

Soins médicaux et de réadaptation

Conditions de fonctionnement et risques économiques



*Quand on ne sait pas où l'on va,
il faut y aller!!...
... Et le plus vite possible.*

Décret implantations sur
[Légifrance](#)

Décret fonctionnement sur
[Légifrance](#)

Instruction du 28
septembre 2022
[Sante.gouv.fr](#) pages 26-78

Bref panorama historique des SSR / SMR

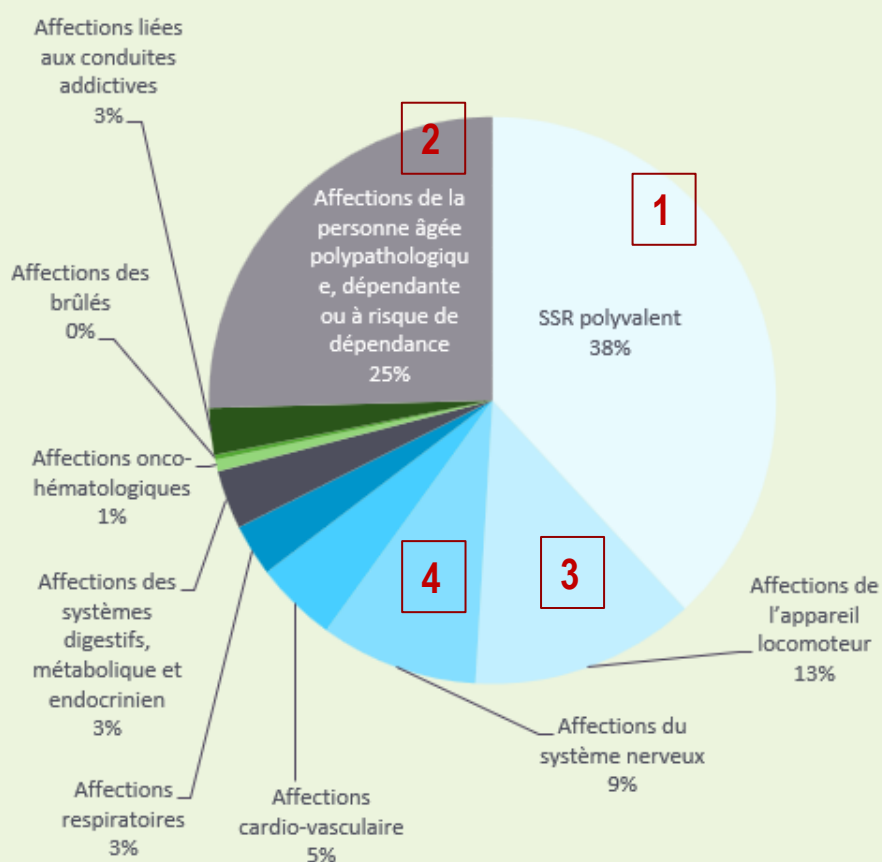
- L'article L.711-2 de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 définit les missions de soins de courte durée, de soins de longue durée et identifie *« des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion. »*
- Jean-Pierre Held dénonce le « grand fourre-tout » où a été cantonnée la MPR
- Secteur très hétérogène au regard des soins post-aigus d'autres pays.
 - Plus de 80 disciplines d'équipement : centres de rééducation fonctionnelle, maisons de convalescence, de cure, etc. Diversité des typologies d'établissements
 - 25% des capacités hospitalières (DREES).
- Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 abolit la distinction entre l'activité de soins de suite et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles.
 - ➔ Une seule activité de “soins de suite et de réadaptation”.
- Une “autorisation” générique “polyvalente” a été attribuée à tous les SSR, tandis que certains ont pu obtenir une mention pour la prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non, et des “mentions spécialisées”.
- En 2012 la Cour des comptes signale l'absence de spécification des SSR et l'impossibilité qui en résulte d'un financement à l'activité par cas / au séjour.

Contexte réglementaire des SSR en 2008

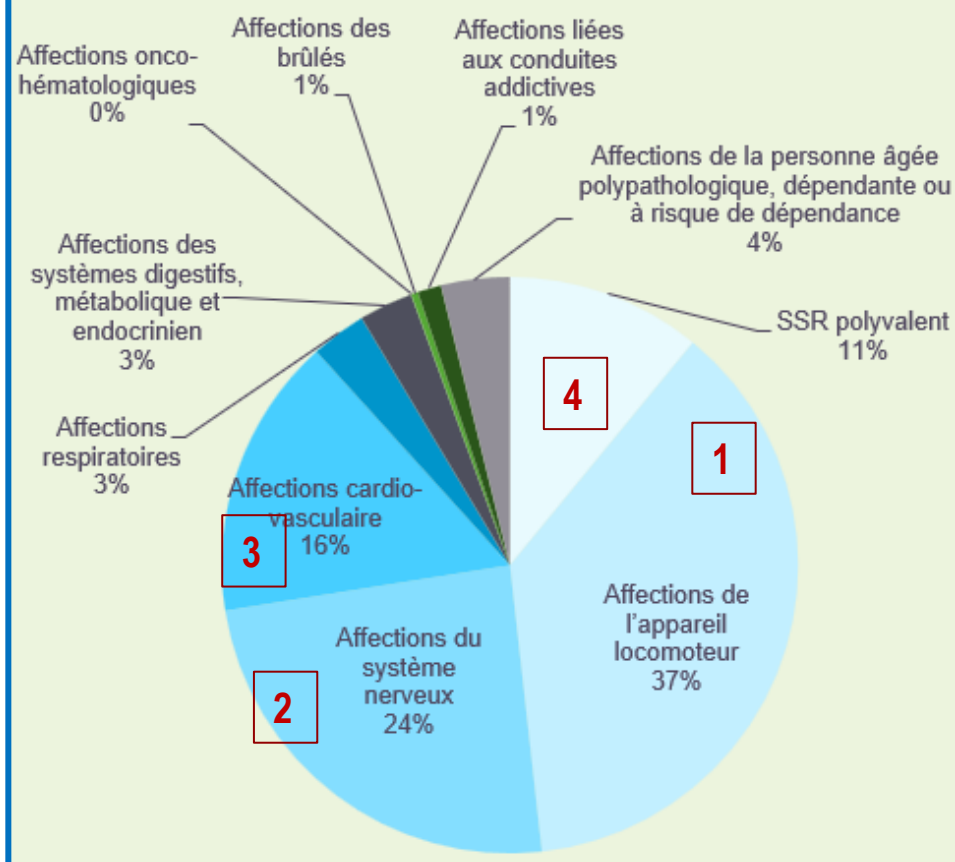
- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation Conditions techniques
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation Conditions d'implantation
- CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation et les annexes sur les différentes activités SSR spécialisées, les coordinations SSR.
- Tableau comparatif des fiches de spécialités (annexes de la circulaire)
 - Des compétences obligatoires ou recommandées mais pas de ratios opposables
 - Le texte est libellé ainsi: *"La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter" :*
 - au moins 2 heures en locomoteur, système nerveux, respiratoire, et brûlés,
 - moins de 2 heures: personne âgée,
 - au moins 3 heures en cardio-vasculaire, digestif métabolique et endocrinien,
 - au moins 5 heures en addictologie.

