

COMMUNICATION

Soins de suite et de réadaptation

MOTS CLÉS : SOINS DE SUITE. RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION. PERSONNES HANDICAPÉES

Post-acute care facilities with a rehabilitation purpose

KEYWORDS: SUBACUTE CARE. REHABILITATION. DISABLED PERSONS

Christian-François ROQUES-LATRILLE *

RÉSUMÉ

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) assurent la prise en charge de patients après le court séjour dans le triple objectif de rééducation, réadaptation et réinsertion. Un million de personnes sont concernées tous les ans pour des affections orthopédiques (401 000), neurologiques (195 000), viscérales (467 000). Ils sont pris en charge par 1843 établissements de santé publics ou privés organisés en unités indifférenciées ou bien spécialisées (orthopédie, neurologie, pathologie cardiaque, affections respiratoires, troubles digestifs et métaboliques, onco-hématologie, addictologie, brûlures, personnes âgées) regroupant au total 105 532 lits et 12 520 places.

Les patients sont orientés sur les SSR en fonction de leurs besoins médicaux, rééducatifs, liés à la dépendance. Un programme de médicalisation des systèmes informatiques (PMSI) spécifique, recueil de manière hebdomadaire des informations concernant l'état morbide des patients et leur niveau de dépendance.

Le coût global des SSR est de 8,5 milliards d'euros pour 1 448 000 séjours représentant 38 millions de journées de traitement ; cet argent est utilisé dans le cadre de dotation de fonctionnement (69 % des établissements) ou de prix de journée selon les établissements (31 % des établissements) ; la part liée à l'activité est de 10 %.

Près d'un demi-million de personnes bénéficient annuellement d'une alternative au SSR, les programmes d'accompagnement du retour à domicile.

* Professeur émérite de médecine physique et de réadaptation, université Toulouse III ;
e-mail : cf.roques@gmail.com

Tirés-à-part : Professeur Christian-François ROQUES-LATRILLE
Article reçu le 14 février 2018 et accepté le 23 avril 2018

SUMMARY

About one million of patients are treated, every year, in France, after acute period in post-acute care facilities (PACF) with a rehabilitation purpose : mainly orthopedic (401 000 patients), neurological (195 000 patients) and visceral (467 000 patients) conditions.

The 1843 PACF (105 532 full hospitalisation beds and 12520 partial hospitalisation places) are classified as general units and specialized units (orthopaedy, neurology, cardiology, pulmonary, digestive tract and metabolism, onco-hematology, addictions, burns, ageing).

The orientation of the patients is based on their medical and rehabilitation needs and their functional independence. A specific electronic program of medical data collects weekly the medical situation of the patients and their dependency.

The global annual cost for the social security is 8.5 Billions € for 1 448 000 stays made of 38 millions of treatment days. The money is mainly cashed by an overall operating allocation (68 % of the PACF) or charged on the days count (32 % of the PACF) ; only 10 % of the budget is related to the activity.

About half a million of patients who needed help to return home could benefit of “back home programmes”, a relevant alternative to PACF use.

INTRODUCTION

L'expression soins de suite et de réadaptation (SSR) s'est substituée au terme de moyen séjour ; elle désigne un ensemble de structures de soins qui relèvent exclusivement du secteur sanitaire, mais aussi un concept de soins correspondant à un moment particulier du parcours du patient. Les SSR sont essentiels dans la fluidité du parcours de soins des malades dans l'après-hôpital comme dans l'organisation de l'offre de soins. Ils regroupent les structures autrefois appelées « soins de suite » d'une part et « rééducation fonctionnelle » d'autre part.

Ils se justifient, sur le plan médical, par la nécessité de poursuivre, dans le cadre d'un projet personnalisé, soins médicaux, rééducation-réadaptation et surveillance pendant une période de durée limitée ; l'existence d'éléments de dépendance est un déterminant important.

Ils sont organisés selon le paradigme des conséquences des maladies qui a permis de construire des outils réglementaires adaptés. L'organisation des SSR a été réorganisée avec la publication de textes fondamentaux : 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 [1], décret n° 2008-377 du 17 Avril 2008 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation [2], circulaire DHOS/01/2008-305 du 3 octobre 2008 relatives aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation [3].

Un programme de médicalisation des systèmes informatiques (PMSI) spécifique a été élaboré et fonctionne bien. L'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques

(DREES) produisent régulièrement des données statistiques de fonctionnement ; la Haute Autorité en Santé (HAS) a fixé les règles de pertinence et de qualité de fonctionnement des SSR et assure un suivi [4-5].

Leur financement est basé pour part sur la dotation administrative de fonctionnement ou le prix de journée dans le cadre de l'objectif quantifié national et pour part sur l'activité [6].

