

Des SSR aux SMR : vers la valorisation du juste soin au juste Coût ?

Jean-Pascal DEVAILLY. Paru dans Gestions Hospitalières. 630, novembre 2023 ; 568-573

Résumé

Depuis leur création à partir des moyens-séjours, les SSR peinent à définir les fonctions qui composent leurs activités. De fait, les tentatives de classification à visée tarifaire ont buté sur l'absence de définition précise de leurs missions, sur la difficulté à définir des critères d'orientation des patients vers les différentes autorisations et sur des conditions de fonctionnement minimalistes. **L'instruction du 28 septembre 2022**, en distinguant clairement les missions des futurs SMR offre l'opportunité d'une valorisation des activités conforme au modèle international des comptes de la santé. En fournissant une nouvelle base d'analyse fonctionnelle de la valeur des soins, elle permet pour tous les secteurs du système de santé de se rattacher aux stratégies de santé de l'OMS et à un financement par destination des soins.

Représentant 25% des capacités hospitalières¹, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde. Cette hétérogénéité historique explique la difficulté à spécifier les fonctions qui composent des activités homogènes. Alors que notre système de santé est confronté à la maîtrise budgétaire, à la transition épidémiologique et à l'accélération des innovations technologiques, les réformes du droit des autorisations et du financement des futurs SMR, en particulier l'instruction complémentaire du 28 septembre 2022, favorisent une convergence internationale et notre retour dans le concert des nations.

Des fonctions aux nomenclatures

Aspect fonctionnel : la fonction et ses faux amis

La fonction, terme polysémique, peut être synonyme de finalité d'une organisation, de stratégie au sens des « stratégies de santé » de l'OMS ou de mission d'une institution. Son usage est omniprésent en médecine, avec des sens divers, des fonctions biologiques au fonctionnement humain comme dans la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF).

Dans le domaine du management, le terme de fonction est souvent utilisé dans l'expression « **fonction de production** ». Elle se confond avec la notion de processus, entendu comme succession d'opérations aboutissant à un résultat ou produit. Citons la fonction de production de Fetter qui sous-tend la tarification à l'activité et renvoie à la modélisation purement curative de celle-ci.

En comptabilité de gestion, c'est une catégorie qui tente de représenter les différentes composantes de la valeur des processus, au sens de satisfaction des attentes des bénéficiaires, par une « analyse fonctionnelle de la valeur ». Par exemple la prévention, les soins curatifs ou la réadaptation sont des fonctions composantes du processus que constitue le parcours de soins d'un patient, non pas au cours d'une seule phase ou dans une seule des structures traversées par le parcours, mais au sein de chacune d'elle en proportion variable. Il ne peut dès lors y avoir confusion entre phase post-aigue et fonction de réadaptation. L'analyse fonctionnelle de la valeur² définit les composantes de la réponse aux attentes des parties prenantes.

Le système de santé ne vise pas seulement à prévenir ou guérir des maladies aiguës ou chroniques, il doit répondre aux attentes des parties prenantes modélisées par un consensus politique. Les **stratégies de santé de l'OMS** définissent les grandes fonctions au sens de finalités des systèmes de santé : promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation, soins palliatifs en insistant sur la nécessité d'articuler ces stratégies aux déterminants socio-environnementaux de la santé. Partout les frontières entre politique de santé et politique sociales sont difficiles à circonscrire au sein de dispositifs de protection sociale plus ou moins fragmentés.

Les modèles des **déterminants de santé** épousent une vision systémique qui articule une dimension individuelle et une dimension collective. La nomenclature la plus opérationnelle est aujourd'hui la CIF qui décrit d'une façon non linéaire les interactions entre les états de santé individuels et l'environnement. Au-delà des pathologies causales décrites essentiellement par la classification internationale des maladies (CIM), ces états et les attentes sont décrits en nomenclatures des structures anatomiques, fonctions organiques, activités et participation, en lien avec les facteurs personnels et environnementaux. La CIF intègre le modèle individuel, parfois nommé médical, et le modèle collectif, parfois nommé social, du handicap.

