

SSR: l'amélioration du fonctionnement préalable à la réforme du financement (Cour des comptes)

PARIS, 13 septembre 2012 (APM) - La Cour des comptes estime que l'amélioration du fonctionnement des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) est un "préalable à la mise en oeuvre d'un nouveau système de financement plutôt qu'un des effets à en attendre", dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) rendu public jeudi.

Constatant des difficultés en amont et en aval des SSR, la Cour estime que l'enjeu majeur pour les agences régionales de santé (ARS) est de parvenir à une meilleure fluidité dans une trajectoire de soins articulant de manière cohérente MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) et SSR, SSR et médico-social et SSR et dispositifs de soutien au retour à domicile.

Un dispositif de tarification à l'activité (T2A) dans un secteur "qui ne maîtrise pas le parcours de soins de ses patients ni en amont ni en aval (...) risque immédiatement d'être rendu inopérant par ces dysfonctionnements mêmes et ne pourra être à lui seul l'outil d'une réorganisation efficiente de l'offre", explique-t-elle.

Elle estime que le report de 2013 à 2016 de la mise en oeuvre de la T2A-SSR devrait permettre de limiter l'incidence des difficultés opérationnelles et qu'il conviendrait de mettre à profit ce nouveau délai pour évaluer les effets des nouveaux outils et en corriger les défauts. La Cour juge cependant cette réforme "mal adaptée à la réalité actuelle du fonctionnement des SSR".

Elle préconise de faire précéder l'engagement de la réforme du financement par des expérimentations qui devront ne pas induire des problèmes supplémentaires en termes de parcours des patients. Elle ajoute que, dans l'intervalle, il faudrait rendre plus opérationnelle la modulation des dotations annuelles de financement (DAF) et du prix de journée en fonction notamment de la lourdeur des soins dispensés.

HETEROGENEITE ET FORT DYNAMISME

La Cour des comptes constate également dans son rapport une "extrême hétérogénéité" des activités de SSR en dépit de la réforme intervenue en 2008 pour mieux les spécifier et un "très fort dynamisme", inégal cependant selon les catégories d'établissements.

Les décrets d'avril 2008 qui ont réorganisé le secteur ont certes participé "d'un effort de médicalisation et technicisation du secteur, mais il existe de nombreuses approximations dans l'orientation des patients".

Comme le souligne une étude de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) citée dans le rapport: 40% des prises en charge en SSR gériatrique avaient un lien avec le vieillissement mais auraient nécessité un accueil en SSR spécialisé en cardiologie, en neurologie ou en orthopédie.

La juridiction note également des disparités dans la gestion en fonction des différents secteurs. Elle constate notamment des différences en matière de coûts journaliers, en nombre de personnel soignant par lit ou de taux d'occupation des lits.

Elle souligne le dynamisme de l'offre: la capacité d'accueil en SSR a augmenté de 12,3% entre 2001 et 2009, avec des augmentations principalement dans le secteur privé lucratif.

Cette forte croissance n'a toutefois pas fait disparaître des "disparités territoriales anciennes et toujours marquées". Les densités d'équipement vont du simple au double entre régions avec un nombre de places particulièrement élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Languedoc-Roussillon.

REACTIONS TARDIVES DES POUVOIRS PUBLICS

La Cour déplore en outre que ce "rapide développement" n'ait suscité que des "réactions tardives des pouvoirs publics pour mieux réguler les capacités d'accueil et l'activité".

La forte croissance des capacités s'est effectuée "sans que la tutelle n'ait disposé d'une analyse des besoins globaux ni mis à la disposition des ARH-ARS des outils à même de faciliter leur appréciation de l'offre de soins de SSR en termes qualitatifs et quantitatifs", signale la juridiction. Et de noter: les indicateurs disponibles sont "limités" et ne sont "pas d'une interprétation simple et univoque".

La Cour juge notamment "délicat" d'apprécier si l'offre est suffisante alors que tous les lits actuels de SSR ne sont pas occupés par des patients relevant de ce type de soins.

Cette défaillance du niveau national a conduit à valoriser une "approche relativiste fondée sur le constat d'inégalités entre régions, et à l'intérieur d'une même région entre territoires et à enclencher un mouvement d'expansion mal maîtrisé".

Si l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) a été l'occasion d'un "travail volumineux", les diagnostics ont souffert de plusieurs limites. Par exemple, cette démarche n'a pas tenu compte du phénomène d'hospitalisations inadéquates en SSR, qui amplifient artificiellement les apparences de pénurie.

Les conséquences en termes de dépenses d'assurance maladie de la faiblesse du pilotage de la dynamique des SSR ont conduit à un "brusque coup de frein en mai 2010", une "soudaine prise de conscience", intervenue cependant après que la plupart des demandes d'autorisation aient été instruites.

La Cour rappelle que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a commandé une étude nationale pour vérifier si les besoins de débouchés du MCO vers le SSR étaient aussi considérables qu'on se l'était représenté jusqu'alors. Elle estime qu'il est cependant difficile de tirer des enseignements de ce travail tant que l'équivalent n'aura pas été mené à propos des occupations inadéquates de lits de SSR.

La juridiction estime ainsi qu'il faut évaluer sur le plan national, et selon une méthodologie homogène, les inadéquations de séjours en SSR et en déduire les besoins réels de capacités d'accueil en fonction des pathologies à traiter.

Elle recommande de fixer des objectifs précis aux ARS pour résoudre les difficultés d'orientation vers l'aval des patients dont l'état permet une sortie des SSR.

Il faudrait mettre rapidement en oeuvre les instruments de transparence opérationnelle sur les disponibilités en lits et places entre MCO et SSR d'une part, et entre les SSR et l'aval médico-social, d'autre part, préconise la Cour, qui cite notamment le logiciel Trajectoire, instrument d'aide à l'orientation des patients mis en place en Rhône-Alpes notamment.

Dans leur réponse à la Cour des comptes, l'ARS Bourgogne et l'ARS Centre signalent que l'outil informatique "Trajectoire" va se déployer dans leur région.

Rapport 2012 de la Cour des comptes

mh/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

MHPID002 13/09/2012 17:38 ACTU