

SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse

Jean-Pascal Devailly jpdevailly@mail.com

Manuscrit accepté paru dans Gestions Hospitalières n°611, décembre 2021, 588-595

Couvrant 25% des capacités d'hospitalisation en France les soins de suite et de réadaptation (SSR) constituent l'un des secteurs post-aigus les plus hétérogène du monde dans leurs finalités de soins. Issus d'un ensemble indifférencié, le « moyen séjour », ils s'inscrivent dans les filières de prise en charge en aval des soins de courte durée et en amont du retour au domicile ou dans un lieu de vie approprié. Leur spécialisation leur confère également une mission de recours ou de référence pour des soins curatifs subaigus, de réadaptation ou de transition. Pour les mêmes raisons, ils jouent un rôle fondamental dans la recherche et la formation des professionnels de réadaptation.

La pression sur les durées de séjour et sur le capacitaire en lits du secteur MCO, conjuguée au vieillissement de la population, a entraîné l'augmentation rapide des capacités en lits et places en SSR ainsi que celle des dépenses. L'ONDAM SSR représente un peu plus de 10 % de l'ONDAM des établissements.

La réforme du financement des SSR a été reportée en 2023 du fait de la difficulté à définir les critères inter et intrarégionaux de la dotation populationnelle, annoncée entre 35 et 40% du financement global.

La future part « à l'activité » est fixée à 50%. Elle reposera sur la classification SSR à visée tarifaire qui sera mise en œuvre dès 2022. Elle tente à nouveau d'appliquer à l'ensemble du secteur un paiement prospectif par cas « au séjour » sans parvenir à identifier des prises en charge similaires. Trop peu sensible aux modifications de nature et de niveau de prise en charge au cours des séjours, elle risque, malgré la création de groupes de réadaptation, de ne pouvoir financer au juste coût les séquences à forte densité de réadaptation.

Les classifications et nomenclatures internationales nous indiquent les prérequis pour une classification à visée tarifaire opérationnelle en SSR. De nombreux outils de description des patients et de l'activité utilisés à l'étranger sont robustes, validés et mieux adaptés aux enjeux de la classification en SSR.

I. Cadre conceptuel international : prestataires et fonctions de la santé

L'organisation des hôpitaux et des alternatives à l'hospitalisation dépend de l'histoire de chaque pays. Il n'existe pas de définition internationale des soins post-aigu.

Le système international des comptes de la santé (ICHA)¹, en lien avec les classifications de l'OMS et de l'OCDE, a élaboré des nomenclatures des prestataires (HP) et des fonctions de la santé (HC) qui définissent la valeur des soins comme une entité multidimensionnelle. Les fonctions de la santé représentent les composantes attendues d'une prestation globale. La valeur d'une prestation de service est considérée comme le rapport entre l'aptitude aux différentes fonctions et le coût des solutions adoptées pour que la prestation de service remplisse chaque fonction.

La réponse aux besoins relève de plusieurs finalités combinées de façon variable dans leur intensité et au cours du temps par les prestataires successifs des parcours des patients. Si une structure a une finalité principale de soins, une activité dite homogène suppose un *output* commun reposant sur la combinaison similaire des fonctions attendues et des coûts mobilisés. En d'autres termes la prestation globale et la valorisation d'une activité homogène relèvent d'une analyse fonctionnelle de la valeur, préalable à tout financement à l'activité.

La nomenclature fonctionnelle de l'ICHA HC décrit les grandes fonctions des soins de santé ou composantes de la valeur. Elle regroupe les fonctionnalités attendues des activités ayant pour objectif principal d'améliorer ou maintenir l'état de santé des personnes (ICHA-HC 2011) et vise l'allocation par destination des soins ².

Ces finalités se combinent en proportion variable pour tous les prestataires :

- HC.1 : soins et traitements des maladies et des traumatismes sauf réadaptation
- HC.2 : soins de réadaptation visant l'optimisation du statut fonctionnel
- HC.3 : soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne

La nomenclature des prestataires de l'ICHA HP décrit les rubriques suivantes :

- La rubrique **HP.1 désigne les hôpitaux**. Elle inclut les hôpitaux spécialisés (HP1.3) dont ceux qui ont pour fonction principale la réadaptation.
- La rubrique **HP.2 désigne les maisons médicalisées**. Leur activité principale consiste à offrir un hébergement, des services de soins infirmiers et de réadaptation pour des séjours prolongés (maisons ou hôpitaux de convalescence, résidences médicalisées pour personnes âgées, ...).

Selon l'OCDE, la distinction entre hôpitaux et maisons médicalisées est souvent difficile du fait de la définition variable des *nursing homes*. Elles peuvent désigner des soins post-aigus ou des soins de longue durée. En termes de prestataires, ce sont soit des *nursings hospitals* (HP.1), soit des *nursing homes* non hospitalières (HP.2).