Répartition territoriale SSR polyvalents / SSR spécialisés

Répartition du nombre de séjours par mentions spécialisées en HC 2020



Répartition du nombre de journées par mentions spécialisées en HP 2020



Décrets SMR du 11 janvier 2022: points saillants

- **Changement de nom des SSR : les décrets renomment les SSR en « soins médicaux et de réadaptation » (SMR).**
- **Nouvelle définition de la réadaptation comme terme générique équivalent de la définition internationale de l'OMS.**
- **Présence d'une définition des SMR polyvalents, absente des décrets de 2008.**
- **Modifications des mentions spécialisées :**
 - Modalité pédiatrie avec mention « enfants et adolescents » et « jeunes enfants et adolescents ».
 - Modalité oncologie avec mention « oncologie » et mention « onco-hématologie ».
 - Mentions « gériatrie », « pneumologie » et « pédiatrie » etc.: retour des noms des disciplines médicales, qui n'avaient pas été utilisés en 2008, en respectant le modèle de de la CIM.
- **L'autorisation en hospitalisation complète implique l'autorisation à temps partiel.**

Réforme des autorisations en SSR → SMR : les mentions

Une segmentation issue des catégories médicales curatives de l'aigu

Actuel : 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	Modalité « Cancers »	Mention « oncologie »	
		Mention « oncologie et onco-hématologie »	
Affections des brûlés		Mention « brûlés »	
Affections liées aux conduites addictives		Mention « conduites addictives»	
Aff. de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance		Mention « gériatrie »	
SSR enfants	Modalité « Pédiatrie »	Mention « enfants et adolescents »	
		Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	

 = Nouveautés

Décrets du 11 janvier 2022 : les points positifs

1. Avec la dénomination « **Soins médicaux et de réadaptation** », la réadaptation ne se confond pas avec les SMR ce qui atteste de son existence dans tous les secteurs du système de santé (au lieu de « **soins de réadaptation** » dans une version précédente des décrets).
2. La balnéothérapie n'est plus obligatoire en locomoteur, mais nécessite d'un « système d'allègement du poids du corps ».
3. **Présence d'une définition des SMR polyvalents**, absente des décrets de 2008. La masso-kinésithérapie est y obligatoire.
4. Les associations de pratiques thérapeutiques ne sont pas obligatoires **pour chaque patient (« selon son état »)** ce qui, dans la version précédente des projets de décrets, risquait d'induire des stratégies de recrutement inopportunes au regard des besoins.
5. La précision des modalités pédiatrie et oncologie.
6. L'autorisation en HC implique l'autorisation à temps partiel.

Décrets du 11 janvier 2022 : les points d'inquiétude 1/2

Une réforme sous contrainte budgétaire au détriment de l'offre de soins en réadaptation?

1. **Absence de définition claire de la réadaptation** en termes de de finalités, d'autorisations et d'axe de gradation des niveaux de soins :
 - A la définition restreinte des 3R se substitue la **définition exubérante des actes de RR du CSARR** incluant prévention, ETP, réadaptation au sens strict, bien être, soins de confort etc.
 - Nécessité d'une **définition** de réadaptation **bien périmétrée en termes d'interventions et de comptabilité analytique pour mettre en place un financement robuste.**

2. **Multiplication des pratiques thérapeutiques et des actes collectifs non spécifiques par défaut d'identification du périmètre des interventions de réadaptation.**

Risque d'orientation des kinésithérapeutes vers le secteur MCO par les managers.
Risque global pour les professions de réadaptation.

3. **Risque de saupoudrage de diverses « pratiques » dans un contexte de pression budgétaire**, sans normes spécifiques pour les programmes de réadaptation (critères d'admission, ratios en personnel, temps de RR), et sans modèle économique viable pour les programmes à forte densité de réadaptation.
 - **Risque de fragilisation des programmes des soins.** La diversité est gagnante sur l'intensité et la technicité, *a fortiori* avec le système lissant des pondérations des actes CSARR qui devient central dans la future classification à visée tarifaire.

Décrets du 11 janvier 2022 : les points d'inquiétude 2/2

Une réforme sous contrainte budgétaire au détriment de l'offre de soins en réadaptation?

4. **La fonction de fluidité des parcours l'emporte sur la fonction de réadaptation (pertinence)** comme en 2008, définissant les mentions selon les **catégories médicales curatives de l'aigu**, au détriment des besoins des patients, des bonnes pratiques et des compétences clés. Retour des noms de spécialités médicales de l'aigu dans les autorisations spécialisées et recul de la référence aux classifications internationales (CIM, CIF, ICHA...).
5. **Incertitude sur la capacité du futur modèle économique à soutenir les activités à forte densité de réadaptation face à l'absence conjointe de la fonction de réadaptation claire en comptabilité et de ratios (loi Jomier en discussion).**
6. **Multiplication des compartiments de financement qui fait craindre l'abandon de la recherche d'un classification tarifaire aboutie.**

Conditions de fonctionnement

- Des conditions techniques de fonctionnement pour les SMR polyvalents.
- Pas de ratios mais des ressources obligatoires (« un ou plusieurs »).
- Un « nombre de pratiques thérapeutiques » minimum comportant l'ETP.
- EAPA obligatoire en digestif..., cité dans la plupart des listes de pratiques thérapeutiques.
- Pas de temps de RR → Peut-être dans une future circulaire suivant les décrets ...?
 - Actuellement : 2 heures en système nerveux et appareil locomoteur (2008).
- Positions de coordination modifiées : cardiologues et pneumologues ne sont pas tenus d'une formation en réadaptation = risque de sélection de malades « mono-déficients ».

