

Chapitre XII

Les activités de soins de suite et de réadaptation

PRESENTATION

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objet³¹⁹ de « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ». Dispensés en général au sortir d'une hospitalisation de court séjour dans un service de chirurgie ou de médecine, ils consistent en des actes de rééducation, de réadaptation à la vie quotidienne ou de surveillance médicale de la convalescence destinés à permettre aux patients de regagner dès que possible leur domicile ou d'être admis dans un établissement médico-social si leur situation le nécessite.

Ce secteur de l'offre hospitalière regroupe près de 1800 établissements qui comptent 106 000 lits et places et accueillent chaque année, en hospitalisation complète ou partielle, un peu plus de 900 000 patients (36 millions de journées en 2010 pour une durée moyenne d'un mois environ).

La Cour avait précédemment relevé³²⁰ le caractère méconnu de ces activités dont le développement était à la fois nécessaire et insuffisamment structuré. Depuis lors, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement ont été réformées et ce secteur a connu une expansion rapide. La dépense d'assurance maladie qui en résulte a crû de fait de près de 16 % entre 2007 et 2011. En 2012, son montant prévisionnel s'élève à 7,8 Md€, soit un peu plus de 10 % de l'enveloppe affectée à l'ensemble des établissements de santé ou encore un financement à peine inférieur à la contribution de l'assurance maladie aux établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées.

Ce dynamisme a conduit les pouvoirs publics à annoncer une réforme du financement des SSR avec un passage à la tarification à l'activité (T2A).

Dans ce contexte, les juridictions financières ont consacré en 2011 une enquête spécifique à ce secteur, qui a porté sur les établissements privés aussi bien que publics car les premiers représentent un peu plus de la moitié de l'activité. A l'égard du secteur public, elle a été menée conjointement par la Cour et quatorze chambres régionales des comptes³²¹

319. Art. R. 6123-18 du code de la santé publique.

320. RALFSS 2008 chapitre VII – L'accès en ligne aux dossiers médicaux.

321. Les CRC d'Aquitaine-Poitou-Charentes, Basse Normandie-Haute Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Limousin, Champagne-Ardenne-Lorraine, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais-Picardie, Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes.

auprès d'une cinquantaine d'établissements³²² et des agences régionales de santé (ARS) qui en assurent la tutelle et ont la responsabilité de la planification et de l'organisation de l'offre de soins.

Il résulte de ces investigations le double constat d'une extrême hétérogénéité de ces activités en dépit de la réforme intervenue en 2008 pour mieux les spécifier et de leur très fort dynamisme, inégal cependant selon les catégories d'établissements (I). Ce rapide développement qui a fortement contrarié la maîtrise globale des dépenses d'assurance maladie n'a suscité que des réactions tardives des pouvoirs publics pour mieux réguler les capacités d'accueil et l'activité (II), alors même que restent encore à concevoir les voies et moyens d'un renforcement de l'efficacité globale de ce secteur (III).

I - Une offre de soins hétérogène et dynamique

A – Une réponse à des besoins très divers

1 – La multiplicité des types de prise en charge

Le secteur des soins de suite et de réadaptation regroupe depuis 2008 deux ensembles auparavant distincts : celui qualifié naguère de « convalescence » et celui de la médecine physique et de réadaptation, dont la seule caractéristique commune était de supposer des hospitalisations relativement longues, d'où leur désignation traditionnelle comme « moyens séjours ».

Leur nouvelle dénomination unique continue à masquer une grande diversité de pratiques. En effet, l'hétérogénéité du secteur est en bonne part inhérente aux types de soins assurés. La plupart des patients sont admis à la suite d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie (MCO) de court séjour ou en psychiatrie et en fonction de pathologies multiples : affections neuromusculaires, rhumato-orthopédie et affections post-traumatiques, qui génèrent la plus forte activité, mais aussi insuffisance respiratoire, maladies neuro-dégénératives, les cancers, états végétatifs chroniques, addictions... Plus de la moitié des séjours visent à des soins de rééducation.

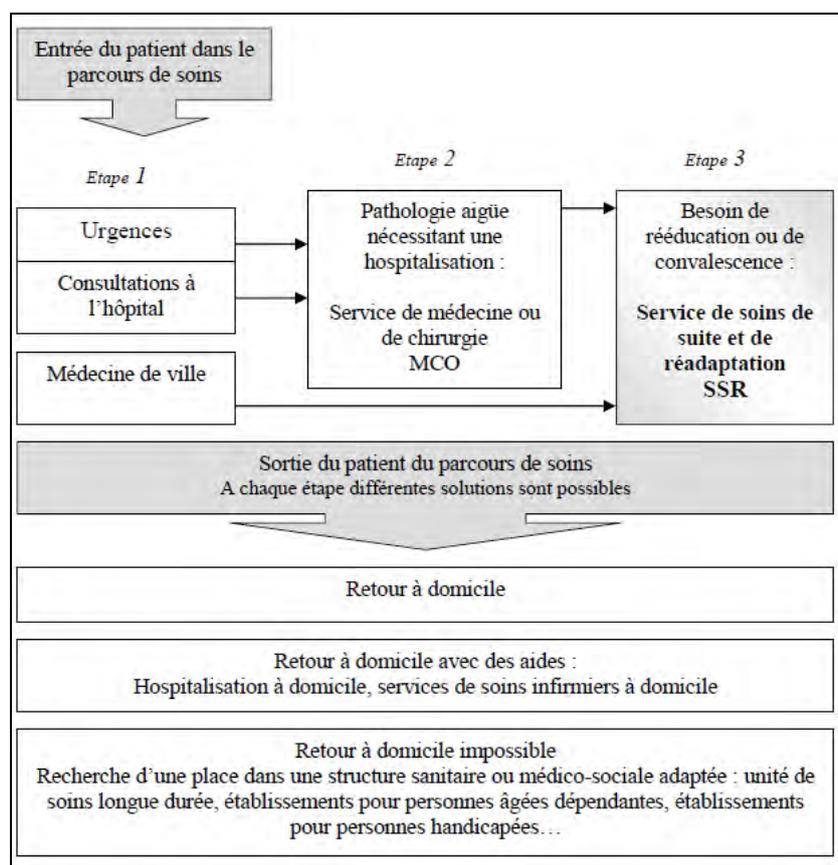
³²² . Dont six établissements spécialisés en SSR et trois CHU. Le reste de l'échantillon est composé d'hôpitaux généraux dotés d'une activité de SSR. A l'égard du secteur privé la Cour a directement conduit une enquête auprès de responsables d'établissements et de groupes d'établissements en se fondant sur l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières qui l'habilite à cet effet.

La lourdeur et la complexité des prises en charge en SSR augmentent depuis quelques années, à cause du vieillissement de la population mais également du fait que les patients restent moins longtemps dans les services de médecine ou de chirurgie (la durée moyenne de séjour a diminué de 17 % entre 2001 et 2009 dans le secteur MCO).

Les SSR doivent ainsi rassembler -et souvent associer autour du même patient- de multiples compétences médicales et paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciennes...). L'activité doit de fait se comprendre moins en termes d'actes -comme dans le MCO- qu'en termes de séquences, qui sont souvent susceptibles de variantes. Elle n'est au demeurant que faiblement protocolisée et n'est que marginalement couverte par un référentiel de la Haute autorité de santé (HAS).

Un trait, cependant, est commun à l'ensemble des activités de SSR : elles sont dans une position d'intermédiaire, maillon certes indispensable au bon fonctionnement d'ensemble de la filière de soins mais aussi en situation de forte dépendance à l'égard d'autres institutions. Les entrées directes via la médecine de ville étant minoritaires, l'activité des établissements de SSR et une bonne part de leurs modalités de fonctionnement sont tributaires des prescriptions du secteur sanitaire en amont -c'est-à-dire de l'organisation et des optimisations, notamment de durée de séjour, propres au fonctionnement des services de court séjour- et des capacités d'accueil du secteur médico-social situé en aval. Comme le montre le schéma ci-dessous, le fonctionnement efficient des SSR dépend fondamentalement de la bonne articulation des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans le parcours de soins du patient.

