

Définir les missions des SMR : une urgence de santé publique

Collectif SYFMER, le 11 février 2022

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

L'histoire institutionnelle des SSR, issus de l'ensemble jamais spécifié des « moyens séjours », a abouti à un des secteurs post-aigus les plus exubérants et les plus hétérogènes du monde, regroupant 25% des lits hospitaliers français. De nombreux lits seraient classés en « maisons médicalisées » à l'étranger. Nous montrerons l'apport possible des nomenclatures internationales de l'OMS et de l'ICHA pour décliner dans le système d'information les caractéristiques des patients en termes de besoins médicaux curatifs, de réadaptation et de soins de soutien à la dépendance.

1. L'indispensable définition des missions des SMR

Définir les missions des SMR est un préalable à la réorganisation de ce secteur qui répond à des besoins de soins très complexes, au carrefour des parcours de santé. Leur définition doit être cohérente avec les missions dévolues aux autres secteurs, MCO, soins ambulatoires et à domicile et secteur médico-social.

Seule une définition claire des fonctions des soins délivrés en SMR au sein d'une **nomenclature fonctionnelle transversale à celle des structures prestataires** permettra la construction d'un **système d'information** fondé sur les caractéristiques et les besoins des patients. Ce système rénové est un préalable à la construction d'un système d'orientation, d'une comptabilité analytique adaptée et d'un financement par activités homogènes au regard des programmes de soins requis et de leurs coûts.

Chaque structure exerce plusieurs fonctions mais avec une finalité principale. Chaque patient nécessite un programme personnalisé qui relève de fonctions étroitement intriquées dans des proportions très variables. Il est impossible d'assimiler une structure prestataire ou une discipline médicale à une seule fonction. Les missions ou les fonctions des SMR sont les composantes de la valeur des programmes de soins qui y sont délivrés. Autrement dit, ce sont les composantes du résultat qui importe pour le patient (*outcome*), sachant qu'aucune n'est spécifique des SMR.

L'analyse des finalités principales des hospitalisations en SMR conduit à distinguer :

- **Des hospitalisations dont la finalité principale est la prolongation de soins médicaux curatifs** (diagnostic et traitement de la maladie) qui ne relèvent plus de soins aigus, mais restent impossibles en ambulatoire ou à domicile.
- **Des hospitalisations dont la finalité principale est la réadaptation**, selon la définition internationale, ne pouvant s'effectuer en ambulatoire ou à domicile.
- **Des hospitalisations dont la finalité principale est le soutien à la perte d'autonomie pour des personnes dont les fonctions sont stabilisées** mais ne peuvent rentrer au domicile ou en institution. Cette fonction de « soins de transition » dans l'attente de soins et d'aides pérennes à domicile ou en institution n'est pas toujours reconnue comme mission des SMR / des hôpitaux.

Il ne faut pas confondre **les soins de transition** qui ne visent pas l'optimisation du fonctionnement avec **les démarches d'insertion**, notamment professionnelle, qui font partie intégrante de la réadaptation, tout comme le temps d'adaptation à un système d'aide humaine ou technique, l'entretien et la réinduction des capacités fonctionnelles.

Pour ces trois finalités, selon des modalités variables, le besoin d'hospitalisation dépend des **facteurs socio-environnementaux**, notamment de l'existence de réseaux de soutien, d'alternatives ambulatoires et de solutions d'aval acceptables en termes de réponse aux besoins et accessibles sur le plan géographique ou financier.

Ces trois finalités sont en général intriquées pour les patients mais elles peuvent aussi être isolées. Les orientations vers les prestataires sont effectuées en fonction du caractère dominant de telle ou telle finalité, pour lesquelles les différents prestataires organisent les compétences plus ou moins spécialisées et les moyens requis.

Ces constats internationaux, au-delà du champ des SMR, ont fait distinguer dans la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA) la **nomenclature des prestataires de soins (HP) de celle des fonctions des soins (HC, figure 3)**.

