

Décrets relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation Une impasse française ?

Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER, le 16 février 2022

Les décrets tant attendus relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont été publiés. Cette dénomination remplace celle de Soins de suite et de réadaptation (SSR). Nous analyserons les deux décrets relatifs aux implantations¹ et aux conditions de fonctionnement² du 11 janvier 2022 en envisageant leur impact sur les parcours de soins, sur les nouveaux modèles économiques et sur le comportement prévisible des acteurs dans un contexte d'austérité budgétaire.

Le secteur des futurs SMR est un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde. Créés en 1991 sur un modèle linéaire des prestataires successifs des parcours de soins, court, moyen et long séjour, **les SSR français ne sont jamais parvenu à spécifier leurs activités** comme le signalait la Cour des comptes en 2012.

Pourtant à l'aube du XXI^{ème} siècle, avec le **système international des comptes de la santé (ICHA)**³ a émergé un consensus autour d'un système bidimensionnel d'organisation et de comptabilité permettant une allocation des ressources aux **prestataires** successifs des parcours de soins (soins ambulatoires, court séjour, soins post-aigus et soins et hébergement de longue durée) selon une **nomenclature fonctionnelle** des composantes de la valeur des soins : prévention, soins curatifs, réadaptation, soutien à l'autonomie et soins palliatifs. A rebours de l'évolution internationale, les décrets de 2008 avaient supprimé la distinction entre les deux finalités principales antérieures des SSR : les soins de suite d'une part et la réadaptation d'autre part.

Les nouveaux décrets SMR auraient pu être l'occasion de définir les fonctions ou finalités principales des SSR. Au contraire la France persiste, dans un modèle unidimensionnel en silos, à confondre les soins curatifs avec le court séjour et les soins de ville, la réadaptation avec les SMR, la psychiatrie avec la santé mentale et les soins de soutien à l'autonomie dans la vie quotidienne avec les soins de longue durée. La comparaison avec les systèmes étrangers montre qu'au-delà des SMR c'est de l'absence de nomenclature fonctionnelle de la santé que résulte l'impasse de la spécification et du financement des SMR. La sortie de cette impasse ne peut émerger d'un processus de décision limité aux acteurs du secteur des SMR. De plus, il ne doit pas être seulement la somme des coalitions d'intérêts. Il importe de s'appuyer sur un pilotage stratégique fondé sur un cadre institutionnel rénové de l'ensemble des secteurs et des modes de financement de notre système de santé.

I. Le décret relatif aux conditions d'implantations

La définition des missions des SMR reste introuvable

Les articles R. 6123-118 et R. 6123-119 montrent l'impossibilité de définir la fonction de réadaptation en la cantonnant au seul secteur des SMR. L'article R. 6123-118 donne une définition de l'objet de l'activité SMR qui est très proche **la définition internationale de la réadaptation** de l'OMS.

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement »⁴.

La rédaction de l'article R. 6123-118 se comprend mieux si l'on rappelle que le premier projet était de renommer les SSR « soins de réadaptation ». Si certains acteurs dont le CNP de MPR ont voulu **promouvoir la réadaptation comme terme générique** englobant la rééducation, la réadaptation - dans son sens français restreint - et la réinsertion, cela ne visait pas pour autant à la confondre avec l'ensemble des fonctions des SMR, ni à occulter - du fait de cette confusion - qu'elle se déploie dans tous les secteurs de la santé. En effet, conformément au modèle de l'OMS et de l'OCDE (ICHA) les SMR ont trois fonctions ou finalités souvent intriquées mais en proportions très variables selon les activités : **les soins curatifs subaigus, les soins de réadaptation et les soins de soutien à la perte d'autonomie** qui en SMR ont une fonction de « soins de transition ». Ces fonctions n'ont toujours pas été identifiées (Fig.1).

