

Ratios « soignants par patients » et activités de réadaptation

Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER, le 21 novembre 2022 (à paraître dans Kinéscope)

Introduction

Dans le contexte actuel de budget contraint, d'augmentation de la charge de travail, d'insatisfaction du personnel sur les conditions de travail et de pénurie de personnel, disposer d'une méthode de calcul objective des effectifs est devenu primordial pour les responsables d'activités cliniques afin de garantir un dialogue de confiance avec les dirigeants des établissements. L'évolution prévisible des dépenses n'est pas couverte par la progression de l'ONDAM et de multiples organisations dont les conférences de présidents de CME et les fédérations hospitalières appellent aujourd'hui à l'utilisation de ratios soignants par patients significativement renforcés et contrôlés par des mécanismes réglementaires.

De multiples études internationales ont montré l'impact des **ratios soignants par patients** sur la qualité des soins. Ces études portent essentiellement sur les ratios infirmiers (1). Dans le domaine de la réadaptation, outre les ratios infirmiers, des ratios adaptés de professionnels de réadaptation permettraient de réduire les durées de séjour et d'augmenter la rapidité des gains fonctionnels (2). Pour les activités de réadaptation, trois facteurs sont nécessaires pour déterminer des ratios patients par soignants : le périmètre institutionnel des prestataires (autorisations), le profil de patients qui renvoie à la notion de groupe homogène de patients et de programmes de soins, et les fonctions principales du programme au regard de la nouvelle instruction complémentaire aux décrets relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) du 11 janvier 2022.

1. Cadre conceptuel : l'impact de l'instruction du 28 septembre 2022

Si la réadaptation est un concept international bien établi, il n'était pas clairement identifié en France. A cet égard l'instruction complémentaire aux décrets SMR du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des SMR (3), en définissant les missions des nouveaux SMR, introduit une nouvelle nomenclature qui épouse les catégories des stratégies de santé de l'OMS ainsi que les fonctions du Système international des comptes de la santé (ICHA).

Les cinq missions des SMR sont selon l'instruction : la prévention, les soins médicaux curatifs ou palliatifs, la réadaptation, les soins de transition et la coordination.

Les soins médicaux sont des soins curatifs prolongés, voire palliatifs, post aigus et subaigus en amont ou en aval des hospitalisations aiguës ou en provenance directe du domicile. Cette définition rejoint la fonction HC.1 de l'ICHA.

La réadaptation « a pour objectif premier une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités ». Cette définition rejoint la définition de l'OMS et la fonction HC.2 de l'ICHA.

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 ».

Les soins de transition correspondent à une mission composée de plusieurs fonctions. **La fonction principale est la fonction d'accompagnement de la perte d'autonomie** (fonction HC.3 de l'ICHA) pour des patients qui ont un besoin réduit en soins curatifs et en réadaptation mais pour lesquels les facteurs socio-environnementaux interdisent la sortie de l'hôpital. La fonction HC.3 seule ne justifierait pas l'hospitalisation en SMR.

L'instruction introduit une nouvelle nomenclature qui impacte potentiellement l'ensemble du système de santé puisqu'elle s'applique largement en dehors du seul secteur des SMR. Des fonctions de l'ICHA dépendent en effet les catégories du système d'information, de comptabilité et de financement des différents secteurs.

Les activités de réadaptation : le critère d'homogénéité

Pour déterminer des ratios il ne suffit pas de définir les fonctions principales des unités de soins. Si cela constitue un préalable indispensable, il faut que le critère d'homogénéité soit respecté : pour des profils de patients proches sont appliqués des programmes de soins formalisés et fondés sur les preuves et ces programmes sont financés de telle sorte qu'ils remboursent les moyens techniques et humains formalisés dans les programmes. Ces programmes doivent être homogènes en termes de procédures et de coûts pour le groupe de patients considéré. **Ces programmes de soins sont garants de l'homogénéité des activités et de la justification des ratios.** Ainsi s'accordent logiques clinique et gestionnaire.

2. Evolution des ratios et des recommandations dans le champ de la réadaptation

En France, il existe quelques normes d'effectifs en personnel concernant les soins critiques (3), la dialyse, les soins intensifs de cardiologie, les blocs obstétricaux. Pour les autres services, la dotation en effectifs est spécifique à chaque établissement selon ses propres critères. Il n'existe pas de normes relatives aux ratios dans le champ des SSR / SMR ni plus généralement dans le champ de la réadaptation. Ce sont donc des recommandations professionnelles non opposables établies par les syndicats, les sociétés savantes ou les ARS qui sont utilisées dans les négociations relatives aux effectifs alloués aux unités dans les établissements. La pression budgétaire rend ces recommandations de moins en moins opérantes face aux modes de calculs imposés par les directions.

