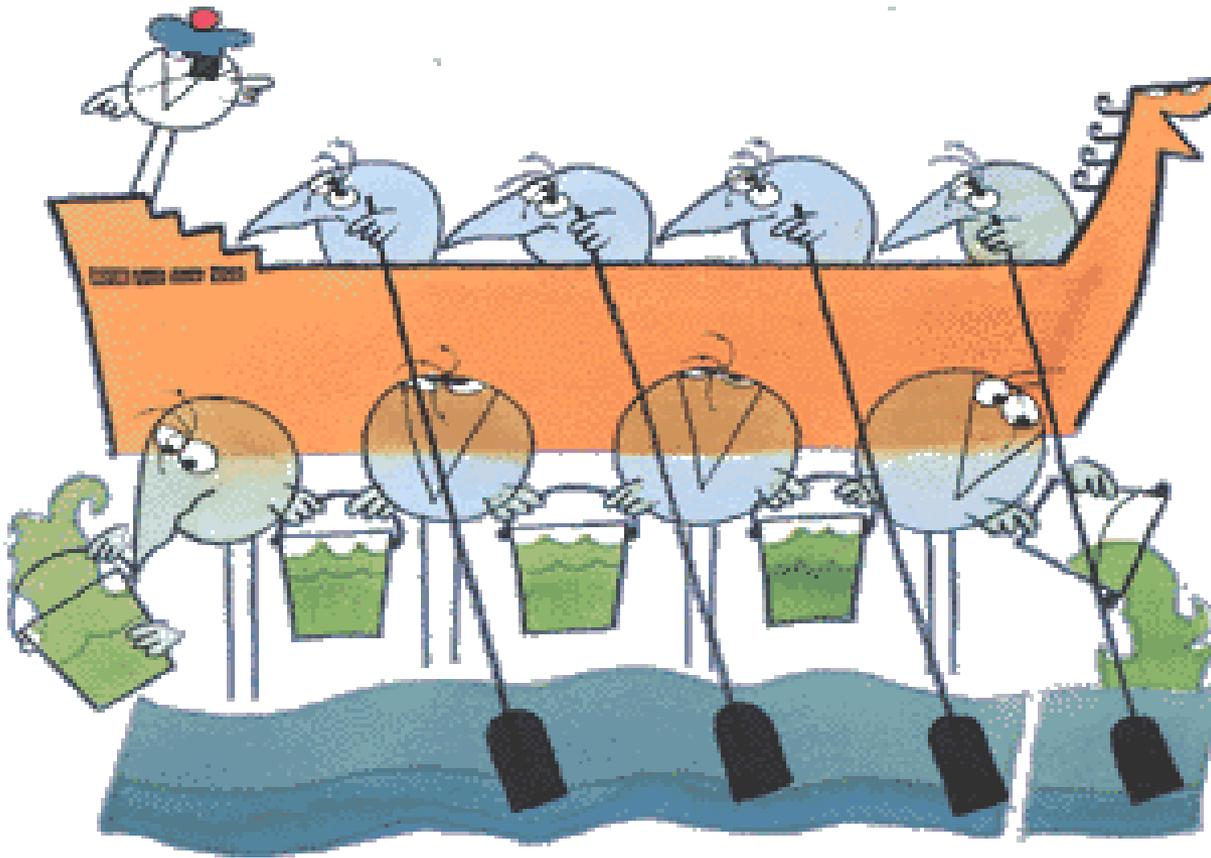


Soins médicaux et de réadaptation : les nouveaux décrets du 11 janvier 2022



Décret implantations sur
[Légifrance](#)

Décret fonctionnement sur
[Légifrance](#)

Remarques préalables sur le rôle des parties prenantes dans le processus de décision

Source : *Comité de pilotage SSR du 16 octobre 2019, nous n'avons pas d'éléments plus récents, mais les modalités d'association des CNP n'ont pas changé.*

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

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

Les organisations professionnelles ne sont pas suffisamment associées à la conception des réformes

