

Evolution des SSR et perspectives pour les activités de MPR

DEVAILLY JP, BENEZET P, COMPAIN M, DE KORVIN G, DELARQUE A, GARET N, JOSEPH PA,
LE MOINE F, PELISSIER J, RODE G, ROUSSEAU B, SCHMIDT D, WIART L, YELNIK A

Résumé :

A l'heure où le futur financement à l'activité annoncé en SSR a pour unité de groupage le séjour, la MPR est à la recherche d'un modèle économique capable de soutenir ses activités. Une tarification par cas « au séjour » suppose des groupes homogènes de patients, aux caractéristiques cliniques et profils de soins semblables, qui soient signifiants pour les médecins et pertinents pour les payeurs. Un tel système de paiement suppose d'abord une segmentation fonctionnelle des SSR selon les finalités de soins. Dans un second temps, il est nécessaire de décrire, pour des profils cibles fondés sur le "potentiel de réadaptation", des programmes de soins personnalisés et des ressources appropriées pour les types et niveaux de soins requis. C'est la condition d'un accès solidaire à des soins de réadaptation dans une organisation territoriale des soins conciliant la fluidité des filières, la pertinence des soins et l'intégration des phases hospitalières et ambulatoires des parcours de soins.

Evolution of French SSR and prospects for the activities of PMR

At a time when a new prospective payment system is announced in French post-acute care, the PM&R is in search of a business model that can support its activities. A prospective payment per case implies homogeneous groups of patients with similar clinical characteristics and care profiles that are meaningful for physicians and relevant to payers. Such payment system presupposes a functional segmentation according to post-acute care purposes. Secondly, it is necessary to describe, for target profiles based on the "rehabilitation potential," personalized care programs and appropriate resources to the types and levels of care required. This is the condition of a solidarity access to rehabilitation care in a care organization reconciling the flow of streams, appropriateness of care and integration of hospital and ambulatory path in a territorial perspective.

1. Introduction.

La médecine physique et de réadaptation (MPR) a bâti dans les hôpitaux et centres de rééducation fonctionnelle un corpus structuré de connaissances et de savoir-faire en matière de diagnostic, d'évaluation, de traitements de rééducation et de réadaptation pour des patients dont les aptitudes fonctionnelles sont altérées. Ces structures ont été classées en « moyen séjour », puis dans l'ensemble très hétérogène des soins de suite et de réadaptation (SSR) dont la caractéristique commune était de supposer des hospitalisations prolongées.

Aujourd'hui, la MPR déploie en SSR la majorité de ses activités de soins, d'enseignement et de recherche. Elle cherche un modèle économique viable face à une double contrainte : le futur financement à l'activité en SSR et le virage ambulatoire. C'est une opportunité pour les activités de réadaptation, fonction reconnue des systèmes de santé et partie intégrante des politiques du handicap, dont la MPR est une des disciplines structurante, de se désenclaver des SSR où elles sont assimilées à l'aval de l'aigu, pour s'inscrire dans un nouvel espace territorial articulant soins hospitaliers et ambulatoires

2. Définitions

La MPR est une discipline transversale qui pour objet la réduction au minimum des limitations fonctionnelles qui peuvent résulter de blessures ou de maladies de l'appareil locomoteur et du système nerveux, mais aussi du système cardiorespiratoire et vasculaire, comme le détaillent la maquette de formation universitaire française et le Livre Blanc européen de la MPR¹. Les activités scientifiques internationales s'organisent au sein d'une Société Européenne de MPR (ESPRM)² et d'une Société Internationale de MPR (ISPRM)³ à laquelle contribuent des spécialistes des cinq continents.

L'activité de MPR se décline en programmes fondés sur le modèle de la CIF. Elle est répartie de façon variable selon les régions entre secteur libéral et établissements. Une petite part de la MPR institutionnelle s'exerce dans le secteur des soins aigus et dans le secteur médico-social.

Les SSR ont été créés par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui les distingue des soins de courte durée et des soins de longue durée, mêlant des structures qui dans le système international des comptes de santé (ICHA) correspondent soit à des « hôpitaux » ou à des « maisons médicalisées ». L'hétérogénéité de la gamme d'activités représentées - plus de 80 disciplines d'équipement - et la diversité des typologies d'établissements expliquent les difficultés de spécification des activités et de leur financement.

