement du secteur. (1)

D'importantes enquêtes menées à partir de 1995 (coupe GAIN et typologie de la FEHAP) tenteront de définir les caractéristiques des unités de SSR en vue de la planification sanitaire. Ces typologies qui prennent en compte du degré de médicalisation, de la dépendance et de l'intensité de la rééducation et réadaptation fonctionnelles n'ont pas été reprises dans la réforme des autorisations de 2008.

### **Les SSR en 2008 : l'intégration selon les catégories médicales de l'aigu**

La réforme de 2008 était motivée par un déséquilibre réglementaire entre secteurs, une typologie exubérante, le vieillissement de la population et l'augmentation du handicap lié à l'âge et aux maladies dégénératives et chroniques. La pression sur les lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la diminution de la durée moyenne de séjour en MCO et la tarification à l'activité, engendrant d'importants besoins en places et structures d'aval, ont aussi guidé cette réforme.

Le décret no 2008-377 du 17 avril 2008 abolit la distinction entre l'activité de soins de suite d'une part, et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part.

Il les réunit en une seule activité de “soins de suite et de réadaptation”. Une “autorisation” générique “polyvalente” est attribuée à tous les SSR, tandis que certains ont pu obtenir une mention pour la prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non, et des “mentions spécialisées”. Pour la Médecine physique et de réadaptation, les 2 mentions principales sont “affections du système nerveux” et “affections de l’appareil locomoteur”.

Si les coupes GAIN et la typologie de la FEHAP avaient tenté d’analyser les composantes de la valeur en SSR, les autorisations de 2008 sont inscrites dans un paradigme d’intégration verticale selon les catégories médicales de l’aigu. La fonction de réduction des séjours MCO prolongés visant le « dégagement » des lits MCO prédomine sur la fonction de réadaptation qui n’est pas définie, tandis que la fonction d’hébergement social (repos et convalescence) des SSR justifiant de nombreuses séquences d’hospitalisations n’est plus reconnue comme mission de l’hôpital depuis les lois de 1970 et de 1975. Les SSR n’échappent pas à cette vision sanitaire qui ne permet plus de capter la composante sociale croissante des finalités des SSR.

### **Les SSR en chiffres**

Selon la DREES (2) Les capacités d’accueil en SSR progressent régulièrement, le nombre de lits passant de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2018. Cette progression concerne principalement les établissements privés à but lucratif (+12 000 lits depuis 2003). Leurs capacités d’accueil représentent un tiers de la capacité totale en 2018. La progression de l’hospitalisation à temps partiel est rapide : 9 000 places ont été créées en 15 ans, soit un quasi triplement des capacités d’accueil.

En 2018, 1 847 établissements déclarent une activité de SSR. Ils disposent de 120 000 lits et places, soit 25 % des capacités d’hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d’hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 28 % de l’activité hospitalière totale de 2018. L’hospitalisation partielle reste faible. Elle est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. L’Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

Pour les adultes, en 2016, l’offre en lits d’hospitalisation complète est représentée pour les 2/3 par les SSR polyvalents (43 ;6%) et spécialisés dans la prise en charge des « affections de la personne âgée polyopathologique » (21,1%). Un peu plus de 20% des capacités globales en HC sont constituées par les mentions « affections de l’appareil locomoteur » (12,4%) et « affections du système nerveux » (9,9%). Les sept autres mentions spécialisées représentent moins de 20% des capacités globales en HC en 2016. L’offre en hospitalisation à temps partiel est plus éclatée entre les mentions.

Le personnel médical des SSR (0,04 ETP par lit) compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et réadaptation ainsi que des gériatres. Le personnel paramédical se compose principalement de soignants (infirmiers, aides-soignants et personnel de rééducation). Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d’aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). En 2016 les personnels de rééducation représentent 12,4% des PNM.

## Capacités et activités des SSR selon leur statut juridique en 2018 (DREES)

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

↗ et ↘ : Augmentation ou diminution par rapport à 2017

La dépense d'assurance maladie afférente aux SSR a crû de près de 16 % entre 2007 et 2011 (6). En 2012, son montant prévisionnel représentait un peu plus de 10 % de l'enveloppe dédiée à l'ensemble des établissements de santé. Les dépenses avoisinent 8,4Md€ en 2015.