Décrets du 11 janvier 2022 : les points positifs

1. Avec la dénomination « **Soins médicaux et de réadaptation** », la réadaptation ne se confond pas avec les SMR ce qui atteste de son existence dans tous les secteurs du système de santé (au lieu de « **soins de réadaptation** » dans une version précédente des décrets).
2. La balnéothérapie n'est plus obligatoire en locomoteur, mais nécessité d'un « système d'allègement du poids du corps ».
3. **Présence d'une définition des SMR polyvalents**, absente des décrets de 2008. La masso-kinésithérapie est y obligatoire.
4. Les associations de pratiques thérapeutiques ne sont pas obligatoires **pour chaque patient (« selon son état »)** ce qui, dans la version précédente des projets de décrets, risquait d'induire des stratégies de recrutement inopportunes au regard des besoins.
5. La précision des modalités pédiatrie et oncologie
6. L'autorisation en HC implique l'autorisation à temps partiel.

Décrets du 11 janvier 2022 : les points d'inquiétude 1/2

Une réforme sous contrainte budgétaire au détriment de l'offre de soins en réadaptation?

- 1. Absence de définition claire de la réadaptation** en termes de de finalités, d'autorisations et d'axe de gradation des niveaux de soins
 - A la définition restreinte des 3R se substitue la **définition exubérante des actes de RR du CSARR** incluant prévention, ETP, réadaptation au sens strict, bien être, soins de confort etc.
 - Nécessité d'une fonction de réadaptation selon **la définition internationale soutenant l'organisation et le financement, bien périmétrée en termes d'interventions et de comptabilité analytique** pour mettre en place un financement robuste.
- 2. Multiplication des pratiques thérapeutiques et des actes collectifs non spécifiques par défaut d'identification du périmètre des interventions de réadaptation.** Risque d'orientation préférentielle des kinésithérapeutes vers le secteur MCO. Risque global pour les professions de réadaptation.
- 3. Risque de saupoudrage de diverses « pratiques » dans un contexte de pression budgétaire**, sans normes spécifiques pour les programmes de réadaptation (critères d'admission, ratios en personnel, temps de RR), et sans modèle économique viable pour les programmes à forte densité de réadaptation.
 - **Fragilisation assurée des programmes des soins.** La diversité est gagnante sur l'intensité et la technicité, *a fortiori* avec le système lissant des pondérations des actes CSARR qui devient central dans la future classification à visée tarifaire.

Décrets du 11 janvier 2022 : les points d'inquiétude 2/2

Une réforme sous contrainte budgétaire au détriment de l'offre de soins en réadaptation?

4. **La fonction de fluidité des parcours l'emporte sur la fonction de réadaptation (pertinence) comme en 2008, définissant les mentions selon les catégories curatives de l'aigu, au détriment des besoins des patients, des bonnes pratiques et des compétences clés. Retour des noms de spécialités médicales de l'aigu dans les autorisations spécialisées et recul de la référence aux classifications internationales (CIM, CIF, ICHA...).**

5. **Incertitude sur la capacité du futur modèle économique à soutenir les activités à forte densité de réadaptation face à l'absence conjointe de la fonction de réadaptation en comptabilité et de ratios.**

6. **Multiplication des compartiments de financement qui fait craindre l'abandon de la recherche d'un classification tarifaire aboutie.**

La réadaptation n'est ni définie, ni spécifiée comme ensemble d'activités homogènes des SMR

- **Elle ne figure pas au chapitre des actes à visée diagnostique**
 - «Art. R. 6123-119.-I. –**Les actes à visée diagnostique** mentionnés dans la présente section comprennent notamment les bilans fonctionnels nécessaires à la mise en œuvre du projet thérapeutique, l'exploration des complications et les évaluations en cours et à la fin de la mise en œuvre du projet thérapeutique.
- **Elle est limitée aux actes thérapeutiques**
 - «II. –**Les actes à visée thérapeutique** mentionnés dans la présente section comprennent notamment les actes réalisés en situation subaiguë et chronique impliquant une surveillance, des soins médicaux et infirmiers, des soins de réadaptation, l'adaptation de l'environnement et des aides techniques.
- **L'accent est mis sur des actions non spécifiques des SMR**
 - «III. –**Les actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique** mentionnées dans la présente section comprennent toutes actions permettant la diminution des récurrences et complications, la réduction du recours aux soins curatifs aigus et l'amélioration de la qualité de vie des patients. L'entourage du patient peut participer à ces actions.
- **Elle ne figure pas au chapitre de la réinsertion**
 - «IV.–**Les actions à visée de réinsertion** mentionnées dans la présente section comprennent la réinsertion familiale, sociale, scolaire et professionnelle.
- **Il en résulte que les critères d'admission des patients requérant la réadaptation ne sont pas définis**