Les SSR dans le parcours de soins du patient

Missions et moment

La Direction générale de la Santé (DGS) a énoncé les 3 missions sont :

- *La rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale,*
- *La réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et ;*
- *Le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier ».*

Près d'un million de patients porteurs d'affections diverses sont accueillis, chaque année dans le dispositif existant (tableau 1). Les SSR interviennent le plus souvent au décours d'une hospitalisation de court séjour en médecine, chirurgie ou, exceptionnellement, obstétrique (MCO), plus rarement à partir du lieu de vie habituel (domicile, ou établissement d'hébergement). Ainsi, 80 % des patients entrent en SSR par transfert ou mutation d'une unité d'hospitalisation, le plus souvent MCO, plus rarement SSR ou autre structure ; environ 20 % d'entre eux viennent de leur domicile. À la sortie 79 % des patients reviennent vivre dans leur cadre de vie antérieur, d'autres sont adressés vers d'autres structures de MCO ou SSR (17 %), 4 % décèdent.

TABLEAU 1. — Lits et places, personnels soignants en ETP (source DREES — établissements de santé — édition 2018 — SSR — données de 2016.

	PUBLIC	PRIVÉ NON LUCRATIF	PRIVÉ LUCRATIF	ENSEMBLE
ÉTABLISSEMENTS	904	468	471	1843
LITS	42021	29767	33726	105 532
PLACES	3351	5037	4132	12520
ETP IDE	0.3	0.2	0.2	
ETP AS	0.4	0.3	0.2	
ETP RÉÉDUCATEURS	0.1	0.1	0.1	
ETP AUTRES PERSONNELS	0.2	0.2	0.1	

Le passage en SSR est ainsi selon le cas :

- a) un épisode dans une affection aiguë dont l'évolution peut être résolutive (avec ou sans rééducation) ;
- b) l'entrée dans une maladie chronique et/ou le handicap par l'existence de déficiences séquellaires qui devront être réduites au minimum par la rééducation et dont les conséquences fonctionnelles seront limitées par les compensations apportées par la réadaptation ;
- c) un moment particulier de l'évolution d'une affection chronique qui, selon le cas, sera suivi d'un retour à l'état antérieur ou d'une aggravation.

L'importance des soins et de la surveillance médicale, la complexité de la rééducation et la dépendance sont les éléments clefs de l'orientation des patients vers les SSR. Les facteurs médicaux, psychologiques et sociaux doivent être pris en compte pour l'admission qui peut s'appuyer sur la grille de pertinence de la HAS (grille AEP : « appropriatness evaluation protocol » [4].

Les patients sont admis en SSR sur prescription médicale, sans entente préalable sinon une information de l'échelon médical de l'assurance maladie. Des situations de chirurgie orthopédique (fractures de l'extrémité supérieure du fémur, prothèses de hanche et de genou, ligamentoplasties, chirurgie tendineuse de l'épaule,...) font l'objet, pour certains établissements de santé, d'une mise sous accord préalable (MSAP).

Modèle médical du SSR

Le SSR a été théorisé dans le cadre du **paradigme des conséquences des maladies** proposé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) à partir des années 1980. La classification tridimensionnelle des conséquences des maladies a fait l'objet de deux versions.

La première version de la classification internationale des handicaps (CIH1- Wood, 1980) [7, 8] propose comme niveaux de conséquences : les déficiences (altérations des structures et des fonctions), les incapacités (limitations de fonction), les désavantages ou handicaps proprement dits (perturbation des rôles sociaux fruits de la confrontation des déficiences et incapacités avec l'environnement humain, physique, social, émotionnel,...). La deuxième version, adoptée en 2001 par l'OMS, est appelée classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF ou CIH2) [9]. Il s'agit d'une approche bio-psycho-sociale destinée à avoir une vision positive de l'état du patient et un outil mieux adapté à l'élaboration d'une politique sociale. La CIF reconnaît de façon similaire les déficiences, substitue les incapacités par les activités et les désavantages par les participations. Les activités sont les tâches que le sujet peut effectuer soit en situation normalisée (capacités) soit en situation réelle (performances). Les participations sont les implications dans les situations de vie. L'objectif de la rééducation est de réduire les déficiences et accroître les activités ; celui de la réadaptation d'amener les performances au niveau

des capacités et d'étendre les participations pour parvenir à la meilleure réinsertion possible. (Figure 1)

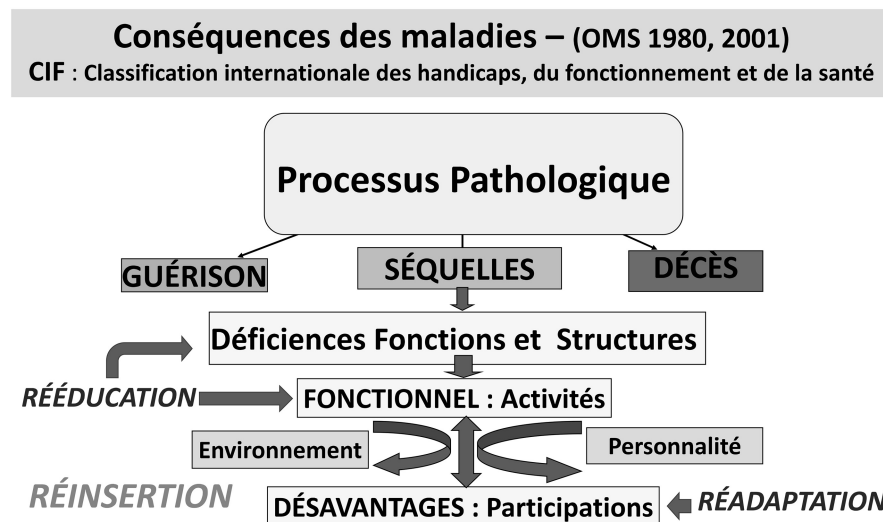


Fig. 1. — Classification tridimensionnelle des conséquences des maladies : déficiences, activités, participation

Principes de fonctionnement

À l'entrée, sur la base des éléments transmis et des évaluations réalisées sur place on construit un projet thérapeutique personnalisé, réalisé en équipe pluri-professionnelle, avec l'accord du patient ou de ses proches. L'évaluation porte sur les déficiences, les activités, les participations avec leurs diverses dimensions : physiques, psychologiques, sociales, ... elle permet l'élaboration du projet et le suivi de l'évolution.