La **dénomination SMR** a donc été préférée à la fois par ceux qui voulaient éviter la confusion entre SMR et réadaptation, par ceux qui souhaitaient voir disparaître la terminologie de « soins de suite » en insistant sur la médicalisation croissante des SSR, enfin par ceux qui souhaitaient valoriser d'autres domaines de soins, dont les soins de prévention et d'éducation thérapeutique, des pratiques thérapeutiques non spécifiques de la réadaptation dont des soins de bien-être, de confort voire des médecines alternatives.

L'article R. 6123-118 reproduit de ce fait la **superposition entre secteur et fonction** qui concerne tous les secteurs bien au-delà des SMR en ignorant que la fonction de réadaptation, en réponse à la transition démographique et épidémiologique, se déploie dans tous les autres secteurs du système de santé.

Figure 1 : articulation entre composantes de la valeur et nomenclature fonctionnelle des soins

| Attente des patients ou composantes de la valeur | | Fonctions de l'ICHA (OCDE) | Stratégies de santé de l'OMS |
|---|--------------------------------|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas mourir prématurément : pronostic vital • Récupérer ou préserver un niveau de fonctionnement optimal : pronostic fonctionnel • Pouvoir reprendre rapidement ses activités antérieures* • Éviter 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 • Éviter les conséquences pathogènes à long terme des traitements | Allocation par destination | Promotion et prévention (HC.6) | Stratégie de promotion Stratégie de prévention |
| | | Soins curatifs (HC.1) | Stratégie curative |
| | | Soins de réadaptation (HC.2) | Stratégie de réadaptation |
| | | Soins au long cours aux frontières des politiques du handicap (HC.3) | Stratégie de soutien et d'accompagnement social aux frontières des systèmes de santé et des autres politiques publiques |
| | | | |

* Définition difficile des frontières avec l'action sociale et médico-sociale

Adapté de M. Porter ([What Is Value in Healthcare](#)) et de C. Gutenbrunner ([Rehabilitation as a Health Strategy](#)).

La lecture de l'article R. 6123-119 montre que la réadaptation figure dans les actes thérapeutiques cités au II, mais non au I au titre de **diagnostic de réadaptation**. La réadaptation est clairement distinguée des soins de prévention, d'éducation thérapeutique, des « soins médicaux et infirmiers ». Doit-on comprendre que les « soins médicaux » sont des soins délivrés par des médecins ? Ces soins médicaux et infirmiers sont-ils des soins curatifs ou de réadaptation ? Par ailleurs, la **réinsertion** n'intègre pas la définition générique internationale de la réadaptation souhaitée par de nombreux acteurs.

Si la « réadaptation » voit son champ s'étendre en englobant la « rééducation », terme qui doit être compris comme synonyme de « réadaptation centrée sur la fonction », il n'y en a aucune définition de nature à en faire un domaine identifié du système de santé pouvant faire l'objet, comme le préconise le HCAAM dans son avis du 22 avril 2021, d'une **allocation par destination des soins**⁵. Dans cet avis le HCAAM cite la réadaptation à côté des soins curatifs selon les nomenclatures de l'ICHA. On perçoit donc le frémissement d'une possible réforme mais qui ne pourra émaner du seul secteur des futurs SMR.

Dans la classification tarifaire 2022 la réadaptation est identifiée **au périmètre de actes codés par le CSARR** : « Le terme générique de rééducation-réadaptation utilisé jusqu'à présent est remplacé par le terme de réadaptation, qui regroupe la **rééducation, la prévention, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et la réinsertion** »⁵. Cette définition exubérante devra **s'harmoniser avec la future instruction complémentaire aux décrets** puisqu'elle ne correspond pas à la mission de la réadaptation défini dans le décret relatif aux implantations. En superposant le champ des professionnels de réadaptation aux 32 métiers codeurs du CSARR elle va bien au-delà des interventions de réadaptation centrées à l'international sur ce qu'on nomme en France « métiers de la rééducation ». La vaporisation

de la réadaptation risque d'induire des modèles économiques valorisant mal la réadaptation intensive et complexe. La réadaptation reste encore un OVNI : un objet de valeur non identifiée (Fig. 1).