Seule la définition de l'OMS : **réduire au minimum les limitations fonctionnelles en interaction avec l'environnement**, permettrait de définir des conditions de fonctionnement robustes et pertinentes, spécifiques de la réadaptation en termes de **compétences médicales, paramédicales, techniques, psychologiques et sociales et de plateaux techniques spécialisés.**

Réforme des autorisations en SMR: les mentions

Une segmentation issue des catégories médicales curatives de l'aigu

Actuel : 2008	Futur : dernière version des décrets
SSR polyvalents (Autorisation générique)	Mention « polyvalent » : conditions techniques spécifiques
Affections de l'appareil locomoteur	Mention « 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, nutrition »
Affections onco-hématologiques	Mention « oncologie »
	Mention « oncologie et onco-hématologie »
Affections des brûlés	Mention « brûlés »
Affections liées aux conduites addictives	Mention « conduites addictives »
Aff. de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance	Mention « gériatrie »
SSR enfants	Mention « enfants et adolescents »
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »

Modalité
« Cancers »

Modalité
« Pédiatrie »

 = Nouveautés

Focus sur la « pédiatrie »

Des précisions par rapport à 2008

- II. - Seuls les titulaires de l'autorisation « **enfants et adolescents** » sont autorisés à la prise en charge des mineurs.
- III. – Les titulaires de l'autorisation « **jeunes enfants, enfants et adolescents** » sont autorisés, outre à la prise en charge prévue au II du présent article, à la prise en charge des **mineurs de moins de 4 ans**.
- IV. – Les titulaires de l'autorisation « **brûlés** » sont autorisés à la prise en charge des enfants, en passant convention avec un titulaire de l'autorisation « jeunes enfants, enfants et adolescents ».
- V. – Par exception au II du présent article, tout titulaire de l'autorisation de soins médicaux et de réadaptation peut prendre en charge des **mineurs à partir de 16 ans**, en accord avec le titulaire de l'autorité parentale qui doit recueillir l'avis de l'enfant. Il en informe l'agence régionale de santé.

Voir diapos suivantes pour les conditions de fonctionnement

Conditions de fonctionnement

- Des conditions techniques de fonctionnement pour les SMR polyvalents
- Pas de ratios mais des ressources obligatoires (« un ou plusieurs »)
- Un « nombre de pratiques thérapeutiques » minimum comportant l'ETP
- EAPA obligatoire en digestif..., cité dans la plupart des listes de pratiques thérapeutiques
- Pas de temps de RR → Peut-être dans une future circulaire suivant les décrets ...?
 - Actuellement: 2 heures en système nerveux et appareil locomoteur (2008)
- Positions de coordination modifiées: cardiologues et pneumologues ne sont pas tenus d'une formation en réadaptation = risque de sélection de malades « mono-déficients »

Pas de garanties sur le niveau des ressources en l'absence de modèle économique viable
Fragilisation des programmes de réadaptation complexes et des compétences clés.
nécessaires à leur mise en œuvre.