De façon contemporaine à la création de la CIF, les questions de comparabilité internationale des dépenses de santé ont incité l'OCDE à créer la **classification internationale des comptes de la santé (ICHA)**³. Cette classification comporte une triple approche structurelle, fonctionnelle et financière qui fait défaut en France : la nomenclature ICHA-HP décrit les prestataires de soins, la nomenclature ICHA-HC les fonctions de la santé qui sous-tendent l'allocation par destination des soins, enfin la classification ICHA HF décrit les modalités de financement.

Aspect structurel : les SSR de leur création à l'instruction du 22 septembre 2022

La nomenclature des prestataires de l'ICHA HP décrit les rubriques suivantes :

- La rubrique **HP.1 désigne les hôpitaux**. Elle inclut les hôpitaux spécialisés (HP1.3) dont ceux qui ont pour fonction principale la réadaptation.
- La rubrique **HP.2 désigne les maisons médicalisées**. Leur activité principale consiste à offrir un hébergement, des services de soins infirmiers et de réadaptation pour des séjours prolongés (maisons ou hôpitaux de convalescence, résidences médicalisées pour personnes âgées, ...).

Selon l'OCDE, la distinction entre hôpitaux et maisons médicalisées est souvent difficile du fait de la définition internationale très variable des *nursing homes*. Elles peuvent désigner sur le plan institutionnel des soins post-aigus ou des soins de longue durée. En termes de prestataires, pour l'ICHA, ce sont soit des *nursings hospitals* (HP.1), soit des *nursing homes* non hospitalières (HP.2). Les SSR français comprennent des lits qui seraient dans d'autres pays classés en maisons médicalisées ou *nursing homes* (HP.2)⁴.

Segmentation et périmètre de la réadaptation : comparaisons internationales

Le rapport du centre fédéral d'expertise belge de 2007 sur la réadaptation a étudié la segmentation des soins post-aigus dans plusieurs pays de l'OCDE.

Certains pays n'identifient pas de secteur post-aigu. Dans ce cas, la définition des fonctionnalités de prestations s'inscrit dans une logique de spécialisation et de gradation des soins comme dans l'exemple de la neuro-réadaptation au Royaume Uni.

S'il existe un secteur post-aigu, la réglementation définit les missions des différents types de structures (autorisations) avec les exigences minimales de moyens mis à disposition des patients (conditions techniques de fonctionnement). C'est l'objet des décrets relatifs aux SSR français.

Il existe différentes logiques de segmentation des soins post-aigus :

Dans les pays où elle est identifiée comme fonction spécifique, la réadaptation en secteur post-aigu est divisée en plusieurs niveaux : réadaptation de base, réadaptation spécialisée ou très spécialisée. Le traitement des lésions médullaires, par exemple, est considéré dans quasiment tous les pays comme un soin très spécialisé.

La plupart des pays en quête d'un paiement prospectif par cas, comme les USA, l'Australie, les Pays-Bas ou l'Allemagne ont segmenté les prestataires selon la finalité principale d'intervention dans la logique des nomenclatures ICHA-HF et ICHA-HP.

- La réadaptation intensive se fait en milieu hospitalier (Hôpitaux généraux HP.1 ou de réadaptation HP.3) : citons les structures de réadaptation (IRF) aux USA et les structures communément nommées *rehab centers* dans les autres pays.
- Les soins infirmiers et de réadaptation moins intensive se font en maisons médicalisées (HP.2 ou *nursing homes*) entre autres pour la population plus âgée lorsqu'elle ne relève pas de réadaptation intensive : structures de soins infirmiers spécialisés (SNF) aux USA, de soins non aigus (*non acute care*) en Australie, communément nommées ailleurs *nursing homes*.

En France la réadaptation n'a pas été identifiée comme fonction spécifique des SSR.