Segmentation et périmètre de la réadaptation : comparaisons internationales

Le rapport du centre fédéral d'expertise belge de 2007 sur la réadaptation a étudié la segmentation des soins post-aigus dans plusieurs pays de l'OCDE ³.

Certains pays n'identifient pas de secteur post-aigu. Dans ce cas, la définition des fonctionnalités de prestations s'inscrit dans une logique de spécialisation et de gradation des soins comme dans l'exemple de la neuro-réadaptation au Royaume Uni.

S'il existe un secteur post-aigu, la réglementation définit les missions des différents types de structures (autorisations) avec les exigences minimales de moyens mis à disposition des patients (conditions techniques de fonctionnement). C'est l'objet des décrets relatifs aux SSR français. Il existe différentes logiques de segmentation.

Les SSR français ont la particularité de rassembler un ensemble de lits hétérogènes dont la majorité des lits hospitaliers spécialisés de réadaptation. L'organisation des anciens « moyens séjours » n'a jamais été spécifiée selon les fonctions de l'ICHA, en particulier la fonction de réadaptation, qui n'a jamais été définie. Les SSR comprennent des lits qui seraient ailleurs classés en maisons médicalisées ou *nursing homes*

(HP.2). Si les textes de 2008 ont identifié des soins de suite polyvalents et spécialisés, les conditions de fonctionnement sont restées minimalistes.

Dans les pays où elle est identifiée comme fonction spécifique, la réadaptation est divisée en plusieurs niveaux : réadaptation de base, spécialisée ou très spécialisée. Le traitement des lésions médullaires, par exemple, est considéré dans quasiment tous les pays comme un soin très spécialisé.

La plupart des pays en quête d'un paiement prospectif par cas, comme les USA, l'Australie, les Pays-Bas ou l'Allemagne ont segmenté les prestataires selon la finalité principale d'intervention dans la logique des nomenclatures ICHA-HF et ICHA-HP.

- La réadaptation intensive se fait en milieu hospitalier (Hôpitaux généraux HP.1 ou de réadaptation HP.3) : citons les structures de réadaptation (IRF) aux USA et les structures communément nommées *rehab centers* dans les autres pays.
- Les soins infirmiers et de réadaptation moins intensive se font en maisons médicalisées (HP.2 ou *nursing homes*) entre autres pour la population plus âgée lorsqu'elle ne relève pas de réadaptation intensive : structures de soins infirmiers spécialisés (SNF) aux USA, de soins non aigus (*non acute care*) en Australie, communément nommées *nursing homes* ailleurs.

Principes requis pour la construction de paiements prospectifs par cas traité

Un système de classification des patients (SCP) définit des groupes homogènes de patients qui représentent les produits hospitaliers. Les *Diagnosis Related Groups* (DRG) de Fetter sont les plus connus. Ils servent de support au paiement prospectif par cas aux USA. En France, ce sont les groupes homogènes de malades (GHM) en aigu, pour la tarification à l'activité (T2A) et les groupes médico-économiques (GME) en SSR pour la part de financement par l'activité.

Les systèmes de paiement à l'activité des hôpitaux nécessitent la description des caractéristiques des patients et des procédures marqueuses. S'y associe la collecte de données cliniques et de données de coûts afin de constituer des groupes homogènes de patients. Le paiement est ensuite fondé sur des échelles de coûts qui aboutissent à des tarifs. Ils doivent tenir compte des séjours hors norme (*outliers*).

Les caractéristiques des patients constitutives d'un SCP pour les prestataires post-aigus sont, d'après la littérature, le diagnostic médical justifiant l'admission, les comorbidités actives reflétant le niveau de prise en charge médical et infirmier, le statut fonctionnel comprenant les fonctions motrices, sensorielles, cognitives, psychiques et mentales et les activités de vie quotidienne, les besoins de réadaptation évalués *ex ante* et non *ex post* comme le fait le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) français, ainsi que d'autres données telles que l'âge, une chirurgie récente et la situation sociale.

Principaux modes de paiements forfaitaires pour les soins post-aigus

1. **Paiements forfaitaires par épisode** (*episode-based*). Ce mode de paiement suppose que les finalités de traitement, leurs niveaux et les modalités de consommation de ressources soient homogènes. Un tarif forfaitaire est établi par

groupe de patients présentant des diagnostics similaires, utilisant des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables et qui sont cliniquement significatifs^{4,5}.

Dans une revue historique et pédagogique, Turner-Stokes et al ont fait en 2012 une remarquable synthèse des SCP à visée tarifaire déjà utilisés pour la réadaptation ⁶. Les groupes liés au statut fonctionnel, les FIM-FRG américains et les groupes de la classification AN-SNAP australienne, sont les classifications à l'épisode considérées comme les meilleures dans les domaines de la réadaptation des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Ces groupes de réadaptation ont les qualités requises pour un paiement par épisode et pour la gradation des soins. Construits pour refléter des programmes cliniques similaires, ils s'inscrivent dans un dialogue sur la pertinence des soins entre les cliniciens et les payeurs.