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

L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs:											Nombre de pratiques thérapeutiques offertes par la structure dans une liste fermée	Nombre de séquences par jour ouvré dont séquence individuelle
	MK	Ergothérapeute	Orthophoniste	Diététicien	Psychomotricien	Psychologue	Orthoprothésiste	E-APA	Educateur	Aux. Puériculture		
Polyvalent	■										2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	1 indiv. ou collective
Gériatrie	■	■		■		■					3: MK, E, D, PM, O, Psy, APA	2 indiv. ou collective
Locomoteur	■	■				■					3: MK, E, orthoprothésie, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Système nerveux	■	■	■			*					3: MK, E, O, PM, Neuro-Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Cardio-Vasculaire	■			■		■					2: MK, E, D, O, PM, Psy, ETP, APA	2 indiv. ou collective
Pneumologie	■			■		■					2: MK, E, D, PM, Psy, ETP, APA	2 dont 1 de MK
Digestif...	■			■		■		■			3: MK, E, D, ETP, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Brûlés	■	■	■	■		■	■				2: MK, E, O, PM, D, Psy, orthoprothésie	-
Conduites addictives						■					2: psy, ETP, E, PM, D, APA	2 indiv. ou collective
Enfants ados	■					■			■		3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Jeunes enfants...	■					■			■	■	3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Oncologie Onco-hématologie	■			■		■					2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	2 indiv. ou collective

■ « Un ou plusieurs »

*au moins un formé en neuro-psychologie

Les positions de coordination

- **Polyvalent:** justifie d'une formation ou expérience attestée en réadaptation
- **Gériatrie:** spécialisé en gériatrie ou justifie d'une formation ou expérience attestée en gériatrie
- **Locomoteur:** spécialisé soit en médecine physique et de réadaptation (MPR), soit en rhumatologie et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation
- **Système nerveux:** spécialisé soit en MPR, soit en neurologie et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation
- **Cardio-vasculaire:** spécialisé soit en médecine cardiovasculaire, soit en médecine physique et de réadaptation et justifie d'une formation ou expérience attestées en cardiologie. Dans ce dernier cas le titulaire de l'autorisation assure l'accès des patients à un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire
- **Pneumologie:** spécialisé soit en pneumologie, soit spécialisé en MPR et justifie d'une formation ou expérience attestées en pneumologie, soit en médecine générale et justifie d'une formation ou expérience attestées en pneumologie et en réadaptation. Dans tous les cas, le titulaire de l'autorisation assure l'accès des patients à un médecin spécialisé en pneumologie
- **Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition** spécialisé soit en endocrinologie, diabétologie, nutrition, soit en hépato-gastro-entérologie et justifie d'une formation ou expérience attestées en nutrition, soit en médecine générale et justifie d'une formation ou expérience attestées en endocrinologie-diabétologie-nutrition.
- **Brûlés:** spécialisé soit en MPR soit justifie d'une formation ou expérience attestées dans le traitement des grands brûlés
- **Conduites addictives:** Le médecin coordonnateur justifie d'une formation ou expérience attestées en addictologie
- **Pédiatrie:** spécialisé soit en pédiatrie et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation, soit spécialisé en MPR et justifie d'une formation ou expérience attestées dans la prise en charge de l'enfant
- **« Oncologie » et « oncologie et onco-hématologie » :** soit spécialisé en oncologie médicale, option oncologie médicale, soit justifie d'une formation ou expérience attestées en oncologie médicale. Pour la mention « oncologie et onco-hématologie » désignation d'un médecin coordonnateur supplémentaire, spécialisé en hématologie, soit qui justifie d'une formation ou expérience attestée en onco-hématologie

Les expertises: des logiques contradictoires

Un modèle industriel en « flux poussés » par catégories médicales de l'aigu et sur-segmentation par insuffisance des conditions de fonctionnement des SMR spécialisés

- Réadaptation neuro-orthopédique
- Filière de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes : soins de réadaptation post-réanimation, réadaptation précoce post-aigue neurologique, personnes en état végétatif chronique ou pauci-relationnel
- Réadaptation précoce post-aigue respiratoire
- Réadaptation précoce post-aigue cardiologique
- Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés
- Prise en charge des troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive
- Prise en charge des lésions médullaires
- Prise en charge des obésités complexes
- Prise en charge des patients amputés, appareillés ou non
- Pour la pédiatrie, des spécificités sont en cours de définition pour les troubles des apprentissages et le polyhandicap

**Points de vigilance : niveaux d'expertise? les critères de reconnaissance et seuils d'activité?
Plateaux techniques spécialisés - Liens entre autorisations et dotation populationnelle**

Merci pour votre attention

« Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde. » Albert Camus

Sources

[Implantation: décret du 11 janvier 2022](#)

[Fonctionnement: décret du 11 janvier 2022](#)

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

[Evolution-des-SSR et perspectives pour les activités de MPR](#)

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

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

[Communiqués du SYFMER sur les réformes des autorisations et du financement](#)

[Diaporama du SYFMER sur les réformes du financement](#)

[SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse](#)

Gradation: quel modèle pour la pertinence des soins?