Pas de garanties sur le niveau des ressources en l'absence de modèle économique viable.



Fragilisation des programmes de réadaptation complexes et des compétences clés;



Effets indésirables sur la composition des équipes.

L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs:	MK	Ergothérapeute	Orthophoniste	Diététicien	Psychomotricien	Psychologue	Orthoprothésiste	EAPA	Educateur	Aux. Puériculture	Nombre de pratiques thérapeutiques proposées par la structure à <u>chaque patient, selon son état clinique</u>	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, orthoprothésie, 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, orthoprothésie	-
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

Les positions de coordination

- **Polyvalent** : justifie d'une formation ou expérience attestée en réadaptation.
- **Gériatrie** : spécialisé en gériatrie ou justifie d'une formation ou expérience attestée en gériatrie;
- **Locomoteur** : **spécialisé soit en médecine physique et de réadaptation (MPR), soit en rhumatologie** et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation.
- **Système nerveux** : spécialisé soit en MPR, soit en neurologie et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation.
- **Cardio-vasculaire** : **spécialisé soit en médecine cardiovasculaire, soit en médecine physique et de réadaptation** et justifie d'une formation ou expérience attestées en cardiologie. Dans ce dernier cas le titulaire de l'autorisation assure l'accès des patients à un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire.
- **Pneumologie** : **spécialisé soit en pneumologie, soit spécialisé en MPR** et justifie d'une formation ou expérience attestées en pneumologie, soit en médecine générale et justifie d'une formation ou expérience attestées en pneumologie et en réadaptation. Dans tous les cas, le titulaire de l'autorisation assure l'accès des patients à un médecin spécialisé en pneumologie.
- **Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition** : spécialisé soit en endocrinologie, diabétologie, nutrition, soit en hépato-gastro-entérologie et justifie d'une formation ou expérience attestées en nutrition, soit en médecine générale et justifie d'une formation ou expérience attestées en endocrinologie-diabétologie-nutrition.
- **Brûlés** : spécialisé soit en MPR soit justifie d'une formation ou expérience attestées dans le traitement des grands brûlés.
- **Conduites addictives** : Le médecin coordonnateur justifie d'une formation ou expérience attestées en addictologie.
- **Pédiatrie** : spécialisé soit en pédiatrie et justifie d'une formation ou expérience attestées en réadaptation, soit spécialisé en MPR et justifie d'une formation ou expérience attestées dans la prise en charge de l'enfant.
- **« Oncologie » et « oncologie et onco-hématologie »** : soit spécialisé en oncologie médicale, option oncologie médicale, soit justifie d'une formation ou expérience attestées en oncologie médicale. Pour la mention « oncologie et onco-hématologie » désignation d'un médecin coordonnateur supplémentaire, spécialisé en hématologie, soit qui justifie d'une formation ou expérience attestée en onco-hématologie.

Les expertises : des logiques contradictoires

Plusieurs logiques de *sur-segmentation* : séjour SSR et expertise courte type MCO

- Réadaptation neuro-orthopédique.
- Filière de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes : soins de réadaptation post-réanimation, réadaptation précoce post-aigue neurologique, personnes en état végétatif chronique ou pauci-relationnel.
- Réadaptation précoce post-aigue respiratoire.
- Réadaptation précoce post-aigue cardiologique.
- Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés.
- Prise en charge des troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive.
- Prise en charge des lésions médullaires.
- Prise en charge des obésités complexes.
- Prise en charge des patients amputés, appareillés ou non.
- Pour la pédiatrie, des spécificités sont en cours de définition pour les troubles des apprentissages et le polyhandicap.

Points de vigilance : niveaux d'expertise? les critères de reconnaissance et seuils d'activité?
Plateaux techniques spécialisés - Liens entre autorisations et dotation populationnelle

L'instruction complémentaire de septembre 2022

La définition des missions des SMR

La nouvelle définition de la réadaptation regrouper les 3R dans la [définition générique internationale de la réadaptation](#) la nomenclature des missions évolue :

Nouvelles missions des SMR*	Nomenclature fonctionnelle internationale (ICHA)**
Mission de « <u>prévention</u> »	HC.6
Mission de « <u>soins médicaux curatifs</u> » (diagnostic et traitement des maladies)	HC.1
Mission de « <u>réadaptation</u> » Mise en cohérence avec le périmètre du CSARR	HC.2
Mission de « <u>soins de transition</u> » Mission de soins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie	HC.3
Coordination	? Enveloppes fléchées

*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

**[Classification internationale des comptes de la santé](#)

Spécifier la mission de réadaptation permet une organisation et une allocation par destination des soins

- La réadaptation est articulée autour de trois objectifs : récupération fonctionnelle et psychosociale, compensation et adaptation de l'environnement et réinsertion du patient. Elle constitue l'axe principal du projet thérapeutique lors d'une orientation vers les SMR.
- **L'objectif premier est une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités.** Le patient présente une pathologie pour laquelle il peut exister des référentiels scientifiques permettant de démontrer le bénéfice de ce type de programme et/ou des recommandations de bonne pratique.

