



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.


Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 52 (2009) 451–452

**A**NNALS  
 OF PHYSICAL  
 AND REHABILITATION MEDICINE

Éditorial

## Financement de l'activité en médecine physique et de réadaptation, questions en cours et perspectives

*Financing practice in physical and rehabilitation medicine: Current issues and prospects*

En réformant l'organisation des soins dans le secteur dit de soins de suite et de réadaptation (SSR), les décrets du 17 avril 2008 avaient, au moins, plusieurs objectifs. Il s'agissait de remplacer une législation jugée obsolète par sa description des activités devenue inadaptée et parce qu'elle ne s'appliquait qu'au secteur privé. Il s'agissait également de réorganiser ce secteur de soins et de faire « monter le niveau » de soins des maisons dites de convalescence ou de les faire disparaître. En toile de fond, il y avait également la volonté, qui n'a pas lassé de nous inquiéter, de supprimer toute mention à une discipline médicale et, notamment, la médecine physique et de réadaptation (MPR), comme cadre pouvant structurer l'activité de soins, bien que les textes s'y réfèrent, paradoxalement et grâce à notre action, très largement.

Où en est-on à ce jour ? Les agences régionales d'hospitalisation avaient 18 mois pour proposer la base de leur organisation de soins (SROS) sur laquelle les établissements pourront être autorisés. À la mi-octobre 2009, le cadrage régional sera donc fait, les établissements auront 18 mois pour se mettre en conformité avec les décrets (seuls opposables), circulaires, annexes et SROS. Parallèlement, les travaux de mise en place de la nouvelle tarification (notamment, tarification à l'activité [T2A]) ont débuté, mais marquent le pas en raison, d'une part, de leur complexité, d'autre part, du temps actuellement pris pour la mise en place de la dernière version de la T2A en secteur aigu.

Rappelons qu'actuellement l'activité en secteur SSR est financée, dans le secteur public, au moyen d'une dotation annuelle de financement (DAF) calculée globalement sur un nombre de lits autorisés et cadrée par l'enveloppe annuellement votée par le Parlement (Ondam), dans le secteur privé, à la journée d'activité dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN). Le système à venir est celui de la T2A s'appliquant à tous les secteurs, avec des volets complémentaires : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) et médicaments onéreux comme en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mais aussi « plateau technique » qui serait une enveloppe spécifique dont on tente d'espérer qu'elle permette d'améliorer les financements pour l'exercice spécialisé, en MPR notamment. Le contenu des Migac, lui-même, est

à définir (équipe mobile de MPR, éducation thérapeutique, consultations multidisciplinaires...). Celui de l'enveloppe médicaments onéreux concerne surtout le secteur de l'hématocancérologie. Curieusement et de façon inacceptable, les missions d'enseignement et de recherche (Merri) ne seraient pas applicables en SSR. La Sofmer s'en est officiellement émue auprès de Madame la Directrice de la DHOS, sans réponse à ce jour. Cela serait particulièrement grave pour la MPR, puisque le champ du SSR est celui dans lequel elle s'exerce principalement avec la recherche afférente et que l'action d'enseignement de l'ensemble des structures MPR est importante, tant pour les médecins que pour les paramédicaux de la rééducation. L'enveloppe plateau technique est également, à ce jour, en réflexion. Deux enquêtes faites par la DHOS, fin 2008 et début 2009, n'ont, semble-t-il, pas permis de dresser un tableau de ce que pourrait être cette enveloppe. La MPR souhaite très fortement qu'elle concerne non seulement les équipements des plateaux techniques, mais aussi les forces vives que sont les personnels. En effet, il est à craindre que si la T2A poursuit le modèle transitoire actuellement à l'essai, l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA), celui-ci ne permette pas de discriminer suffisamment les besoins en personnel médical et surtout paramédical des structures spécialisées, besoins affirmés par les décrets au moins sur le plan qualitatif sinon quantitatif. L'IVA est un mode de calcul qui part de groupes de morbidité dominante (GMD) gratifiés d'une certaine tarification, tarification à laquelle peuvent être ajoutés des points complémentaires selon certaines données comme la dépendance physique ou psychique, l'âge, les différentes actions de rééducation... Pour celles-ci, le catalogue des actes de rééducation et de réadaptation (Cdarr) qui en est la base de calcul doit, lui-même, être rénové. La MPR, par ses différentes instances concernées et coordonnées que sont le Syfmer, la Sofmer et la Fedmer, en est partie prenante et propose notamment une nouvelle approche par « programmes ».

Dès cette année, les ARH modulent les DAF sur la base de l'IVA, selon un pourcentage qui, bien que relativement faible (2 %) n'est pas négligeable. L'IVA pourrait être le modèle de modulation de la tarification en attendant une T2A qui ne

semble pas être possible à l'horizon 2011–2012 comme annoncé. Mais les projections actuellement faites par les différentes fédérations hospitalières montrent clairement un risque de nivellement des tarifications entre les différents secteurs spécialisés en SSR et même, ce qui serait un comble, entre les secteurs spécialisés et le secteur indifférencié.

Ainsi, à ce stade, plusieurs points méritent grande attention. En premier lieu, le financement des activités de MPR doit permettre la réalisation de programmes de réadaptation spécialisée et complexe, très différents de ce qui pourrait être effectué en secteur « indifférencié ». Une graduation territoriale des besoins par patient doit permettre une graduation des financements selon la complexité des programmes de réadaptation. Ensuite, s'il paraît nécessaire d'avancer dans un financement à l'activité pour rapprocher les modes de calcul de tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés, la convergence de financement public/privé ne peut pas et ne doit

pas être complète. La base de calcul par problème de santé ou par programme de réadaptation doit pouvoir être la même et faciliter les comparaisons, mais il ne peut être accepté que le financement de la structure soit le même, le secteur privé ayant la liberté de choisir ses clients et de leur imposer une durée de séjour ; ce que ne fera jamais le secteur public même (ou surtout) en SSR. Enfin, il faut obtenir un financement complémentaire dans une enveloppe Merri pour nos structures et la valorisation des plateaux techniques dans leur composante matérielle, mais surtout humaine.

A. Yelnik

*Service de rééducation fonctionnelle,  
hôpital F.-Widal, AP-HP,*

*200, rue du Faubourg-Saint-Denis,  
75010 Paris, France*

*Adresse e-mail : [alain.yelnik@lrb.aphp.fr](mailto:alain.yelnik@lrb.aphp.fr)*