Situation des SSR français : une segmentation monodimensionnelle

L'histoire de SSR est édifiante dès lors qu'on la confronte aux nomenclatures étrangères. Les SSR français rassemblent un ensemble de lits très hétérogènes dont la majorité des lits hospitaliers spécialisés de réadaptation. L'organisation des anciens « moyens séjours » n'a jamais été spécifiée selon les fonctions de l'ICHA, en particulier la fonction de réadaptation, qui n'a jamais été clairement définie. Si les textes de 2008 ont identifié des soins de suite polyvalents et spécialisés, les conditions de fonctionnement sont restées minimalistes.

Créés par la loi de 1991, les SSR s'inscrivent dans un chemin de dépendance qui a conduit à une typologie confuse. Ils regroupent un ensemble de structures aux activités d'une extrême diversité, les ex-« moyens séjours ». Apparus avec la loi de 1970, les moyens-séjours sont ainsi déclinés dans le décret n°80-284 du 17 avril 1980 :

- Centres de convalescence
- Centres de cure médicale
- Centres de réadaptation
- Centres de convalescence et de cure
- Centres de convalescence et de réadaptation

- Centres de cure et de réadaptation

Les SSR en 2008 : l'intégration verticale selon les catégories médicales de l'aigu

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 abolit la distinction entre l'activité de soins de suite d'une part, et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part. Il les réunit en une seule activité de "soins de suite et de réadaptation". Une "autorisation" générique "polyvalente" est 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". Les deux mentions principales où s'exerce la médecine physique et de réadaptation, sont "affections du système nerveux" et "affections de l'appareil locomoteur".

La vision des SSR depuis 1970 est monodimensionnelle. La France n'a pas de nomenclature fonctionnelle en dehors de la comptabilité analytique hospitalière (CAH). Le modèle des autorisations assimile les fonctions à trois phases d'un parcours, confondues avec les structures prestataires. Les maladies aiguës sont traitées en soins aigus, les conséquences à moyen terme sont traitées en « moyens-séjours » devenus SSR puis SMR en juin 2023, et les conséquences à long terme par des soins de longue durée en institution ou à domicile.

L'occultation du concept de réadaptation dans le chemin de dépendance français a été favorisé par la séparation en 1975 des soins et du social, de la maladie et du handicap et la décentralisation qui a consolidé la fragmentation institutionnelle entre protection contre la maladie et protection contre la perte d'autonomie (protection de l'enfance, des personnes âgées et handicapées).

Aspect financier : des modèles économiques sans nomenclature fonctionnelle

Nous avons montré précédemment pourquoi le financement à l'activité en SSR était dans l'impasse⁵ et nous montrerons comment la définition des missions ouvre des perspectives prometteuses.