2. Paiements forfaitaires à la journée pondérée par l'activité. Ce mode de paiement est adapté quand les prises en charge ne peuvent pas être décrites sous forme de programmes formalisés pour un épisode donné. Les finalités sont multiples, les malades instables, les niveaux de soins varient au cours du temps et leur durée de séjour est imprévisible. Le paiement prospectif repose sur des groupes de consommation de ressources similaires (RUG). Il ne garantit pas la pertinence des soins, peut être inflationniste, conduire à la sélection des patients et au surcodage. Le *Patient driven payment* remplace aux USA la mesure de consommation de ressources des anciens RUG. La classification proposée en neuro-réadaptation au Royaume-Uni est un paiement à la journée pondérée, séquencé et multigradé.

3. Paiements hybridant épisode et journée pondérée. Ils tentent de concilier les deux logiques. Ils répondent mieux à la diversité des situations en termes de prévisibilité de l'évolution des patients, de coûts et de durées de séjour. Les GME français confrontés à l'impossibilité prévisible de forfaitiser les séjours, sont aujourd'hui rémunérés au moyen d'une part forfaitaire et d'une part à la journée pondérée.

La fréquence de description est variable. Dans le cas français c'est la semaine. Elle est beaucoup plus espacée aux USA. Une fréquence élevée nécessite des données simples à saisir au détriment de la capacité à décrire finement les caractéristiques des patients. En revanche il faut capter les variations importantes des besoins.

4. Paiements par épisode de soins plus longs et regroupant plusieurs prestataires. Ces paiements regroupés sont encore au stade expérimental. Ils reposent sur un partage des risques financiers entre différents prestataires mais n'ont pas apporté la preuve qu'ils pourraient pallier les défaillances de la T2A.

Comptabilité analytique hospitalière : des fonctions essentielles non captées

Le mécanisme de fixation des taux de paiement détermine les tarifs correspondant aux GHM/GME à partir de la collecte de données d'activité et de coûts. Les informations sur les coûts moyens de traitement des patients dans un échantillon d'établissements sont utilisées pour bâtir les échelles de coûts pour un GHM ou un GME spécifique.

Le guide méthodologique de Comptabilité analytique hospitalière français (CAH) n'identifie pas la réadaptation comme une fonction clinique mais comme une « fonctions médico-technique transversale » dont les coûts sont déversés dans des

activités cliniques. En SSR celles-ci sont assimilées aux autorisations. Les sections d'analyse médico-techniques (SAMT) du CSARR et des plateaux techniques y sont subordonnées. A l'inverse, le guide du centre fédéral d'expertise belge de 2012 ⁷ met l'accent sur l'identification dans les fonctions de la comptabilité hospitalière de sections d'analyse clinique de réadaptation, segmentées en quatre « centres de frais définitifs » : réadaptation neurologique, locomotrice, cardio-respiratoire et affections chroniques.

Les constats de la Cour des comptes et de l'ATIH : une impasse française ?

Les pouvoirs publics affichent la volonté de mettre en œuvre un paiement prospectif par cas « au séjour », appliqué à toutes les structures de SSR à partir d'un système de collecte uniforme, le PMSI-SSR. Si l'objectif affiché est de porter à 50 % la part du financement à l'activité des SSR en 2023, la mise en œuvre d'un tel financement suppose que quelques principes fondamentaux soient respectés.

Une classification par cas en SSR implique une identification précise du coût des soins en SSR, fondée sur les trois grandes fonctions explicatives définies par l'ICHA.

Pourtant, la Cour des comptes ⁸ note en 2012 que « *Le secteur des soins de suite et de réadaptation n'est pas encore parvenu à achever son processus de spécification malgré l'effort réglementaire de 2008* ». Comparés aux configurations étrangères, les SSR n'ont pas encore de nomenclature fonctionnelle décrivant ce qu'ils font.

Dans cette situation l'ATIH, chargée de développer une classification prospective par cas en GME, a constaté en 2012 ⁹ que les données PMSI-SSR actuelles ne permettent pas d'identifier « *des affections voisines associées à des prises en charges semblables et de les situer dans l'ensemble du parcours de soins* ». C'est donc « *l'analyse des séjours tels que décrits dans les bases PMSI* » et non des prises en charge homogènes qui serviront pour la classification en GME à partir d'une « *description hebdomadaire basée sur une classification à la journée* ». Pire, l'absence de définition des fonctions de production explicatives des coûts conduit à appliquer la classification à tous les SSR : « *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* ».

Selon les organismes tutélaires il est impossible à ce jour d'appliquer uniformément une tarification forfaitaire par cas, *a fortiori* au séjour, à un ensemble d'activités aussi peu normé et aussi hétérogène dans les finalités et les niveaux de soins. Ni la segmentation, ni le système d'information ne permettent d'identifier des épisodes de prises en charge similaires. Ce contexte interdit un lien fonctionnel entre autorisations, gradation et financement des prises en charge.

