

# par EXPERIENCE

Eliane Conseil  
Santé Social

Lettre d'information d'Eliane Conseil - 2<sup>ème</sup> semestre 2010

## ACTUALITÉ

### Tarification à l'activité dans le secteur des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : vers une modification des modes de gestion ?

En référence à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui autorise l'expérimentation de nouveaux modes de financement des activités en SSR, et qui doit aboutir à la mise en place d'un modèle cible de tarification en 2012, les dirigeants des établissements concernés publics et privés sont invités à repenser leur organisation interne en fonction de leur activité.

## EDITO

Nous consacrons ce numéro au secteur des soins de suite, dont l'activité est réalisée par plus de 1600 établissements de santé en France\* (47% avec un statut public, 31% privé non lucratif, 22% privé lucratif). Il s'adresse à des patients en phase de réadaptation et de suivi thérapeutique à moyen terme (soins de suite polyvalents, médecine physique et de rééducation ciblée), avant leur retour à domicile ou leur placement en structure médico-sociale.

Aussi, ce secteur est confronté à des évolutions réglementaires majeures, telles que la réforme de son système de financement qui interviendra dès 2012 ; l'objectif est de l'harmoniser avec celui du court séjour hospitalier.

Dans ce contexte, les dirigeants des établissements concernés vont être invités à gérer leurs ressources en fonction de l'activité réalisée, et non plus en fonction de moyens accordés. Certains établissements ont déjà commencé à anticiper les effets de ces changements sur leur fonctionnement interne.

Dans cette lettre, deux établissements nous informent sur les politiques que l'on peut mettre en place pour s'adapter à cette évolution.

(\*) Sources : Statistiques Annuelles des Établissements de santé 2003, Observatoire FEHAP

Matthieu Guy-Grand  
Directeur d'Eliane Conseil

En effet, le modèle cible envisagé s'apparente à celui mis en application pour les activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) des établissements hospitaliers, avec quatre champs distincts : « Activité », « Missions d'Intérêt Général » (MIG), « Molécules et dispositifs onéreux », et « Plateau Technique Spécialisé » (PTS).

Concernant le champ « Activité », un modèle transitoire, basé sur un « Indice de Valorisation de l'Activité » (IVA), est en application, et représentait en 2009 2% des ressources des services SSR financés sous dotation annuelle de fonctionnement, et 0,5% des ressources des services SSR soumis à la tarification à la journée. Quant aux autres champs, la valorisation des activités médicales et paramédicales, ainsi que de celles générées par l'exploitation des équipements, restent à affiner.

Sans attendre la définition et la mise en place du modèle cible de tarification, il apparaît que ce mode de financement envisagé pour les activités SSR, risque de générer des tensions au sein des équipes professionnelles. En effet, la gestion des établissements concernés est globalement centrée sur les moyens à mettre en œuvre pour générer l'activité ; **elle va dorénavant devoir être réalisée en fonction de données prospectives d'activité et d'indicateurs de mesure de l'activité réalisée.**

Ceci est d'autant plus important à considérer que la mise en place de la tarification à l'activité dans les services MCO a accéléré les sorties des patients en hospitalisation aiguë et a généré, de ce fait, une augmentation du nombre de patients admis en service de SSR avec un état de santé fragile. **L'activité des équipes soignantes en SSR s'est donc accrue ces dernières années, notamment lors de la phase de début de prise en charge des patients.**

Au regard de cette évolution et du modèle tarifaire envisagé, **il devient alors nécessaire pour ces établissements de bien évaluer les besoins en effectif médical et paramédical en**

**fonction de l'activité projetée.** Ceci est notamment très prégnant pour les effectifs Infirmiers et Aides Soignants, qui constituent l'essentiel des équipes soignantes en SSR.