Le programme thérapeutique est mis en œuvre par les multiples acteurs médicaux, paramédicaux, techniciens d'appareillage, travailleurs sociaux, ...

Durant l'hospitalisation en SSR, le patient doit faire l'objet d'une attention toute particulière par rapport à la prise en charge de la douleur, au dépistage et à la prise en charge de troubles nutritionnels, à l'évaluation du risque d'escarre ; la traçabilité de tous ces éléments doit se retrouver dans les dossiers des patients dont ils constituent, avec le projet thérapeutique personnalisé, un critère de qualité majeur. [4, 5]

Le temps des SSR doit s'inscrire dans le parcours de soins du patient. Les établissements de SSR doivent s'intégrer dans les filières et/ou réseaux existants. Ils doivent également avoir des liens forts avec les structures médico-sociales : maison départe-

mentale des personnes handicapées (MDPH), comités locaux d'information et de coordination (CLIC), unités d'évaluation, réentraînement et orientation socio-professionnelle (UEROS), ... Ces structures vont avoir un rôle majeur pour organiser le retour à domicile et/ou la poursuite de la prise en charge dans un certain nombre de cas.

Le retour dans le cadre de vie antérieur, domicile habituellement, peut s'envisager si le patient acquiert un niveau d'autonomie suffisant ; ceci met en exergue l'importance de l'évaluation de la dépendance dont on présente ci-après quelques données fournies par l'échelle internationale la plus emblématique : la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF).

La MIF a été proposée il y a une trentaine d'années (CV. Granger, université de Buffalo, état de New-York, 1986) [10]. Elle est basée sur la CIH1. Elle examine l'indépendance dans les soins personnels, le contrôle des sphincters, la mobilité, la locomotion, la communication, la conscience du monde extérieur, soit au total 18 items à renseigner selon une cotation à 7 niveaux qui vont de la dépendance totale (score 0) à l'indépendance totale (score 7) ; la pleine indépendance correspond à un score total de 126. Les résultats peuvent être rapportés sur un tableau ou sur un schéma en étoile.

Elle est utile pour la prescription et le suivi des soins rééducatifs et des mesures de réadaptation. Elle est utilisée dans plusieurs pays pour apprécier les performances des établissements de rééducation (Uniform Data System for Medical Rehabilitation — UDSMR) et l'allocation des moyens ; en 1999, 298 973 dossiers de patients produits par 676 établissements avaient pu être analysés aux États-Unis [11].

La MIF permet d'évaluer la charge en soins : accroître le score de 1 point réduit le temps de présence humaine auprès du malade de 3,4 à 4,1 minutes par jour [12-15]. Il existe des niveaux de seuil à atteindre pour pouvoir envisager le retour à domicile, ainsi un hémiplégique vasculaire qui n'atteint pas un score de 78 à la MIF ne peut envisager un retour à domicile comme on a pu le montrer à partir des dossiers de 157 066 patients traités pour séquelles d'accident vasculaire cérébral entre 2006 et 2007 [16]. Le gain moyen à la MIF est de 24 points sur 148 367 dossiers d'AVC pris en charge en rééducation ; on a établi que le meilleur prédicteur du retour à domicile pour un hémiplégique vasculaire était l'existence d'un score moteur et de marche à la MIF de 36 à l'entrée et une progression de 9 points sur ce critère [17]. Les gains fonctionnels sont différents selon la nature du handicap : 46 % en moyenne pour un blessé médullaire, 71 % pour une fracture des membres inférieurs comme l'a montré l'analyse de 287 104 dossiers [18].

Les SSR structures spécifiques de soins

Panorama global

Selon l'ATIH [19], 1843 établissements fonctionnent à l'heure actuelle : 49 % en secteur public (429 049 patients), 26 % en secteur privé commercial (343 240 patients),

25 % en secteur privé d'intérêt collectif (300 333 patients). 52 % des établissements sont exclusivement dédiés aux SSR dont 17 % d'établissements publics et 48 % ont une activité mixte (MCO et SSR) dont 71 % d'établissements publics. Ils regroupent 105 532 lits d'hospitalisation complète et 12 520 places d'hospitalisation partielle. 90 % des établissements ont un agrément adulte, 6 % un agrément pour les adultes et les enfants de moins de 18 ans, 4 % un agrément exclusivement infantile.