La littérature internationale souligne les risques d'une classification inaboutie. Elle risque d'entraîner le lissage général des rémunérations vers un niveau de coût moyen incapable de financer les prises en charge lourdes. Elle entraîne également des orientations inadaptées, l'augmentation des délais de transferts et des ruptures de continuité des parcours de soins. A l'inverse des objectifs affichés, les défaillances incitent à la sélection des patients par création de rentes d'information.

Les GME français sont inadaptés à la description clinique significative des séjours :

- Dans un même GME les patients relèvent de finalités très diverses avec des finalités mal captées par les outils de la classification.
- Un même patient, en termes de caractéristiques et de besoins, peut selon son orientation et les moyens mis en œuvre être classé dans des GME différents.
- Des patients aux caractéristiques identiques, classés dans un GME donné, peuvent recevoir des prestations de qualité et intensité très différentes.

Sans nomenclature fonctionnelle des SSR et sans réforme radicale du PMSI l'impasse de la classification est inévitable. La classification prévue pour 2022, qui décrit des groupes de réadaptation fondés sur le CSARR, ne permettra pas de l'éviter. De plus, l'explication des durées de séjour, centrale dans le modèle, se heurte à un second constat de la Cour des comptes : « *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 efficiente de l'offre* ». Un arbitrage politique doit donner une feuille de route cohérente à la DGOS et à l'ATIH.

II. Perspectives pour l'organisation et le financement des SSR

1. Vers une définition des fonctions par destination des soins

Les missions des SSR devraient être déclinées sous forme de finalités fondamentales utilisant la **nomenclature fonctionnelle** de l'ICHA, utilisée par la plupart des pays pour les trois fonctions principales des SSR : soins curatifs prolongés, soins de réadaptation, soins intermédiaires d'assistance pour réaliser les activités élémentaires de la vie quotidienne. Cette nomenclature fonctionnelle doit trouver sa **traduction dans les fonctions de production de la comptabilité analytique hospitalière** (CAH et échelles de coûts). Ces grandes fonctions qui différencient les soins par destination sont structurantes en termes d'organisation et de financement des SSR.

Une nomenclature fonctionnelle est un préalable à l'identification de groupes homogènes reliés à la finalité. Chaque finalité doit se retrouver traduite dans les outils de collecte des données cliniques. Ces finalités ne décrivent pas toute la complexité de la prise en charge notamment au regard de l'impact des facteurs socio-environnementaux.

2. Décrire les missions et les moyens des prestataires

Le décret relatif aux implantations du 17 avril 2008 a structuré l'offre suivant une approche par catégories majeures et âge en distinguant neuf prises en charge spécialisées qui complètent une catégorie de soins de suite polyvalents indifférenciés. Le décret relatif aux conditions de fonctionnement a institué des normes très peu exigeantes et inégalement précises selon les orientations. La frontière entre SSR polyvalents et spécialisés notamment pour les personnes âgées, n'a guère été clarifiée, avec pour conséquence des inadéquations dans l'orientation des patients entre les niveaux de soins.

Définir les prestataires selon les finalités principales introduit une gradation de fait. Elle est partout fondée sur le niveau de réadaptation et celui des soins curatifs prolongés comme aux USA. Cela suppose des normes de prestations garantant de l'adéquation des moyens aux objectifs de soins. Une segmentation par finalités principales et niveaux de soins n'est pas purement théorique. Elle reflète la réalité historique d'une organisation gradée en SSR que les SROS de troisième génération avaient souvent décrite s'agissant des compétences et des plateaux techniques. Une segmentation claire est indispensable à un paiement prospectif par cas et permettrait alors de forfaitiser des prises en charge cliniques similaires, au moins pour les activités de réadaptation où le contenu et le coût des programmes de soins sont prévisibles.

Les nouveaux décrets SSR annoncés pour le premier semestre 2022 ne modifieront ces éléments qu'à la marge, sans consolidation des conditions de fonctionnement.