Tableau 1 : les mentions dans le décret relatif aux conditions implantation du 11 janvier 2022

| Décrets de 2008 | Décrets du 11 janvier 2022 |
|---|---|
| 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 » |
| Modalité « Cancers » | Mention « oncologie et onco-hématologie » |
| Affections des brûlés | Mention « brûlés » |
| Affections liées aux conduites addictives | Mention « conduites addictives » |
| Affections de la pers. âgée, polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance | Mention « gériatrie » |
| SSR enfants | Mention « enfants et adolescents » |
| Modalité « Pédiatrie » | Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents » |

Les mentions spécialisées restent dépourvues de critères de prise en charge

Parmi les avancées positives par rapport aux décrets de 2008, signalons la définition des soins de suite « polyvalents » et les nouvelles modalités « cancer » et « pédiatrie » (Tableau 1). L'autorisation en hospitalisation conventionnelle confère celle en hospitalisation à temps partiel avec l'obligation de l'organiser sauf dérogation. Les mentions spécialisées restent par ailleurs identiques avec une terminologie plus proche des spécialités médicales aiguës pour la gériatrie et la pneumologie, alors que les décrets de 2008 avaient évité ces confusions. La **segmentation étiopathogénique** en filières amont-aval épouse toujours les catégories médicales de l'aigu. Sans critères de prises en charge distinguant les patients qui relèvent des SMR polyvalents ou de SMR spécialisés, elle ne **répond plus aux besoins des patients polyopathologiques requérant une réadaptation intensive et complexe**, à n'importe quel âge.

II. Le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement

Des conditions techniques de fonctionnement minimalistes

Alors que les coûts ne sont plus couverts faute d'un modèle économique capable de soutenir les activités spécialisées de réadaptation et que ces activités prennent en charge des patients de plus en plus lourds, les conditions techniques de fonctionnement sont encore insuffisamment précises.

Les conditions techniques de fonctionnement se caractérisent par (voir tableau 2) :

- **l'absence d'éléments quantitatifs** garantissant **l'intensité et la technicité** requise, avec la seule indication de professions obligatoires, variable selon les mentions : « un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes » par exemple ;
- **la description imprécise de « pratiques thérapeutiques »** dont certaines ne sont pas liées à des professions particulières et ne sont spécifiques ni des soins hospitaliers ni des SMR (éducation thérapeutique, activité physique adaptée) ;
- **le caractère minimaliste de la notion de séquence par jour ou par venue.**

Ces conditions semblent dictées par des difficultés de recrutement plus marquées pour certains métiers (kinésithérapeutes, orthophonistes...) et une exigence d'adaptabilité aux structures plutôt qu'aux objectifs thérapeutiques. Ces conditions risquent de réduire la qualité des soins en SMR polyvalents ou spécialisés : **la diversité des « pratiques thérapeutiques » permettra la substitution plus aisée des professionnels vers les professions dont le recrutement est moins difficile. Le saupoudrage quotidien** d'interventions de courte durée auquel incite le mécanisme des pondérations du CSARR et la multiplication des « séquences » collectives risquent d'être privilégiés **au détriment de la pertinence des programmes de soins.**

Tableau 2 : décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement : professionnels de l'équipe pluriprofessionnelle, pratiques thérapeutiques et séquences selon les mentions

| L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs: | MK | Ergothérapeute | Orthophoniste | Diététicien | Psychomotricien | Psychologue | Orthoprothésiste | E-APA | Educateur | Aux. Puériculture | Nombre de pratiques thérapeutiques offertes par la structure dans une liste fermée | Nombre de séquences par jour ouvré dont séquence individuelle |
|---|----|----------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|-------|-----------|-------------------|--|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| 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, orthoprothésiste, 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, orthoprothésiste | - |
| 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

III. L'impact prévisible sur le comportement des acteurs

Le cercle vicieux entre conditions minimalistes et échelles de tarifs

L'absence de définition de programmes de soins spécifiques interdit la fixation de tarifs reflétant des programmes homogènes sur le plan de l'activité clinique et des coûts.