Cette nomenclature est aujourd'hui utilisée pour comparer entre pays les composantes des paniers de soins. Elle répond aux préconisations du HCAAM dans son avis du 22 avril 2021 de compléter l'allocation en silo par prestataire par une allocation « par destination des soins ». La dynamique de spécification des fonctions est irréversible.

Si nous cherchons un modèle pour décrire les attentes des patients et délimiter les composantes de la valeur attendue, nous avons besoin d'introduire en France une **définition institutionnelle claire de la fonction de réadaptation**. Nous pouvons nous référer au modèle de la valeur de Michaël Porter concernant les attentes des patients. Il convient alors de définir les fonctions de la santé et les mettre en relation avec les stratégies proposées par l'OMS.

L'attente « **préservé un niveau de fonctionnement optimal** » répond à la **fonction « réadaptation »** de l'ICHA. L'OMS incite, même dans les pays à haut revenu, à identifier une **stratégie de réadaptation** afin de lever les multiples obstacles à la réadaptation, en lien avec les politiques du handicap et cela quel que soit l'âge.

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 récurrences 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](#)).

2. Il faut utiliser la nomenclature internationale des fonctions des soins de santé

Les professionnels de santé et les administrateurs français connaissent mal la nomenclature internationale ICHA-HC. Nous la reproduisons sur la figure 2.

La prévention et l'éducation thérapeutique étant non spécifiques du secteur des SMR, nous décrivons les trois fonctions principales définies par l'ICHA. Il est important de noter que la Comptabilité analytique hospitalière (CAH), créée avant l'ICHA, ne reconnaît pas la fonction clinique de réadaptation et n'identifie qu'une « fonction médico-technique transversale ». Le système d'information assimile la réadaptation au périmètre exubérant des actes codés par le CSARR avec ses 32 métiers codeurs.

1. Les soins curatifs (HC.1) concernent le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi au long cours et des maladies aiguës ou chroniques

2. La réadaptation (HC.2) s'adresse aux déficiences et limitations de fonctionnement, en se référant au modèle international de la CIF et selon la définition 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 ».

Si la DGOS tend à se rapprocher de cette définition qui devra être clarifiée dans l'instruction complémentaire aux décrets 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*** ».

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.

3. Les soins de longue durée (HC.3) entraînent dans la terminologie internationale une confusion avec les prestataires de soins de longue durée. Il faut donc en préciser les contours. **Lorsque la réadaptation ne peut améliorer la fonction** ces soins visent à améliorer la qualité de vie par des interventions de **soutien à la perte d'autonomie et de soins d'entretien pour limiter les détériorations de l'état de santé des personnes**. De façon variable selon les pays, ces soins sont à la frontière des soins de santé et du soutien social en termes de modèle conceptuel et de financement. Cette finalité reste, dans la réalité, une part très importante des hospitalisations justifiées en SMR, même si pour certains acteurs, celles-ci ne sont pas pertinentes, relevant idéalement de structures sanitaires de soins de longue durée ou médico-sociales.

La définition des fonctions des SMR et des critères d'orientation aura un impact majeur sur la structuration de l'offre de soins, sur **fluidité des parcours de santé et sur la pertinence des orientations et des soins à chaque étape**. Les séjours prolongés, les impasses hospitalières et les phénomènes de triage avec perte de chances se multiplient en aigu et en SMR De nombreuses filières pourtant structurées de longue date (lésions cérébrales dont AVC et TC, lésions médullaires...) fonctionnent de plus en plus difficilement du fait de l'absence d'une gradation organisée des niveaux de réponse selon ces trois finalités principales. Les filières ne doivent pas être conçues seulement par pathologies mais par profils homogènes de besoins relatifs aux 3 composantes. L'accès direct aux SMR doit dès lors être facilité.