La gradation en réadaptation suppose un lien entre autorisations et financement

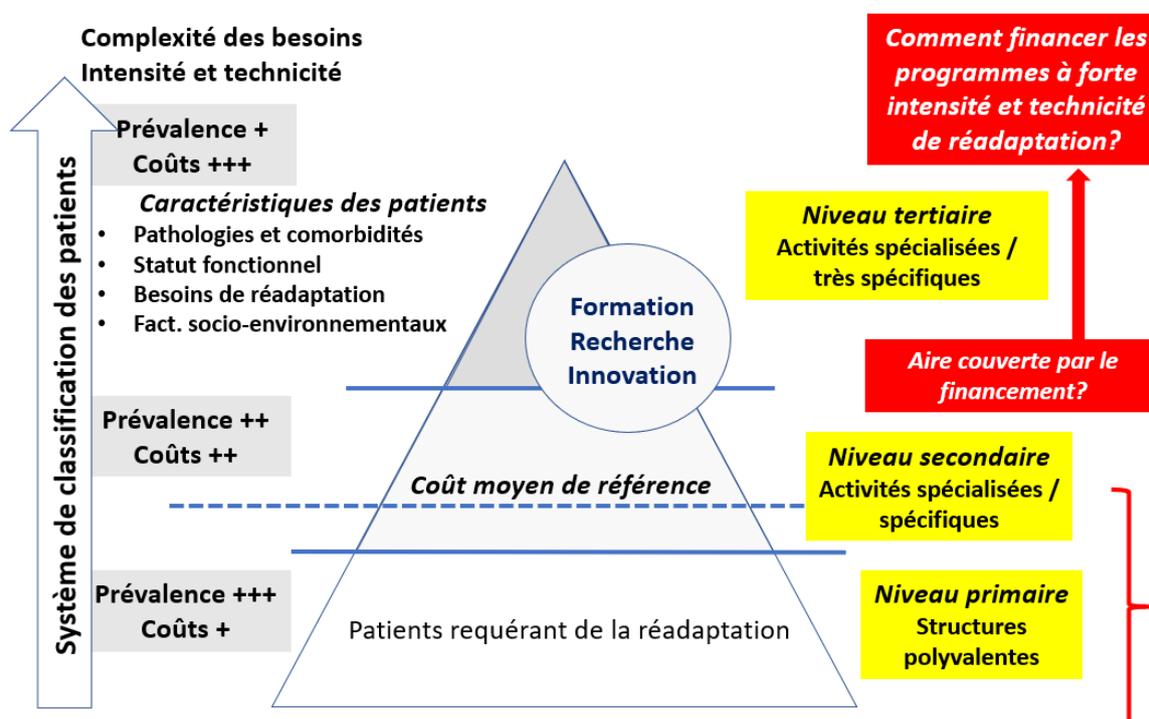


Figure 1 adaptée de Turner Stokes

3. Réformer radicalement le PMSI-SSR pour une classification liée aux finalités

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est dotée de batteries opérationnelles capables de mettre en relation les besoins et les objectifs de soins dans une classification en SSR.

Dans l'objectif de paiement à la séquence relié à la finalité et gradé à hauteur des ressources consommées, chacune des trois dimensions fonctionnelles doit être captée mais il faut y ajouter les facteurs socio-environnementaux. La CIM doit être associée à la CIF qui permet par des outils dérivés ou des batteries (*core-sets*) opérationnelles et accessibles en ligne de distinguer les objectifs relatifs aux structures, aux fonctions organiques, aux activités, à la participation et aux facteurs socio-environnementaux⁹.

La fonction curative

La pathologie principale et les comorbidités actives reflètent le niveau de prise en charge en soins curatifs. Des scores de comorbidités peuvent être utilisés : Charlson, Elixhauser ou le *Non Therapy Ancillary Comorbidity Score* (NTA). Il en est de même des indicateurs de charge en soins médicaux et infirmiers comme au Royaume Uni. Les niveaux de comorbidité des GME reflètent très mal la sévérité médicale. L'utilisation de scores de comorbidités cités plus haut doit être expérimentée en SSR.

La fonction réadaptation

La réadaptation est une fonction propice à la définition de programmes de soins par profils similaires. L'intensité de la réadaptation requise devrait être identifiée en début d'algorithme dans la classification en SSR. Selon l'ATIH, la finalité principale saisie dans le PMSI français n'est pas suffisamment informative. La fonction réadaptation peut être décrite par une association entre diagnostic principal requérant la réadaptation, statut fonctionnel et potentiel de réadaptation ¹⁰.

Le statut fonctionnel est l'élément le plus faible du PMSI-SSR malgré un impact financier majeur. La littérature en fait un des meilleurs prédicteurs de coût. Il doit distinguer l'évaluation des fonctions motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques et mentales de l'évaluation de la dépendance mesurée par le degré d'assistance aux activités de la vie quotidienne.

Le statut fonctionnel n'indique jamais à lui seul le potentiel d'amélioration fonctionnelle dans les différentes dimensions de la CIF. Il ne peut aider à identifier des groupes de réadaptation qu'associé aux diagnostics et que si l'orientation par la finalité de réadaptation a été faite au préalable (USA et Australie). Parmi les pistes envisageables pour remplacer l'outil de dépendance PMSI actuel, citons :

- La validation en cours et l'utilisation du score d'activités de la SOFMER (SAS).
- L'utilisation d'outils validés et robustes comme la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), qui peut être hybridée avec la Mesure de l'autonomie fonctionnelle (MAF). Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un outil canadien robuste. Le *Resident assessment Instrument* (RAI) est très utilisé en milieu gériatrique ainsi que le *Standardized Patient Assessment Data Elements* (SPADEs) développé aux USA ¹².
- Le nouvel outil américain qui capte les objectifs de réadaptation (score GG).
- L'utilisation des batteries opérationnelles de la CIF.

