

Des SSR aux SMR : enjeux pour les activités de MPR

Jean-Pascal Devailly. *Paru dans Pratiques en MPR. 01. Oct. 2023 ; 78-82.*

L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 modifie diverses dispositions relatives aux autorisations de soins, aux équipements matériels lourds, aux alternatives à l'hospitalisation et à l'hospitalisation à domicile. Le nouveau dispositif renforce la prise en compte de la qualité des prestations rendues et allège la procédure de renouvellement des autorisations. Nous présentons les nouveaux décrets relatifs aux SMR, l'instruction du 28 septembre 2022 et les réformes du financement des SMR en abordant les enjeux principaux pour la MPR.

1 Différenciation des prestataires

La réforme des autorisations SSR de 2008 a aboli la distinction entre soins de suite et réadaptation. Celle-ci reste pourtant très présente à l'étranger où il s'agit de deux missions bien distinctes. La pression de l'hospitalisation aigue, du fait de la raréfaction des lits, de la diminution des durées de séjour et de la T2A, ont favorisé une intégration verticale de l'aval par l'amont selon les catégories et disciplines médicales de l'aigu. En outre le creux démographique en MPR avant la filiarisation de l'internat permettait difficilement d'envisager des autorisations MPR qui auraient pu réunir au minimum les SSR « système nerveux » et « locomoteur ». En 2022, les autorisations des futurs SMR ont été peu modifiées, les mêmes logiques amont-aval restant présentes avec quelques modifications notables.

Les SSR deviennent Soins médicaux et de réadaptation (SMR) à partir du 1^{er} juin 2023 et les activités devront être autorisées selon la nouvelle nomenclature et les nouvelles normes.

Tableau 1 : les mentions du 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 de fonctionnement 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 modalités cancérologie et pédiatrie ont été subdivisées, au risque pour la pédiatrie d'une uniformisation des autorisations autrefois similaires à celles de l'adulte, notamment en MPR enfants. Des reconnaissances contractuelles doivent l'éviter. Les SMR polyvalents sont mieux identifiés avec des conditions de fonctionnement spécifiques, certes minimalistes. Enfin l'autorisation d'une activité concerne à la fois l'hospitalisation conventionnelle et à temps partiel. A défaut l'hospitalisation partielle doit être organisée par convention.

Les conditions techniques de fonctionnement sont profondément remaniées (tableau 2)

Si des professions obligatoires sont indiquées pour chaque mention, la notion de « pratique thérapeutique » qui ne se confond pas avec un métier (éducation thérapeutique et activité physique adaptée) risque d'aboutir à un saupoudrage d'actes codés en PMSI dont il serait difficile de garantir la pertinence. Par ailleurs, la notion de « séquence » préférée à « séance » introduit une confusion avec la notion de financement à la séquence. Elle devra être précisée.

Tableau 2 : professionnels, pratiques thérapeutiques et séquences selon les mentions

L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs											Nombre de pratiques thérapeutiques offertes par la structure à <u>chaque patient, selon son état clinique</u>	Nombre de séquences par jour ouvré dont séquence individuelle
	MK	Ergothérapeute	Orthophoniste	Dietéticien	Psychomotricien	Psychologue	Orthoprothésiste	EAPA	Educateur	Aux. Puériculture		
Polyvalent	■										2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	1 individuelle ou collective
Gériatrie	■	■		■		■					3: MK, E, D, PM, O, Psy, APA	2 individuelle 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 individuelle 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 individuelle 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 individuelle ou collective

■ = « Un ou plusieurs »

*au moins un formé en neuropsychologie

Ces conditions ne permettent pas de définir des ratios soignants / patient garants de la qualité et de la sécurité des soins, notamment pour les professionnels de réadaptation. En l'absence de modèles économiques stabilisés et viables, elles favorisent la diversité d'interventions dans un périmètre beaucoup trop vaste avec les 32 métiers codeurs du CSARR, des actes de soins de bien-être et des soins d'efficacité non prouvée.

La combinaison de la pression budgétaire, de critères d'orientation minimalistes et de conditions de fonctionnement peu exigeantes risque de favoriser l'émergence de modèles économiques privilégiant la diversité des interventions à la pertinence des soins, ainsi que la multiplication des actes collectifs au-delà du raisonnable. L'enjeu pour la qualité des programmes de soins est de réduire le périmètre des métiers et actes marqueurs de la réadaptation en s'appuyant sur la nouvelle définition de cette mission.