Phase aiguë

Phase post-aigüe / soins subaigus

Phase chronique

Nouvelles organisations territoriales associant GHT et centres privés

S
C
P

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

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

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

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

Plusieurs logiques de gradation en compétition

Logique de gradation	Exemples	Financement	Menaces
<p>Profils homogènes de patients : programme de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence • Technicité • Coûts 	<p>Exemple au niveau 3 : patients tétraplégiques, grands brûlés, cérébrolésés complexes...</p>	<p>Classification à visée tarifaire SSR : paiement par cas à la « séquence », plus courte qu'un séjour complet SSR</p>	<p>Liées à la tarification à l'activité: absence de description des fonctions de production des SSR, dont la réadaptation</p>
<p>Solution d'un problème complexe dans un épisode de soins court (modèle type : maladies rares)</p>	<p>Exemples d'expertises : neuro-orthopédie, troubles cognitifs ou neuro-urologiques complexe...</p>	<p>T2A en MCO?* MIG ou autre compartiment modulé par l'activité</p>	<p>Quelles procédures de reconnaissance ? Risque d'opacité et de pérennisation d'inégalités historiques</p>
<p>Plateau technique (modèle type : imagerie)</p>	<p>Robotique Balnéothérapie Isocinétisme ...</p>	<p>MIG puis autre compartiment modulé par l'activité</p>	<p>Niveaux de preuve ? Inégalités induites entre secteurs face aux critères choisis</p>

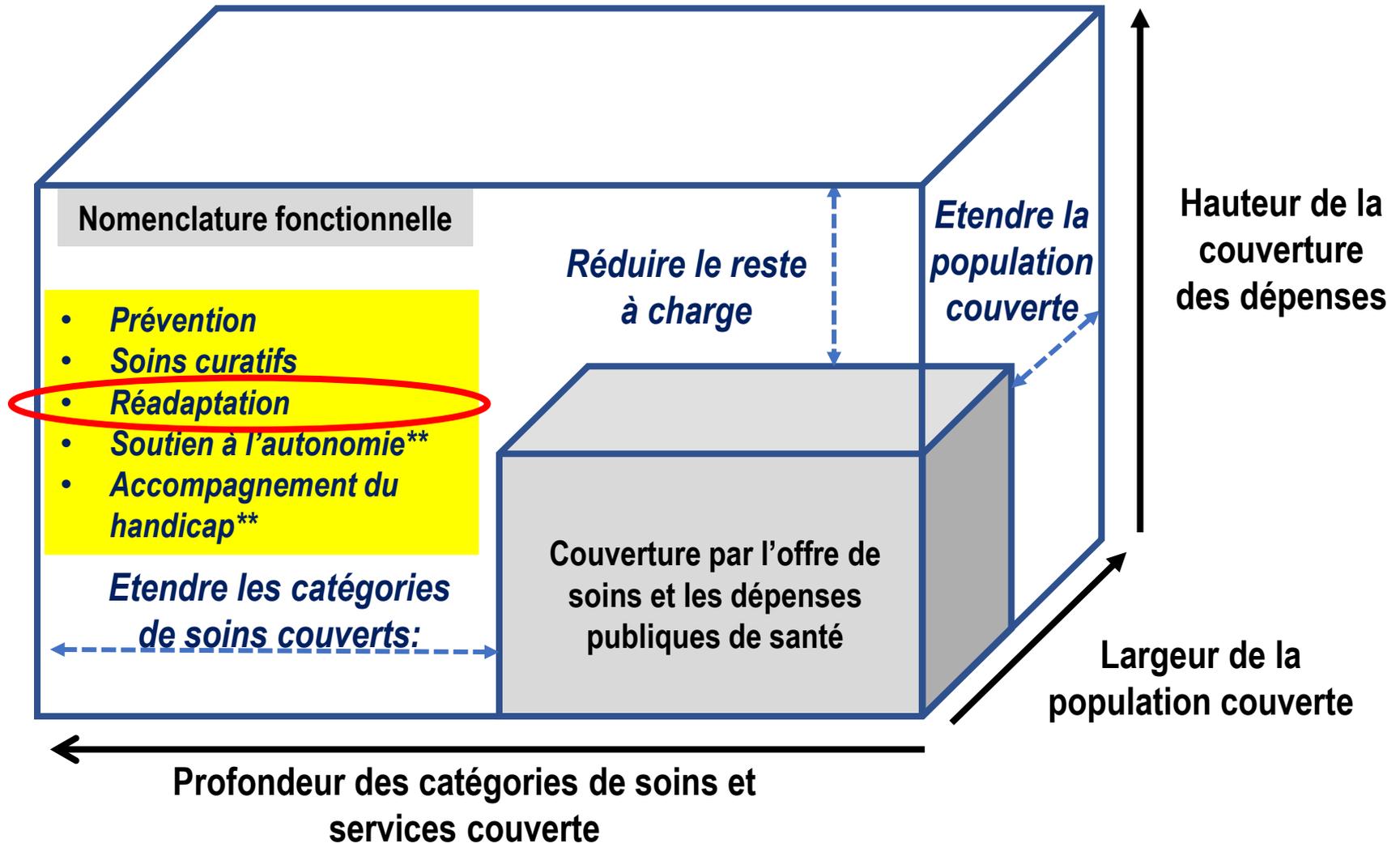
Pour une juste gradation: sortir de la confusion entre réadaptation et SSR!

