

Financement des SSR : à la recherche de la valeur perdue

Jean-Pascal Devailly, le 6 mars 2021

"Nous avons mis en marche l'immobilisme et rien ne semble pouvoir l'arrêter." Edgar Faure

Depuis les travaux de **Robert Fetter** à l'université de Yale qui remontent presque à un demi-siècle, la recherche d'une classification à visée tarifaire repose sur la définition d'une **fonction de production de l'hôpital** sous forme de **groupes homogènes de patients**.

Que font les SSR ? Quelles sont leurs missions ? Que produisent-ils, et quelle est la valeur de ce qu'ils produisent ?

En 2012, le [rapport de la Cour des comptes sur les SSR](#) fait le diagnostic que **les SSR n'ont jamais pu préciser leurs fonctions de productions spécifiques** et que tant que cela ne sera pas fait, il sera impossible de proposer une classification au séjour véritablement consistante (1).

Le rapport de l'ATIH sur les [travaux relatifs à la classification en GME 2011-2012](#) (1) dit la même chose en des termes un peu différents : on ne peut aboutir qu'à des groupes homogènes de coûts, par construction expliqués surtout par la durée de séjour, mais **sans garantie d'homogénéité des procédures cliniques et en respectant le principe de l'application du même modèle à toutes les autorisations SSR** (2).

Les conditions préalables à la mise en œuvre d'un paiement par cas au séjour, objectif affiché de la classification SSR, sont malgré l'abondance et le niveau de la littérature internationale sur l'organisation et le financement des soins post-aigus, **purement et simplement absentes du modèle. Comment en sommes-nous arrivés là ?**

L'impasse actuelle résulte d'une histoire particulière à la France et à la paralysie de toute évolution ambitieuse qui tient :

1. à ce qu'aucun pilote politique ne considère jamais les différentes composantes du problème décrites dans le schéma de la figure 1 et l'encadré 1;
2. à ce que les négociations entre parties prenantes aboutissent toujours à un quasi immobilisme sur chacune de ces grandes composantes.

