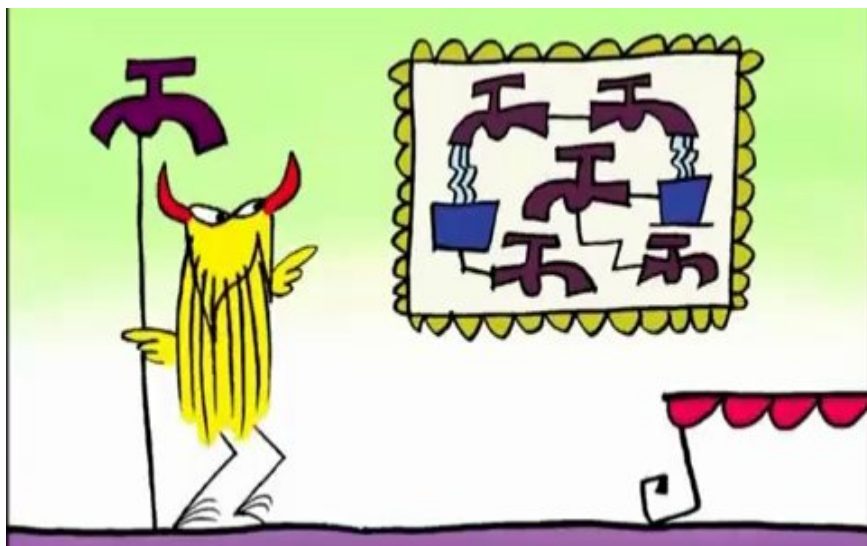


Dérégulation et « gains d'efficacité » à l'AP-HP

L'effondrement tranquille des Soins de Suite et de Réadaptation locomotrice et neurologique à l'AP-HP



Jean-Pascal Devailly

*Groupement des médecins de MPR des Hôpitaux Publics
(GMRHP) - 21 octobre 2012*

Ratios de rééducation

en équivalents temps-plein (ETP) et non en effectif présent au lit du malade

- En SSR-MPR (SSR locomoteur ou système nerveux)
 - Kinésithérapeutes et ergothérapeutes: 1,2 pour 30 lits

Soit moins de 10 mn de kinésithérapie par jour et par patient, par exemple en réadaptation post-AVC

- Orthophoniste = 1 pour 30 lits
- Diététicien et psychomotricien = 0,5 pour 30 lits
- En SSR gériatrique
 - Kinésithérapeutes : 1 pour 20 lits donc 1,5 pour 30 lits
 - Ergothérapie : 1 pour 30 lits
 - Orthophoniste : 1 pour 30 lits
 - Diététiciens : 1,6 pour 60 lits
 - Psychomotricien : 1 pour 30 lits
- Total ratio rééducation
 - 0,15 en MPR
 - 0,18 en SSR gériatrique et MCO gériatrique

Source du document AP-HP: « DRH/DEMP/EL/TD »

(Direction des ressources Humaines / Département des Effectifs Métiers et de la Prévision/ Service des effectifs et de la prévision)

Ratio cibles utilisés dans le cadre du chiffrage du Nouveau Rothschild (2/2)

Ratio des services de soins avec les organisations de travail prévues pour les SSR MPR et gériatriques

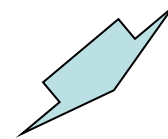
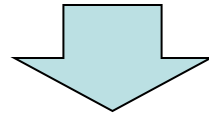
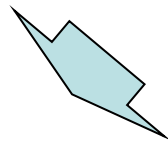
- IDE
 - 1 pour 16 lits, matin et après-midi
 - 1 pour 30 la nuit
- Aides-soignants
 - 1 pour 8 lits le matin
 - 1 pour 10 l'après-midi
 - 1 pour 32 la nuit
- Psychologue 1 pour 60 lits
- Cadre infirmier 1 pour 40 lits
- Assistant Socio-Educatif 1 pour 60 lits vs 1 pour 40 en gériatrie
- **Total ratio soins hors cadres de santé: 0,95**
Même ratio en SSR-MPR et en SSR gériatrie

Source du document AP-HP « : DRH/DEMP/EL/TD »

*(Direction des ressources Humaines / Département des Effectifs Métiers et de la Prévision/
Service des effectifs et de la prévision)*

Des ratios actuels aux ratios cibles dits « Nouveau Rothschild » (RNR) en SSR*

Ratios actuels. Exemple de temps moyen de masso-kinésithérapie:
20 minutes par jour ouvré et par patient en MPR post-AVC à Rothschild
Recommandations: 1h par jour de masso-kinésithérapie au minimum



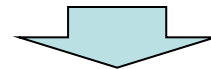
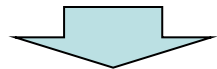
Ouverture de lits de MPR ou autres SSR supplémentaires à moyens quasi constants dans les limites des **ratios nouveau Rothschild** (RNR) en utilisant l'effectif soignant des SSR déjà existants

Transfert d'unité SSR avec réduction systématique des effectifs (suppression d'un tiers environ)

Absence de prise en compte des recommandations professionnelles

Tableau des emplois dérégulé et sans garde-fou + Freins multiples et inertie aux recrutements
→ diminution des emplois rémunérés (ETPR) d'où réduction du TPER + Seuil de remplacement par intérim encore plus bas que les ratios RNR

Fabrique du handicap!