La place des SSR dans le parcours de soins des patients



Commentaire : Le schéma propose ici une version simplifiée du parcours de soins du patient. Des allers retours entre les différents services et établissements sont toujours possibles notamment en cas de dégradation de son état général.

Source : Cour des comptes

2 – L'ébauche de clarification de la réforme de 2008

Deux décrets du 17 avril 2008 ont cherché à réorganiser le secteur des SSR. Le premier a institué des normes minimales de fonctionnement (notamment les compétences pluridisciplinaires à réunir, l'adaptation des effectifs, l'accès à un plateau technique), inégalement précises cependant selon les orientations. Le deuxième a entendu structurer l'offre suivant une approche par discipline en distinguant neuf prises en charge spécialisées (par exemple affections du système nerveux ou cardio-vasculaires) en plus d'une catégorie de soins de suite polyvalents

indifférenciés. Chaque établissement a dû alors solliciter une autorisation d'exercice auprès de l'ARH-ARS au titre d'une ou plusieurs de ces catégories.

Ces deux textes ont participé d'un effort de médicalisation et de technicisation du secteur, même si la norme qu'ils portent n'est pas très exigeante pour la plus importante des catégories, la catégorie polyvalente.

La frontière entre cette dernière et la spécialisation de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance n'a de fait guère été clarifiée, avec pour conséquence de nombreuses approximations dans l'orientation des patients. Comme le montre l'exemple de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), les SSR gériatriques peuvent devenir des structures d'accueil pour les pathologies les plus diverses.

L'accueil en SSR gériatriques à l'AP-HP

Selon une étude de l'AP-HP, 15 % de son activité en SSR pour personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance concernaient en 2008 des patients de moins de 75 ans, notamment faute de place dans les unités oncologiques. Globalement, 40 % des prises en charge de ces unités gériatriques avaient certes un lien avec le vieillissement mais auraient nécessité un accueil en SSR spécialisé en cardiologie, en neurologie ou en orthopédie.

B – Un secteur composite

1 – Des statuts d'établissements différents et des profils divergents

Les établissements de soins de suite et de réadaptation relèvent de trois statuts juridiques : les établissements publics de santé (EPS), qui regroupent près de 40 % des capacités, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui en représentent un peu moins du tiers, les cliniques privées à but lucratif qui en rassemblent plus du quart.

**L'offre et l'activité en SSR
selon le statut de l'établissement**

	EPS	ESPIC	CLINIQUES	TOTAL
Etablissements	872 48,5 %	479 26,7 %	446 24,8 %	1 797 100%
Lits et places	42 377 39,8 %	33 833 31,7 %	30 398 28,5 %	106 608 100%
Journées (en million)	15,1 41,4 %	10,8 29,4 %	10,7 29,2 %	36,7 100%

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)- Panorama des établissements de santé 2011.

Ces trois catégories n'ont pas les mêmes points forts, ni sur le plan géographique (les cliniques sont fortement représentées dans le midi, les ESPIC en Alsace, Lorraine et Bretagne) ni sur le plan thérapeutique. Les cliniques, notamment, ont des parts de marché approchant ou dépassant 40 % en rhumato-orthopédie, en affections post-traumatiques, en affections de l'appareil circulatoire. A l'inverse les EPS sont dominants pour les troubles mentaux et les affections du système nerveux. Les ESPIC ont une répartition plus égale de leur activité mais un poids important pour l'accueil des enfants et adolescents.

Le secteur public compte deux fois plus d'établissements que les cliniques mais ses établissements sont en moyenne plus petits (48 lits et places en moyenne contre 66) et moins spécialisés. La grande majorité des capacités publiques est située dans des établissements pratiquant aussi la médecine et la chirurgie et les admissions en SSR s'effectuent prioritairement par ce canal.

Les grands types de SSR publics

Au-delà des fortes différences de taille, les profils des EPS relèvent de quelques grands types divergents. Il faut d'une part distinguer, dans leur logique de fonctionnement, les établissements entièrement consacrés aux SSR et ceux qui appartiennent à des centres hospitaliers comportant du MCO. Les premiers sont en général des structures anciennes, souvent d'anciens sanatoriums reconvertis et leur localisation est parfois isolée. Leur taille moyenne est importante (près de 200 lits) mais diminuera si se confirme la perspective de conversion d'hôpitaux locaux en SSR.

Les SSR intégrés à des hôpitaux généraux sont majoritaires mais de capacités très inégales, certains atteignant à peine 10 lits (par exemple Montreuil-sous-Bois jusqu'en 2011 ; à l'inverse, le CHD de Vendée compte 206 lits et places ; l'AP-HP en compte 4 600 sur de multiples

sites). L'essentiel de leur patientèle leur est adressé par les services de court séjour de l'hôpital et ils appartiennent souvent à une filière locale assez complète allant du court séjour gériatrique à l'accueil médico-social.

Dans de nombreux cas, la taille du SSR voire son existence même sont le produit d'une reconversion récente de lits de MCO, soit parce qu'il a fallu créer un débouché pour des services engorgés soit parce que le volume d'activité en médecine ou chirurgie ne justifiait plus le maintien de toutes les capacités de MCO (dans ce cas, le SSR peut être l'activité la plus dynamique d'un hôpital). La mise en œuvre de la T2A dans le MCO public et la tendance au raccourcissement des séjours qu'elle y a impulsée ont été un moteur puissant de ces conversions ; les ARH et ARS ont en général œuvré en ce sens, notamment dans les régions présentant une offre excédentaire en MCO.

Une forte proportion des établissements³²³ n'assure que des soins polyvalents et des soins de la spécialisation « personnes âgées polypathologiques » ; ils sont alors, en général, intégrés à des hôpitaux généraux et ont pour première fonction de faciliter la rotation dans le court séjour. Presque tous les services intégrés³²⁴ ont du reste des capacités dans ce groupe de prises en charge ; lorsqu'ils assument également d'autres orientations, c'est de façon minoritaire, à la différence de nombre d'établissements indépendants.

A l'inverse, dans les établissements privés les SSR constituent souvent la seule activité, avec fréquemment une spécialisation unique, comme la rééducation orthopédique ou les affections respiratoires.

Si l'offre de ces trois secteurs n'est donc pas la même, il est en revanche difficile de dire que l'un d'entre eux se distingue en termes de lourdeur des cas traités. Selon, en effet, qu'on retient comme critère de cette lourdeur l'âge moyen des patients, le taux de patients dépendants ou le nombre moyen d'actes techniques de rééducation dispensés par jour, le classement ne sera pas le même : le secteur public l'emporte au regard des deux premiers critères, le privé au regard du troisième. En tout état de cause, les résultats diffèrent beaucoup d'un établissement à l'autre du même secteur.

2 – Des disparités dans la gestion

Une grande prudence s'impose dans la comparaison des données de gestion du secteur public et du secteur privé, d'une part à cause de certaines imperfections de l'appareil statistique, d'autre part parce que l'activité des deux secteurs n'a pas une composition identique.