Cependant, au regard de l'hétérogénéité actuelle des soins réalisés dans les services SSR et des modes de financement associés, les impacts de la réforme sur l'organisation et la gestion seront divers selon les établissements :

- Pour les structures ayant un service SSR au côté d'activités MCO, USLD, EHPAD, et qui mutualisent des moyens matériels et humains entre ses différents services, les effets seront marginaux car les charges de fonctionnement se répartissent selon plusieurs sources de financement.
- Pour les centres SSR, spécialisés en médecine physique et de réadaptation, la pérennisation de leur activité dépendra des échelles de tarification des champs Activité et PTS, compte tenu de la complexité médico-sociale des patients pris en charge et des coûts importants de fonctionnement des plateaux techniques utilisés.
- Enfin, pour les services SSR financés sous dotation annuelle de fonctionnement, le management des équipes devra connaître une transition rapide vers un mode de gestion basé sur des flux de patients, selon différentes caractéristiques de prise en charge en soins.

**En somme, la réforme tarifaire envisagée doit donc permettre aux dirigeants et aux équipes soignantes des services SSR d'aménager leur organisation et leur gestion interne, sans compromettre la qualité des soins prodigués.** L'enjeu est donc de se saisir de cette opportunité dès à présent pour mettre en place progressivement une politique de gestion prévisionnelle des effectifs soignants en fonction de l'activité, plutôt que de subir les conséquences de la modification du mode de financement à venir.

Fabrice Catoire  
Consultant Eliane Conseil

## DOSSIER

### Entretien avec Mme Palladitcheff, Directrice Générale de l'hôpital La Musse (476 lits et 31 places d'ambulatoire, répartis suivant 3 Pôles SSR, financés sous dotation annuelle de fonctionnement)

#### Que pensez-vous du changement de réglementation ?

Pour certains administrateurs, le fait de passer d'un système de financement stable à une tarification à l'activité, ne met pas en péril les fondements de leur mode de gestion actuelle, alors que pour d'autres, cette transition annoncée est une source d'inquiétudes puisqu'il va falloir gérer des équipes avec des moyens financiers fluctuants.

Pour ma part, ce changement de mode de tarification pour les établissements gérant des activités de soins de suite et de réadaptation devrait être considéré comme une opportunité pour réfléchir collectivement, Direction et équipes soignantes, sur l'efficacité de nos organisations internes et de nos modes de gestion. Il s'agit notamment d'analyser en amont, et donc de manière prospective, les différentes typologies de patients pris en charge, ainsi que leur volumétrie, afin d'ajuster nos organisations et notre mode de management.

*Il s'agit notamment d'analyser de manière prospective les différentes typologies de patients pris en charge, ainsi que leur volumétrie, afin d'ajuster nos organisations et notre mode de management.*

#### Avez-vous évalué les impacts de cette nouvelle réglementation sur le fonctionnement de votre établissement ?

A ce jour, il nous est impossible d'évaluer les impacts financiers et de management sur chacun de nos trois Pôles d'activité, car le Ministère de la Santé n'a pas encore communiqué de manière officielle sur un modèle cible tarifaire en SSR, et ce malgré le mode de financement transitoire en cours d'expérimentation à l'échelle nationale. Toutefois, on peut d'ores et déjà penser que les établissements n'ayant pas des taux d'occupation importants de leurs lits et places, de l'ordre de 90%, seront pénalisés pour assurer une gestion souple de leurs équipes soignantes.

En ce qui nous concerne, nous sommes déjà inscrits dans une démarche d'amélioration continue de notre gestion interne, au sein de laquelle les responsables de Pôle (binôme Médecin, Cadre de Santé, avec délégation de responsabilité) négocient annuellement leurs objectifs avec la Direction Générale, à partir de l'élaboration de plans prévisionnels d'activités et de ressources à mettre en œuvre, puis en mesurant, à échéances régulières, leurs écarts par rapport aux activités réalisées. Ce fonctionnement permet notamment d'anticiper les besoins et d'ajuster les effectifs en personnel soignant, en ayant très peu recours à des contrats CDD et Intérimaires depuis près de quatre ans.