PMSI et CAH : la réadaptation est un objet de valorisation non identifié

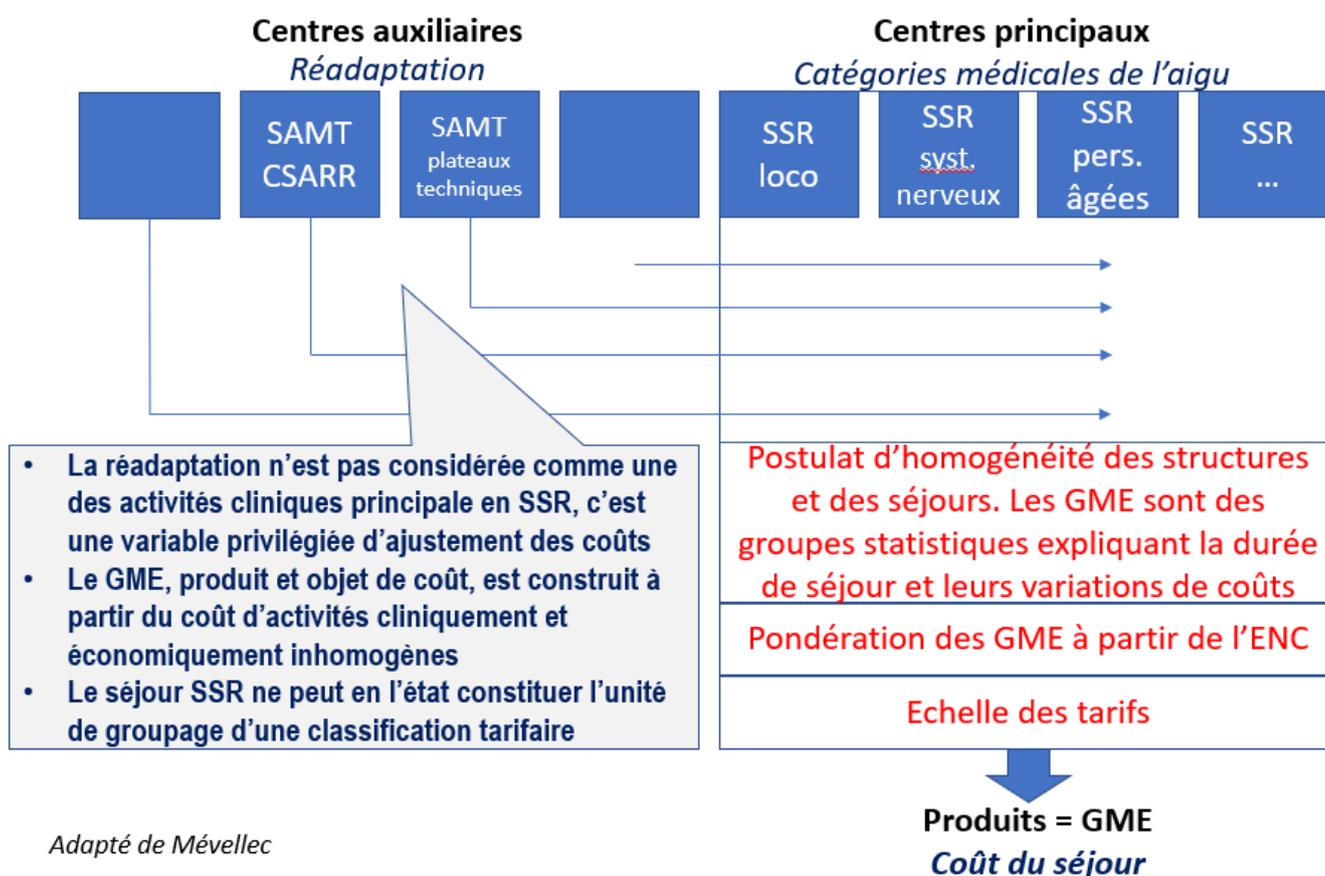
Dans une classification à visée tarifaire, le mécanisme de fixation des taux de paiement détermine les tarifs correspondant aux **groupes médico-économiques (GME)** à partir de la collecte de données d'activité et de coûts. Les informations sur les coûts moyens de traitement des patients dans un échantillon d'établissements sont utilisées pour bâtir les **échelles de coûts**, pour un GHM ou un GME spécifique.

Le calcul des coûts hospitaliers repose sur la **méthode des sections homogènes** qui parvient surtout à expliquer les durées de séjour faute d'une finesse suffisante de la comptabilité analytique⁶. Le **guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière (CAH)** français a été créé antérieurement à l'ICHA. Il n'identifie pas la réadaptation comme une fonction clinique intégrée mais comme une «fonction médico-technique transversale» au sein de sections d'analyse médico techniques (SAMT). Les coûts des sections auxiliaires sont déversés dans des activités cliniques principales dénommées selon les catégories médicales de l'aigu (cardiologie, neurologie etc.)⁷.

Dans la CAH, le modèle comptable de l'aigu a ainsi été transposé aux SSR sans considérer la réadaptation comme une fonction clinique à part entière. Préfigurant la configuration en filières verticales intégrées par l'aigu des autorisations SSR de 2008, **les fonctions cliniques SSR ont été assimilées aux autorisations**⁸. Les deux sections d'analyse médico-techniques (SAMT) du CSARR et des plateaux techniques y sont subordonnées. À l'inverse, le guide du centre fédéral d'expertise belge de 2012, plus conforme à la nomenclature fonctionnelle internationale de l'CHA, met l'accent sur l'identification dans la comptabilité hospitalière de sections d'analyse clinique de réadaptation, segmentées en quatre « centres de frais définitifs » : réadaptation neurologique, locomotrice, cardio-respiratoire et affections chroniques.