- Les groupes médico-économiques reflètent une homogénéité de coûts mais pas une homogénéité clinique ⁷.

- Les échelles de coûts enregistrent donc ce qui est consommé mais, sans conditions de fonctionnement robustes notamment de ratios, le mécanisme des Echelles nationales de coûts (ENC) lisse les coûts calculés des prises en charge. Les moyennes sont assimilées à des normes. De plus les **échelles de tarifs** ne reflètent pas les coûts calculés mais dépendent d'une enveloppe fermée l'ONDAM et sont modulées par des priorités de santé publique.
- A chaque nouvelle ENC les tarifs diminuent pris en ciseau entre les conditions de fonctionnement réelles et les moyennes calculées mais corrigées par les incitations macroscopiques.
- Ces tarifs conduisent à des modèles économiques qui contraignent les directions à réduire les dépenses et à favoriser les activités les moins coûteuses en optimisant le codage au regard de la réglementation en vigueur.

Les risques liés à l'adaptation aux nouveaux modèles économiques

En l'absence de groupes médico-économiques répondant à des séquences de soins homogènes et soutenant un modèle économique viable, les directions seront confrontées au seul moyen de maintenir les activités qui est de réduire la qualité des soins en réduisant les effectifs et la qualification et les compétences des équipes. Trois mécanismes de substitution permettent cette réorganisation :

- la substitution des professionnels de réadaptation par des professionnels moins spécifiques ou moins qualifiés ;
- la substitution des pratiques thérapeutiques de réadaptation centrées sur la fonction par des pratiques non spécifiques de la réadaptation et/ou des SMR ;
- la substitution des séances individuelles par des séances collectives.

Les programmes de soins, par exemple pour un patient victime d'accident vasculaire cérébral, risquent de ne plus être conçus selon la médecine fondée sur les preuves mais en fonction des professions, des effectifs et des temps de réadaptation disponibles dans l'établissement.

IV. Les perspectives

Une occasion manquée ?

La réforme des SSR est une nouvelle occasion manquée malgré quelques avancées positives. Il faut en chercher la cause en dehors du champ des SSR. Notre système de santé persiste à ignorer les cadres conceptuels et les nomenclatures internationales des prestataires et des fonctions de la santé. Cette impasse cognitive empêche la spécification des activités de SMR depuis leur création. L'absence combinée de critères d'admissions, de conditions de fonctionnement robustes et d'un modèle économique adapté à la diversité des besoins va retentir sur tous les secteurs la chaîne amont-aval. Elle va accroître les dysfonctionnements des filières que les pouvoirs publics avaient réussi à structurer par exemple pour les lésions cérébrales et médullaires mais aussi dans bien d'autres domaines.

La définition d'une gradation différenciée des niveaux de complexité selon qu'elle concerne les soins curatifs post-aigus, la réadaptation ou le soutien à la perte d'autonomie est en échec. Il reste par exemple impossible de définir des activités de soins médicaux prolongés lourds ou des activités de réadaptation de niveau 3 pour les patients atteints de lésions cérébrales ou médullaires. Les SMR restent un secteur mal différencié de dégagement de l'amont. L'engorgement des lits de court séjour et les processus de triage majorés par la pandémie risquent de s'aggraver alors que le virage ambulatoire reste incantatoire. Les incitations à développer l'hospitalisation de jour en SMR sont insuffisantes. Les soins ambulatoires et à domicile restent encore trop inadaptés à une réadaptation pluriprofessionnelle complexe malgré le développement progressif des équipes mobiles, de l'HAD de réadaptation et des d'équipes pluriprofessionnelles en soins de ville, spécialisées ou non.