#### Quelle politique envisagez-vous de mettre en œuvre pour accompagner sa mise en place ?

Dans une logique d'optimisation de fonctionnement de chacun de nos Pôles, nous souhaiterions évaluer la pertinence pour les équipes soignantes de la mise en place d'une organisation conceptualisée à partir de la charge en soins des patients accueillis. Même si la charge de travail est relativement stable sur nos différentes unités (Peu de situations d'urgence sanitaire, taux d'occupation des lits et places stable sur l'année), nous réfléchissons en effet à la mise en place d'un système organisationnel basé sur des séquences de prise en charge des patients (ex : début, milieu, fin), et ce, quelque soit la pathologie diagnostiquée de ces derniers. En cela, le nouveau mode de financement envisagé par les pouvoirs publics est là encore une réelle opportunité en ce qu'il permet de développer une approche analytique de la charge de travail générée par les patients admis dans l'établissement.



## Entretien avec Mr Sadoine, Directeur Général des cliniques de la Mitterrie à Lomme et des Peupliers à Villeneuve d'Ascq (160 lits et places SSR, financés sous tarification à la journée)

### Que pensez-vous du changement de réglementation ?

Alors que la finalité de cette réforme nous apparaît juste et pertinente pour tendre vers une gestion des établissements SSR s'appuyant sur l'activité prévisionnelle et réalisée, ce changement de réglementation tarifaire envisagé par le Ministère de la Santé est perçu comme une contrainte administrative et financière. En effet, si la méthodologie de recueil dans la base PMSI est conservée pour le processus de facturation à venir, les données saisies par nos équipes devront être validées dès la sortie du patient, aussi bien pour des considérations de flux de trésorerie qu'en raison de la grande sensibilité du modèle aux effets de seuils des tarifs.

Par ailleurs, comme c'est le cas dans le secteur du court séjour hospitalier, il serait dommageable qu'une même structure de tarification à l'activité, pour le secteur public et le secteur privé SSR, se décline en deux échelles distinctes de tarifs. Ce système de « double » tarification à l'activité, accompagné du maintien

*Nous relevons les écarts entre les données saisies et les activités réellement produites, afin de sensibiliser les professionnels de santé sur le lien qui existe entre leur activité et les recettes de l'établissement.*

des enveloppes budgétaires MIG (dotations de financement ciblées pour des Missions d'Intérêt Général) dont l'utilisation par les établissements concernés demeure « opaque », peut générer des écarts importants de ressources entre les différents établissements, alors qu'une même recherche de qualité de prise en charge des patients est souhaitée. Un des axes de modernisation de ce projet de réforme tarifaire serait donc de supprimer les dotations MIG, et de donner davantage d'importance à l'échelle de tarification au séjour et à l'activité induite du patient pris en charge.

### Avez-vous évalué les impacts de cette nouvelle réglementation sur le fonctionnement de votre établissement ?

Compte tenu du secteur d'activité en SSR dans lequel nous évoluons (rééducation cardiovasculaire et respiratoire), nous prévoyons une baisse de recettes financières de fonctionnement pour nos établissements par rapport à la tarification à journée négociée à ce jour. Dans ce contexte, nous envisageons d'y faire face par des mesures telles que la réduction du nombre de séances de rééducation, l'augmentation du nombre de patients par séances collectives d'éducation thérapeutique.

Dans la mesure où notre masse salariale est peu flexible – nos emplois en interne sont stables dans leur grande majorité – nous étudierons le moment venu d'autres adaptations éventuelles nécessaires en termes d'organisation de nos activités, une fois l'échelle de coût établie et sa périodicité de révision définie, par le Ministère de la Santé.

### Quelle politique envisagez-vous de mettre en œuvre pour accompagner sa mise en place ?

Nous mobilisons actuellement les équipes soignantes pour coder précisément leurs actes dans le référentiel de recueil PMSI. Les médecins, les rééducateurs spécialisés, les infirmiers et les aides-soignants, saisissent directement leurs activités produites dans le logiciel PMSI. Nous relevons les écarts entre les données saisies et les activités réellement produites qui concernent le champ médical, mais aussi le champ d'accompagnement social, afin de sensibiliser les professionnels de santé sur le lien qui existe entre leur activité et les recettes de l'établissement. Cette approche analytique entre les produits variables d'un côté (l'activité) et les charges fixes de l'autre (la masse salariale et la gestion des équipements notamment), au sens comptable, permet de sensibiliser nos équipes professionnelles à cette réforme tarifaire à venir.