323. La moitié dans l'échantillon de l'enquête, tous intégrés dans des hôpitaux généraux.

324. A l'exception, dans l'échantillon, de Dunkerque.

Sous ces réserves, apparaissent néanmoins sur différents plans de sensibles différenciations entre les catégories d'établissements :

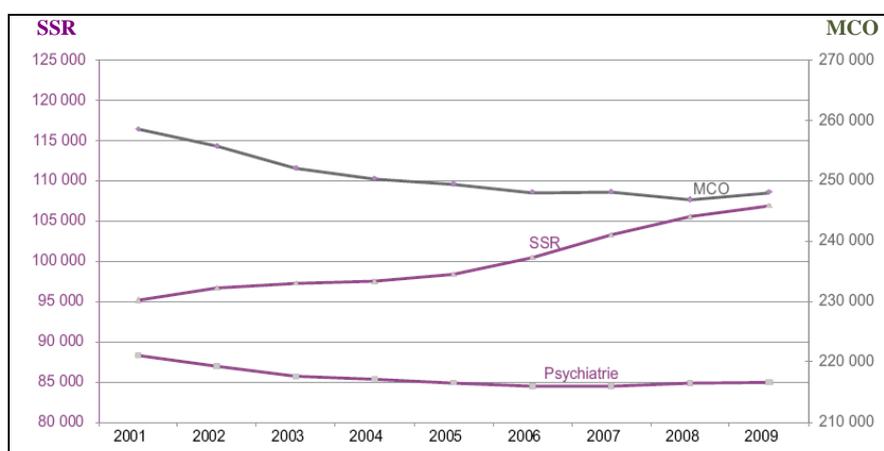
- les coûts journaliers apparents obtenus en rapportant les dépenses constatées en 2010 toutes spécialités confondues au nombre de journées réalisées diffèrent de 40 % entre le secteur financé par dotation globale (EPS et ESPIC) et celui financé par prix de journée (247 € et 149 €) ;
- les EPS emploient plus de personnel soignant par lit que les cliniques (deux fois plus) et les ESPIC (1,5 fois plus). Selon la DREES, 40 % des écarts peuvent s'expliquer par les types de prise en charge, la patientèle accueillie et la taille des établissements ; le reste serait ainsi lié à des différences d'organisation. Quant aux emplois médicaux, une comparaison a été faite par la Cour entre les données 2010 issues d'un échantillon de 120 cliniques appartenant aux principaux groupes et celles que les EPS et les ESPIC ont transmises à l'administration : elle fait apparaître une moyenne de 0,04 ETP de médecins par lit dans les cliniques contre 0,05 dans les ESPIC, 0,07 dans les centres hospitaliers généraux et 0,13 dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'occupation des lits dans les EPS n'est pas optimal puisque voisin de 85 %, certains établissements de l'échantillon ne parvenant pas même à 75 %³²⁵. Cette sous-utilisation a des causes diverses, dont parfois un manque de moyens d'exploitation (cf. infra), mais l'écart avec les cliniques est de dix points, suffisant là aussi pour inciter à penser qu'elle résulte en partie au moins de l'organisation des établissements ;
- les différences de durée moyenne de séjour (DMS) ne sont pas considérables entre les secteurs. Cependant les cliniques évitent mieux que les EPS et les ESPIC les séjours très longs, sans doute parce qu'elles accueillent moins de personnes multi-dépendantes mais c'est lié parce qu'elles rencontrent moins de blocages dans le processus de sortie des patients.

325. Taux calculé par rapport aux lits installés, donc plus fort que par rapport aux lits autorisés.

C – Le dynamisme de l’offre

L’accroissement récent des capacités d’accueil des SSR fait contraste avec la baisse de celles du court séjour (MCO), comme le fait apparaître le graphique ci-dessous (les capacités de SSR et de psychiatrie se lisent sur l’échelle de gauche, celles de MCO à droite).

Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d’équipement entre 2001 et 2009



Source : DREES

En huit ans, la capacité d’accueil en SSR a augmenté de 12,3 % mais la progression n’a pas été linéaire. Une première accélération date de 2002, une seconde a eu lieu de 2005 à 2007, après quoi la progression a continué d’être plus rapide qu’entre 2002 et 2004.

Toutes les augmentations annuelles ont été dues au secteur privé lucratif, seule celle de 2007 est partagée entre les cliniques et les EPS. Année après année, la capacité des cliniques a progressé de plus de 3 % (à l’exception de 2003 et 2005) : 5,7 % en 2002, 5,5 % en 2006, encore 7,1 % en 2008, soit des taux de progression extrêmement dynamiques. Sur 8 ans, la progression totale a atteint 40 %. A l’inverse, les ESPIC montrent une parfaite stabilité globale et les EPS n’ont jamais connu de croissance annuelle supérieure à 1 % au cours de cette période, hors 2006 et 2007. L’absence de contrainte d’enveloppe régionale limitative pour le financement de places dans les établissements financés par prix de journée, contrairement à ceux sous dotation globale, n’est pas sans lien avec cette croissance dissymétrique entre les trois secteurs.

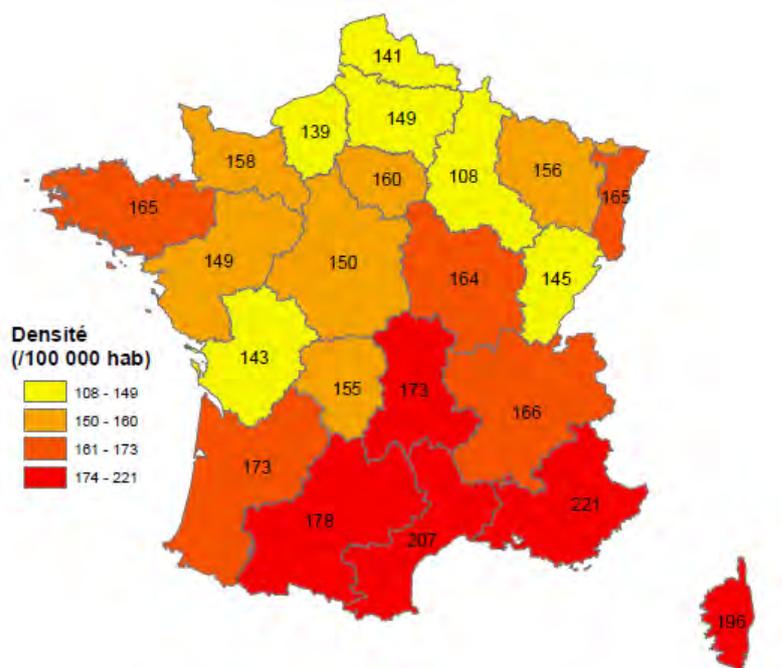
Les écarts de croissance entre les capacités privées et celles du public ont été plus importants encore pour les places d'hospitalisation partielle, qui ont augmenté plus de quatre fois plus vite depuis 2005 que les lits d'hospitalisation complète.

La vive progression des capacités du secteur privé à but lucratif s'est accompagnée d'un mouvement de concentration, comme dans le MCO, qui a abouti à la constitution de plusieurs grands groupes de cliniques spécialisées en soins de suite et de réadaptation dont la création remonte à une douzaine d'années. Les quatre premiers, cotés en bourse, détiennent un quart du parc privé et produisent près d'un tiers de l'activité.

L'activité des SSR (+53,5 % entre 2001 et 2009) a ainsi progressé autant que les capacités, sur un rythme qui s'est fortement accéléré après 2005 (+7,7 % annuellement), avec des écarts entre les trois secteurs à peu près les mêmes que pour les capacités. Ils ne sont pas sans lien avec les différences de modes de financement : EPS et ESPIC sont financées par des dotations annuelles de financement (DAF), les cliniques le sont sur la base de prix de journée, qui incitent davantage à développer l'activité puisque leur chiffre d'affaires dépend du nombre de journées réalisées.

Cette forte croissance au cours des dernières années n'a pas fait disparaître des disparités territoriales anciennes et toujours marquées : les densités d'équipement vont du simple au double entre régions, avec un nombre de places particulièrement élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon.

Densité de lits et places de SSR pour 100 000 habitants



Source : CNAMTS : rapport charges et produits pour l'année 2011

*
* *

La dynamique d'expansion des activités de SSR a eu pour conséquence une forte progression des charges supportées à ce titre par l'assurance maladie. Les dépenses au titre de la DAF ont augmenté, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, au rythme de 2,5 % par an entre 2007 et 2010, pour atteindre 5,64 Md€ ; celles dues aux cliniques ont connu un rythme annuel de 8,1 % (1,73 Md€ en 2010), du fait essentiellement de la progression des volumes.

La tutelle n'a cependant pris conscience que lentement des insuffisances de pilotage et de régulation de ce secteur.