Les besoins de réadaptation doivent être captés *ex ante* à partir des caractéristiques des patients et non *ex post* à partir de ressources consommées.

Dans les pays où la réadaptation intensive est dévolue à des structures bien identifiées comme aux USA ou en Australie, la fonction de réadaptation est définie *ex ante* par le jugement clinique qui définit l'orientation du patient. Aux USA, l'adéquation de l'orientation repose sur la règle des 3 heures de réadaptation et la règle des 60 % d'admissions dans une liste fermée de diagnostics requérant la réadaptation définie par *Medicare*. Le paiement par groupes reliés au statut fonctionnel incite à réduire la durée de séjour.

La captation ex post des ressources consommées n'est pas adaptée à une classification par prises en charge similaires. Elle ne doit pas intervenir en premier dans la classification. La saisie *ex post* des ressources consommées en réadaptation par le catalogue exubérant du CSARR n'a pas prouvé sa supériorité sur la simple mesure des temps pour des métiers spécifiques de la réadaptation (en général kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes). Les pondérations des actes fréquents en SSR polyvalents sont lissées vers le bas par les moyennes de temps.

Le CSARR, trop complexe et au périmètre exubérant, doit être radicalement simplifié, recentré sur la fonction de réadaptation et limité à un nombre restreint de métiers traceurs. Actuellement le CSARR décrit les ressources disponibles. Il ne reflète ni la pertinence des soins, ni la technicité des programmes à forte densité de réadaptation.

Il faudrait au minimum recentrer le CSARR sur la finalité de réadaptation, le simplifier radicalement comme l'ATIH l'a commencé et prendre pour unité d'œuvre la mesure des temps de réadaptation comme dans l'échelle nationale des coûts.

Capter ex ante les besoins de réadaptation reste un objectif essentiel, soit par une échelle de complexité des besoins comme le *Rehabilitation Complexity Scale Extended* RCSe au Royaume uni (tableau 1), soit par l'identification des objectifs de réadaptation associés au statut fonctionnel par la section GG aux USA (tableau 2).

Tableau 1 : *Rehabilitation Complexity Scale : extended (version 13)*

1	Soins de base et de support	Inclut toilette, habillage, hygiène, utilisation des WC, alimentation et nutrition, sécurité etc.	C0 à C4
2	Risques et besoins cognitivo-comportementaux	Comprend la surveillance de maintien de la sécurité ou de la gestion de la confusion, par exemple chez les patients déambulants, ou la gestion des besoins en psychiatrie / santé mentale	R0 à R4
3	Besoins en soins infirmiers qualifiés	Niveau d'intervention de soins infirmiers qualifiés pour une infirmière qualifiée ou spécialisée	N0 à N4
4	Besoins médicaux	Niveau approximatif de l'environnement de soins médicaux pour la gestion médicale / chirurgicale	M0 à M4
5	Besoins de thérapies	a) Nombre de disciplines thérapeutiques requises b) Intensité du traitement	TD 1 à 4 TI 1 à 4
6	Besoins d'équipements	Décrit les exigences relatives à l'équipement personnel	E0 à E2

Traduit du RCSe, version 13 (Turner Stokes).

La section GG du nouveau système d'évaluation aux USA (IRF-PAI)

Les scores de performance fonctionnelle à l'admission et les scores à atteindre sont codés à l'admission. L'évaluation, dérivée de la MIF, comporte 6 niveaux de dépendance. Elle est appliquée à l'ensemble des structures post-aigues. En fin de séjour est codée la performance à la sortie, dont les items de la section GG. Les indicateurs de qualité et de performance sont inclus dans le système. Cette section capte donc à la fois les limitations fonctionnelles et les besoins de réadaptation.

Tableau 2 : Les sections de l'IRF PAI au 1er octobre 2019

Section	Domaines d'évaluation
B	Audition, vision, communication
C	Etat cognitif, mémoire, orientation temporo-spatiale
GG	Aptitudes fonctionnelles à l'entrée et objectifs de réadaptation <ul style="list-style-type: none"> • Soins personnels • Mobilité : équilibre, transferts, déplacements, escaliers, préhension...
H	Contenance vésicale et intestinale
I	Comorbidités actives : diabète, maladies vasculaires
J	Chirurgie récente et chutes
	Déglutition et nutrition
M	Problèmes cutanés
	Médicaments
O	Traitements spéciaux procédures et programmes

La fonction de soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne

Le statut fonctionnel isolé reflète cette fonction mais peut être associé à des scores d'intensité du *nursing*. Cette fonction ne doit pas être confondue avec la fonction réadaptation, elle concerne la compensation des déficiences dans la vie quotidienne, qu'elles soient ou non stabilisées. Isolément, cette fonction est à la frontière des soins de santé et de l'accompagnement social, elle ne prend de sens qu'associée à l'identification des déterminants socio-environnementaux.