**Le virage ambulatoire** vise la réduction des coûts hospitaliers et se justifie par l'évolution des technologies et les préférences des patients. L'alternative à l'hospitalisation des cas "légers" suppose la différenciation entre soins spécifiques, avec ou sans hébergement, combinée à une intégration médico-sociale précoce.

Si l'épidémie COVID a montré l'utilité de la réadaptation précoce en milieu aigu et celle d'une coordination MCO SSR renforcée, elle s'est aussi traduite par un effondrement temporaire des soins ambulatoires hospitaliers et de ville avec des pertes de chances dont il faudra tirer les leçons.

### Les fonctions des SSR dans le système de santé français

Selon le rapport de la Cour des comptes de 2012, la spécification des SSR est inachevée car elle bute sur la confusion entre définition des prestataires et définition des fonctions de production. Alors que la classification internationale des comptes de la santé (ICHA) préconise de combiner une nomenclature des prestataires et une nomenclature fonctionnelle, les SSR ne parviennent pas à sortir du flou des missions instauré par le décret de 1980 sur le « moyen séjour ». Entre le paradigme d'intégration par catégories curatives de l'aigu et l'impossibilité d'identifier une mission d'hébergement de transition que l'hôpital attribue au secteur de l'action sociale, la fonction de réadaptation centrée sur la fonction n'est pas encore identifiée ni sous forme d'activités homogènes, ni sous la forme d'une stratégie nationale de santé.

**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 polyopathologiques et des maladies non transmissibles	Soins curatifs Stratégie curative
<b>De 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> Fonction de production composite	Soins palliatifs Stratégie palliative

« Service » est entendu au sens économique de production de biens et services

#### La confusion persistante entre définition institutionnelle et fonctionnelle de la réadaptation

**Selon le décret relatif aux implantations des SSR du 17 avril 2008 :** « L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée, en application de l'article L. 6122-1, ou renouvelée, en application de l'article L. 6122-10, que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer : 1o Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ; 2o Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ; 3o La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Cette définition porte encore la segmentation française qui distinguait la réadaptation de la rééducation. La réforme en cours pourrait à l'inverse renommer les SSR « soins de réadaptation » définissant la réadaptation comme **fonction générique des structures SSR**.

**En termes de système d'information**, le document technique relatif à la réforme de la classification SSR dite V2021 donne à la réadaptation un sens limité au périmètre du CSARR instaurant ainsi dans l'analyse de la composante de réadaptation des séjours une boucle autoréférentielle PMSI – financement : « Le terme générique de rééducation-réadaptation utilisé jusqu'à présent est remplacé par le terme de réadaptation, qui regroupe la rééducation, la prévention, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et la réinsertion. »

**Enfin la définition internationale** a un périmètre moins exubérant que celui du CSARR avec ses 32 métiers codeurs : la réadaptation est définie 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 ». En pratique les professions paramédicales concernées se limitent quasi exclusivement à la kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie, avec des variantes nationales.

## Les réformes des SSR : évolution du droit des autorisations

Les nouveaux décrets ont vu leur publication retardée du fait de l'épidémie COVID19. Ils définiront les conditions d'implantation et les conditions de fonctionnement des structures autorisées en termes de compétences obligatoires et recommandées, installations et équipements, ainsi que les disciplines médicales occupant des positions de coordination. Une gradation des activités spécialisées est en cours de définition (niveaux de proximité, de recours et de référence).

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 oncohématologie »
Affections des brûlés	Mention « brûlés »
Affections liées aux conduites addictives	Mention « addictologie »
Affections de la personne âgée, polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance	Mention « gériatrie »
	Mention « pédiatrie »

### Perspectives : définir des activités homogènes pour un juste financement

Dans le contexte d'activités hétérogènes, la spécification fonctionnelle des SSR sous forme d'activités homogènes sous le double aspect clinique et économique, constitue le préalable indispensable à une classification médico-économique robuste. La littérature internationale affirme la nécessité de classifications spécifiques des activités de réadaptation. Elles nécessitent un modèle économique capable de soutenir des compétences clés, des équipements et des programmes de soins intensifs et complexes dont la pertinence n'est pas définie selon la pathologie et le degré de dépendance des patients, mais selon leur potentiel de réadaptation.