II - Une régulation tardive et partielle

Le pilotage régional du développement des SSR a été insuffisamment rigoureux et ce n'est que tardivement qu'ont été mis en place par la tutelle nationale des outils de régulation, à l'efficacité peu probante.

A – Un pilotage sans cap précis

1 – Une analyse des besoins insuffisante

La forte croissance des capacités s'est effectuée sans que la tutelle n'ait disposé d'une analyse des besoins globaux ni mis à la disposition des ARH-ARS des outils à même de faciliter leur appréciation de l'offre de soins de SSR en termes qualitatifs et quantitatifs.

Les indicateurs disponibles restent limités et ne sont pas d'une interprétation simple et univoque. Ainsi, le fait que les capacités régionales installées soient généralement inférieures aux capacités autorisées ne suffit pas à démontrer que tous les besoins effectifs sont satisfaits. Il s'explique en effet par diverses contingences : délais d'investissement, problèmes de financement, changements de stratégie des établissements ou des ARS, difficultés à recruter des personnels spécialisés...

Des difficultés de recrutement

Les difficultés de recrutement de personnel, qui comptent parmi les facteurs expliquant les médiocres indices d'occupation voire d'installation, sont certaines dans la plupart des régions pour quelques professions paramédicales, au premier rang desquelles les kinésithérapeutes³²⁶. Certaines régions peinent également à recruter des personnels infirmiers. Au total, il arrive souvent que les engagements pris lors de la sollicitation des autorisations ne puissent être tenus, ce qui explique la lenteur à demander les visites de conformité prévues par les textes³²⁷. Les effectifs de diplômés en médecine physique et de rééducation sont au demeurant probablement insuffisants désormais pour couvrir les besoins du secteur.

326. Les établissements ne peuvent assumer des rémunérations comparables à ce qu'offrent les cabinets de ville.

327. La DGOS a cependant recommandé que ces visites s'attachent davantage à la « sécurité » et à la « qualité » des soins qu'au strict respect des engagements contractuels.

De même, les médiocres taux d'occupation des lits peuvent être liés à des problèmes de moyens d'exploitation. Les autorisations d'ouverture n'entraînent donc pas d'augmentation de l'offre disponible à due hauteur.

A l'inverse, des délais d'attente avant admission en SSR ou de forts taux de refus ne signifient pas nécessairement une insuffisance de capacités. Certes, les attentes d'admission peuvent couramment représenter 10 % ou 20 % des patients présents dans certains services de court séjour et les taux de refus atteignent fréquemment 50 %. Mais la cause peut en être des adressages erronés, des demandes simultanées d'admission dans plusieurs services de SSR ou l'exclusivité dont bénéficient de facto les demandes émanant du court séjour du même hôpital, aussi bien que des insuffisances de capacités, avérées elles aussi.

Il est enfin délicat d'apprécier si l'offre est suffisante dès lors que tous les lits actuels de SSR ne sont pas occupés par des patients relevant de ce type de soins (cf. infra).

Seule une approche fine par pathologies est de fait à même de faciliter l'analyse et l'interprétation de ces indicateurs car la réalité des difficultés d'accueil est fortement marquée par elles. La DREES n'a que tout récemment étudié l'adéquation de l'offre de SSR aux réalités pathologiques régionales en comparant l'activité et les capacités des SSR aux statistiques de mortalité pour certaines maladies. Le résultat n'est que relatif puisqu'il n'aboutit qu'à un classement des régions³²⁸. Et l'éventuelle diffusion nationale d'outils développés localement comme l'instrument élaboré en Rhône-Alpes et appelé « Trajectoire » est restée, malgré leur apport, au stade de l'étude par l'administration centrale.

L'aide à l'orientation des patients en région Rhône-Alpes

En région Rhône-Alpes a été déployé un logiciel d'aide à l'orientation des patients, dénommé « Trajectoire », dont l'objectif est de faciliter le circuit des patients entre les services de court séjour et les unités de SSR. Déployé dans tous les hôpitaux de Rhône-Alpes, il permet à la fois de connaître en temps réel les disponibilités des lits en SSR et de procéder aux demandes d'admission. L'extraction des données relatives aux demandes d'admission qui subissent de longs délais d'attente et/ou n'aboutissent pas à l'orientation souhaitée a montré en Rhône-Alpes que certaines catégories de pathologies souffraient particulièrement d'un manque de places en SSR (neurologie et cancérologie). Profitant du déploiement en cours de Trajectoire ou d'instruments comparables dans tout le pays, la systématisation d'études précises devrait améliorer la connaissance des besoins.

328. Publication DREES de décembre 2011. Les résultats les moins favorables sont ceux de Champagne-Ardenne, Franche Comté et Haute Normandie.

La défaillance du niveau national dans l'analyse des besoins a conduit à valoriser une approche relativiste fondée sur le constat d'inégalités entre régions et, à l'intérieur d'une même région entre territoires et à enclencher un mouvement d'expansion mal maîtrisé.

2 – Une planification régionale largement empirique

L'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins a été l'occasion de la part des ARH-ARS d'un travail volumineux, fondé sur un examen souvent minutieux des problématiques locales. Mais les diagnostics portés ont souffert de plusieurs limites :

- la démarche suivie tient souvent pour une analyse des besoins de la population ce qui n'est qu'un tableau des inégalités intra-régionales. Les deux notions ne sont certes pas dénuées de correspondances mais l'outil de régulation qui découle de la seconde est nécessairement imparfait et court le risque d'être inflationniste ;
- les analyses n'ont pas utilisé toute l'information disponible. Elles ont à juste titre intégré les perspectives démographiques ainsi que des paramètres épidémiologiques et comportementaux (par exemple le taux de fuite de la patientèle) mais n'ont pas exploité les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du secteur MCO, pourtant riches d'informations sur les besoins prévisibles en SSR ;
- si l'expression des besoins d'équipement a souvent tenu compte de la sous-occupation chronique des lits, elle n'en a pas fait autant du phénomène tout aussi constant des hospitalisations inadéquates en SSR, qui amplifient artificiellement les apparences de pénurie.

Dans ces conditions d'analyse très imparfaite de la réalité des besoins, la réforme de 2008 qui imposait à tous les établissements de solliciter une autorisation pour leurs activités existantes de manière notamment à vérifier la conformité aux nouvelles normes réglementaires n'a pu entraîner à ce stade une réelle optimisation de l'offre. D'une part en effet la démarche a été progressive puisque les autorisations ont été délivrées à titre provisoire et à charge pour les établissements de SSR qui ne satisfaisaient pas aux normes d'y parvenir avant la réalisation d'une visite de conformité à effectuer dans les trente mois. D'autre part, en ce qui concerne le remodelage de l'offre, pour répondre aux besoins des régions, cette revue générale a été neutre : elle a majoritairement reconduit l'existant au lieu d'aider à la suppression de capacités excédentaires dans certains territoires. En tout état de cause, les autorisations ne portent plus mention, depuis la mise en œuvre des

schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), des capacités d'accueil des établissements, qui ne sont donc pas une variable régulée.

3 – Des impacts financiers mal appréhendés

Se limiter à une estimation empirique des besoins locaux peut difficilement permettre le pilotage d'une politique nationale, surtout quand l'absence de consolidation prive en réalité l'administration centrale, par ailleurs fortement mobilisée sur les problématiques de l'offre MCO et traditionnellement soucieuse d'accélérer la baisse de la durée moyenne de séjour dans ce secteur, de toute visibilité sur les évolutions en cours, de possibilité d'impulsion raisonnée et de capacité d'arbitrage sur le volume de financements à mobiliser.