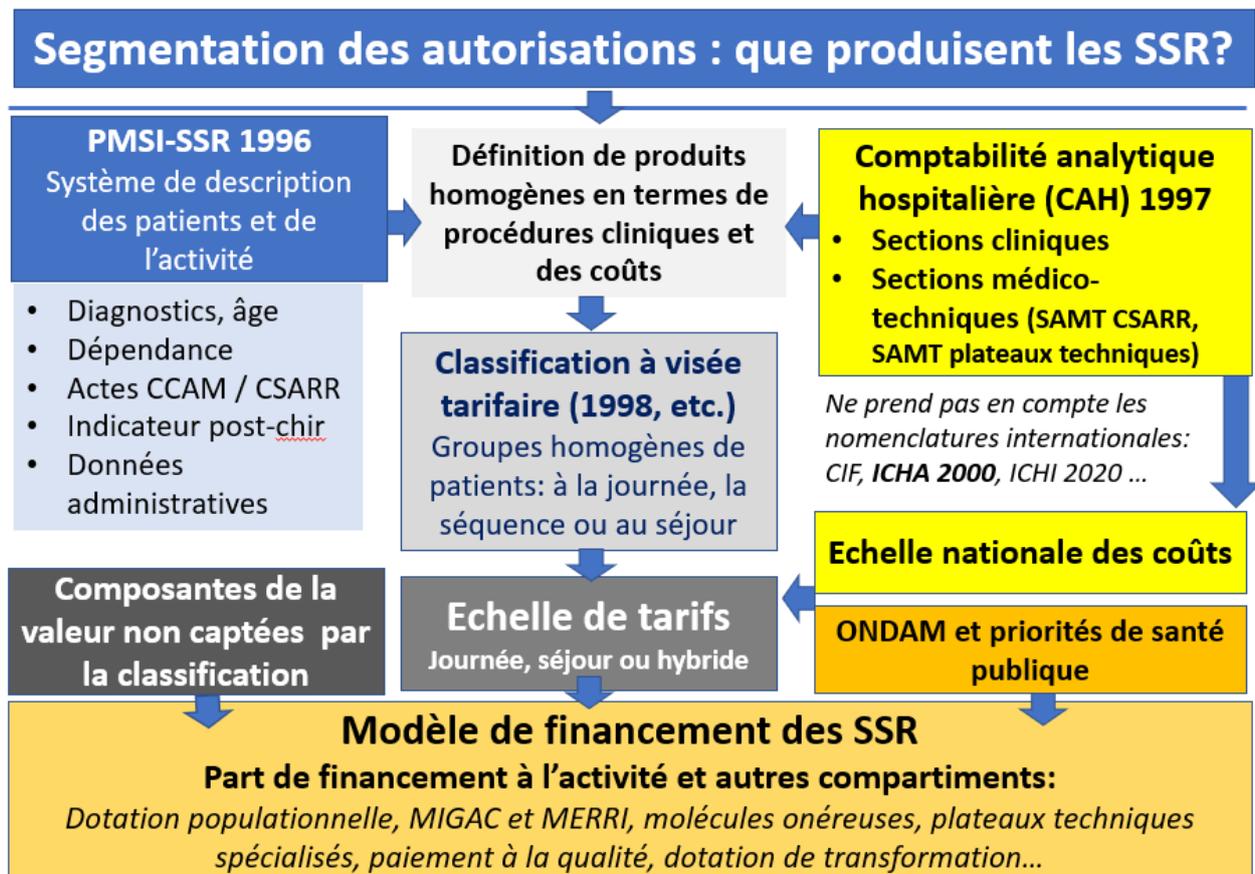
Toute volonté de changer un système qui est aujourd'hui **coûteux, chronophage, contre-performant, destructeur de la qualité, des compétences et des motivations** car à l'origine de limitations fonctionnelles et de situations de handicap qu'on aurait pu éviter, doit s'adresser à un niveau politique susceptible de sortir de cette crise de l'intelligence collective. **Soit on construit un financement à l'activité qui a du sens, soit on n'en fait pas du tout. Il faut choisir.** Mais on ne peut envisager aujourd'hui une dotation historique qui ne soit pas modulée à l'activité. Quant au financement au parcours, modélisé sur la chaîne de valeur de Porter, c'est aujourd'hui encore une chimère.

Le chemin de dépendance qui a conduit à cet immobilisme du champ des SSR peut se décrire de la façon suivante dans l'**encadré 1**.

Seule une volonté politique de réformer l'ensemble du dispositif pourrait aboutir à des arbitrages de fond permettant d'établir un **lien entre autorisations et financement** cohérent (3,4). C'est à l'émergence de cette volonté qu'il nous faut tous concourir, tutelles nationales et régionales, fédérations, CNP et associations.

Figure 1

Financement des SSR: à la recherche de la valeur perdue



Notes

(1) « Le secteur des soins de suite et de réadaptation n'est pas encore au bout de son processus de spécification : il vient en grande part d'un ensemble indifférencié, le « moyen séjour » et n'en est pas encore complètement sorti, malgré l'effort réglementaire de 2008. (...) »

Pour autant, les patients continuent à subir blocages, délais et orientations inadéquates dans leur entrée en SSR comme pour leur sortie. (...)

Sans ce meilleur fonctionnement global, la mise en œuvre d'une tarification à l'activité, qui suppose en tout état de cause d'importants arbitrages de fond qui n'ont pas encore été rendus et l'achèvement d'un travail technique très lourd et complexe, risque fort d'augmenter les multiples dysfonctionnements constatés plus qu'elle ne contribuerait à les résoudre »

(2) « L'objectif à long terme de ce travail de classification, dans le champ du SSR, est de pouvoir **identifier des affections voisines associées à des prises en charge semblables** et de les situer dans l'ensemble du parcours de soins. Cependant, au démarrage de ces travaux, pour réaliser cet objectif, les informations et outils – recueil et classification PMSI à disposition – **ne permettaient pas de s'orienter d'emblée dans cette voie**. Une première étape a donc été retenue et axée sur l'analyse des séjours tels que décrits dans les bases PMSI-SSR à disposition, en toute connaissance de leurs limites, à savoir notamment : **le découpage des séjours suivant des règles administratives**, après 48h d'absence quel que soit le contexte médical, et une **description hebdomadaire basée sur une classification à la journée** (...) »