2 Définition des missions (fonctions ou destination des soins) et temps de réadaptation

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, en définissant leurs missions futures, 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).

Selon l'instruction, **les cinq missions des SMR** se déclinent ainsi : prévention, soins médicaux curatifs ou palliatifs, réadaptation, soins de transition et coordination (Tableau 4).

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 justifie pas l'hospitalisation en SMR.

L'instruction introduit donc une nouvelle nomenclature qui impacte **l'ensemble du système de santé puisqu'elle s'applique 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.

Fonctions et homogénéité des activités

Pour mettre en œuvre un système d'allocation des ressources à l'activité, il faut impérativement 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. Ils sont financés de telle sorte qu'ils remboursent les moyens techniques et humains mobilisés. Ces programmes de soins doivent être homogènes en termes de procédures et de coûts pour le groupe de patients considéré. **Ils sont les garants de l'homogénéité des activités et de la justification des ratios**. Ainsi s'accordent les logiques clinique et gestionnaire.

L'instruction comporte des **indications de temps de réadaptation** modifiées par rapport aux textes de 2008. Retenons pour la MPR une formulation plus exigeante qu'en 2008 même si elle reste en deçà de la règle des 3 heures appliquée aux USA mais qui s'applique à des structures dont la finalité principale est la réadaptation. Le texte est libellé ainsi :

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** »

Si l'on considère que chaque patient doit en bénéficier, cela ouvre la possibilité de calculs de ratios.

3 Les évolutions du recueil de l'information : le PMSI SMR

Le codage de la finalité principale de prise en charge est abandonné. Si la finalité principale de prise en charge est essentielle dans la définition des autorisations et d'un financement à l'épisode de soins, son codage tel qu'il était pratiqué ne présentait aucun caractère descriptif tangible des prises en charge et a été supprimé du codage du PMSI

- **Les diagnostics** reposent sur la CIM et les niveaux de sévérité doivent être revus avec peut-être un passage de deux à trois niveaux
- **L'outil de statut fonctionnel** reste au point mort alors que les outils internationaux ne cessent d'évoluer et de s'améliorer.
- **Les besoins de réadaptation** ne sont pas mesurés alors que des outils internationaux ont été développés aux USA et au Royaume Uni, mais seulement approchés par la consommation des ressources mesurée par le CSARR.

La réforme la plus intéressante est la réforme radicale du CSARR. Devenant catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSAR), il vise à passer de plus de 500 actes à un peu plus d'une centaine. Ces actes sont adossés à un objectif de réadaptation défini à partir de la CIF. La plus grande difficulté est de faire accepter aux parties prenantes une réduction du périmètre des métiers marqueurs de la réadaptation selon sa nouvelle définition et de résoudre les difficultés majeures liées à l'usage des pondérations qui ne constitue pas une bonne unité d'œuvre. Les pondérations et l'exubérance du périmètre des actes risquent d'affaiblir la portée de la réforme au regard de ce qu'apportent les nouveaux groupes de réadaptation.

La classification tarifaire 2022 : les groupes de réadaptation

Si les catégories majeures (exemple pathologies du système nerveux et les groupes nosologiques, par exemple AVC avec hémiplégié) ne changent pas, l'étape suivante de l'algorithme vise à traduire la densité des soins de réadaptation, avec une identification d'actes de réadaptation spécialisée qui interviennent en hospitalisation conventionnelle mais pas en hospitalisation à temps partiel. Le classement en groupe de réadaptation tient compte de seuils par jour et par séjour calculés à partir des pondérations des actes CSARR et de certains actes CCAM. (Tableau 3)