Les patients peuvent être accueillis en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel. Les ratios moyens de personnel non médical varient de 0.6 à 1.0 ETP (équivalent temps plein) par lit : personnel aide-soignant, personnel infirmier, personnel rééducatif (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes...), autres personnels (psychologues, personnel de diététique, travailleurs sociaux... Ces dernières données sont globales et peuvent différer selon la catégorie de structure de SSR. (Tableau 1)

Les diverses catégories de structures de SSR

Il existe trois catégories de structures de SSR.

Les **unités de SSR indifférenciés** correspondent aux anciennes maisons de convalescence.

Les **unités de SSR spécialisés** qui regroupent les anciens Centres de Rééducation Fonctionnelle (CRF) et d'autres unités de rééducation. Les activités spécialisées ont été identifiées comme suit : appareil locomoteur (24 % des unités ont cet agrément), système nerveux (22 % des unités ont cet agrément), affections cardio-circulatoires, affections respiratoires, affections digestives et endocrino-métaboliques, affections onco-hématologiques, brûlés, addictions, personnes âgées poly-pathologiques dépendantes (32 % des unités ont cet agrément). Un même établissement peut être agréé pour plusieurs activités de SSR [3].

Dans ces diverses orientations les circulaires décrivent les objectifs spécifiques, la typologie des patients et des affections, les compétences humaines médicales et paramédicales obligatoires et recommandées, les équipements techniques indispensables, le niveau quantitatif de la prise en charge rééducative multidisciplinaire ; ils sont identifiées par la réglementation mais non opposables. L'organisation de la continuité des soins fait appel dans tous les cas à une garde ou une astreinte sur le plan médical et à la présence de personnel infirmier diplômé d'état (IDE) la nuit. Les éléments les plus spécifiques sont résumés sur le tableau 2.

Enfin il existe des **unités fonctionnant sous le régime du contrat d'objectifs et de moyens** ; 3 domaines sont concernés : les états végétatifs prolongés et paucirelationnels ; les troubles cognitivo-comportementaux ; les soins palliatifs.

De nombreuses spécialités médicales sont concernés mais la Médecine Physique & de Réadaptation (MPR) « se situe au cœur du dispositif de prise en charge en SSR parce qu'elle développe les objectifs, programmes, et modalités de soins dans le

TABLEAU 2. — Unités de SSR — particularités selon les filières [3].

Type de SSR selon le type de l'affection	Durée minimale soins rééducatifs/jour	Compétence smédicales obligatoires	Compétences paramédicales particulières obligatoires *	Équipement technique matériel spécifique
Appareil locomoteur	2 h	MPR	OUI	OUI
Système nerveux	2h	MPR et/ou Neurologue	OUI	OUI
Cardio-vasculaires	3h	Cardiologue et/ou MPR	NON	OUI
Respiratoires	2h	Pneumologue, MPR accès	NON	OUI
Digestif et endocrino-métabolique	3h	Médecin spécialiste	OUI	NON
Onco-hématologique	Non précisé	Non	NON	NON
Brûlés	2 h	MPR ou brûlologue	OUI	OUI
Conduites addictives	5 h	Addictologue	NON	NON
Personnes âgées polypathologiques dépendantes	Moins de 2h	Gériatre	OUI	OUI

NB : * hors IDE, masseur-kinésithérapeute, diététicien, assistant-social.

champ de la rééducation, de la réadaptation et de l'accompagnement à la réinsertion » [3].

Le PMSI SSR

Le PMSI SSR est basé sur des « résumés hebdomadaires standardisés » (RHS) qui recueillent des éléments concernant la morbidité et le niveau de dépendance. La morbidité est appréciée par la « finalité principale de prise en charge » (FPPC), la « manifestation morbide principale » (MMP), « l'affection étiologique » (AE) à l'origine de la MMP, les « diagnostics associés significatifs » (DAS).

La dépendance est appréciée par rapport aux six activités de la vie quotidienne (AVQ) : habillage, locomotion-déplacement, alimentation, continence, comportement, relationnel. Chaque rubrique est cotée selon un gradient qui va de 1 (indépendance complète) à 4 (dépendance totale), le gradient 2 correspond à l'arrangement ou à la supervision, le gradient 3 à l'assistance partielle. On regroupe les quatre premiers items en score de dépendance physique et les deux derniers en score de dépendance cognitive. Des niveaux de dépendance ont été retenus (tableau 3).

Cette approche de la dépendance est plus simple à évaluer que l'approche proposée par la MIF. Par contre, purement hexagonale, elle est difficilement recevable dans le

TABLEAU 3. — Niveaux de dépendance et scores AVQ-PMSI-SSR

AVQ — PMSI — SSR	DÉPENDANCE FAIBLE	DÉPENDANCE MOYENNE	DÉPENDANCE FORTE
SCORE MOTEUR	5-8	9-12	13-16
SCORE COGNITIF	3-4	5-6	7-8
SCORE GLOBAL	7-12	13-18	19-24

cadre d'un travail scientifique destiné à une revue anglo-saxonne ; elle ne permet pas de faire des comparaisons avec l'efficacité des structures analogues d'autres pays, États-Unis notamment ; le caractère prédictif, normatif et de quantification du fardeau établi pour la MIF n'est pas aussi clair.

La charge en soins de rééducation et de réadaptation est également quantifiée et rapportée.