Contrairement aux nomenclatures de l'ICHA-HC, dans la CAH, la réadaptation reste un OVNI : un objet de valorisation non identifié. Elle n'est analysée que sous forme de fonction médico-technique transversale. Le modèle comptable de l'aigu a été reproduit en SSR, où la mission de réadaptation n'était pas clairement identifiée jusqu'en 2022. Le système français superpose toujours fonction et prestataire.

Logique de construction des coûts dans la CAH en SSR



PMSI-SSR : des fonctions non captées car absentes de la CAH

Le PMSI-SSR comporte plusieurs nomenclatures de description des caractéristiques des patients et de l'activité, la CIM, le mesure de dépendance du PMSI-SSR, la CCAM et le CSARR. Il n'y a aucun outil d'évaluation des besoins de réadaptation.

Le **principe de base d'un paiement prospectif pas cas** (séquence ou séjour) est de décrire *a priori* les caractéristiques du patient et non *a posteriori* comme le fait le CSARR. Ce mode de de recueil est mieux adapté à un paiement à la journée pondérée par l'activité mesurée au fil de l'eau⁹.

L'instruction du 28 septembre 2022 : une nouvelle nomenclature fonctionnelle

Selon le rapport de la Cour des comptes de 2012, la spécification des SSR est inachevée¹⁰. Nous avons tenté de montrer que le principal obstacle à cette clarification reste la confusion entre définition des prestataires et définition des fonctions. Malgré l'avancée qu'apporte la classification internationale des comptes de la santé (ICHA), les SSR ne parviennent pas à sortir du flou des missions instauré par le décret de 1980 sur les « moyens séjours ». Occultée entre la pression d'intégration verticale par catégories curatives de l'aigu et l'impossibilité d'identifier une mission d'hébergement de transition que l'hôpital attribue au secteur de l'action sociale, **la fonction de réadaptation** n'était analysée que sous forme d'une « fonction auxiliaire » en comptabilité analytique. N'étant pas identifiée sous forme d'activités cliniques homogènes, elle ne pouvait faire l'objet d'une stratégie régionale ou nationale de santé. Pourtant le HCAAM dans son rapport du 22 avril 2021 appelait à une allocation par destination des soins par fonction afin de compenser la fragmentation en silos des financements¹¹. En outre, le rapport Isaac-Sibille du 7 juillet 2021 décrivait des filières professionnelles de santé en ignorant le champ de la réadaptation¹². L'approche monodimensionnelle et phasée des autorisations ne pouvait persister.

Le nouveau cadre conceptuel : l'impact de l'instruction du 28 septembre 2022

L'instruction complémentaire aux décrets SMR du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des SMR¹³, 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 2).

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 doit s'appliquer 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 est impératif 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.

A l'étranger le type d'organisation du secteur post-aigu conditionne le financement.

1. Lorsqu'il existe des structures post-aiguës dont la finalité principale est la réadaptation, un financement par cas au séjour est envisageable (USA, Australie ou *rehab centers* dans d'autres pays). L'intensité de réadaptation est déterminée par l'orientation dans la structure et le diagnostic de réadaptation (règle des trois : heures en *Inpatient Rehabilitation Facilities* aux USA). L'orientation dépend du jugement clinique, de critères objectifs (exemple : diagnostic, âge, statut fonctionnel, potentiel de réadaptation) et souvent de critères définis par les assureurs.

2. Lorsque la définition des structures post-aiguës ne se fait pas selon la finalité principale ou qu'elle n'a pas été spécifiée et est de ce fait multiple (France, Royaume Uni), seul le financement à la séquence de soins, entendue comme une partie du séjour, peut répondre aux critères d'homogénéité requis par le paiement par cas.

3 Les activités où aucun programme homogène de peut être identifié, notamment parce qu'il n'existe ni objectif curatif ni potentiel de réadaptation explicatif des activités, ce qui est le cas des « soins de transition » *a fortiori* si l'évolution est dominée par l'instabilité médicale, l'imprévisibilité et le poids des facteurs socio-environnementaux sont mieux financés par un paiement à la journée pondérée par l'activité voire par des compartiments hors activité.