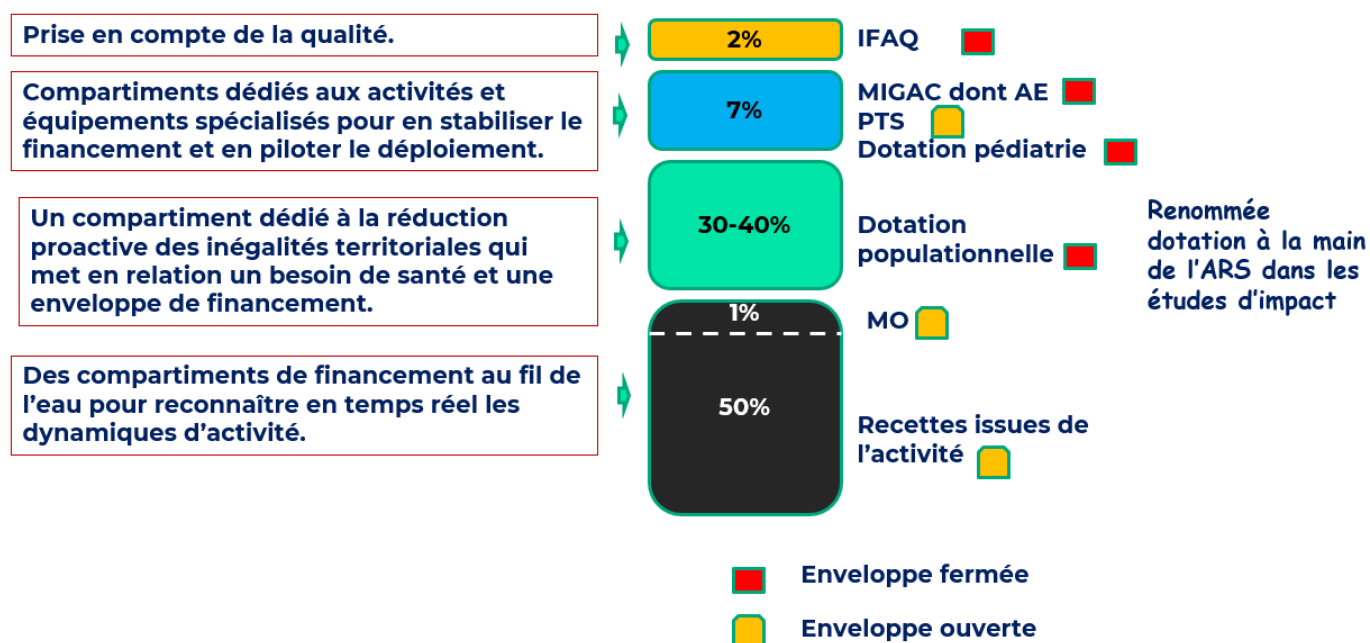
Etapes de l'algorithme de groupage	Eléments de description des caractéristiques des patients et de l'activité
Catégories majeures et groupes nosologiques	CIM Manifestation morbide principale (MMP), diagnostic étiologique (AE) et diagnostics associés significatifs (DAS)
Groupes de réadaptation	Age, actes CSARR et CCAM 4 niveaux en hospitalisation conventionnelle prenant en compte des listes d'actes spécialisés 5 niveaux en hospitalisation à temps partiel Pour certains groupes (pédiatrie, blessés médullaires...) les actes CSARR n'interviennent pas dans le classement
Groupes de lourdeur	Age, dépendance PMSI, indicateur post-chirurgical
Groupes médico-économiques	Diagnostics associés significatifs : CIM Actes CCAM

Notons que le codage du PMSI, notamment les actes CSARR et CCAM, interviennent aussi dans d'autres compartiments comme les plateaux techniques spécialisés (modulateurs de technicité) et les activités d'expertise.

4 Les modalités de financement

La nouvelle classification à visée tarifaire est en œuvre depuis mars 2022. Son impact est encore minime sur le financement des établissements. La mise en place de l'ensemble des compartiments a été repoussée au 1er juillet 2023 avec des mécanismes de transition complexes qui restent à préciser, mais qui s'étaleront sur plusieurs années.

Figure 1 Les futurs compartiments du financement des SMR



Le développement de la dotation populationnelle a pour objectif de répondre aux besoins de soins des territoires. Elle comporte une part interrégionale qui vise à estomper les déséquilibres de l'offre entre régions et une part infrarégionale fondée sur des paramètres complexes. S'agissant de la part infrarégionale on distingue une part de proximité et une part spécialisée. L'évaluation des besoins de santé dans le secteur des SMR est sévèrement limitée par la pauvreté des indicateurs de limitations fonctionnelles et en termes de facteurs socio-environnementaux. Par exemple, pour le volet proximité le nombre de patients théoriques tient compte des patients de plus de 75 ans, du nombre de séjours MCO, du nombre d'IDE + 0,81 et du taux d'équipement en SSIAD. Pour les besoins dits de « neurologie » il s'agit du nombre de certaines pathologies du système nerveux.