Face à la **multiplication des polypathologies chroniques et aux limitations de fonctionnement associées**, la segmentation par pathologies et par catégories médicales curatives, sans spécification des fonctions, ne répondra au niveau adapté ni aux besoins des patients qui relèvent de soins médicaux

prolongés lourds, ni à ceux des patients requérant une forte densité de soins de réadaptation spécialisée, ni à ceux des patients en perte d'autonomie justifiant une période de transition. L'aval des SMR et leurs alternatives font toujours partie de l'équation à résoudre. La spécification des missions des SMR est une urgence absolue. Le *statu quo* n'est pas une option.

Figure 2 : Application de la nomenclature fonctionnelle aux SMR

Liens entre fonctions de la santé, caractéristiques des patients, activité et groupes homogènes de patients en termes de procédure clinique requise et de coûts.

Fonctions ou missions des SMR	Adaptation possible du système d'information et des critères d'orientation des patients	Questions clés pour une classification médico-économique
Promotion et prévention Composante HC.6	Fonction transversale à toutes autres missions et pour tous les patients. Dotation socle ou complémentaire ?	
Soins curatifs Composante HC.1 des comptes de la santé	Pathologies (CIM) et scores de comorbidité : - Score de Charlson - Score d'Elixhauser, - Score NTA (Medicare)	Comment mieux capter la dimension curative des soins dans les groupes médico-économiques ?
Soins de réadaptation Composante HC.2 des comptes de la santé	Scores de niveaux de besoins de réadaptation et outils étrangers : - CSARR qui ne mesure pas le besoin de réadaptation mais, <i>ex post</i> , la disponibilité des ressources et leur consommation - <i>Rehabilitation complexity scale</i> (UK) - Score GG (Medicare, USA, dérivé de la MIF)	Comment réduire le périmètre des actes et des professionnels pour éviter la confusion avec les autres fonctions, les soins de bien-être et de confort, risquant de « dévaloriser » les soins de réadaptation ? Comment repérer les séquences à forte densité de réadaptation ?
Soins de soutien à la perte d'autonomie Composante HC.3 des comptes de la santé En SMR, soins justifiés dans l'attente d'un système de soins et de soutien pérenne à domicile ou en institution	- Dépendance PMSI - SAS de la SOFMER en cours de validation - MIF, MAF, SMAF, inter-RAI, score GG à l'entrée etc. Ces scores mesurent l'autonomie instantanée, mais pas le potentiel de réadaptation lié au pronostic fonctionnel.	Il s'agit de soins de soutien aux activités de la vie quotidienne pour des déficiences et activités stabilisées. Comment capter dans une fonction de « soins de transition » le soutien aux activités de la vie quotidienne qui n'est pas inclus dans les comptes de la santé en dehors de la phase curative et de réadaptation ?
Interventions sur les facteurs socio-environnementaux (FSE)	- Z « sociaux » de la CIM ? - Nomenclature des FSE de la CIF ? - ICHI : classification internationale des interventions en santé ? - Coefficients géographiques et de précarité ?	Comment capter les FSE entre ce qui relève du champ sanitaire ou de l'action sociale ? Faut-il un financement hors classification par dotation populationnelle ou complémentaire (MIG) ? Comment favoriser la coordination intra et intersectorielle ?

[Devailly JP. SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse. Gestions Hospitalières. N° 611](#)

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

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

Figure 3 : Nomenclature des catégories fonctionnelles de soins, système des comptes de la santé (OCDE 2000)

<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>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 HC.6.9 Autres services de santé publique</p>
--	--

Bibliographie

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](#) Voir aussi : [Nouveaux décrets SMR : une impasse française ?](#)
8. [Porter M. What Is Value in Healthcare N Engl J Med 2010 ; 363 :2477-2481](#)
9. [Appel à l'action : Réadaptation 2030. Note de synthèse](#)
10. Busse et al. Description des paniers de soins dans neuf pays de l'Union européenne. [Revue française des affaires sociales 2006/2-3](#), pages 63 à 90
11. [Christoph Gutenbrunner, Boya Nugraha. Rehabilitation: Rehabilitation as a Health Strategy. The Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. June 2019](#)