Ces recommandations sont remarquablement stables au cours du temps. Nous citons en référence les recommandations pour les SSR spécialisés avec mention système nerveux (5) et appareil locomoteur (6) de 2006 ainsi que le rapport intitulé « Un programme pour la gériatrie », publié également en 2006 (7).

3. Avantages attendus des ratios

Il s'agit avant tout d'éviter que la qualité des soins soit utilisée comme variable d'ajustement à la pression budgétaire. La loi HPST et les réformes de la gouvernance hospitalière ont placé le DRH et le Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (DSIRMT) au cœur de la régulation des effectifs des établissements. Le pouvoir de négociation des professionnels dans ce domaine a été

considérablement réduit et les logiques financières ont fait largement oublier l'intérêt des recommandations professionnelles. Pour autant il n'existe aucune méthode nationale reconnue de détermination des ratios et il n'y a pas de système de *benchmarking* opérationnel. La base de Reims, outil de *benchmarking*, établit des comparaisons entre établissements sur les effectifs soignants et médicaux au regard de leurs activités. Elle ne concerne que les établissements de grande capacité (CHU / CHR), elle reste confidentielle et les directions font surtout appel à leur réseau de connaissances pour se comparer (8).

L'absence d'unité méthodologique a contraint les hôpitaux à définir leurs propres méthodes de travail fondées sur le nombre de lits, les taux d'occupation, l'IPDMS, le poids moyen du cas traité (PMCT), le projet médical, la charge de travail, la typologie des patients, l'activité, organisation du travail. Certains établissements intègrent l'absentéisme, le turn-over, l'architecture. La prise en compte de la charge de travail dépend de chaque structure.

Les risques que ce bricolage institutionnel fait courir aux patients ont été abondamment décrits dans la littérature internationale. Ils étaient peu évoqués en France jusqu'à la pandémie COVID-19. La baisse tendancielle de la qualité des soins est évoquée, avec l'augmentation de charge de travail et la détérioration des conditions de travail qui l'accompagnent, comme la cause principale de la souffrance au travail des soignants. Cette dernière s'inscrit dans un grand désenchantement hospitalier ayant notamment pour conséquence la pénurie de personnel.

Outre la nécessité d'enrayer la machine infernale du désenchantement, l'utilisation des ratios et plus généralement des conditions de fonctionnement réglementaires robustes, fondées sur des activités homogènes et des *casemix*, ou éventails de cas, conçus à partir de programme de soins est un des meilleurs moyens pour articuler la logique professionnelle et la logique de gestion.

4. Risques et freins à l'établissement des ratios

Un premier risque au niveau des grands équilibres macroéconomiques c'est de « faire sauter la banque » en d'autres termes de dépasser largement les perspectives de l'ONDAM. L'ONDAM étant en théorie fondée sur une estimation technique des besoins c'est avant tout la rationalité de la détermination actuelle des besoins et des catégories qui les décrivent qui doit être interrogée.

Au niveau « méso » des organisations, les ratios laissent craindre une difficulté à s'adapter à la nécessité de continuer à fonctionner, si besoin, par le biais de procédures temporairement dégradées. La mutualisation des équipes infirmières ou de réadaptation apporte une plus grande flexibilité organisationnelle en situation de pénurie. Elle permet de pallier plus facilement des variations d'effectifs dans les unités, mais elle n'est pas en soi incompatible avec le respect de ratios portés par une réglementation exigeante.

La substitution de professionnels peut se faire en réduisant le taux de qualification : moins d'infirmières et plus d'aides-soignants, par la création éventuelle d'assistants de réadaptation ou encore en jouant sur la substitution de professionnels par exemple entre masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens et Enseignants

en Activité Physique Adaptée (EAPA). Encore plus préoccupante est la substitution par des interventions hors champ de la réadaptation.

La réduction des temps de réadaptation offerts par les professionnels peut se faire en réduisant la durée ou la fréquence des séances mais aussi en multipliant les séances de réadaptation collective au détriment du temps de réadaptation individuelle, ce d'autant qu'en terme de valorisation les pondérations du CSARR restent calculées à partir de moyennes de temps quelle que soit l'autorisation SMR. Cela favorise à la fois le lissage des temps entre les unités spécialisées ou non, ainsi que la surpondération des séances collectives.