Préciser la mission de réadaptation n'est pas une option : l'exubérante définition de l'ATIH

- Spécification des SMR demandée par la **Cour des comptes**.
- Mise en **cohérence avec la nomenclature internationale (OCDE-ICHA)**.
- **Allocation par destination des soins (HCAAM)**.
- La nouvelle classification est fondée sur des groupes de réadaptation où le **CSARR** a un rôle central :
 - L'ATIH donne une définition exubérante de la réadaptation. Celle-ci est beaucoup plus large que la définition internationale et elle tend à couvrir tous les actes pratiqués en SMR. Le périmètre des actes et des intervenants du CSARR est ainsi défini dans le manuel des GME de la future classification p.22 :

*« 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** ».*
- Pour une organisation et un financement cohérent des activités à forte densité de réadaptation, **la définition de l'ATIH doit s'harmoniser avec celle de l'instruction complémentaire** pour mettre en cohérence les autorisations et le financement des SMR.

Missions des SMR: la réadaptation est enfin spécifiée

en cohérence avec les classifications internationales

Rapport mondial sur le handicap 2011 - OMS Banque mondiale

La réadaptation est définie comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement »

Disciplines de réadaptation

MPR
Gériatrie
Cardiologie
Pneumologie
Psychiatrie
...
Kinésithérapie
Ergothérapie
Orthophonie
Psychologue
EAPA
Appareilleurs
Travailleurs sociaux
...
CNU 91

Fonction internationale de réadaptation (OMS, OCDE, ICHA)

Stratégie structurante du système de santé
Système international des comptes de la santé
Réadaptation = HC. 2
*dans la nomenclature fonctionnelle ICHA-HC**

Prestataires de soins post-aigus /subaigus

« Lits de réadaptation » selon l'OCDE
Segmentation administrative variable des *rehab centers* et *nursing homes*

En France les SSR/SMR confondent :

- Hôpitaux de réadaptation HP 1.3
- Maisons médicalisées HP.2

*HC.2 comprend 4 modes de production de la réadaptation: H. à temps complet, HDJ, réadaptation externe et à domicile

Les fiches complémentaires: pas de ratios mais...

- La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients âgés pouvant nécessiter :
 - Une réadaptation complexe et pluridisciplinaire de 2 heures par jour en « **gériatrie** »
 - Une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive, d'au moins 3 heures par jour en « **système digestif, endocrino, diabétologie, obésité** »
 - Une rééducation complexe et intensive : c'est à dire pluridisciplinaire d'au moins 2 heures par jour pour l'adulte - et d'au moins une heure par jour pour l'enfant en « **Brûlés** »
- Proposer à chaque patient des programmes de réadaptation spécialisés, intensifs, pluridisciplinaires :
 - d'au moins deux heures par jour (1h si moins de 6 ans) en « **locomoteur** »
 - d'au moins deux heures par jour (1h si moins de 6 ans) en « **système nerveux** »
- Être notamment capable de prendre en charge des patients avec pathologie cardiovasculaire complexe et / ou à risque évolutif avec risque de complication durant le séjour ou de risques à moyen / long terme et **nécessitant** : une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive,
 - d'au moins 3 heures par jour dès lors que les capacités fonctionnelles des patients le permettent, en « **cardiovasculaire** »
- Être notamment en capacité de prendre en charge des patients **nécessitant** : une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive,
 - d'au moins 2 heures par jour, dès lors que les capacités fonctionnelles des patients le permettent en « **pneumologie** »
- La structure autorisée doit être capable notamment de prendre en charge des patients **dépendants** : pouvant nécessiter une réadaptation complexe et intensive - c'est-à-dire pluridisciplinaire
 - d'au moins trois heures par jour en « **addictologie** »
- Pas de temps pour les modalités « **cancer** » ni pour les modalités « **pédiatriques** »

Les 32 métiers codeurs du CSARR

Un périmètre trop exubérant pour capter la mission de réadaptation

Supprimé

10 MEDECIN

21 INFIRMIER

22 MASSEUR KINESITHERAPEUTE

23 PEDICURE - PODOLOGUE

24 ORTHOPHONISTE

25 ORTHOPTISTE

26 DIETETICIEN

27 ERGOTHERAPEUTE

28 PSYCHOMOTRICIEN

~~29 (NEURO)PSYCHOREEDUCATEUR~~

30 PSYCHOLOGUE **seulement**

31 ORTHOPROTHESISTE

32 PODOORTHESISTE

41 MANIPULATEUR EN
ELECTRORADIOLOGIE

61 EDUCATEUR SPECIALISE

62 ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

33 NEUROPSYCHOLOGUE

63 EDUCATEUR JEUNES ENFANTS

64 ANIMATEUR

65 MONITEUR ATELIER

66 MONITEUR EDUCATEUR

67 ENSEIGNANT GENERAL

68 INSTITUTEUR SPECIALISE

69 EDUCATEUR SPORTIF

70 ENSEIGNANT EN ACTIVITE
PHYSIQUE ADAPTEE

71 ERGONOME

72 PSYCHOTECHNICIEN

73 CONSEILLER EN ECONOMIE
SOCIALE ET FAMILIALE

74 DOCUMENTALISTE

75 MONITEUR AUTOECOLE

76 CHIROPRACTEUR OSTEOPATHE

77 SOCIO-ESTHETICIEN

88 AUTRE INTERVENANT

La refonte du CSARR en 10 points

1. C'est un **élément clé de la nouvelle classification** en groupes de réadaptation (depuis mars 2022).
2. Capte les **soins consommés mais pas les besoins de réadaptation** (≠ classifications étrangères).
3. **Simplification** = demande des autorités et du terrain (complexité « byzantine » et chronophagie).
4. Passage de 550 actes environ à 166 (100 étaient souhaités).
5. **La référence aux objectifs de réadaptation selon la CIF a servi de guide à la simplification.**
6. **Persistance d'actes « multi codeurs »**, non spécifiques de la réadaptation (instruction de septembre 2022) voire faisant référence à des interventions d'utilité non validée.
7. **Persistance de risques liés à l'optimisation** : actes fourre-tout, substitutions par des professionnels non spécifiques, sur-pondérations des actes collectifs, moyennage des temps par les pondérations quelle que soit l'autorisation → très mal adapté à une tarification par cas traité.
8. Dans le projet de l'ATIH **certaines actes seront pondérés différemment en fonction du temps.**
9. Tant qu'il n'y a pas de modèle de remplacement, **le CSARR doit devenir un élément robuste de la classification en recentrant son périmètre sur les professionnels et les actes de réadaptation.**
10. Pour l'avenir, les MPR proposent un **financement par séquence**, avec des **groupes différenciés selon les missions de l'instruction complémentaire**, dont la réadaptation, par un **PMSI rénové.**

