

Communiqué de presse du 31 mai 2022 :

Le SYFMER exhorte les pouvoirs publics à relier les missions des Soins médicaux et de réadaptation à un juste modèle de financement à la séquence

1. Le SYFMER demande que les missions des SMR soient reliées aux autorisations sur la base d'une nomenclature aboutie des prestataires et de critères d'admission précis

La Cour des comptes a dénoncé à maintes reprises le périmètre exubérant des SSR et l'**absence de spécification des missions de ce secteur fourre-tout**. Ses multiples finalités sont contraintes par l'organisation de l'amont, de l'aval et des alternatives aux SMR : la prolongation des séjours en aval de l'aigu, les soins de réadaptation et enfin les soins de transition permettant la sortie sans perte de chances vers un lieu de vie approprié. Le SYFMER soutient les travaux de la DGOS sur la précision de ces missions dans le cadre de l'instruction complémentaire aux décrets du 11 janvier 2022 : prévention, soins curatifs, soins de réadaptation, soins d'aide à l'autonomie et accompagnement du handicap.

Toutefois, conçues dans la perspective de filières amont / aval épousant les catégories de l'aigu, les autorisations en SMR **ne permettent toujours pas de définir des critères d'orientation à partir des missions spécifiques identifiées**, notamment entre SMR polyvalents et spécialisés, selon la part des différentes composantes des besoins, intriquées en proportions variables pour chaque patient.

2. Le SYFMER demande que les fonctions des SMR soient reliées à un financement des soins par destination, fondé sur l'analyse des composantes de la valeur

La valorisation de la réadaptation dans les hôpitaux et en soins de ville se heurte à l'absence d'identification de la fonction de réadaptation comme composante de la juste valorisation des programmes de soins. Celle-ci est pourtant bien distinguée à l'étranger des soins curatifs et des soins d'aide à l'autonomie dans les nomenclatures de l'OCDE et du système international des comptes de la santé (ICHA). En revanche, dans la comptabilité analytique hospitalière française, la réadaptation n'est encore et toujours qu'une **fonction médico-technique** transversale et non une **fonction clinique**. Cette question clé concerne les soins en MCO, SMR, SLD, en institution et en ambulatoire. Cette fonction clinique justifie les entrées directes en SMR, notamment au niveau de recours ou de référence.

3. Le SYFMER demande la construction d'un système d'information capable de capter les besoins de réadaptation en lieu et place de données disparates et aux catégories archaïques

Contrairement aux classifications internationales à visée tarifaire en réadaptation qui évaluent les besoins de réadaptation *ex ante*, le Catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSARR) enregistre les ressources disponibles et non les soins requis. Son périmètre exubérant comptabilise des interventions qui sont exclues à l'étranger du champ de la réadaptation. Les pondérations du CSARR valorisent mal des actes dont les durées sont trop hétérogènes. Le SYFMER soutient la simplification actuelle du CSARR sous réserve d'un périmètre plus strict d'actes insérés dans des programmes d'efficacité prouvée et prenant en compte les temps de réadaptation.

4. Le SYFMER dénonce l'absence des conditions d'une réforme du financement des SMR aboutie et demande un financement à la séquence : une fraction du séjour fondée sur des objectifs précis

Vouloir imposer une tarification unique pour un ensemble aussi hétérogène dans ses finalités que les SMR, fondée en outre sur un outil uniforme de recueil encore incapable distinguer les différentes

dimensions du soin, conduit à l'impasse. Loin d'apporter la transparence attendue, **la dotation populationnelle apparaît comme une boîte noire** qui obscurcit tout horizon en annonçant une part de 35 à 40% des financements sans la moindre simulation. **La nouvelle classification tarifaire** va s'appliquer à des structures dont les conditions d'orientation et de fonctionnement sont minimalistes, permettant de s'adapter aux contraintes économiques par l'ajustement de la qualité des soins vers le bas. **Faute d'une définition précise du périmètre de la réadaptation et de la nomenclature des actes, pourtant centrale dans cette nouvelle version**, la part à l'activité sera incapable de soutenir un modèle économique viable pour les activités à forte densité de réadaptation, par exemple après une lésion cérébrale, de la moelle épinière ou de l'appareil locomoteur. **Faute de la moindre exigence sur les ratios de soignants**, les risques de lissage des programmes par sous financement et de fragilisation des compétences des équipes pluridisciplinaires sont certains. Là encore l'absence de simulations par établissement et par activité est inacceptable.

La part de financement à l'activité en SMR doit reposer sur des séquences, épisodes de durée inférieure au séjour en SMR, définies par des critères d'admission dans des programmes de soins formalisés autour d'objectifs et de moyens bien identifiés.

5. Le SYFMER réclame la participation accrue des CNP aux processus de décision publique

Le SYFMER, constatant que l'éviction des CNP de nombreux processus de décision relatifs à l'organisation et au financement des soins a abouti à des impasses itératives, demande, en raison l'expertise clinique et scientifique qu'ils doivent apporter, la participation accrue des CNP à la définition des modèles financement des SMR. Cette expertise est l'indispensable complément des fédérations et des experts de l'information médico-économique, aussi bien auprès des instances nationales que régionales, notamment dans les futures Commissions régionales d'allocation des ressources.

Contact presse : Jean-Pascal Devailly

06 60 65 25 51

jpdevailly@gmail.com

<https://www.syfmer.org/>

Sources complémentaires en ligne

[Annexes au communiqué de presse](#)

[Définir les missions des SMR: mission impossible ou urgence sanitaire ?](#)

[Décrets relatifs aux SMR : une impasse française ?](#)

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

La lettre du SYFMER de mai 2022 : l'innovation est intersectorielle conjuguant équipes mobiles et équipes de soins spécialisées pour un exercice mieux coordonné.