Adapté de Gutenbrunner et al. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. Journal of rehabilitation medicine. 50. 10.2340/16501977-2217.

	Soins aigus	Soins post-aigus ou subaigus	Soins à long terme
Niveau tertiaire	A1 Service de réadaptation aiguë en HC	B1 Service de réadaptation post-aigu en HC	C1 Service de réadaptation intermittente en HC
	A2 Equipes mobiles de réadaptation aiguë		
Soins de réadaptation post-réanimation : MCO ou SSR ?			
Niveau secondaire	A1 Service de réadaptation aiguë en HC	B1 Service de réadaptation post-aigu en HC	C1 Service de réadaptation intermittente en HC
	A2 Equipes mobiles de réadaptation aiguë	B2 Service de réadaptation post-aigu ambulatoire (note: en HTP, soins externes ou soins de ville) B3 Service de réadaptation mono-professionnelle (unités de kinésithérapie...)	
Equipes mobiles : internes et/ou à domicile ? Soins et/ou coordination ? Développement : Télé-réadaptation, réadaptation avant chirurgie, RAAC...			
Niveau primaire		B2 Service de réadaptation post-aigu ambulatoire	C2 Soins primaires de réadaptation
		B3 Service de réadaptation mono-professionnelle	C3 Réadaptation à base communautaire

Réadaptation et panier de soins

*Dans la plupart des systèmes de santé la réadaptation est identifiée comme une composante du panier de soins qu'il faut valoriser spécifiquement**



[*Avis du HCAAM du 22 avril 2021: pour une allocation par destination des soins](#)

**Frontière entre politiques sanitaires et sociales

SSR, stratégies et fonctions de production de la santé

La comptabilité analytique hospitalière a déconnecté les modèles français et internationaux

Nomenclature fonctionnelle de l'ICHA-HC (OCDE)	Stratégies de santé (OMS)
HC.1 : Services de soins curatifs Augmentation des maladies chroniques, des patients polypathologiques et des maladies non transmissibles	Soins curatifs (stratégie curative)
HC.2 : Services de soins de réadaptation 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)
HC.3 : Services de soins de longue durée Augmentation des besoins d'assistance dans les activités de vie quotidienne élémentaires et instrumentales Frontières complexes avec l'action médico-sociale et sociale	Soins d'assistance à la vie quotidienne et d'accompagnement (stratégie de soutien)
HC.4 : Services de support aux soins de santé	
HC.5 : Biens médicaux délivrés à des patients ambulatoires	
HC.6 : Services de prévention et de santé publique	Prévention (stratégie préventive)
HC.7 : Administration de la santé et assurances santé	
Fonction de production composite	Soins palliatifs (stratégie palliative)

Service est entendu au sens économique de production de biens et de services: concerne aussi les soins de ville.