La réadaptation est définie dans le rapport mondial sur le handicap 2012 (OMS Banque mondiale⁴) comme «un ensemble de mesures⁴ qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement». Cet ensemble d'activités est considéré comme une fonction structurante des soins de santé pour les organisations internationales.

3. Evolution des SSR depuis 2008

A. La réforme des autorisations : une spécification inachevée

La réforme de 2008 était motivée par un déséquilibre réglementaire entre secteurs, une typologie exubérante, le vieillissement de la population et l'augmentation du handicap lié à l'âge et aux maladies dégénératives et chroniques. La pression sur les lits aigus, la diminution de la durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique et la tarification à

l'activité, engendrant d'importants besoins en places et structures d'aval ont aussi guidé cette réforme.

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 » a été attribuée à tous les SSR, tandis que certains ont pu obtenir une mention pour la prise en charge des enfants et/ ou adolescents, à titre exclusif ou non, et des « mentions spécialisées ». Pour la MPR les deux mentions principales sont « affections du système nerveux » et « affections de l'appareil locomoteur ».

En 2012, selon les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), on comptait 1793 établissements, relevant de trois statuts juridiques, qui regroupaient 110 202 lits installés, dont 43 583 dans le secteur public (40 % des capacités), 33 742 dans le secteur privé non lucratif et 33 877 dans le secteur privé lucratif. La part de l'hospitalisation partielle est en moyenne de 8,4%.⁵

B Le virage ambulatoire

Depuis 2008, le nombre de lits et places en SSR n'a cessé d'augmenter, surtout en hospitalisation à temps partiel et dans le secteur privé à but lucratif. La Cour des Comptes en 2012⁶ dénonçait un pilotage régional hétérogène et « sans cap précis ». La dépense d'assurance maladie afférente a crû de fait de près de 16 % entre 2007 et 2011. En 2012, son montant prévisionnel représentait un peu plus de 10 % de l'enveloppe dédiée à l'ensemble des établissements de santé.

Le virage ambulatoire vise la réduction des coûts hospitaliers et se justifie par l'évolution des technologies et les préférences des patients. Les alternatives à l'hospitalisation des cas

« légers »⁷ supposent la différenciation entre soins spécifiques, avec ou sans hébergement, combinée à une intégration médico-sociale précoce.

C. Un financement déconnecté des objectifs de soins

La dotation modulée à l'activité en SSR, prévue pour 2017, repose sur des groupes médico-économiques (GME) dont l'unité de groupage est le séjour pour l'hospitalisation conventionnelle et la semaine pour l'hospitalisation à temps partiel. Chaque séjour comporterait une partie forfaitisable et une partie non forfaitisable financée à la journée pondérée. A côté du compartiment « activité » il en existe trois autres : molécules onéreuses, plateau techniques spécialisés et MIGAC/MERRI. Auparavant, le financement des SSR était assuré par une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics et privés à but non lucratif ; et par un prix de journée par discipline tarifaire, très hétérogène selon les régions, pour les établissements privés à but lucratif.

Dans une classification des patients supportant une tarification au séjour, les groupes homogènes sont des catégories de malades aux caractéristiques cliniques et aux profils de soins semblables en termes démographiques, diagnostiques et thérapeutiques, lesquels déterminent le type et le niveau des prestations reçues.

L'échelle nationale des coûts (ENCc) ne peut valoriser des profils de soins homogènes dès lors que les finalités des activités SSR n'ont pas été spécifiées par les autorisations de 2008 entre réadaptation et soins de longue durée prolongeant une hospitalisation aigue.

L'ajustement de l'ONDAM réduit les ressources de l'ensemble des activités SSR, le personnel soignant et les plateaux techniques, les effectifs constituant la principale variable d'ajustement accessible pour les managers.