Les facteurs socio-environnementaux

L'insuffisance de leur prise en compte est une importante source de sélection peu visible des patients (rente d'information) et de disparité des orientations entre types d'établissements. Ces déterminants gagneraient à être évalués par des outils prenant en compte les réseaux familiaux et sociaux de soutien comme le permet la CIF.

Les facteurs socio-environnementaux sont souvent financés par des mécanismes annexes. Difficiles à capter par la classification ils doivent à défaut être pris en compte par des mécanismes de financement complémentaires (corrections géographiques, traitement des *outliers*).

4. Vers une classification reliée à des programmes cliniques significatifs

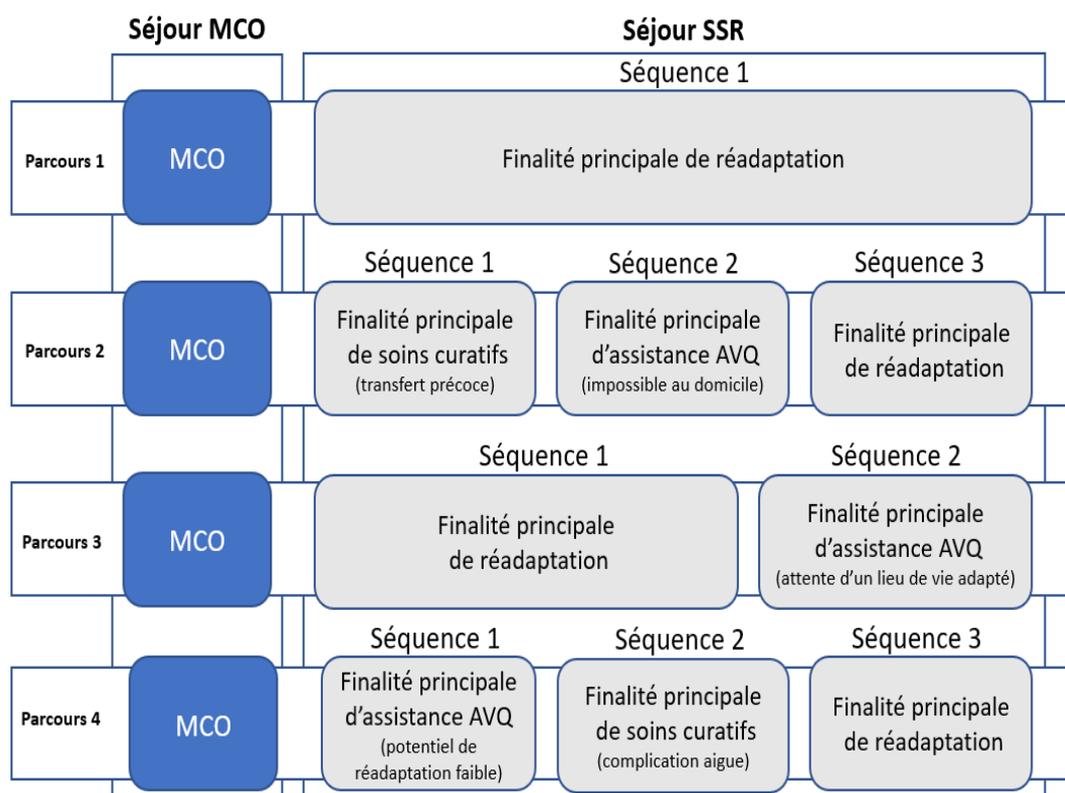
Aucun système ne peut classer les patients en fonction des ressources requises par les trois fonctions curatives, de réadaptation et de transition pour l'ensemble des prises en charge de SSR, *a fortiori* pour la durée entière du séjour. Le premier nœud de l'arborescence d'une classification SSR devrait donc reposer sur le **jugement clinique qui oriente le patient vers des prestataires adéquats**, délivrant des soins de nature et de niveaux différents. Ceci fonde la nécessité du **lien autorisation-financement**. Dans certains pays, l'accord de l'assureur est requis et la pertinence de l'orientation est vérifiée par les tutelles. Les domaines de prestations doivent être définis et normés avec des niveaux de soins gradés. Pour chaque prestataire la finalité principale d'une séquence de soins est définie par le processus d'orientation. A chaque prestataire doit correspondre un ensemble de groupes nosologiques spécifiques représentatifs d'activités homogènes, à titre d'exemple des groupes de réadaptation neurologique ou

cardiaque. Une classification en groupes nosologiques spécifiques permet un paiement par épisodes « forfaitisables » (exemple des FIM-FRG et leurs dérivés actuels aux USA, en Australie etc.).