Un outil de mesure *ex post* comme le CSARR est inutile dans un paiement par cas à la séquence ou au séjour, en revanche, la mesure de consommation de ressources reste indispensable dans un paiement à la journée pondéré par l'activité.

Perspectives ouvertes par l'identification des missions

La nouvelle nomenclature fonctionnelle à l'instar de l'ICHA devrait être appliquée à tous les secteurs du système de santé notamment en court séjour, en soins de longue durée, en psychiatrie, en ville et dans le secteur médico-social.

En SMR

La définition des critères d'admission par autorisation, selon la spécialisation et la gradation des soins est nécessaire. Il est difficile de concevoir une gradation des soins sans préciser de quelle fonction l'on parle : s'agit-il de l'intensité des soins curatifs, de la réadaptation ou des soins liés à la perte d'autonomie ? Les activités d'expertises définies en SMR comportent d'une part des activités quasi aigües qui cumulent acuité des soins curatifs et complexité de la réadaptation : soins de réadaptation post-réanimation (SRPR) et les unités prise en charge en réadaptation précoce post-aiguë (PREPA), alors que d'autres expertises sont définies par la complexité des programmes de réadaptation (ex : lésion médullaires, troubles cognitifs de cérébrolésés...).

Le tableau 1 montre comment la nouvelle définition des fonctions peut se traduire en termes de nomenclatures et de financement qu'il s'agisse du PMSI, de la nomenclature comptable ou de celle des groupes médico-économiques à visée tarifaire.

Tableau 1 : 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 part à l'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 » Mission de soins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie	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	-	-	Hors part à l'activité

Le financement à la séquence reste le seul possible si les autorisations ne sont pas spécifiées selon la finalité principale des programmes de soins¹⁴. S'agissant de séquences de réadaptation elles devraient être fondées sur les programmes homogènes de réadaptation regroupés en diagnostics ou groupes nosologiques de réadaptation, repérés au premier nœud de l'algorithme (exemple : AVC avec hémiplégie, amputation ou polytraumatisme requérant une réadaptation intensive).

Au-delà des SMR

Les difficultés de fonctionnement et de financement des soins aigus et de la médecine de ville laissent espérer que les fonctions nouvellement définies s'appliquent en soins de ville et en MCO, s'agissant notamment de la perte d'autonomie et de la réadaptation, en rappelant que le PMSI-MCO ne comporte aucun indicateur de statut fonctionnel valide, même simple. Ces fonctions doivent aussi être prises en compte dans le secteur médico-social. Le principe d'homogénéité des activités entraîne **l'obsolescence de la Comptabilité analytique hospitalière qui doit être refondue.**

1. [DREES Les établissements de santé - édition 2022](#)
2. Porter M. What Is Value in Healthcare, *N Engl J Med*, 2010 ; 363 : 2477-2481.
3. Classification internationale des comptes de la santé A System of Health Accounts 2011 Revised edition <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>
4. OCDE : [Health at a Glance: Europe 2021](#).
5. Devailly JP. Décrets relatifs aux soins médicaux et de réadaptation. Une impasse française ? *Revue hospitalière de France*. 605, mars-avril 2022 ; 70-74
6. Halgand N. Problèmes de pertinence des couts pour le contrôle : le cas hospitalier. *Comptabilité- Contrôle - Audit / Tome 1 - Volume 2 - septembre 1995*. Pages 34-51
7. Devailly JP. [SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse](#) *Gestions hospitalières*. 2021 ; n° 611 : 588-595
8. Comptabilité analytique hospitalière sur sante.gouv.fr
9. Devailly JP. [SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ?](#) *Revue Hospitalière de France*. 2019 ; n° 590 : 40-46
10. Cour des comptes. Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XII les activités de SSR. 339-370
- 11/ Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé. Avis adopté le 22 avril 2021
12. Rapport de M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE. L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? 7 juillet 2021.
13. 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
14. Ibid 7