L'ENCc, appliquée sans discernement à un ensemble d'activités non segmentées, enregistre ces restrictions à chaque tour de roue, en cercle vicieux, attribuant à des groupes statistiques

des tarifs issus de coûts déconnectés de procédures thérapeutiques significatives pour les professionnels et pertinentes pour les payeurs.

De tels tarifs ne couvriront pas les programmes de soins spécialisés à forte densité de rééducation-réadaptation. Ces programmes et les compétences clés en seront fragilisés, les patients ne recevront plus les soins requis par leur potentiel de réadaptation, au risque de pertes de chances, notamment pour ceux atteints d'accidents vasculaires cérébraux, les blessés médullaires et les polytraumatisés aux parcours et orientations trop aléatoires et chaotiques.

Les managers publics, dont les SSR sont rattachés à l'aigu, privilégient une intégration verticale des SSR, polyvalente et en flux poussés par la production de l'amont, tandis que les managers du privé, dont les SSR sont en « tête de filières » et surtout spécialisés, souhaitent un financement spécifique par autorisation.

4. Opportunités et propositions

A. A l'étranger

La description des différents processus de prise en charge dans les SSR français est le préalable indispensable à une classification médico-économique robuste. La littérature internationale affirme la nécessité de classifications spécifiques des activités de réadaptation. Elles nécessitent un modèle économique capable de soutenir des compétences clés, des installations équipements et des programmes de soins intensifs et complexes dont la pertinence n'est pas définie selon la pathologie et le degré de dépendance des patients mais selon le potentiel de réadaptation de certains groupes de patients⁸. La spécification fonctionnelle des activités par les pouvoirs publics est justifiée par la démonstration que les coûts journaliers des épisodes d'hospitalisation pour les groupes de patients de réadaptation restent stables au cours du temps contrairement aux suites de soins post-chirurgicaux ou médicaux dont les coûts se réduisent très vite au cours de l'hospitalisation⁹.

La pertinence de ces activités est étayée par une accumulation de preuves de haut grade de l'efficacité des programmes intensifs, complexes, médicalisés et multidisciplinaires de réadaptation, ainsi que de la supériorité de leur mise en œuvre dans les unités spécialisées.

Les classifications étrangères, aux USA, en Australie, au Royaume Uni, constatant l'impossibilité de fonder des classifications de réadaptation sur les diagnostics et des actes marqueurs, se sont appuyées sur des groupes reliés au statut fonctionnel, les *functional related groups* (FRG)¹⁰. fondés sur des outils robustes comme la MIF. Associés aux diagnostics, ils sont les plus aptes à prédire les coûts de programmes médicalement pertinents. Au Royaume-Uni, les limites des FRG pour certains programmes longs et complexes font étudier en complément une échelle de complexité en réadaptation¹¹.

La description des activités en MPR en fonction de la phase évolutive a été publiée par la section de MPR de l'UEMS ^{12,13}

B. Programmes et parcours de soins

Dans le cadre de la Section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) a été défini le concept de programme de soins en MPR. Ces programmes permettent une description de tout type d'activité de MPR et peuvent être accrédités au plan international. Ils reposent sur des fondements épidémiologiques et scientifiques validés, la définition d'une population cible, des objectifs thérapeutiques et de réadaptation, un contenu structuré comportant une démarche diagnostique, des évaluations et des interventions thérapeutiques avec un séquençage temporel, des moyens matériels et humains adaptés faisant appel à la coopération interdisciplinaire et interprofessionnelle, précisant les rôles de chacun, une gestion de l'information et une démarche d'amélioration de la qualité. La différenciation de programmes spécialisés ne se conçoit qu'au sein de parcours intégrés comme les décrivent

une série de « parcours de soins » publiés par la SOFMER, proposant le chemin optimal du patient en fonction du niveau de gravité et de complexité des déficiences et comorbidités.