Principales recos SSR existantes en termes de ratios

- [SSR « système nerveux »](#)

La prise en charge des affections du Système Nerveux de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS 23/9/06

- [SSR « locomoteur »](#)

La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS 23/9/06

- SSR gériatriques

[Un programme pour la gériatrie: ce document comporte de ratios de rééducation](#)

- Documents plus anciens et/ou régionaux

[Cahiers des charges SSR socle commun et spécialités adulte – ARHIF](#) Décembre 2009 (pas de ratios)

- Unité de MPR à orientation neurologique Extrait du rapport AVC 2002 – ARHIF

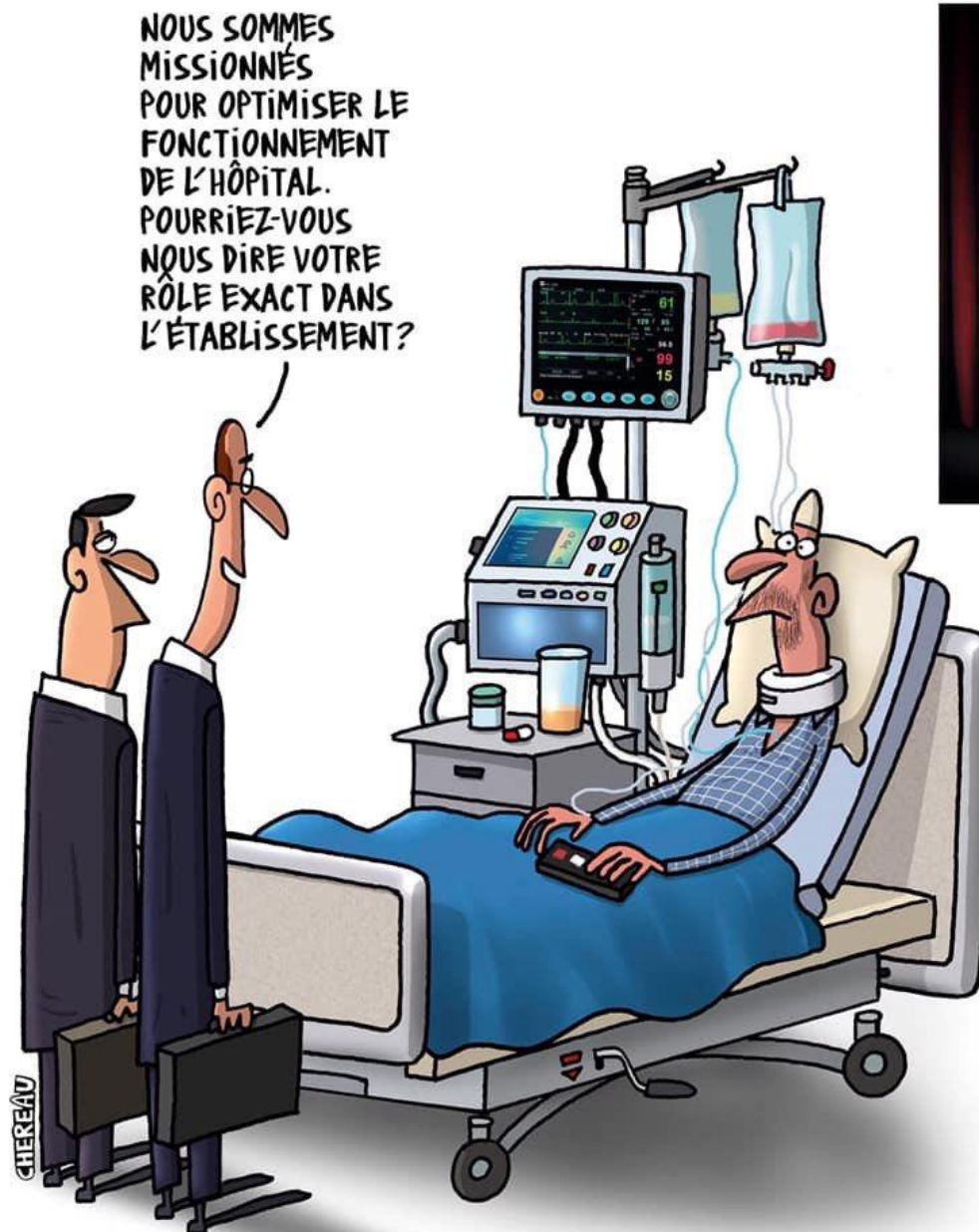
[Effectifs pour une unité de MPR à orientation neurologique Extrait du rapport AVC 2002 – ARHIF](#)

- Plateau techniques d'une unité de MPR polyvalente en Ile-de-France

[Document Drassif 1996](#)

- Un document historique mais édifiant : une excellente définition du service de réadaptation dans les hôpitaux

[Projet de décret de fonctionnement des services de Rééducation Fonctionnelle des Hôpitaux Publics](#) 24 juin 1977



Evolution terminologique

Rendre la réadaptation compatible avec le système d'information et de gestion

Les 3 R	Réadaptation terme générique international = <i>rehabilitation</i>	Remarque
	Réadaptation précoce	Déployer un dispositif en ambulatoire, à domicile, MCO, SMR SLD et EMS
Rééducation	Réadaptation centrée sur la fonction	Ne distingue plus l'intervention sur ce qui récupère et sur ce qui ne récupère pas, mais nécessite l'optimisation d'autres fonctions
Réadaptation		
Réinsertion	Réadaptation centrée sur l'intégration sociale	Insertion, intégration, inclusion... variabilité terminologique

La question des ratios

- Contexte actuel de la loi Jomier: et les SMR?
- Les recommandations existantes
 - En MPR: FEDMER/CNP 2006
 - En SSR gériatrique: Programme pour la gériatrie 2006
- Les recommandations futures en l'absence de ratios
- Groupe de travail SYFMER et /ou CNP
- Quelle méthodologie?
 - Profils de patients plus que par autorisation
 - Quid des expertises et de la gradation des soins?