# PRATIQUE

## Comment évaluer la charge en soins des patients admis en SSR et pour quoi faire ?

Eliane Conseil est sur le point d'achever une mission d'évaluation de la charge de travail en soins médico-techniques et de nursing dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), en vue de pouvoir mener une politique de Ressources Humaines (RH) adaptée à l'évolution de cette charge.

Trois objectifs ont présidé à la mise en œuvre de la mission :

- accompagner l'établissement dans la mise en place et l'analyse d'indicateurs de charge en soins des patients suivis par les équipes infirmières (IDE) et aides-soignantes (AS) ;
- réaliser une analyse comparative entre la charge en soins observée et les ressources IDE et AS disponibles au sein de l'établissement ;
- élaborer un outil simple de prévision des RH nécessaires en fonction de l'évolution de l'activité observée.

Pour mener à bien cette mission, et enclencher sur des bonnes bases la phase de recueil des données d'activité auprès des patients pris en charge, nous avons procédé comme suit :

- réalisation d'une cartographie précise des différents types de patients pris en charge afin de pouvoir les classer en Groupes de Patients Homogènes (GPH), à partir d'un logiciel adapté (le logiciel Galaad® a été utilisé ici) ;
- sélection, pour chaque GPH, d'un échantillon de patients représentatif suivant différentes séquences de prise en charge (la difficulté consiste ici à trouver un volume compatible

avec la nécessité d'être représentatif d'une part, et de l'intégrer dans la charge de travail des professionnels qui saisissent les données d'autre part) ;

- détermination ex-ante, de manière précise, des types de tâches effectuées par les professionnels, y compris celles qui ne se rapportent pas directement au suivi des patients.

Une fois ces bases posées, le travail de recueil peut s'enclencher ; il consiste, pour les professionnels soignants, à identifier précisément – à partir de tableaux récapitulatifs des tâches – les temps consacrés par ces derniers au suivi des patients retenus dans l'échantillon.

Il s'ensuit une phase d'analyse des données en considérant les différentes séquences de prises en charges des patients pour chaque GPH, que l'on rapportera aux flux et profils pathologiques de patients observés dans l'établissement (données fournies par le DIM). L'objectif de la démarche consiste à calculer une charge en soins globale, par GPH, et donc du volume de personnels soignants nécessaires pour prendre en charge les patients en fonction des taux d'occupation prévisionnels de l'établissement par pathologie.

Les facteurs clés de succès de la démarche sont les suivants :

- des hypothèses de départ fiables et notamment la sélection d'un échantillon de patients représentant fidèlement l'ensemble des patients pris en charge ;

• la constitution d'un comité de pilotage représentatif dont le rôle est de présenter/communiquer autour de la démarche et ses objectifs en interne ;

• une très bonne implication dans la démarche des professionnels soignants qui saisissent les données auprès des patients (saisie, retranscription, lien entre les équipes soignantes lors des transmissions), sous-tendue par une bonne compréhension de ses objectifs et du cadre dans lequel elle s'inscrit ;

• une interprétation des résultats du recueil de données par les professionnels eux-mêmes, avec l'aide du consultant, afin de leur apporter un éclairage dynamique et prospectif.

Cette méthodologie permet donc, au final, de réaliser dans les établissements SSR, une estimation prévisionnelle des effectifs - salariés, intérimaires, vacataires, remplaçants..., en fonction de l'activité observée et projetée. L'établissement dispose ainsi au final d'un outil de simulation lui permettant de prévoir son organisation cible en fonction des flux et des profils pathologiques de patients admis, et de s'engager, dans un second temps, dans une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

**Fabrice Catoire**

*Consultant Eliane Conseil*

## RENDEZ-VOUS

### Petits déjeuners Débats Eliane Conseil

**5 octobre 2010 à Lille**

**22 octobre 2010 à Paris**

**« Quels impacts de la réforme de la tarification en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en matière de gestion d'établissement ? »**

#### Présentation :

Quels impacts de la réforme sur les établissements concernés ?

Comment réfléchir à une organisation interne adaptée ?

Comment communiquer vers les équipes médicales et paramédicales ?

Quels indicateurs opérationnels et financiers à suivre tout particulièrement ?

**Débat et échange avec les personnes présentes**