C. Synthèse des propositions

Le SYFMER formule les propositions suivantes:

1. Définir une segmentation fonctionnelle des SSR selon les finalités et processus clés du secteur, étape préalable à tout paiement prospectif par cas. (ex. réadaptation locomotrice et neurologique, réadaptation cardiaque, réadaptation gériatrique, psychogériatrie, soins intermédiaires, soins de transition...).
2. Reconnaître, selon les modèles internationaux de la santé, la spécificité du processus de réadaptation et des compétences clés qui sous-tendent cet ensemble d'activités comme fonction structurante requérant un modèle économique approprié.
3. Désenclaver la réadaptation, dont la MPR, du cadre des SSR est le corollaire d'un virage ambulatoire réussi et de la réadaptation précoce. Une classification pertinente en soins post-aigus doit distinguer le soin spécifique de l'hébergement dans une perspective territoriale articulant les réseaux de premier et de second recours.
4. Décrire et labéliser des programmes de soins, fondés sur des profils cibles et les ressources appropriées pour la réadaptation, avec hébergement ou en ambulatoire.
5. Réformer l'outil de recueil le PMSI-SSR, inadapté à un paiement par cas, mais en développant ses capacités à soutenir un paiement à la journée pondérée.
6. Etudier un financement par programmes de soins fondés sur le potentiel de réadaptation (FRG, HRG). Un système de paiements hybride, *per diem* et *per episode*, doit s'ajuster à la segmentation des SSR pour les patients qui ne relèvent pas de

programmes spécifiques mais de soins intermédiaires ou de transition, avec accompagnement de la dépendance et actions médico-sociales.

7. Quand un financement par cas est cohérent pour les programmes de réadaptation à forte densité de rééducation-réadaptation, utiliser des groupes homogènes de patients pertinents pour les disciplines qui structurent les activités de réadaptation comme la MPR ou la gériatrie. En MPR, les profils cibles émanent des programmes de soins élaborés par le SYFMER et des groupes de patients définis dans les « parcours » de la SOFMER (réadaptation des cérébrolésions, lésions médullaires, affections du rachis, ligamentoplasties, coiffes opérées etc.).

5. Conclusion

L'organisation et le financement des soins post-aigus doivent viser à :

- Associer avec souplesse les soins en établissements, les soins de ville, le secteur de l'action sociale et médico-sociale dans un réseau conciliant la technicité des soins de MPR et le virage ambulatoire.
- Diversifier les modèles d'organisation et de rémunération des soins en redonnant à la MPR l'opportunité d'y développer des propositions de qualité, à hauteur des besoins.
- Financer des programmes de soins performants visant à réduire les limitations fonctionnelles temporaires ou chroniques, quelle qu'en soit l'étiologie et à n'importe quel âge.

¹ [White book of physical and rehabilitation medicine in Europe. Journal of Rehabilitation Medicine. Supplement No. 45 January 2007 \(revised November 2009\).](#)

² <http://www.esprm.net/>

³ <http://www.isprm.org/>

⁴ [Rapport mondial sur le handicap. OMS 2012](#)

⁵ [Le panorama des établissements de santé - édition 2014. Collection Études et statistiques, DREES.](#)

⁶ [Cour des Comptes : Les activités de SSR. Septembre 2012](#)

⁷ [Schwach V. Une prospective des soins de suite et de réadaptation. Gestions Hospitalières. 2013 ; n° 530, 528-537](#)

⁸ [Turner-Stokes L et al. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation Clin Rehabil 2012 26: 195 -](#)

⁹ [Choi E, Eagar K, Gordon R and Green J \(2004\) NSW Funding Guidelines for Rehabilitation and Extended Care 2004/2005. NSW Department of Health, Sydney](#)

¹⁰ [Quality and Outcome Measures for Rehabilitation Programs. Carl V Granger CV, Cailliet R](#)

Consulté le 27/09/2015

¹¹ [Turner-Stokes L, Scott H, Williams H, Siegert R. The Rehabilitation Complexity Scale – extended version: detection of patients with highly complex needs. Disability & Rehabilitation, 2012; 34\(9\): 715–720](#)

¹² Ward A, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, Berteau M, Christodoulou N. [A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine \(in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine\).](#)

J Rehabil Med. 2012 Apr;44(4):289-98.

¹³ Takáč P, Petrovičová J, **Delarque A**, Stibrant Sunnerhagen K, Neumann V, Vetra A, Berteau M, Christodoulou N. [Position paper on PRM and persons with long term disabilities.](#) Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Aug;50(4):453-64.