Effet ciseau du modèle économique + absence de normes minimales

L'absence de ratios n'est pas une option!

Inadaptation des classifications à visée tarifaire interdisant un modèle économique capable de financer les moyens techniques et humains adaptés aux besoins des patients, a fortiori sous enveloppe globale fermée

« Normalisation » des réductions d'effectifs par les échelles de coûts qui moyennent des coûts de production « au rabais »



Réduction des effectifs pour des raisons financières, par des ratios définis par les directions et du fait de la baisse d'attractivité

Réduction de la charge de travail maximale supportable
Adaptation du profil des patients admis aux effectifs présents
Ajustement aux contraintes par sélection des patients et réduction de la qualité des soins

Capacité et activité des SSR selon leur statut juridique en 2020 : l'HTP peine à se développer

	Secteur public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	896 ↘	450 ↘	470 ↘	1816 ↘
Lits et places	44009 ↘	34955 ↗	40870 ↗	119834 ↗
HTP	3773 ↘	5952 ↗	6149 ↗	15874 ↗
Part en %	9% ↗	17% ↗	15% ↗	13% ↗
Nombres de séjours en milliers	468 ↘	352 ↘	393 ↘	1213 ↘
HTP	116 ↘	124 ↘	93 ↘	333 ↘
Part en %	25% ↘	35% ↘	24% ↗	27% ↘
Nombre de journées en milliers	11964 ↘	8637 ↘	12110 ↘	37577 ↘
HTP	617 ↘	1097 ↘	1376 ↘	3094 ↘
Part en %	5% ↘	13% ↘	11% ↘	9% ↘
DMS hospitalisation complète en journées	35,1 ↗	36,1 ↗	39,6 ↗	36,5 ↗

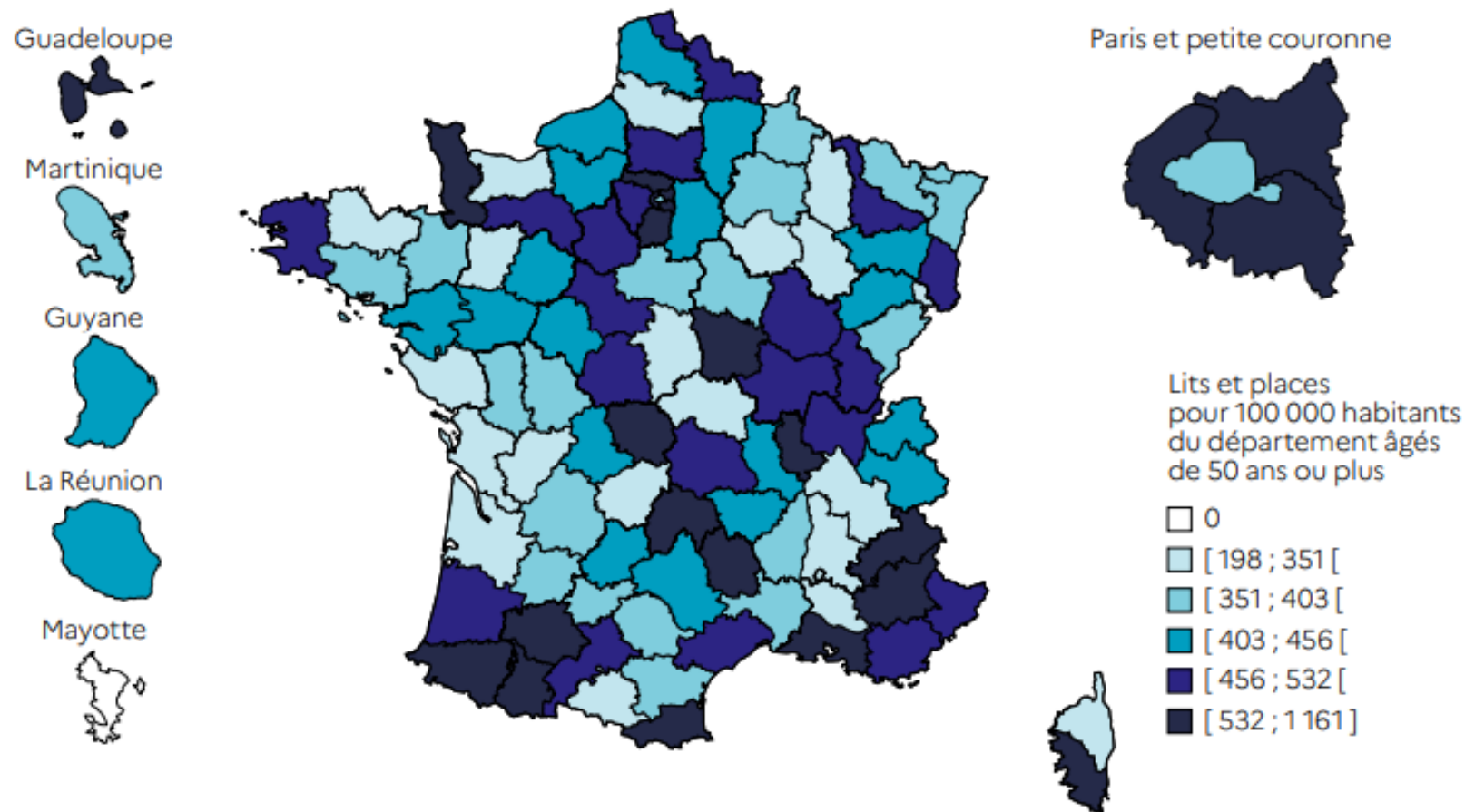
Aides soignants: 0,5 ETP par lits en public, 0,3 en privé non lucratif et 0,2 en privé lucratif

IDE: 0,3 ETP par lits en public, 0,2 en privé non lucratif et 0,2 en privé lucratif