Il n'est donc guère étonnant que ni les schémas régionaux ni leur traduction contractuelle avec chaque établissement -les OQOS-volume, exprimés en journées d'activité pour l'hospitalisation complète et en venues pour celle à temps partiel- n'aient intégré la dimension économique et financière du développement des SSR.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)

Institués par l'ordonnance n°2003-853 promulguée dans le cadre du plan Hôpital 2007 en septembre 2003, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont de trois types : ceux relatifs au nombre d'implantations, ceux relatifs à l'accessibilité et ceux relatifs à l'activité, communément désignés comme les « OQOS-volume ». Ils sont annexés aux SROS et ont été déclinés dans le contrat d'objectifs et de moyens de chaque établissement. Les OQOS-volume ont été affectés d'une borne haute et d'une borne basse, correspondant aux volumes d'activité maximum et minimum réputés en adéquation avec les besoins sanitaires identifiés dans les SROS, chacune des bornes augmentant annuellement. Un dépassement de la borne haute doit donner lieu en principe à une sanction financière, aux termes de l'article R. 6114-10 du code de la santé publique.

De fait les OQOS ont pris la forme de fourchettes assez larges pour que la plupart des établissements y satisfassent au terme convenu, le fait que les dépassements de la branche haute de la fourchette soient rares ne signifiant au demeurant pas nécessairement que le dispositif ait été correctement calibré. En tout état de cause, jusqu'en 2010, il n'a jamais été question de sanctionner les dépassements d'activité contractualisés, malgré les dispositions réglementaires qui le prévoyaient.

B – Une réaction tardive et aux effets incertains

Les conséquences en termes de dépenses d'assurance maladie de la faiblesse du pilotage de la dynamique des SSR ont conduit à un brusque coup de frein en mai 2010. Cette soudaine prise de conscience est intervenue cependant après que la plupart des demandes d'autorisation requises par le décret de 2008 aient été instruites, ce qui restreignait nécessairement la capacité à agir. Une note de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) aux ARS leur a demandé de ralentir ce qui restait à mener, de limiter les OQOS-volume susceptibles d'être contractualisés au niveau d'activité atteint en 2009 et d'appliquer les sanctions réglementaires en cas de dépassement. De fait, les autorisations non encore accordées sont restées en suspens jusqu'à l'élaboration des SROS suivants (soit 2012).

Un mécanisme d'accord préalable a par ailleurs été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 pour les admissions en SSR consécutives à certains actes de MCO. Il n'a à ce jour été mis en œuvre que pour les quatre types d'actes orthopédiques ayant fait l'objet de référentiels de la HAS, dans une partie seulement des établissements SSR les pratiquant.

Ce durcissement relatif a été contemporain de la mise en place au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) d'un sous-objectif spécifique aux activités de SSR, désormais distinct de celui de la psychiatrie et du remplacement -en cours de mise en œuvre- des OQOS par les « indicateurs de pilotage d'activité » (IPA) destinés à permettre une meilleure maîtrise du volume d'activité parce que fondés sur une concertation locale autour d'un niveau d'évolution de l'activité et donc de la dépense.

Ces inflexions importantes traduisent le passage, tardif, à une régulation privilégiant le respect de l'ONDAM. L'approche des besoins eux-mêmes s'en trouve modifiée : il devient crucial d'en resserrer la mesure. La DGOS a ainsi commandé une étude nationale pour vérifier si les besoins de débouchés du MCO vers le SSR étaient aussi considérables qu'on se l'était représenté jusqu'alors. Cette étude, livrée à la fin de 2011, évalue à 10 % la proportion de lits de court séjour dont l'occupation est inadéquate (17 % pour la médecine). Dans la plupart des cas, la prolongation inadaptée des séjours en est la cause. Cette durée de séjour excessive n'est pas imputée au seul manque de lits de SSR car elle résulte souvent, semble-t-il, de défauts d'organisation internes au MCO. Néanmoins, l'étude évalue à 3600 le nombre de lits qu'il faudrait créer en SSR pour résorber cette inadéquation.

Il est cependant difficile de tirer des enseignements de ce travail tant que l'équivalent n'aura pas été mené à propos des occupations inadéquates de lits de SSR, qui sont également nombreuses. Si le principe de ce second volet a été décidé, il est fort dommageable que sa réalisation ait été reportée. Elle permettrait en effet de mieux mesurer les obstacles à surmonter pour améliorer l'efficacité globale du secteur au regard du parcours de soins du patient comme dans son fonctionnement et son organisation.

III - Un renforcement de l'efficacité du secteur qui doit constituer la priorité

La pertinence d'une régulation peut se juger à son aptitude à assurer non seulement une offre suffisante mais encore la fluidité des parcours des patients, depuis le court séjour jusqu'au retour vers le lieu de vie, avec un dispositif de financement incitant à la bonne allocation des ressources. A ce jour, l'administration centrale semble avoir fait de la réforme du financement sa priorité, comptant expressément sur une tarification à l'activité inspirée de celle du MCO pour générer un fonctionnement efficace de la filière.

La question se pose toutefois si l'amélioration de ce fonctionnement n'est pas un préalable à la mise en œuvre d'un nouveau système de financement plutôt qu'un des effets à en attendre.

A – L'enjeu du parcours des patients

1 – Des difficultés pouvant entraîner des risques pour les patients

Dans l'articulation entre court séjour et SSR, le problème actuel n'est pas seulement l'encombrement des lits d'amont, précédemment décrit, bien que ce soit celui que l'administration a objectivé. Vu du côté des structures d'accueil, les difficultés résultent de deux défauts majeurs, qui engagent aussi bien l'amont que l'aval.

Tout d'abord les inadéquations d'admission sont nombreuses mais leur niveau est cependant mal connu, faute de mesure sous forme d'une coupe à un moment donné. Elles sont souvent, par expérience, estimées à 10 ou 20 % des lits.

L'admission en SSR comme solution d'attente

Le service SSR du CH de Blois estime à 20 % la proportion des demandes d'admission qui lui sont inadéquatement adressées et à 10 % la proportion de celles qu'il refuse.

La première cause d'inadéquation réside dans le fait qu'on lui adresse des malades qui attendent une admission dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou qui se heurtent à la saturation des places de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans le cas du CH de Saint-Yrieix-la Perche, une des causes identifiées des inadéquations est que l'admission en SSR permet d'attendre la libération de lits en unité de soins de longue durée (USLD).

D'autre part, les admissions précoces en provenance du MCO de patients non stabilisés, c'est-à-dire ne relevant pas encore, pour la plupart, des soins de SSR et encourant de ce fait des risques de dégradation de leur état de santé, sont elles aussi nombreuses et, semble-t-il, de plus en plus (par exemple Les Tilleroies pour les sorties du court séjour du CHU de Besançon ou les CH de Blois et de Dijon). La généralisation d'instruments tels que Trajectoire devrait cependant améliorer la qualité des orientations décidées par l'amont, ce qui apportera progressivement une réponse au moins partielle à cette inadéquation.

La difficulté est plus manifeste encore à l'égard des sorties de SSR puisqu'en ce qui les concerne, aucun instrument de mise en transparence n'existe ni n'a été ébauché. Les durées de séjour inadaptées, dues aux difficultés de sortie, sont très peu objectivées par les établissements. L'enquête des juridictions financières a néanmoins montré qu'elles pouvaient couramment concerner entre 10 et 30 % des patients, qui attendent une place en EHPAD ou dans des unités de long séjour (40 % aux Tilleroies, 50 % à Meaux au moment de l'enquête). La durée d'attente peut être très longue : aux Tilleroies, 22 % des patients en attente l'étaient depuis plus de trois mois. En outre, la structure de sortie finalement trouvée ne correspond pas toujours au besoin (par exemple Blois : taux d'insatisfaction de 20 %). Ces difficultés se rencontrent moins souvent dans les SSR spécialisés qu'en gériatrie mais avec plus d'acuité.