Le PMSI de SSR est renseigné sur la base de l'utilisation d'un « guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation », de « manuels de groupes homogènes de malades » (GHM) (3 tomes), de « manuels des groupes médico-économiques » (GME) (3 tomes). Le codage des maladies fait appel à la « classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, version PMSI de la CIM10 ». Les actes de rééducation délivrés en SSR sont codés en utilisant le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR). Ces divers documents identifiés par leur désignation complète officielle sont téléchargeables librement sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr) ; ils sont annuellement renouvelés.

Données statistiques globales de fonctionnement

Le PMSI de SSR et la statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES sont les deux sources essentielles de connaissance de l'offre et de l'activité de soins en SSR.

L'hospitalisation à temps complet en 2016 a enregistré 34 095 000 journées (1 072 622 séjours) avec une durée moyenne de séjour de 41 jours ; 3 907 000 journées en hospitalisation à temps partiel ont été comptabilisées avec une durée moyenne de prise en charge de 17 jours (DREES les établissements de santé, édition 2018 portant sur l'activité de 2016) [20] (tableau 4). Ces établissements ont assuré, en 2016, 1 072 000 séjours de patients en hospitalisation complète : enfants de moins de 18 ans (4 %), adultes âgés de 18 à 79 ans (59 %) et adultes de 80 ans et plus (37 %) [19]. L'âge moyen des patients accueillis est de 70 ans, avec des différences selon la spécialisation de la structure : 60 ans en appareil locomoteur, 57 ans en pathologie neurologique, 46 ans pour les conduites addictives. La proportion de femmes est de 62 % [5].

TABLEAU 4. — (SOURCE DREES — SAE — ÉDITION 2018 — SSR)

	N SÉJOURS	N JOURNÉES	DMS (JOURS)	N LITS OU PLACES
HOSPITALISATION COMPLÈTE	1 072 622	34095 000	41	105 532
HOSPITALISATION PARTIELLE	375 000	3 907 000	17	12 520
TOTAL	1448 000	38 002 000	37	118 052

TABLEAU 5. — Données PMSI 2017 — ATIH : nombre de séjours et de journées selon les diverses catégories des unités de SSR

<i>Mentions spécialisées</i>	Nombre de séjours en hospitalisation complète (milliers)	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète (millions)	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (millions)
SSR polyvalent	436,1	13,2	0,5
Affections de l'appareil locomoteur	150,9	4,4	1,6
Affections du système nerveux	89,1	3,6	0,9
Affections cardio-vasculaire	51,8	1,0	0,7
Affections respiratoires	31,4	0,9	0,1
Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	40,5	1,0	0,1
Affections onco-hématologiques	4,9	0,1	0,0
Affections des brûlés	2,5	0,1	0,0
Affections liées aux conduites addictives	30,7	1,0	0,1
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	242,9	8,2	0,2
TOTAL	1 075,2	33,4	4,1

Le nombre de séjours et de journées pour les diverses classes de SSR fourni par le PMSI de 2017 est rapporté dans le (tableau 5). Les principales pathologies prises en charge (tableau 6) sont dominées par les affections de l'appareil locomoteur (401 000) (durée moyenne de séjour de 29 jours) pour lesquelles les établissements à but lucratif sont leaders et les maladies neurologiques (187 000) (durée moyenne de séjour de 40 jours) qui sont prédominantes dans le secteur public.

TABLEAU 6. — Principales pathologies prises en charge (SOURCE PMSI 2017 — ATIH)

Affections de l'appareil locomoteur :		401 000
dont		
Prothèses genoux	60 000	
Prothèses de hanches pour coxarthrose	34 000	
Prothèses de hanche pour fractures	55 000	
Autres fractures	25 000	
Affections neurologiques		195 000
dont		
AVC	53 000	
M. d'Alzheimer	41 000	
Affections viscérales et divers :		467 000
Cardiologiques	135 000	
Dont Insuffisance cardiaque 34 000		
Pulmonaires	68 000	
Endocrino-métaboliques	61 000	
Digestives	42 000	
Troubles mentaux et du comportement	58 000	
Tumeurs malignes	68 000	
Soins palliatifs	35 000	

TABLEAU 7. — Moyens déployés par les PRADO : établissements de santé et personnels participants (source AMELI 2018)

PRADO	ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ	MÉDECINS	INFIRMIERS	MK	AUTRES
INSUFFISANCE CARDIAQUE	309	7 500	7 600		2900 CARDIOLOGUES
BPCO	181	2 100	2 070	1 700	680 PNEUMOLOGUES
CHIRURGIE	583		30 000	18 300	
MATERNITÉ	498				5400 SAGE-FEMMES

Financement

10 % du financement des SSR est apprécié selon l'activité (dotation modulée à l'activité — DMA) ; cette disposition est en train de se mettre en place [6]. 90 % du financement est basé :

- i) pour 68 % des établissements sur la dotation administrative de fonctionnement (DAF), éventuellement accrue des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et/ou des missions de recherche, de référence, et d'innovation (MERRI) ;
- ii) pour 32 % des établissements sur le prix de journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN).