Le périmètre des professionnels de réadaptation reste un problème fondamental en France avec 32 métiers codeurs du CSARR, un chiffre exubérant au regard des professions marqueuses de la réadaptation à l'étranger en général au nombre de 8 à 9. De ce fait les garanties que semblent apporter la mention de temps de réadaptation dans l'instruction complémentaire du 27 septembre 2022 sont purement illusoirs : réaliser deux heures de réadaptation en offrant des soins non spécifiques de la réadaptation comme l'éducation thérapeutique, des soins de bien être, de confort voire des médecines complémentaires et en usant des actes collectifs plus que de raison au regard des soins individuels enlève toute robustesse à cette indication de temps. C'est là une orientation majeure pour ce que serait une réforme aboutie des SMR (8).

Au niveau micro-économique les ratios apparaissent contraires à la logique de la *yardstick competition* ou compétition par comparaison. Ce principe est celui qui sous-tend la notion de puissance des systèmes de paiement comme la T2A, qui est la capacité à provoquer des restructurations favorables à la performance telle que définie par les fonctions de production de ces modes de paiement prospectifs : la fonction est de produire de groupes homogènes de malades selon un modèle d'activités essentiellement curatives.

Des risques d'inégalités des soins sont préoccupants dès lors que les ratios ne concernent qu'une partie des activités, comme dans le cas des soins critiques. Le respect de contraintes trop asymétriques entre les diverses activités ne serait pas tenable puisqu'il ferait porter la charge de la pénurie sur les unités non normées.

5. Perspectives : le *statu quo* n'est pas une option

Nous avons à plusieurs reprises prôné l'articulation des autorisations et des financements des SMR (9). Pour cela nous préconisons un financement à la séquence fondé sur la finalité principale au sens de l'ICHA. L'émergence de la mission de réadaptation en France dans l'instruction complémentaire, après une longue occultation liée à la fragmentation entre soins et social, rend opérationnelle la notion de santé fonctionnelle citée par le HCSP qui n'est autre que la santé selon l'ensemble des dimensions de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF). Elle ouvre la voie à l'allocation par destination des soins proposée par le HCAAM en avril 2021, elle répond à la demande de spécification des SSR par la Cour des Comptes depuis 2012. Enfin l'instruction complémentaire aux décrets de 2022, s'inscrit en antagonisme avec la typologie des filières du Rapport Sibille en laissant apparaître le besoin d'une filière de réadaptation structurée en tant que telle,

en accord avec les modèles internationaux de l'OCDE et les appels à l'action de de l'OMS.

Prélude à de nouvelles recommandations au sein et au-delà des SMR

L'établissement de ratios pour les activités de réadaptation françaises suppose leur homogénéité. L'articulation entre **prestataires** (exemple SMR), **fonctions** (ex réadaptation) et **programmes de soins** repérés par les profils de patients proches est indispensable.

La première condition est une définition précise des missions comme dans le cas des SMR ou les critères d'orientation ne pouvaient que rester flous en l'absence de nomenclature fonctionnelle. Les recommandations étrangères sont fondées sur la mission de réadaptation, par exemple dans le secteur des soins post-aigus ou *post-acute care* (subdivisés en général en *subacute care* et *non acute care*). Les mentions spécialisées des SMR français ne précisent pas l'intensité des trois fonctions curative, de réadaptation et de soins accompagnant une perte d'autonomie stabilisée. Les ratios peuvent difficilement se concevoir avec les mêmes effectifs requis pour des séquences correspondant à des programmes de soins d'objectifs hétérogènes selon ces trois finalités principales. Les ratios dits de réadaptation doivent donc être appliqués à des *casemix* correspondant à des séquences dont la finalité est la réadaptation (11).

Des ratios par grand type de prestataire ne suffisent pas, il faut aller jusqu'à une typologie assez simple reliant une grande fonction des soins avec des profils homogènes de patients : exemple la réadaptation des amputés, des cérébrlésés, des blessés médullaires en SMR spécialisés. Cette approche privilégiée à l'étranger définit clairement périmètre du prestataire (exemple activité SMR par autorisation), les grands profils de patients et les finalités principales des programmes de soins que les autorisations SMR ne pouvaient décliner avant la récente définition de leurs missions.