↗ et ↘ : Augmentation ou diminution

Densité de capacités en lits et places de SSR en 2020

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR au 31 décembre 2020



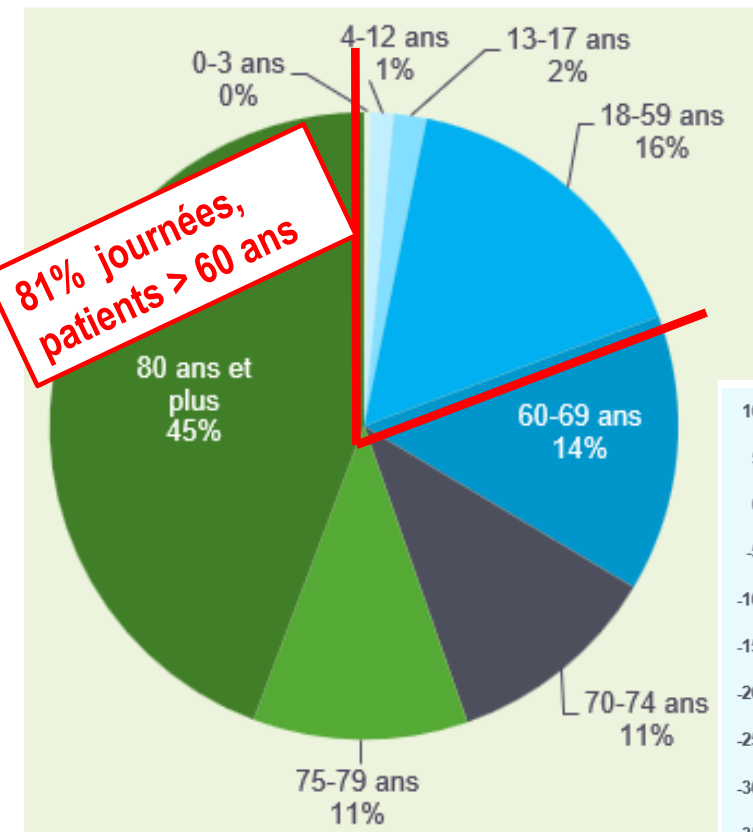
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles, hors Mayotte qui n'a pas de capacité en SSR.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

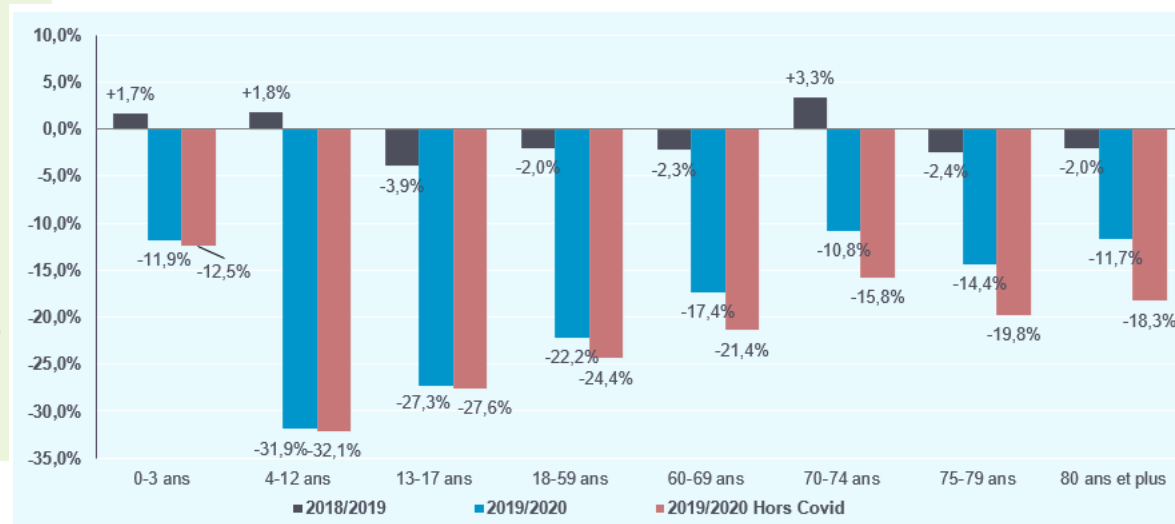
Sources > DREES : SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimations de la population au 1^{er} janvier 2020.

Déclinaison par classes d'âge (HC)