### Programmes de soins en SSR

Dès lors que l'état médical des patients est stabilisé et que leurs besoins sont prévisibles, il est possible d'identifier des groupes homogènes de patients qui

bénéficient d'interventions similaires et d'efficacité prouvée. Ils partagent certaines caractéristiques qui constituent des critères d'inclusion dans des programmes de soins au contenu formalisé, soutenus par des compétences, installations et équipements spécifiques.

Ces programmes multidisciplinaires et médicalisés constituent des activités homogènes en termes d'objectifs cliniques, de compétences clés à mobiliser et de consommation de ressources. Citons comme exemple des programmes relatifs aux patients atteints d'AVC, SEP, lombalgies, patients chuteurs, amputés, lombalgies chroniques, amputations complexes, obésité, insuffisance cardiaque, respiratoire etc.

### **Scénarios d'évolution des SSR**

**Le *statu quo*** caractérisé par l'absence d'identification d'activités homogènes est impossible. Il conduirait à des difficultés croissantes de planification et de coordination des parcours, à un lissage financier menaçant la qualité et la sécurité des soins, à la fragilisation des bonnes pratiques cliniques et des compétences développées en SSR.

**L'intégration verticale** maximale poursuivrait la logique de flux poussés depuis l'aigu, aboutissant à privilégier la fluidité ; de façon plus marquée au sein des GHT au détriment de la pertinence des programmes de soins.

**Le troisième scénario concilie intégration et différenciation.** Il vise l'identification d'activités homogènes fondées sur l'organisation de la réponse aux besoins :

**1 Identifier des activités homogènes** : analyser les composantes de la valeur des séjours en spécifiant les fonctions des SSR et la gradation des programmes de soins. Il est recommandé de s'appuyer sur la nomenclature fonctionnelle de l'ICHA, qui analyse trois fonctions principales intriquées à des degrés variables :

- Soins curatifs : soins curatifs prolongés plus ou moins médicalisés
- Réadaptation : degrés de spécialisation, médicalisation pluridisciplinarité
- Assistance aux activités de la vie quotidienne (notion de soins de transition)

L'offre actuelle est marquée par l'absence d'identification et de véhicules financiers adaptés d'une part pour des activités de soins de suite prolongés lourds, requérant des compétences de médecine interne et/ou de gériatrie, d'autre part pour des activités de réadaptation spécialisées et très spécialisées requérant des compétences et plateaux techniques de médecine de réadaptation.

**2 Définir des conditions de fonctionnement robustes** garantissant accessibilité et qualité des programmes de soins pour ces trois fonctions, ce qui suppose des critères opposables précis en termes de ressources humaines, en termes de qualité et de pertinence des soins..

**3 Réformer radicalement le système d'information (3)** : PMSI-SSR et Comptabilité analytique hospitalière (CAH) doivent mieux capter les inducteurs d'activités homogènes, notamment la sévérité des pathologies, le statut fonctionnel et le potentiel de réadaptation. Il faut aussi capter la part des facteurs socio-environnementaux. La réadaptation n'est pas aujourd'hui analysée comme activité principale mais comme activité auxiliaire dans des sections d'analyse « médico-techniques ».

**4 Fonder la part de financement à l'activité** sur l'homogénéité clinique et économique des séquences de soins : la séquence permet, mieux que le séjour (4) :

- de décrire des activités homogènes en termes d'objectifs cliniques et de coûts au sein d'un séjour SSR
- de financer avec pertinence, au juste coût, les programmes de soins
- d'identifier des programmes de soins gradés notamment selon la complexité et l'intensité de la réadaptation requise et des compétences et plateaux techniques mobilisés.

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

2 [DREES. Les établissements de santé. Edition 2020](#)

3 [Devailly JP. SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ? Revue Hospitalière de France n° 590, septembre-octobre 2019.](#)

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