Qu'attend-on des SMR?

Valeur, fonctions et stratégies en santé

Attente des patients ou composantes de la valeur*

- Ne pas mourir prématurément : pronostic vital
- Récupérer ou préserver un niveau de fonctionnement optimal : pronostic fonctionnel
- Pouvoir reprendre rapidement ses activités antérieures**
- Eviter les pertes de chances: soins inutiles, erreurs de diagnostic, inconforts liés aux traitements complications, effets secondaires des traitements...
- Maintien en santé et en fonction en évitant les récives par des soins au long cours
- Eviter les conséquences pathogènes à long terme des traitements

Allocation par destination



Fonctions de l'ICHA (OCDE)

Promotion et
prévention (HC.6)

Soins curatifs
(HC.1)

Soins de
réadaptation (HC.2)

Soins au long cours
aux frontières des
politiques du
handicap (HC.3)

Stratégies de santé de l'OMS

Stratégie de promotion

Stratégie de promotion

Stratégie curative

Stratégie de réadaptation

Stratégie de soutien et
d'accompagnement social
aux frontières des systèmes
de santé et des autres
politiques publiques

*Adapté de [Michaël Porter: What's value in Healthcare](#) , [du système d'indicateurs de santé du NHS](#) et de [Rehabilitation as a Health strategy](#) (Christoph Gutenbrunner, Boya Nugraha)

**aux frontières entre politiques de santé et politiques sociales

Nomenclature des catégories fonctionnelles de soins

Système international des comptes de la santé (OCDE 2000, révisé en 2011)

Description des paniers de soins dans neuf pays de l'Union européenne



« Service » est entendu comme « fonction » (service rendu comme composante d'une prestation globale) et non comme structure prestataire. Les prestataires sont décrits dans la [nomenclature ICHA-HP](#).

HC.1 Services de soins curatifs
HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.2 Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1 Services médicaux et diagnostiques courants (soins primaires)
HC.1.3.2 Soins dentaires ambulatoires
HC.1.3.3 Autres soins de santé spécialisés
HC.1.3.9 Autres soins curatifs ambulatoires
HC.1.4 Services de soins curatifs à domicile

HC.2 Services de réadaptation
HC.2.1 Réadaptation en milieu hospitalier
HC.2.2 Réadaptation en hospitalisation de jour
HC.2.3 Réadaptation en mode ambulatoire
HC.2.4 Services de soins curatifs à domicile

HC.3 Services de soins de longue durée
HC.3.1 Soins de longue durée en milieu hospitalier
HC.3.2 Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3 Soins de longue durée à domicile

HC.4 Services auxiliaires
HC.4.1 Laboratoires d'analyses médicales
HC.4.2 Imagerie diagnostique
HC.4.3 Transports sanitaires et secours d'urgence
HC.4.9 Autres services auxiliaires

HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1 Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2 Médicaments en vente libre
HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables
HC.5.2.1 Lunetterie et autres produits d'optique
HC.5.2.2 Appareils orthopédiques et autres prothèses
HC.5.2.3 Appareils auditifs
HC.5.2.4 Appareil médico-techniques
HC.5.2.9 Autres biens médicaux durables

HC.6 Services de prévention et de santé publique
HC.6.1 Santé maternelle et infantile : services de planning familial et de consultations
HC.6.2 Services de médecine scolaire
HC.6.3 Prévention des maladies transmissibles
HC.6.4 Prévention des maladies non transmissibles
HC.6.5 Médecine du travail
HC6.9 Autres services de santé publique

Pas de système de santé performant sans comptabilité robuste!



Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé
22 avril 2021



Pas de système de santé performant sans allocation par destination des soins (HCAAM)!