Le financement des SSR par l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM) a été fixé à 8,5 milliards d'euros pour 2018 sur un total de 80 milliards d'euros destinés au financement des établissements de santé (arrêté du 20 Avril 2018, JO n° 95 du 24 avril 2018, 79 pages pp) ; les divers tarifs de facturation en fonction des divers groupes médico-économiques sont indiqués dans l'annexe I de l'arrêté. Rapporté à l'activité de 2017 l'ordre moyen de dépense s'établit à 8431 € par séjour patient et à 240 € par journée de soins ; mais ces chiffres ne reflètent pas la complexité ni la diversité des coûts observés en SSR. De nombreux facteurs, outre les GME sont pris en compte : géographie, spécialisation en particulier.

Perspectives

Le coût élevé des SSR explique que la CNAMTS envisage l'**extension de la MSAP** a un plus grand nombre d'établissements ; en 2013 près de 300 MSAP avaient été prononcées. 150 établissements de santé supplémentaires seront inclus en 2018 ; cette extension devrait permettre d'éviter 6445 séjours inutiles et générer une économie de 27 Millions d'euros [21].

Il s'agit aussi de développer **les programmes d'accompagnement au retour à domicile (PRADO)** qui existent déjà pour plusieurs types de situation : maternité, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathies chroniques obstructives, suites d'accident vasculaire cérébral, personnes âgées de plus de 75 ans, suites de chirurgie viscérales mais aussi ostéo-articulaires, avec, pour les fractures, prise en compte du facteur ostéoporose. Les caisses d'assurance maladie mobilisent des professionnels de santé libéraux pour prendre en charge les patients dès leur retour à domicile (tableau 6) après hospitalisation dans des établissements de santé participant au PRADO. Les PRADO sont efficaces, ainsi ils ont diminué le recours au passage en SSR de 13 % pour les suites de prothèse de genou et de 12 % pour les suites de prothèse de hanche entre 2013 et 2015. Ils sont bien acceptés par les patients : en 2013, 85 % des accouchées à qui on avait proposé le PRADO maternité, l'avaient accepté. Ils atteignent une masse critique avec 505 000 Prado mis en place en 2017 : 13 000 pour les pathologies chroniques (BPCO, insuffisance cardiaque, AVC, sujets âgés de 75 ans), 70 000 en chirurgie (orthopédique et viscérale) et 435 000 en maternité [21].

Le rôle des médecins généralistes est crucial. Ils ont un rôle plus grand à jouer dans les unités de SSR indifférenciées mais aussi spécialisées pour y prendre en charge les problèmes pathologiques généraux présentés par les patients. Ils doivent être mieux associés au retour à domicile et doivent être à même de prescrire et surveiller une rééducation simple en utilisant les ressources communautaires. Tous ces éléments passent par une formation appropriée dans le cadre de la formation initiale comme dans celui de la formation tout au long de la vie.

CONCLUSION

Les établissements de SSR constituent une pièce importante de l'organisation des soins et un élément majeur dans le parcours de soins de certains patients.

Ils sont basés sur un paradigme construit sur les besoins de soins médicaux comme rééducatifs et le niveau d'indépendance. Leur organisation récente en filières, notamment spécialisées bien identifiées et fonctionnant avec des critères de qualité appropriés, répond mieux aux besoins spécifiques des patients.

La rationalisation de leur utilisation doit être poursuivie grâce aux critères d'admission pertinents et à la mise en œuvre de solutions alternatives dont les PRADO constituent un très intéressant exemple.

L'évaluation des SSR doit être médicale, sociale, économique, de santé publique ; elle doit faire appel à des indicateurs pertinents et validés.

RÉFÉRENCES

- [1] 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. Journal Officiel de la République Française du 20 Avril 2008.
- [2] Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel de la République Française du 20 Avril 2008.
- [3] Circulaire DHOS/01/2008-305 du 3 Octobre 2008 relatives aux décrets du 1 avril 2008 réglant l'activité de soins de suite et de réadaptation. 1 document 20 pp, Ministère de la Santé, Paris, 2008.
- [4] Haute Autorité en Santé. Note de cadrage. Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR. 1 vol 45 pp, HAS, Paris, 2012.
- [5] Haute Autorité en Santé. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dossier patient en soins de suite et de réadaptation. Résultats nationaux de la campagne 2016 — données 2015. 5^e campagne nationale. 1 vol 62 pp, HAS, Paris, 2016.
- [6] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Nouveautés « financement des activités SSR ». Notice technique n° CIM-MF-341-5-2017 du 17 mai 2017, 1 doc 20 pp, Paris 2017.