Le recueil des données au début de chaque séquence cliniquement significative

Un patient peut être admis pour plusieurs finalités combinées en proportion et intensité qui varient au cours du temps : poursuite du traitement d'une pathologie, réadaptation et assistance aux activités de vie quotidienne dans l'attente d'un retour à domicile ou dans un lieu de vie approprié. La séquence permet de segmenter un séjour en phases cliniquement significatives, mieux adaptées au financement par cas en limitant les rentes d'information¹³. La fréquence de description des caractéristiques des patients doit être allégée par rapport à la saisie hebdomadaire mais elle doit **permettre le changement de séquence quand change la finalité principale**. La saisie au début de chaque séquence repose sur un PMSI-SSR radicalement réformé et s'éloignant de la mesure des ressources consommées, hormis certains actes traceurs (figure 2).

Figure 2. La séquence de soins : une homogénéité clinique et économique



Il faut bien distinguer unité de groupage (à la journée, au séjour ou fraction du séjour) et unité de paiement (journée, séquence, séjour). Dans les modèles actuels de classification SSR, le groupage est au séjour pour l'hospitalisation complète, à la semaine pour l'HTP mais ils hybrident journée et séjour dans le mode de paiement.

III. Trois scénarios pour la réforme des SSR

La multiplication de compartiments comme la dotation populationnelle risque de laisser persister une allocation opaque, inégalitaire et laissée à l'appréciation politique des ARS. Ce n'est pas une alternative réelle à une analyse fonctionnelle des activités de SSR et à une dotation à l'activité qu'on renoncerait à améliorer. Elle ne dispensera pas d'un modèle abouti de valorisation de l'activité. Trois scénarios sont possibles :

Scénario 1 : statu quo et indifférenciation des fonctions des SSR

Les fonctions des SSR restent non spécifiées. Les autorisations et la comptabilité analytique hospitalière définissent des domaines de prestations qui ne différencient pas les activités de soins curatifs prolongés, de réadaptation et de soins de transition. Une tarification par cas (au séjour) est impossible. Seul un **paiement à la journée pondérée par l'activité** (intensités des soins) est utilisable. Une réforme profonde du PMSI-SSR reste indispensable, notamment pour mieux capter les limitations fonctionnelles et l'intensité des soins de réadaptation nécessaires.

Scénario 2 : l'intégration poussée à son terme

L'intégration territoriale de grandes verticalités de groupe pousse au partage des risques financiers entre prestataires sous forme de **forfaits à l'épisode de soins**. Cette approche par la chaîne de valeur aboutirait pour certains à une super T2A et ne dispense pas d'une **analyse fonctionnelle de la valeur** permettant la péréquation des coûts et des ressources au long du parcours couvert par le forfait. Le risque de ce scénario est de favoriser des filières industrielles, poussées par la production de l'amont plus que tirées vers les attentes du patient et la personnalisation des soins.

Scénario 3 : la différenciation des prestataires et des fonctions

L'avis du HCAAM du 22 avril 2021 relatif à la régulation propose une **allocation par destination des soins** afin de limiter l'effet des financements en silos liés à l'ONDAM. Cela implique une nomenclature fonctionnelle transversale à celle des prestataires, aujourd'hui définie en SSR par les catégories du court séjour. Cette nomenclature distinguerait : soins curatifs prolongés, soins de réadaptation et soins de transition.

Une tarification par cas serait alors possible ¹⁴ dans des domaines où des programmes de soins homogènes peuvent être définis, mais qui ne peuvent pas être uniformes pour toutes les structures. **La segmentation en séquences serait alors préférable au séjour**. Les groupes doivent être constitués à partir des diagnostics, du statut fonctionnel, du potentiel de réadaptation et de procédures marqueuses de programmes homogènes. L'hybridation des modes de paiement reste indispensable.

Bibliographie

1. Système international des comptes de la santé. 2011. Url : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/systeme-de-comptes-de-la-sante_9789264281806-fr
2. [Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé. 22 avril 2021](#)
3. [Kiekens C et coll. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique.](#) Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2007.

4. [Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux. Joanne Castonguay Montréal, mars 2013](#)
5. [Jean-Marie R. Lance. Financement axé sur les patients. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Québec. Octobre 2013](#)
6. [Turner Stokes et al. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation Clinical Rehabilitation. 2012. 26\(3\) 195–208.](#)
7. [KCE report 178B - Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts.](#)
- 8 [Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation. 2012.](#)
- 9 [Classification SSR en GME : Rapport des travaux. ATIH. 2013](#)
10. Devailly JP. [Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales.](#) Revue Hospitalière de France. 2019 ; n° 589 : 48-54
- 11 Devailly JP . [SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ?](#) Revue Hospitalière de France. 2019 ; n° 590 : 40-46
- 12 [IMPACT Act Standardized Patient Assessment Data Elements.](#)
- 13 Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.
- 14 Ibid 11