Nous proposons dans le tableau 1 la traduction adaptée à la situation française d'un **tableau australien de ratios pour 10 lits**, relatif aux activités de réadaptation spécialisées en réadaptation des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Les chiffres sont les chiffres originaux, les colonnes en jaune sont ajoutées et doivent faire l'objet de prochains travaux (12).

Ce tableau donne les effectifs pour un programme de réadaptation de 5/7 jours. De ce fait, un programme de 6/7 ou 7/7 jours requiert du personnel supplémentaire. Ces effectifs n'incluent pas les activités d'enseignement et de recherche **ni le personnel nécessaire pour remplacer le personnel absent**.

Une adaptation à la situation française nécessite, outre la définition associée de ratio en **médecins, en infirmières et en aides-soignants** (13) de préciser le contour des « professions de réadaptation ». En France, il est indispensable d'intégrer notamment les psychomotriciens, les EAPA et les orthoprothésistes.

Les ratios doivent être **définis pour les différents champ de la réadaptation médicale** : réadaptation cardiaque, pulmonaire etc. avec les organisations *ad hoc*. Ils devraient l'être également pour les secteurs MCO et SLD, ainsi que pour les différents

modes de prise en charge : hospitalisation conventionnelle, de jour, soins ambulatoires et à domicile.

La **gradation des niveaux de soins** intervient dans certains pays comme le Royaume Uni, mais le système actuel des expertises en SMR n'étant pas fondé sur des profils homogènes de patients, une telle approche paraît prématurée.

Enfin, l'inclusion dans les profils de patients suppose l'évaluation **du potentiel de réadaptation qui repose à l'étranger sur différentes méthodes** : orientation clinique et score GG dérivé de la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) aux USA ou score de complexité de la réadaptation au Royaume Uni.

Tableau 1

Profil des patients requérant un programme de réadaptation spécialisée	Infirmière	Aide-soignant	Kinésithérapeute	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychologue / neuropsychologue	Psychomotricien	Diététicien	Assistant social	EAPA
Amputation			1,5	1	Cs*	Cs*		0,4	0,6	
AVC / système-nerveux			1,5	1,5	1,5	1		0,5	1	
Lésions médullaires			2	2	0,25	0,8		0,4	1,2	
Traumatisés crâniens			1,5	1,5	1,5	1,6		0,5	1,2	
Traumatisme majeur**			1,5	1,2	0,2	0,9		0,6	1	
Appareil locomoteur			1,25	0,8	0,1	0,2		0,4	0,5	
Reconditionnement et restauration			1,25	1,2	0,2	0,8		0,5	1	

*CS indique l'accessibilité à une consultation en cas de besoin. **Traumatisme majeur est défini comme traumatisme multi systémique complexe pouvant inclure un traumatisme médullaire ou crânien.

Une proposition de loi vient d'être déposée au Sénat par Bernard Jomier. Elle a pour objectif de garantir des ratios soignants par patients afin de mettre fin à la perte de sens au travail des soignants relevée par une commission d'enquête du Sénat sur l'hôpital présentée fin mars 2022. Les organisations professionnelles, les fédérations hospitalières et les pouvoirs publics doivent travailler en synergie pour déterminer des ratios patients par soignants par patients significativement renforcés, contrôlés par un mécanisme d'alerte robuste et applicables aux diverses activités de réadaptation.

1. [McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. Lancet. 2021 May 22;397\(10288\):1905-1913.](#)

2. Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, Linn RT, Ostir GV, Granger CV. [Trends in Length of Stay, Living Setting, Functional Outcome, and Mortality Following Medical Rehabilitation](#). *JAMA*. 2004; 292(14):1687–1695.
3. [INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation](#)
4. [Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques](#)
5. [La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Proposition FEDMER-SOFMER. 2006.](#)
6. [La prise en charge des affections du Système Nerveux de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Proposition FEDMER-SOFMER 2006.](#)
7. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. [Un programme pour la gériatrie. Rapport avril 2006.](#)
8. [« Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés ? »](#) EHESP. 2016
- 9 et 10. Devailly JP. [SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse](#) Gestions hospitalières. 2021 ; n° 611 : 588-595
11. Cartmill, L., Comans, T.A., Clark, M.J. et al. [Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions](#). *Hum Resour Health*. 10, 2 (2012).
12. [Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services in Public and Private Hospitals](#) The Royal Australasian College of Physicians Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine (AFRM). Février 2019
13. [Factors to Consider in Decisions About Staffing in Rehabilitation Nursing Settings](#) Site de l'Association of Rehabilitation Nurses. Consulté le 20/11/2022.