Parmi les raisons invoquées de ces blocages, la saturation des structures médico-sociales est malaisée à vérifier en l'absence de système d'information indiquant les disponibilités en temps réel. En revanche, la difficulté de trouver des places pour les patients très dépendants et ceux atteints de démence est certaine (les CH de Vendôme, Blois et Dijon font même état d'une impossibilité). Le mode de financement des structures médico-sociales est aussi en cause, du fait de la contribution qu'il exige

des intéressés ou de leur famille. En cas de demande d'aide sociale, la sortie est retardée par les délais d'attribution (de quatre à six mois au CH de Meaux). De même les demandes de protection juridique imposent-elles de longs délais du fait de leurs procédures complexes. Il arrive enfin que des patients en situation d'« impasse sociale » ne soient acceptés dans aucune structure (AP-HP). Pour autant le retour à domicile, qui représente souvent moins de la moitié des sorties en gériatrie, n'est pas toujours possible sans de longs délais, faute d'aide mobilisable sur place (par exemple CHI du Haut-Limousin). Les sorties vers une hospitalisation à domicile (HAD) sont extrêmement rares (toujours moins de 1 %), notamment à cause de conditions contraignantes en termes de présence médicale.

De nombreux établissements se sont donné ou pensent se donner des moyens de rendre plus fluide le processus de sortie, en renforçant la présence d'assistantes sociales ou en mettant en place des équipes mobiles de gériatrie. En revanche, peu de partenariats solides comme ceux constatés aux CH d'Albertville, de Versailles, de La Roche-sur-Yon ont été développés avec des structures d'aval. En fait, malgré l'existence d'une convention type élaborée par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), diffusée tardivement et encore assez peu connue ainsi que l'élaboration souvent annoncée de filières gériatriques, nombre de SSR fonctionnent avec ces dernières selon une logique informelle de réseau (par exemple Brive, Blois) qui reste fragile, n'autorise pas de véritable évaluation et, au total, n'est pas durablement à la hauteur du problème.

Cette situation, dans son ensemble, est une illustration aiguë des difficultés souvent considérables d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social puisque n'existent encore à ce jour ni logique commune ni instruments concrets de mise en cohérence.

2 – Une dépendance à l'égard des établissements de l'amont et de l'aval

La conséquence de ces dysfonctionnements sur la gestion des établissements peut s'apprécier à travers les durées moyennes de séjour (DMS).

Globalement, ces dernières stagnent, par contraste avec la nette diminution de celles du court séjour : en huit ans, selon la DREES, la DMS des SSR a à peine baissé (3 %, soit près de six fois moins en proportion que dans le MCO). La différence ne s'explique pas seulement par des progrès de la médecine plus rapides en court séjour. La stagnation de la performance du SSR, quant à elle, provient notamment de la

persistance et parfois de l'augmentation des séjours très longs, c'est-à-dire des difficultés de sortie : en effet, les séjours de plus de trois mois, qui impactent fortement les DMS du secteur public sont en général moins dus au fait qu'un état de santé requiert vraiment des soins de SSR qu'à l'absence de disponibilités connues dans des structures plus adéquates.

Cependant, plus encore que par le niveau préoccupant des DMS, la situation actuelle se caractérise par la maîtrise imparfaite qu'en ont les services de SSR. La fréquence des admissions inadéquates, pourtant souvent repérées comme telles dès l'origine, celle aussi des admissions de patients non stabilisés montrent que les SSR n'ont pas les moyens ni peut-être l'intention d'imposer leurs propres contraintes d'organisation. Cela tient notamment à des raisons structurelles : les SSR intégrés aux hôpitaux représentent la majorité des structures publiques. Les services de MCO du même établissement assurent entre 80 et 100 % de leur activité. Il n'est donc guère étonnant qu'ils offrent souvent l'image d'un simple exutoire du court séjour. Sans aller toujours jusqu'à cette situation, nombre d'établissements n'ont qu'une faible maîtrise des admissions.

Cette situation de dépendance n'est certes pas irrémédiable. Progressivement s'accroît la faible part des admissions directes, dues à la qualité de la relation des établissements avec la médecine de ville. En revanche, rien de tel ou presque ne se constate pour les recrutements venant d'autres centres hospitaliers et a fortiori fort peu d'accords sont formalisés pour organiser les flux. Cette situation structurelle ne peut évoluer que lentement ce qui marque une différence essentielle avec le secteur MCO aux débuts de la T2A.

Comme on l'a vu précédemment, les SSR n'ont pas non plus la maîtrise des sorties de leurs patients, alors que le développement des capacités en soins de suite et de réadaptation a au contraire permis de renforcer l'aval des services de court séjour.

Les activités de soins de suite et de réadaptation sont ainsi au sein de la filière de soin dans une situation de double dépendance qui a nécessairement une incidence sur la problématique de leur financement, ne serait-ce que parce que la réduction des durées de séjour, principal levier de rationalisation qui a accompagné la mise en place de la T2A pour le MCO, n'est pas à la portée de la plupart des services de SSR.

B – Un secteur à la recherche d'un financement adapté

Les modes actuels de financement souffrent de plusieurs défauts mais on ne peut pour autant en déduire que la solution réside dans un passage à une T2A structurée comme celle du MCO.

1 – Les défauts des modes actuels de financement

a) *La dotation annuelle de fonctionnement*

La DAF se présente comme la somme d'une base et de multiples mesures nouvelles, positives ou négatives, qui peuvent être mécaniques (mesures salariales, contribution à l'effort national d'économies...), correspondre à des plans de santé publique ou, au contraire, être spécifiques pour chaque établissement. Les ARS pratiquent des modalités différentes d'attribution des mesures nouvelles et la détermination de leur dotation manque de transparence pour les établissements, EPS et ESPIC, qui sont financés selon cette modalité.

De fait, cette dotation varie beaucoup d'un établissement à l'autre sans qu'on puisse toujours en discerner les raisons. Une exploitation statistique réalisée par la Cour à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) montre en tout cas qu'il n'y a pas de corrélation entre ces différences et les lourdeurs relatives des prises en charge. Les variations interannuelles sont également d'ampleur très inégale, parfois parce que l'activité des établissements a elle-même connu de fortes variations (par exemple du fait de fermetures de lits), parfois du fait de décisions de la tutelle (par exemple lorsque les mesures nouvelles servent en fait de subvention d'équilibre). Cependant, les causes ne sont pas toujours identifiées par les établissements et l'instabilité de la DAF finit par conférer de l'imprévisibilité à leur financement.

En sens inverse, la DAF est souvent décalée par rapport aux évolutions des structures et notamment à celles de leurs capacités. Il en découle parfois des effets d'aubaine, dont certains établissements savent jouer, puisqu'une diminution du nombre de lits ouverts et donc des charges n'entraîne pas de réduction immédiate de la dotation. Il arrive que le résultat des établissements ne soit équilibré que du fait de ce décalage temporel, ce qui, d'une part, peut leur donner une impression faussée de leur situation économique et, d'autre part, constitue une incitation paradoxale à la sous-optimisation des capacités opérationnelles.

Le changement de politique nationale en 2010 s'est cependant répercuté dans l'évolution des ressources, du moins pour les EPS et les ESPIC : la progression moyenne de la DAF a décéléré en 2010 et 2011. Sur l'échantillon de l'enquête, les mesures nouvelles n'atteignent pas 2 % de la DAF en 2011, contre 6 % en 2008.

b) Le prix de journée

Le dispositif tarifaire applicable aux cliniques est plus complexe encore que la DAF. Il est articulé en trois parties, elles-mêmes composites : les frais de structure et de soins, qui comprennent un prix de journée proprement dit et six forfaits et suppléments divers ; la facturation en sus de certains médicaments et dispositifs médicaux ; les honoraires des professionnels et les actes médico-techniques (qui relèvent du sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM). Certaines ARS ont opté pour des tarifs « tout compris » ou des systèmes hybrides, sans base réglementaire.