Vers une nomenclature fonctionnelle des domaines de la santé

Il faut renoncer à trouver la solution de la réforme du secteur à l'intérieur des ex-SSR. Un processus de décision qui n'implique que les acteurs des futurs-SMR ne peut aboutir à un résultat différent de ce qui

en a émergé précédemment. Du grand « fourre-tout » - dénoncé par Jean-Pierre Held lors du cantonnement autoritaire des activités de MPR dans le champ des SSR - jusqu'à « l'absence de spécification » des activités et au « pilotage sans cap précis » dénoncés par la Cour des comptes en 2012, l'impasse des réformes est avérée et itérative.

En France le système reste unidimensionnel. Une fois définis, les prestataires sont confondus avec une fonction unique, alors que ces fonctions se combinent en composantes indispensables de la valeur (Fig. 1)⁸ dans chaque secteur prestataire, en ville et en établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Seule une réforme distinguant enfin les **prestataires** des **fonctions** permettra de soutenir une organisation, un système d'information, une comptabilité analytique et un modèle de financement à la mesure de la diversité des activités. Nous préconisons **d'appliquer au champ des SMR la nomenclature fonctionnelle de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA)** : soins curatifs subaigus (HC.1), soins de réadaptation (HC.2) et soins de soutien à la perte d'autonomie avec hébergement de transition (HC.3)⁹.

Il faut s'appuyer sur l'**identification claire et bien délimitée de la réadaptation** donnée par la définition internationale. Elle pourra dès lors s'inscrire dans une définition modernisée des fonctions du système de santé, fondée sur le cadre conceptuel proposé par les organisations et nomenclatures internationales (CIF, OCDE, ICHA) et conforme à l'avis de la HCAAM relatif à l'allocation par destination des soins (Fig.1).

Une fois définie, il sera urgent de **réduire le périmètre exubérant de la réadaptation** par un recentrage des interventions autour des métiers spécifiques de la réadaptation afin d'éviter une déqualification des équipes multidisciplinaires de réadaptation spécialisées, entre autres celles de MPR. La réforme en cours du CSARR y contribue en réservant certains actes à des professions bien définies.

Les outils actuels de description des patients ne permettent pas de valoriser correctement les activités spécialisées de réadaptation les plus exigeantes en compétences professionnelles spécifiques, en temps humain et en plateaux techniques coûteux. Ces coûts ne sont plus couverts par les modes de financement actuels et des conditions de fonctionnement si peu exigeantes ne pourront garantir la qualité des soins.

La séquence de soins est plus pertinente comme unité de groupage que le séjour complet qui ne peut constituer un objet clinique homogène. Pour les activités dont la finalité principale est la réadaptation, les séquences doivent être décrites par des **groupes fondés sur le pronostic fonctionnel**. C'est pourquoi il est indispensable d'intégrer aux outils de description des patients par le PMSI-SMR une évaluation du potentiel de réadaptation, déterminant des programmes et des ressources similaires garanties par des conditions techniques de fonctionnement robustes.

L'OMS invite à lever les obstacles à la réadaptation dans les pays à faible revenus mais également dans les pays à haut revenu soumis à des politiques d'ajustement des dépenses de santé. Selon l'OMS la réadaptation est partie intégrante des politiques du handicap. Le premier obstacle à l'organisation et au financement de la réadaptation est l'absence de stratégie nationale de réadaptation¹⁰.

1 [Décret no 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation](#)

2 [Décret no 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation](#)

3 [Système international des comptes de la santé. 2011](#)

4 Site de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

5. [Manuel des groupes médico-économiques en soins de suite et de réadaptation Version provisoire GME 2022 / EXP 2022 Volume 1](#)

6 [Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé. 22 avril 2021](#)

7 [Devailly JP. SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse. Gestions Hospitalières. N° 611 ; décembre 2021, 588-595](#)

8 [Porter M. What Is Value in Healthcare N Engl J Med 2010 ; 363 :2477-2481](#)

9 Ibid. 6

10 [Appel à l'action : Réadaptation 2030. Note de synthèse](#)