Atteinte progressive de ratios cibles dits « Nouveau Rothschild »
Moins de 10 minutes par jour de masso-kinésithérapie en MPR

*SSR-MPR système nerveux, locomoteur et SSR gériatrique

ETPR = état des temps pleins rémunérés

TPER = tableau prévisionnel des emplois rémunérés

L'exemple de la masso-kinésithérapie à l'AP-HP

| | |
|---|--|
| <p>Plateau technique d'une unité de MPR polyvalente en Ile-de-France. Drassif 1996</p> | <p>Effectif présent au chevet du patient 1 kinésithérapeute pour 8 patients 5 jours /7 ; 1 pour 30 lits le samedi</p> |
| <p>Ratios en MPR à orientation neurologique Rapport AVC ARHIF 2002</p> | <p>1 kinésithérapeute pour 8 malades pris en charge 5 jours /7 (plus 1 pour 30 lits le samedi et éventuellement le dimanche et les jours fériés)</p> |
| <p><u>La prise en charge des affections du Système Nerveux de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation</u> Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR <u>Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS</u> 23/9/06</p> | <p>Kinésithérapeute : 1 pour 6 à 7 patients 5 jours/7 ; 1 pour 30 lits le samedi. Selon les structures, une garde le dimanche et jours fériés doit être assurée ; 1 moniteur cadre si la capacité d'hospitalisation est de 30 lits ou plus.</p> |
| <p><u>La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation</u> Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR <u>Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS</u> 23/9/06</p> | <p>Kinésithérapeute : 1 pour 6 à 7 patients 5 jours/7 ; 1 pour 30 lits le samedi. Selon les structures, une garde le dimanche et jours fériés doit être assurée ; 1 moniteur cadre si la capacité d'hospitalisation est de 30 lits ou plus.</p> |
| <p>Ratios cibles du siège AP-HP applicables en SSR-MPR et gériatrie</p> | |
| <p>Ratios préconisés pour le « nouveau Rothschild » Source du document «DRH/DEMP/EL/TD » (Direction des Ressources Humaines / Département des Effectifs Métiers et de la Prévision/ Service des effectifs et de la prévision)</p> | <p>En SSR-MPR (locomoteur ou système nerveux): 1,2 kinésithérapeutes pour 30 lits; En SSR gériatriques 1 kinésithérapeute pour 20 lits, soit 1,5 pour 30 lits</p> |
| <p>Ratios AP-HP comparaison avec les SSR pneumologiques</p> | |
| <p>Ratios pour les futurs SSR pneumologiques de la Pitié et de Bichat</p> | <p>4 kinésithérapeutes pour 20 lits</p> |

Une disparité incompréhensible dans les ratios...

Comment cela a-t-il été possible?

- Une absence systématique de prise en compte des recommandations professionnelles
- Le postulat français, appliqué de façon très hétérogène selon les régions, qu'il ne doit plus y avoir de SSR dédiés à la "réadaptation spécialisée" où **les malades sont admis pour des programmes spécifiques de réadaptation et doivent bénéficier de soins quotidiens multidisciplinaires et intensifs***
- L'exclusion systématique des disciplines structurantes des SSR, comme la MPR, des groupes de travail qui ont déterminé les ratios et les indicateurs de performance
- Est-ce l'organisation que nous voulons pour l'accessibilité à des soins de réadaptation de qualité?
- Peut-on espérer une divine surprise des visites de conformité des ARS?

**décrets de 2008, en contradiction flagrante avec les recommandations sur la réadaptation des AVC, blessés médullaires et traumatisés crâniens*

Recommandations professionnelles - Rapport AVC

Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile de France 2002 (1/3)

Recommandations concernant les moyens humains en services de MPR à orientation neurologique

Personnel médical

- Deux équivalents temps plein (ETP) dont au moins un qualifié en MPR (plus un par tranche de 30 lits supplémentaires).
- Ce chiffre ne comprend pas les internes, ni les consultants externes (psychiatre, neurologue, ...)
ni les médecins MPR nécessaires pour des missions externes au service, ni les besoins nécessaires pour assurer la continuité des soins (week-end et jours fériés, nuit).

Note: Pour les CHU rappelons ici que la MPR est la seule discipline qui exerce quasiment toutes ses activités cliniques de soins (y compris spécifiques ou très spécifiques), de recherche et d'enseignement dans le cadre des SSR.