- [7] World Health Organization (WHO). International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of diseases. Published for trial purposes in accordance with resolution WHA29.35 of the 29th World Health Assembly, May 1976. 1 vol, 205 pp, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Genève, 1980.
- [8] Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) — Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages. 1 vol, 203 pp, CTNERHI — PUF, Paris, 1980.
- [9] Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé : CIF. 1 vol 309 pp, OMS, Genève, 2001.
- [10] Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielezny M, Sherwin FS. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Top Geriatr Rehabil* 1986;1(3):59-74
- [11] Deutsch A, Fiedler RC, Granger CV, Russelle CF. The uniform data system for medical rehabilitation report of patients discharged from comprehensive medical rehabilitation programs in 1999. *Am J Phys Med Rehabil*. 2002;81(2):133-42.
- [12] Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC, Hens MM. Functional assessment scale : a study of persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1990;71:870-5.
- [13] Disler PB, Roy CW, Smith BP. Predicting hours of care needed. *Arch Phys Med Rehabil* 1993 ; 74:139-43.
- [14] Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC, Hens MM. Functional assessment scale : a study of persons after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993;74:133-8.
- [15] Heinemann AW, Kirk P, Hastie BA, Semik P et al. Relationships between disability measures and nursing effort during medical rehabilitation for patients with traumatic brain and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*.1997;78:143-9.
- [16] Reistetter TA, Graham JE, Deutsch A, Granger CV, Markello S, Ottenbacher KJ. Utility of functional status for clasifying community versus institutional discharges after inpatient rehabilitation for stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(3):345-50.
- [17] Brown AW, Therneau TM, Schultz bA, Niewczyk PM, Granger CV. Measure of functional independance dominates discharge outcome prediction after inpatient rehabilitation for stroke. *Stroke* 2015;46 :1038-44.
- [18] Graham JE, Granger CV, Kamarkar AM, Deutsch A, Niewczyk P, DiVita MA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation : report of follow-up information on patients discharged from inpatient rehabilitation programs in 2002-2010. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93(3):231-44.
- [19] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Soins de suite et de réadaptation — chiffres clés. Données issues du PMSI SSR 2017, mise à jour du 10 juillet 2018. 1 document pdf téléchargeable, 2pp, www.atih.sante.fr
- [20] Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES). Les établissements de santé édition 2018 : les SSR (données 2016). 1 vol, DREES, Paris, 2018 — chapitre 22, pp 110-3.
- [21] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses — propositions de l'assurance maladie pour 2018. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018 (loi du 12 août 2004). 1 vol 229 pp, Paris, CNAMTS, 2017.

DISCUSSION

M. Yves JUILLET

Dans le cadre de la mise en perspective de l'ensemble des dépenses hospitalières n'y aurait-il pas lieu de développer ces hospitalisations en soins de suite ne serait-ce que pour désengorger les services d'hospitalisation aiguë ?

Il s'agit bien là d'un, sinon du, problème essentiel. L'équipement en soins de suite et de réadaptation (SSR) est appréciable avec près de 120 000 lits et places avec néanmoins des disparités territoriales ; certaines zones sont plus riches en SSR (le sud est plus riche en rééducation en particulier). Il y a donc une pertinence à équiper les régions les moins bien dotées. Il y a également le problème de la fluidité au sein du SSR, en particulier celui de la sortie. Le retour à domicile est le cas de figure dominant (80 %), mais certains patients (17 %) doivent être mutés ou transférés dans d'autres unités de court séjour ou de SSR. Le retour à domicile doit se préparer sur le plan humain (rôle de la famille), sanitaire (mobiliser les professionnels de santé nécessaires à la prise en charge du patient à domicile), et parfois architectural lorsque persistent des limitations importantes. Tout ceci prend du temps, doit être préparé suffisamment en amont soulignant l'importance du tissu familial.

M. Jean-Pierre OLIÉ

Vous avez évoqué les unités spécialisées pour prise en charge de personnes avec trouble des conduites addictives : il était prévu une telle structure par département (ou à défaut dans le département limitrophe). Cet objectif est-il atteint ?

Il y a actuellement 31 000 séjours annuels pour ce type de prise en charge (comparable aux accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie) et un million de journées de présence en hospitalisation complète et 100 000 en hospitalisation à temps partiel ; par rapport à 2015 ces chiffres sont en croissance en 2017 respectivement de 10 et 30 %. L'importance de cette prise en charge et sa croissance attestent d'un maillage efficient au niveau territorial.

Quid de l'aval pour les pathologies chroniques telles que la maladie d'Alzheimer ? Les réorganisations de l'offre territoriale type GHT vous paraissent-elles en mesure d'ouvrir des solutions sur ce point ?

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées représentent 39 700 séjours (environ de 10 à 15 % de l'ensemble des malades), 1 500 000 journées en hospitalisation complète et 100 000 en hospitalisation à temps partiel. L'aval des patients les plus dépendants, quelle que soit la nature de la déficience, est toujours un problème complexe et difficile, sur le plan technique et sur le plan humain. L'existence d'une altération des liens affectifs avec l'entourage ne simplifie pas nécessairement les choses. La durée de séjour en SSR est forcément limitée dans le temps (moyen séjour). Il y a actuellement un nombre important d'établissements de long séjour qui prennent en charge ce type de patients, mais bien souvent avec une participation financière non négligeable. La nouvelle organisation sanitaire territoriale, qui reprend et officialise des efforts anciens dans bon nombre d'endroits, devrait à n'en pas douter accroître l'efficacité globale du système.

M. Pierre-François PLOUIN

Connaît-on le délai moyen entre la demande d'accès en SSR et d'accès effectif à ce dernier ? C'est un point critique pour la durée du séjour en MCO.