Les tarifs « tout compris » de l'Ile-de-France

La région Ile-de-France a instauré son propre système de tarification à partir de 1995, sous la forme d'un tarif « tout compris », c'est-à-dire intégrant toutes les dépenses liées à la prise en charge des patients admis en SSR, qu'il s'agisse des médicaments, des actes médico-techniques, des transports ou de la rémunération des médecins. Ces tarifs sont déterminés à partir de cahiers des charges définis lors de l'élaboration du SROS pour chaque spécialité ; ils étaient au nombre de neuf en 2011. Il s'agissait d'inciter des établissements de court séjour à se reconvertir en SSR grâce à des tarifs attractifs -ce que le cadre de droit commun des tarifs de convalescence ne permettait pas-, de manière à résorber des excédents en chirurgie et à atteindre à un meilleur niveau de médicalisation des soins de suite.

Les prix de journée se rapportent encore aux anciennes « disciplines médico-tarifaires » (DMT)³²⁹, au nombre de 45, qui ont l'inconvénient de ne correspondre ni à la nomenclature en vigueur dans l'octroi des autorisations ni aux catégories cliniques du PMSI. Pour une même orientation au sens du décret de 2008 peuvent être utilisées différentes DMT, au gré des ARS. On compte finalement presque autant de panachages de catégories que de cliniques, ce qui rend les comparaisons difficiles pour les agences.

Les niveaux tarifaires, qui sont essentiellement le reflet de pratiques régionales remontant à l'époque où la compétence appartenait aux CRAM³³⁰, sont disparates. Une étude de la DGOS en 2010, par exemple, trouvait pour la DMT « moyen séjour indifférencié » des tarifs allant de 1 à 2,7.

329 . Par exemple « convalescence », « repos-convalescence indifférenciés », « chroniques et convalescents indifférenciés », mais aussi « post-cure pour alcooliques ».

330. Jusqu'à la création des ARH.

La situation n'est donc pas sans rappeler celle du court séjour avant l'introduction de la T2A, même si elle est un peu plus complexe. Elle est en tout cas inflationniste. Les ARS sont mal armées pour maîtriser complètement la négociation tarifaire lorsqu'il y en a une, ce qui ajoute ses effets à ceux de l'absence d'enveloppe régionale limitative pour les cliniques. Ainsi dans le cas de la fixation des tarifs initiaux applicables aux créations d'activité, l'ARS ignore souvent la réalité des coûts et ne dispose pas toujours des compétences nécessaires pour détecter d'éventuels biais du budget prévisionnel présenté ; il n'est ensuite pas systématiquement vérifié que tous les emplois sont effectivement pourvus et une éventuelle baisse des coûts de ce fait n'entraînera pas de révision tarifaire.

Les suppléments hôteliers

Un poste de recettes ne fait l'objet d'aucun suivi par les tutelles : les prestations hôtelières, notamment les suppléments pour chambre particulière, parfois justifiées par l'idée qu'est ainsi financée une partie des charges de soins et d'investissement. Ils sont déterminants désormais pour la rentabilité d'établissements à but lucratif puisqu'ils représentent environ 20 % du chiffre d'affaires³³¹ proportion qu'on ne retrouve pas dans le MCO.

Alors même que certains établissements publics commencent à facturer ce type de prestation, il n'est sans doute pas souhaitable que ce modèle de financement devienne la référence, à l'image d'autres secteurs de la santé qui ont pu jouer de la liberté des prix laissée à une partie de leur activité. Il rend en tout cas encore plus complexe la définition d'un futur système harmonisé de financement du SSR.

2 – L'orientation vers la T2A

Après avoir été plusieurs fois repoussée dans le temps, la mise en œuvre de la T2A-SSR a été annoncée pour 2013 avant d'être de nouveau reportée en 2016³³². Il est prévu qu'elle assure dès ses débuts la convergence entre secteur public et secteur privé. Dans cette attente, la DGOS a défini en 2009 un modèle intermédiaire fondé sur un mécanisme de modulation des recettes.

331. Le pourcentage du chiffre d'affaires est corroboré par l'enquête EUROSTAF réalisée à l'initiative du groupe Les Echos publiée en mars 2011 et les informations financières pour les groupes cotés. Dans l'échantillon de l'enquête de la Cour, le supplément pour chambre particulière varie de 20 à 160 € journaliers. Ils peuvent être fonction, entre autres, de la couverture par les mutuelles.

332. DGOS, comité de pilotage SSR du 28 juin 2012.

a) La modulation « IVA »

L'objectif de cette modulation est de commencer à mieux prendre en compte l'activité effective dans l'allocation des ressources aux établissements, que celle-ci prenne la forme de dotations annuelles ou de tarifs. Elle est réalisée en usant d'un « indice de valorisation de l'activité » (IVA) calculé sur la base des données PMSI et intégrant entre autres les caractéristiques de morbidité, d'âge, de dépendance et le nombre d'actes. Cet indice permet de déterminer les ressources « théoriques » qui devraient être attribuées à l'établissement. La comparaison de ces dernières aux ressources effectivement perçues débouche sur un indice de modulation qui sera appliqué à la DAF ou aux tarifs prévus. De ce fait, les ressources d'un établissement peuvent être revues à la baisse si le calcul a montré qu'il était « sur-doté ». Cependant, l'effet est atténué par deux facteurs : d'une part la modulation porte sur une petite partie de la DAF ou du taux d'évolution des prix de journée (respectivement 2 % et 0,5 % pour 2009, 5 % et 0,5 % en 2010 et 2011) ; d'autre part, la réduction peut être compensée et au-delà par l'octroi de mesures nouvelles (cf. supra), qui portent sur des montants plus importants que la fourchette de modulation.

En partie dissuadées par la faiblesse des montants concernés, les ARS n'ont guère assuré d'accompagnement pédagogique de la modulation et n'ont pas non plus utilisé les marges de manœuvre expressément laissées par le ministère. Celle-ci leur est apparue comme une expérimentation vouée à laisser rapidement la place à un dispositif plus complet, plutôt que comme un moyen de corriger certains défauts des modes de financement actuels.

L'implication limitée des ARS peut aussi tenir à ce que la modulation par les points IVA a été lancée sur des fondements quantitatifs (PMSI-SSR) manifestement imparfaits, dont la fiabilité n'a pas manqué d'être contestée³³³ et dont l'abandon était déjà programmé au moment où on l'appliquait aux établissements.

333. L'AP-HP, par exemple, a élaboré son propre critère de modulation de répartition de la DAF. La contestation du point IVA a été le fait, parmi les établissements touchés par l'enquête, de structures de taille très diverse.

Les lacunes du PMSI-SSR

Le PMSI-SSR est fondé sur une description hebdomadaire des séjours des patients, qui sont ensuite classés dans 13 catégories majeures cliniques (CMC) et 52 groupes de morbidité dominante (GMD) adultes ou 31 GMD enfants. Ces données sont complétées par des informations permettant de mesurer la dépendance et concernant les actes médicaux ou de rééducation effectués.

Il soulève plusieurs problèmes : un manque de précision sur la nature des prises en charge du fait des définitions de CMC (p.ex. un patient atteint de la maladie d'Alzheimer pourra être classé dans trois CMC différentes) et du caractère sommaire de la description par les GMD (les patients sont souvent classés dans un GMD « Autres », faute de rubriques adaptées) ; l'incertitude sur la fréquence réelle des relevés, qui sont très lourds ; la difficulté du contrôle de la conformité des activités avec les autorisations parce que les CMC ne correspondent pas aux catégories des décrets de 2008. Une refonte du PMSI doit aboutir en 2012.

Avec toutes ses limites, cet exercice de modulation a mis en lumière l'existence de substantiels écarts de sur-dotation et de sous-dotation entre établissements ainsi que d'une forte dispersion des coûts. Un quart des établissements sous DAF ont reçu en 2011 une dotation inférieure de plus de 20 % à leur dotation théorique et la situation des cliniques ne paraît pas essentiellement différente.