Répartition du nombre de séjours par classe d'âge en 2020

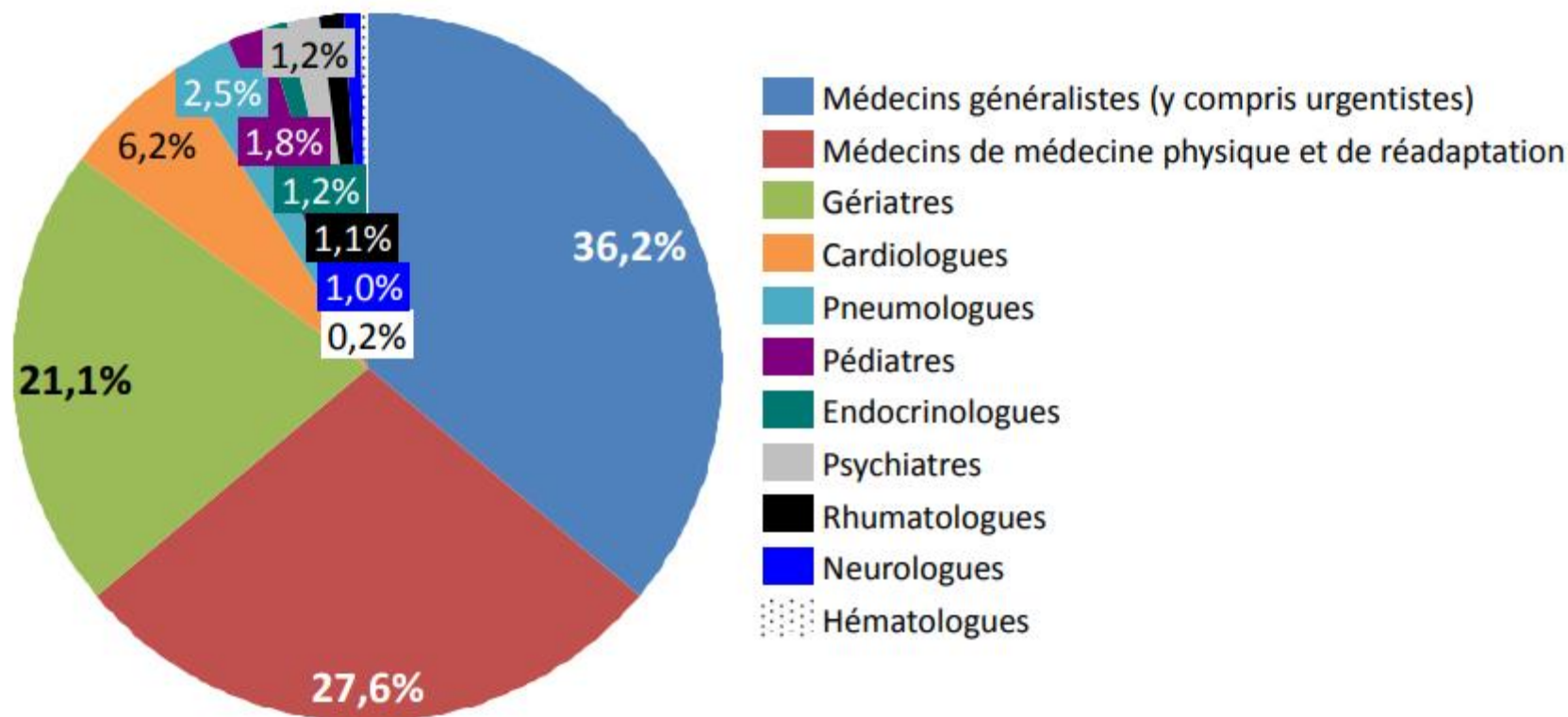


Evolution du nombre de séjours en HC entre 2018/2019 et 2019/2020



Des ressources médicales représentées en majorité par trois disciplines

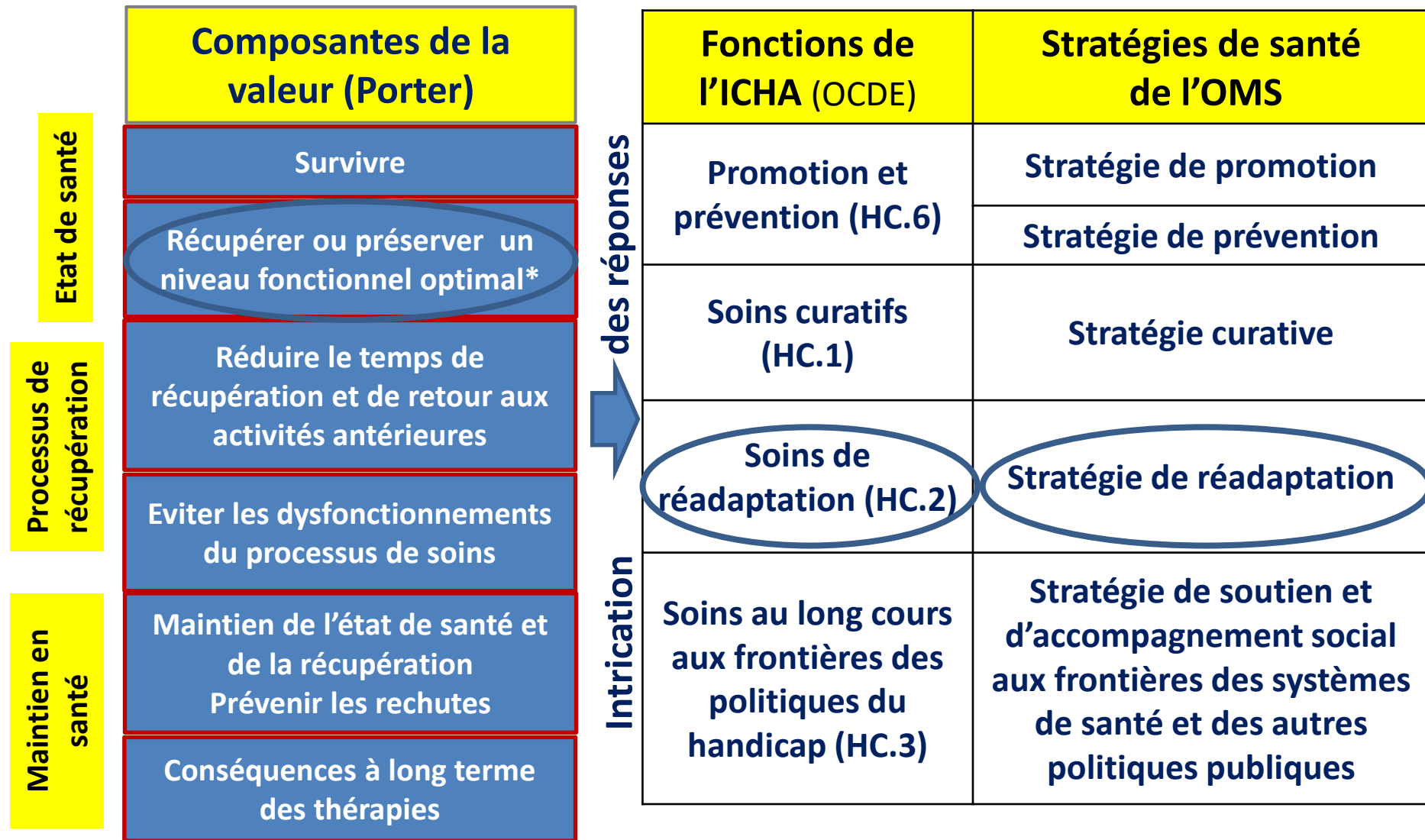
Répartition du personnel médical en 2016 (ETP)



→ Près de 60% des médecins en SSR en 2016 sont des généralistes et des gériatres

→ Les autres spécialités (hors MPR) représentent 15% des médecins

La réadaptation : de la valeur à la mission



Porter Michaël. What's value in Healthcare. 2010

*aux frontières entre politiques de santé et politiques sociales

**ICHA: Classification internationale des comptes de la santé

Classification internationale des comptes de la santé