



SYNDICAT DES SOINS DE SUITE
ET DE RÉADAPTATION

Madame Anne-Marie BROCAS
Directrice
D.R.E.E.S.
14 Avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Nos réf. :
11.271/TA/GB/EN

Marseille,
Le 22 décembre 2011

Madame la Directrice,

Nous venons de lire attentivement le document que votre Direction vient de publier intitulé « *Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins* ».

Comme d'habitude, la qualité du travail statistique réalisé est au rendez vous et nous tenions encore une fois à vous en féliciter.

Toutefois, nous souhaiterions vous faire part de nos commentaires, sur quelques points d'ordre général et méthodologique.

Tout d'abord sur l'année 2008, utilisée comme année de référence étudiée. Si cette année est bien celle de la publication des décrets relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement des activités SSR, c'est surtout l'analyse sur l'année 2012 qui permettra de dresser un véritable bilan de la nouvelle offre des soins en SSR. En effet, cette année sera celle du déploiement des visites de conformité, seul dispositif qui labellisera officiellement les autorisations d'activité des établissements vis-à-vis des nouvelles mentions SSR qu'elles soient polyvalentes ou spécialisées.

Le champ du SSR a connu, connaît et connaîtra de multiples bouleversements, conséquences des deux chantiers en cours ; celui du chantier normatif (décrets d'avril 2008) non encore abouti et du chantier tarifaire toujours en cours (comme vous le soulignez dans le document, l'arrivée de la T2A SSR en 2013).

Dès lors, depuis 2008, de nouveaux outils se sont mis en place, notamment dans le cadre des modalités d'allocation budgétaire via la modulation basée sur l'IVA (Indicateur de Valorisation de l'Activité). Cet indicateur a pour objectif principal de quantifier la lourdeur réelle de prise en charge des patients en SSR. Si celui est aujourd'hui encore perfectible (de l'avis unanime des fédérations hospitalières), il a néanmoins le mérite d'exister et de prendre en compte l'aspect « croisé » des différentes variables du PMSI (dépendance, âge, type de prise en charge, diversité et intensité de la rééducation...).

Il aurait été, à notre avis, souhaitable d'intégrer une étude sur cet indicateur pour comparer les différents secteurs en sus des analyses présentées séparément sur l'âge et la dépendance (ces deux variables étant souvent liées). Elle aurait eu, par exemple, l'intérêt de présenter des chiffres sur l'activité de rééducation telle que réellement exercée dans nos établissements.

Cette analyse de la patientèle en SSR qui repose essentiellement sur les données PMSI 2008 risque de souffrir de biais liés à la qualité même de la base exploitée. En effet, la qualité des données transmises par les établissements connaît une montée en charge progressive et forte depuis la mise en place de l'IVA, c'est-à-dire depuis 2009. Il faut également rappeler que depuis 2008, la classification PMSI SSR a évolué en passant, notamment, de la classification en GHJ à celle en GMD (Groupe de Morbidités Dominantes). Celle-ci sera à son tour prochainement modifiée dans le cadre des travaux menés actuellement sur la T2A SSR. Ces modifications sont d'ailleurs largement souhaitées par les fédérations hospitalières dans la mesure où le groupage des pathologies en vigueur reste encore trop hétérogène et ne permet pas une véritable « discrimination » de l'activité SSR (notamment en neuromusculaire ou bien cardiovasculaire et respiratoire).

A notre sens, l'analyse des séjours avec prise en charge lourde ou très lourde (PCL/PCTL) devient alors obsolète dès lors qu'elle est fondée sur une classification qui n'existe plus et qui a été très critiquée.

Ensuite, page 23 et tableau 4, nous ne comprenons pas bien qu'une distinction soit faite entre les différents types d'établissements du secteur privé alors que, page 1, il est bien écrit que « *compte tenu de ce nouveau contexte juridique et réglementaire, la distinction entre soins de suite et rééducation fonctionnelle, encore effective dans les recueils exploités, n'est donc pas abordée dans cette publication* ». Cette remarque vaut également pour l'édition 2011 du *Panorama des Etablissements de Santé* que la DREES vient de publier.

En ce qui concerne l'analyse de la DMS, nous aurions également souhaité, en sus du modèle économétrique présenté en page 23 et encadré 3, une analyse comparative entre les secteurs croisée avec les CMC. En effet, est ce que le coefficient de 0.085 qui conclut que la DMS dans un établissement du secteur privé lucratif est significativement plus élevée de 8.5% par rapport à la DMS dans un établissement public (toutes choses égales par ailleurs) est identique entre les CMC ?

Ensuite s'agissant des ratios de personnel qui font apparaître des différences significatives entre les secteurs, vous voudrez bien nous préciser si, comme le prévoit d'ailleurs le nouveau cadre réglementaire de 2008, ils intègrent ou pas les intervenants libéraux médicaux ou paramédicaux encore nombreux dans notre secteur, notamment ex soins de suite. Ce n'est, en effet, qu'à cette condition que l'on pourra mesurer objectivement l'efficacité de chaque secteur.

Enfin, nous vous remercions pour l'analyse réalisée en fin de document sur « *la réponse des régions aux besoins de leurs populations* » qui nous apporte certains éléments de discussion dans le cadre des réflexions menées actuellement en région au sujet des Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA) et des taux de recours.

Nous ne pouvons toutefois que réitérer ici deux de nos messages nationaux :

- La règle de prudence quant à l'analyse des données PMSI SSR en référence aux éléments cités plus haut. En effet, nous aurions souhaité, avant toute extrapolation issue des analyses du PMSI, attendre la fin de la refonte de la classification médico économique en cours.

- La prudence qu'il faut avoir lorsque l'on se compare à la référence nationale. Dans ce postulat de base, la méthodologie utilisée sous entend que la « nation » reste la référence idéale à atteindre pour chacune des régions. Hors, et à contrario, il est avéré, qu'en fonction de leurs spécificités, certaines régions répondent mieux aux besoins de santé de leurs populations que la référence nationale.

Nous espérons que ces observations pourront être prises en compte par vos services pour enrichir vos prochaines publications dans l'intérêt collectif que représente la présentation d'un état des lieux le plus proche possible de la réalité.

Nous restons bien entendu à votre disposition pour en discuter,

Nous vous prions de croire, Madame la Directrice, à l'assurance de notre parfaite considération.

**Le Président,
Gabriel BOSSY**



**Le Délégué Général,
Théodore AMARANTINIS**