La dotation populationnelle est à la main des ARS et sera régulée par les comités régionaux d'allocation des ressources (CAR).

Une gradation territoriale des soins en SMR est recherchée depuis les SROS 3 mais les logiques de gradation se cherchent encore entre trois approches complémentaires :

- Logique de plateau technique et d'équipement du territoire,
- Compétences diagnostiques et thérapeutiques relevant souvent du court séjour,
- Profils de besoins de patients en termes de programmes de soins similaires et mobilisant des coûts semblables.

La liste et les cahiers des charges des plateaux techniques spécialisés (PTS) et des activités d'expertise sont aisément consultables. Une partie de leur financement sera lié à l'activité.

Dans le champ de la réadaptation, dans et au-delà des SMR, de nouveaux véhicules organisationnels et financiers devront être développés notamment pour les équipes mobiles, l'HAD de réadaptation et la télé réadaptation.

5 Enjeux pour une juste valorisation des activités de MPR

L'élément le plus novateur de la réforme est la **définition des missions des SMR**. Elle permet de sortir de la confusion entre MPR (discipline médicale), réadaptation (mission du système de santé) et SMR (secteur institutionnel). Elle ouvre des opportunités importantes dans la précision des critères d'admission et les catégories du système d'information ; dans la perspective d'un financement par destination des soins dans et hors le secteur des SMR.

L'incertitude et le manque de visibilité règnent actuellement face aux simulations financières. Cette situation rend complexe l'établissement des EPRD et le développement des projets médicaux, pour les directeurs et les responsables d'unités.

Si la nouvelle classification peut laisser espérer une meilleure valorisation des activités à forte densité de réadaptation, la pertinence des groupes de réadaptation dépend de la réforme du CSARR, de la réduction du périmètre exubérant des actes et des codeurs, la reconnaissance du temps, des métiers et des actes marqueurs de la réadaptation.

Tableau 3 : impacts sur les nomenclatures de l'instruction du 28 septembre 2022

Nouvelles missions des SMR : instruction du 28 septembre 2022	Nomenclature fonctionnelle internationale ICHA-HC	Nomenclatures descriptives internationales et nationales	Modes de financement possibles
Mission de « prévention »	HC.6	CIM et CIF	Hors activité
Mission de « soins médicaux curatifs » : diagnostic et traitement des maladies	HC.1	CIM	Groupes homogènes de diagnostics de pathologie
Mission de « réadaptation » Nécessité de la mise en cohérence avec le périmètre du CSARR	HC.2	CIM et CIF Statut fonctionnel Potentiel de réadaptation	Groupes homogènes de diagnostics de réadaptation Paiement par programmes de soins au séjour ou à la séquence
Mission de « soins de transition » Soins et accompagnement des personnes en perte d'autonomie stabilisée	HC.3	CIM et CIF Statut fonctionnel CSARR/ICHI Facteurs socio- environnementaux	Paiement à la journée pondérée par l'activité Enveloppes complémentaires hors activité
Coordination			Enveloppes complémentaires

Si la mise en œuvre de la dotation populationnelle est guidée par la volonté de restreindre la part à l'activité dans tous les secteurs, elle se heurte à l'indigence des indicateurs de santé fonctionnelle et de complexité sociale disponibles en santé publique. Un financement fondé sur les besoins est encore une fiction institutionnelle nécessitant que la MPR soit représentée et vigilante dans les commissions consultatives d'allocation des ressources.

Dès lors qu'en France les autorisations en SMR ne sont pas spécifiées selon la finalité principale des soins (Barrois, Rode, Devailly), un financement au séjour est illusoire. La clarification des missions des SMR **rend enfin possible un financement à la séquence** ou fraction du séjour. Les séquences de réadaptation doivent reposer sur des groupes homogènes de patients en termes de programmes de soins et de coûts similaires, définis au premier niveau de l'algorithme : ex. AVC avec hémiplégié, amputation ou polytraumatisme, requérant une **réadaptation intensive, attestée par un contrôle en qualité et intensité**.