Le mode d'entrée en SSR est bien connu : par transfert (57 %) ou mutation (21 %), à partir du domicile (22 %). Le délai n'est pas renseigné dans le PMSI et serait au demeurant fort difficile à établir avec certitude. Les délais d'attente pour être admis en SSR sont très variables selon la pathologie, l'établissement, la région. Globalement ils sont courts pour tout ce qui est programmable et plus longs dans les situations non programmables, à plus forte raison si le niveau de dépendance est élevé et l'état du patient complexe. Le problème est crucial à deux titres : la fluidité du court séjour mais aussi la perte de chance que peut représenter une admission trop tardive en rééducation pour les pathologies qui nécessitent l'action rééducative précoce et faisant intervenir de nombreux métiers. Pour une hémiplégié après AVC le délai habituel est de l'ordre de deux semaines. Pour une prothèse articulaire programmée, l'admission en SSR peut se faire dès que la phase chirurgicale est achevée. Dans tous les cas il faut une coordination efficiente et structurée entre les unités de court séjour et de SSR, un service social efficace. Le développement de l'ambulatoire en chirurgie orthopédique et des PRADO devrait apporter de la marge de manœuvre au système.

M. Jean François ALLILAIRE

Le SSR comme la psychiatrie ont échappé à la catastrophe du financement par la T2A. Ce mode de financement est en train de disparaître actuellement pour le MCO. Quels sont les modes de fonctionnement actuels et à venir pour une activité si complexe et diversifiée ?

Le financement des établissements de santé fait à l'heure actuelle l'objet d'une véritable remise à plat. De nombreuses réflexions sont en cours et on n'en connaît pas encore les conclusions. Le financement prépondérant à l'activité est manifestement une solution dont l'intérêt est limité mais pas inexistant. Cette approche a conduit à une caractérisation du profil des patients basée sur des données complexes mais riches. Elles sont le reflet de l'état du patient et à ce titre elles ont un intérêt réel. Mais elles ne sont pas le reflet des charges globales réelles de fonctionnement des établissements de santé ; elles ont également conduit à une gestion médicale plus orientée sur la bonification financière de l'activité de soins que sur les besoins du patient.

Le financement à l'activité ne représente actuellement que 10 % du financement des SSR ; le reste est apporté par des modes de financement plus traditionnel : dotation globale de fonctionnement ou équivalent du prix de journée selon les établissements. Il y a donc vraisemblablement de la marge de manœuvre pour les SSR. Pour autant on ne sait pas, au moment présent, quel sera leur mode de financement dans la décennie à venir.

M. Francis MICHOT

Les SSR s'intègrent dans le parcours de soin du patient entre l'hospitalisation MCO et son aval associant SSR, hospitalisation à domicile et retour à domicile. Estimez-vous, tenant compte des évaluations dans la prise en charge des patients, que l'offre en lits de SSR est

suffisante ou non ? Comment envisagez-vous une continuation de financement du SSR dans un financement du parcours de soins ?

L'offre en SSR est globalement appréciable ; l'importance même de son activité en témoigne. Il existe des disparités territoriales et selon les spécialisations. Le développement de l'ambulatoire devrait rebattre les cartes ; deux hypothèses extrêmes peuvent être envisagées : tout en ambulatoire rééducation comprise ou, au contraire, utilisation du SSR pour pallier l'absence d'hospitalisation complète court séjour. Il y aura probablement des deux éléments mais la proportion n'est pas encore évidente.

Dans l'approche parcours de soins, le séjour en SSR peut correspondre à deux ordres d'éventualités : c'est un élément du parcours de soins ; c'est la réponse à une situation de survenue plus fortuite. La question me paraît porter essentiellement sur le premier aspect. Les données de PMSI sont maintenant substantielles et offrent la voie à des approches plus approfondies ; l'actuelle tarification à l'activité (environ 70 pages de Journal Officiel) permet de prévoir des sommes forfaitaires représentatives de l'état particulier du patient : sévérité morbide (affection et comorbidités), dépendance, charge en soins de rééducation et de réadaptation, ... on doit pouvoir ainsi provisionner de manière réaliste l'enveloppe de prise en charge globale. Pour la prise en charge d'événements fortuits on est manifestement en dehors du parcours de soins d'une maladie chronique.

M. Emmanuel Alain CABANIS

Je ne crois pas vous avoir entendu évoquer le mot « recherche » dans les SSR, à l'heure de la bionique, des suppléants sophistiqués, numériques, ou des prothèses, ou même des exosquelettes en phase de recherche. Qu'en est-il ?

J'ai essayé de présenter l'aspect organisation sanitaire des SSR sans aborder l'enseignement ou la recherche. Dans le domaine rééducatif, en particulier dans le champ de la Médecine Physique & de Réadaptation (MPR) il y a une recherche active en France dans des domaines très divers : appareillage bien sûr, analyse du mouvement, récupération de la motricité, des fonctions supérieures, notamment du langage, contrôle de l'environnement, biomécanique ; une attention toute particulière est portée à l'imagerie fonctionnelle, à la robotique, ... mais il n'y a pas de structure qui regroupe les éléments essentiels et/ou faisant appel à des matériels complexes et coûteux. Une structure coopérative de recherche associant des moyens conséquents d'investigation et de prise en charge de patients reste à créer mais constituerait une avancée considérable.