L'approche consistant à ne pratiquer la modulation que marginalement et selon une méthodologie fragile n'est pas satisfaisante. Compte tenu des difficultés d'application d'une tarification à l'activité de type MCO dans les SSR (cf. infra), on ne peut exclure que la modulation des dotations et prix de journée s'avère une voie incontournable, une fois le PMSI-SSR rendu complètement pertinent, à utiliser alors plus pleinement que cela n'a été le cas depuis 2009.

b) La préparation technique de la T2A-SSR

Le schéma cible de la T2A-SSR est présenté comme proche du modèle MCO³³⁴. Il reposerait sur quatre compartiments : l'activité, compartiment prépondérant ; les molécules onéreuses ; les plateaux techniques ; les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC). Chacun fait l'objet d'études spécifiques depuis 2011.

L'instauration d'une tarification à l'activité suppose remplies deux conditions : d'une part, disposer d'une classification assez précise qui

334. Cf. RALFSS 2011, chapitre VII – Tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 199.

permette de décrire les différents processus de prise en charge ; d'autre part, identifier des groupes médico-économiques de patients homogènes ou des coûts par type de prises en charge pour fixer ensuite les tarifs. Aucune de ces deux conditions n'est à ce jour atteinte. La version actuelle du PMSI-SSR étant inadaptée, il faut donc élaborer une nouvelle classification et un nouveau catalogue des actes de rééducation, dont une première version provisoire est a été diffusée par l'ATIH fin mars 2012.

Les éléments d'une échelle de coûts à méthodologie commune ont commencé d'être rassemblés en 2009 mais leur traitement est toujours en cours au sein d'un comité technique. Certains prérequis à la construction du modèle tarifaire ne sont pas encore stabilisés, notamment le choix de l'unité de valorisation (le séjour, la semaine, la journée, la ou les séquence(s) de soins...).

L'ATIH a mené en 2011 deux enquêtes sur les compartiments « molécules atypiques ou coûteuses » et « plateaux techniques et appareillages », auprès de la quasi-totalité des établissements. L'exploitation a cependant pris du retard et n'est pas terminée.

Au-delà de ces difficultés techniques, des questions essentielles et complexes, qui déterminent le contenu de la réforme et le scénario cible, n'ont pas encore été tranchées : le rythme de montée en charge de la réforme, le périmètre de la convergence, le poids respectif des quatre compartiments, d'éventuels mécanismes amortisseurs et mesures d'accompagnement, le montant de la nouvelle enveloppe financière consacrée au SSR.

Le report de 2013 à 2016, annoncé en juin dernier, devrait permettre de limiter l'incidence des difficultés opérationnelles qui pourraient survenir dans les établissements -et singulièrement les petits- du fait de l'application de nouvelles nomenclatures et règles de codage et de la refonte des systèmes d'information. L'assurance maladie elle-même aura besoin d'un temps d'adaptation.

Il conviendra notamment de mettre à profit ce nouveau délai pour évaluer les effets des nouveaux outils et en corriger les défauts. Plus fondamentalement cependant, cette réforme peut paraître mal adaptée à la réalité actuelle du fonctionnement des SSR.

3 – Des problèmes de fond laissés sans réponse par le projet de T2A

La T2A, qui enlève à la tutelle la responsabilité de décider de l'allocation des ressources en conditionnant celles-ci à l'activité des établissements, n'a de sens qu'avec des opérateurs capables de choix autonomes, de finesse de pilotage et de détermination d'une stratégie et dont la gestion ne soit pas essentiellement contrainte par celle d'autres secteurs.

Force est de constater que le SSR, notamment public, n'est pas aussi avancé que le MCO en termes d'instruments de pilotage. Les établissements sur lesquels a porté l'enquête se sont souvent montrés incapables de fournir des données précises sur les taux d'inadéquation de séjours, les délais d'admission, les surcoûts des attentes de sortie, le nombre de réhospitalisations subséquentes. L'aptitude à concevoir une stratégie, notamment dans les structures dont la patientèle n'est pas automatiquement procurée par les services voisins de court séjour, dépend aussi d'outils d'analyse des besoins qui restent à ce stade très insuffisants (cf. supra).

En l'état actuel, bien des établissements ne paraissent pas susceptibles, à court et moyen terme, d'adapter assez finement leur offre, d'optimiser leurs capacités ni de faire en sorte de fluidifier les parcours. Il serait peu réaliste de penser que la mise sous tension inhérente à la T2A suffira à les en rendre capables. Elle ne suffira pas davantage à révéler des disponibilités à l'aval ni n'affranchira de la relation asymétrique avec les services MCO.

Les défauts des modes actuels de financement -pour l'essentiel manque d'équité, de transparence et de prévisibilité- n'impliquent pas à eux seuls qu'on transpose aux SSR le modèle de la T2A dont l'exemple du MCO montre clairement les conditions de mise en œuvre et les risques.

Un dispositif de tarification à l'activité dans un secteur qui ne maîtrise pas le parcours de soins de ses patients ni en amont ni en aval en raison des difficultés d'articulation entre les différents maillons de la chaîne de prise en charge risque immédiatement d'être rendu inopérant par ces dysfonctionnements mêmes et ne pourra être à lui seul l'outil d'une réorganisation efficace de l'offre. Il risque cependant de provoquer les mêmes effets inflationnistes que ceux constatés pour le MCO s'il n'est pas assorti d'un mécanisme de régulation budgétaire reposant sur un système de dotations forfaitaires analogues aux MIGAC du MCO.

La mise au point d'un système de financement pertinent suppose ainsi encore de gros efforts de conception et d'expérimentation au-delà des problématiques techniques à régler. Plus essentiellement, sa mise en œuvre nécessite sans doute le préalable d'une meilleure fluidité du parcours de soins des patients qui constitue tout l'enjeu des projets régionaux de santé en cours d'élaboration par les agences régionale de santé, mais dont l'effet concret reste à venir.

CONCLUSION

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. Cela ne l'a pas empêché de connaître récemment une forte croissance, largement sous l'impulsion du secteur privé mais aussi parce que la composante MCO du secteur public en a exprimé le besoin. Cette dynamique a été encouragée par une planification qui a manqué d'outils d'analyse des besoins, avec pour conséquence une dépense en progression d'autant plus forte et rapide que les efforts de régulation ont été particulièrement tardifs.

Pour autant, les patients continuent à subir blocages, délais et orientations inadéquates dans leur entrée en SSR comme pour leur sortie. L'enjeu est majeur pour les ARS de parvenir à une meilleure fluidité dans une trajectoire de soins articulant de manière cohérente MCO et SSR, SSR et médico-social, SSR et dispositifs de soutien au retour à domicile, qu'il s'agisse des professionnels de santé libéraux ou des travailleurs sociaux gérés notamment par les départements.

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.

Dans ce contexte, la priorité réside dans une amélioration rapide de l'efficacité de la filière en identifiant les inadéquations de séjours liés tant aux défauts d'orientation en amont que des difficultés de sortie en aval et en fixant aux ARS des objectifs précis à cet égard. Parallèlement doit être mise en œuvre dans un premier temps une modulation plus pertinente et plus forte des DAF et des prix de journée en fonction des soins dispensés, de manière à préparer des évolutions plus profondes du mode de financement de ce secteur, tenant compte de ses spécificités et éclairée par des expérimentations préalables.

RECOMMANDATIONS

46. *Evaluer sur le plan national et selon une méthodologie homogène les inadéquations de séjours en SSR et en déduire les besoins réels de capacités d'accueil, en fonction des pathologies à traiter.*

47. *Fixer en conséquence des objectifs précis aux ARS pour résoudre les difficultés d'orientation vers l'aval des patients dont l'état permet une sortie des SSR. A cette fin mettre rapidement en œuvre les instruments de transparence opérationnelle (Trajectoire ou autre) sur les disponibilités en lits et places :*

- *entre MCO et SSR, d'une part ;*
- *entre les SSR et l'aval médico-social, d'autre part.*

48. *Faire précéder l'engagement de la réforme du financement par des expérimentations propres à garantir qu'elle rationalisera effectivement ce dernier sans induire de problèmes supplémentaires en termes de parcours des patients. Dans l'intervalle, rendre plus opérationnelle la modulation des DAF et du prix de journée en fonction notamment de la lourdeur des soins dispensés.*