"La classification n'est pas basée sur les autorisations délivrées aux établissements. Elle a pour vocation de décrire l'ensemble des prises en charge effectuées dans tous les établissements du secteur SSR. »

(3) [Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales](#)

(4) [SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ?](#)

Encadré 1

Brève histoire de l'impasse de l'organisation et du financement des SSR : l'impossible lien entre autorisations et financement

1970 et 1975 : séparation du secteur sanitaire et du secteur de l'action sociale et médicosociale, les soins seront déconcentrés (santé, assurance maladie) et l'action sociale décentralisée (accompagnement, hébergement) *. L'hôpital devient « machine à guérir » et la réadaptation sera dès lors confondue avec l'activité des « moyens séjours ». **Exit de la « réadaptation hospitalière »** décrite dans les ordonnances de 1958.

1982 Introduction du PMSI à partir d'une fonction de production purement curative des soins hospitaliers (projet d'importation et d'adaptation des DRG de Fetter).

1991 Création des SSR à partir d'une nomenclature exubérante des « moyens séjours » représentant aujourd'hui 25% des lits hospitaliers français, une des proportions les plus élevées des pays de l'OCDE, contrastant avec l'effondrement des Soins de longue durée. **La réadaptation n'est plus un concept structurant de l'organisation des soins.**

1996 Implémentation du PMSI-SSR qui vise à décrire toutes les activités de SSR. **L'évaluation de la fonction est minimale, le potentiel de réadaptation et les facteurs socio-environnementaux ne sont pas pris en compte.** Le seul moyen permettant de capter la réadaptation est un **catalogue d'actes au périmètre exubérant et chronophage** qui mesure la consommation des ressources indépendamment de la pertinence des programmes de soins. Il est impossible de distinguer à partir de cet outil les **fonctions de poursuite de soins curatifs, de soins réadaptation et soins de transition en SSR.**

1997 Comptabilité analytique hospitalière (CAH) : la rééducation-réadaptation est abordée comme **sections d'analyse médico-techniques** dont les coûts sont déversés sur les activités cliniques principales, en aigu comme en SSR. **La réadaptation médicale ne sera jamais une activité clinique dans les versions successives de la CAH.**

1998 Première classification PMSI-SSR en groupes homogènes de journées

2000 Classification internationale des comptes de la santé (ICHA) : une nomenclature fonctionnelle internationale complète la classification des prestataires. Elle n'est pas prise en compte, notamment la **fonction réadaptation**, le système de comptabilité analytique français étant déjà fixé dans ses sections homogènes.

2005 Utilisation du PMSI dans la tarification à l'activité en MCO (T2A). **La réduction des lits et des durées de séjour favorise l'intégration verticale des SSR.**

2008 Segmentation institutionnelle des SSR selon les catégories médicales MCO, suppression de la distinction entre soins de suite et réadaptation, peu modifiée en 2021 (nouveaux décrets attendus). Les **conditions de fonctionnement sont minimalistes** et la **spécification des fonctions inachevée** : rapport de la Cour des comptes 2012)

2013 Groupes médico-économiques en SSR : classification au séjour dont l'**échelle de coûts (ENC)** s'appuie sur les **catégories cliniques de 2008, donc celles de l'aigu.**

2021 : les nouveaux décrets relatifs aux autorisations SSR ne permettront pas de spécifier les fonctions d'un ensemble aussi hétérogène que les SSR français. **L'absence de lien entre autorisations et financement explique l'impasse actuelle de la classification.**

Sans activités homogènes au plan clinique et économique il est impossible de décrire des séjours homogènes

**Adoption d'une vision « identitaire » du handicap, considéré comme état plus que comme processus incapacitant, dont les politiques se déconnectent des politiques de santé en rejetant le concept international de réadaptation. La réadaptation qui s'inscrivait comme lien inclusif entre santé et société est dès lors un paradigme exclu des dispositifs législatifs et réglementaires français, en dehors du secteur institutionnel des SSR.*