Personnel non médical (effectif réellement présent au chevet du patient)

Personnel Soignant

- 1 cadre soignant (1 cadre supérieur au-delà de 30 lits)
 - **De jour, matin et après-midi pendant la semaine**
 - 2 infirmiers diplômés d'état,
 - 3 aides soignantes,
 - 1 brancardier le matin,
 - 1 agent hospitalier le matin,
 - Pour un service de rééducation neurologique il conviendrait d'ajouter 1 infirmier et 1 aide soignant.
 - **En week-end et jours fériés pendant la journée**
 - 1 infirmier diplômé d'état
 - 2 aides soignantes
 - 1 agent hospitalier
 - **De nuit**
 - 1 infirmier diplômé d'état
 - 1 aide soignante
 - 1 agent hospitalier
- Pour mémoire: pour obtenir l'effectif réel nécessaire il faut totaliser les équipes de jour et multiplier le chiffre par 1,8 (pour les équipes de nuit le coefficient multiplicateur est de 2,5). (Note: avant RTT)
- **Pour l'ensemble des locaux techniques pendant leur fonctionnement:**
 - Agents hospitaliers ou brancardiers pour l'aide à la manutention des patients

Recommandations professionnelles

Rapport AVC ARHIF 2002 (3/3)

● **Rééducateurs**

- 1 cadre masseur kinésithérapeute à partir de 30 lits
- Masseurs kinésithérapeutes: 1 pour 8 patients 5 jours sur 7
(plus 1 pour 30 lits le samedi et éventuellement le dimanche et les jours fériés)
- Ergothérapeutes: 1 pour 15 patients 5 jours sur 7
- Orthophonistes : 1 pour 10 patients 5 jours sur 7

● **Autres personnels**

- Psychologues: 0,5 ETP
- Neuro-psychologues: 0,5 pour 30 lits 5 jours sur 7
- Travailleurs sociaux: 1 pour 30 lits 5 jours sur 7
- Secrétaire médicale: 1 pour 30 lits 5 jours sur 7
- Autres (diététiciens, pédicures podologues, psychomotriciens, orthoptistes, orthésistes prothésistes, éducateurs spécialisés, AMP, agents chargés de l'insertion, ...) : en fonction des nécessités des patients et des orientations du service.

Recommandations professionnelles

Conditions techniques de fonctionnement en MPR*

- 1. Plateau techniques d'une unité de MPR polyvalente en Ile-de-France
[Document Drassif 1996](#)
- 2. Extrait du rapport AVC 2002 = ARHIF
[Effectifs pour une unité de MPR à orientation neurologique](#)
- 3. Cahiers des charges [ARHIF](#) - [Révision des SROS 3](#) - [Cahiers des charges et volet SSR 2009](#)
- 4. Propositions de la Fedmer 2006
 - La prise en charge des affections du Système Nerveux de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS 23/9/06
[SSR « système nerveux »](#)
 - La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Annexe à la synthèse des travaux du groupe de travail relatif aux SSR Proposition FEDMER-SOFMER pour le groupe SSR DHOS 23/9/06
[SSR "locomoteur"](#)

**Chaque discipline d'exercice doit produire ses recommandations*

Propositions

- Reconnaissance du rôle structurant des disciplines médicales des SSR, dans les soins, la recherche et l'enseignement
- Articulation harmonieuse de la mission de soins spécifiques hospitaliers (de MPR, de gériatrie...) et d'intermédiaire dans la "filière" amont-aval
- Participation des disciplines structurantes aux processus de décision et d'information, en termes d'organisation des soins et d'analyse médico-économique, aux différents niveaux de gouvernance
- Reconnaissance des besoins de réadaptation de la population, tant au niveau national que dans les SROS PRS, et articulation avec les politiques publiques du handicap.

Présentation des recettes du CREA* d'un pôle, par unité

| | Unité 1 | U. 2 | U. 3 |
|--|---------|------|------|
| Titre 1 Produits versés par l'assurance maladie <u>Produits de la tarification des séjours:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Groupes Homogènes de Séjour, • Produits des médicaments facturés en sus des séjours, • Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours, • etc. | | | |
| <u>Forfait annuels:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Urgences, • Dotation annuelle financière (DAF en SSR et psychiatrie), Rappel: modulation de la DAF SSR de 5 % par les ARS par l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA), possible en interne aux établissements mais opaque) • MIGAC: <ul style="list-style-type: none"> • MIG, • MERRI variables, • MERRI fixes • MERRI modulables • Aides à la contractualisation | A | B | C |
| Produits des activités faisant l'objet d'une tarification spécifique: CS et actes externes (forfaits techniques, CCAM et NGAP) | | | |

Répartition de la DAF SSR par unité clinique (Quelle clé de répartition?)

La DAF SSR de l'AP-HP est "bloquée"
 Outre les "gains d'efficience" que cela implique, toute activité nouvelle doit se créer au dépens des autres

*Compte de résultat d'exploitation analytique

CREA (suite)

Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière

- **Produits de la tarification en hospitalisation complète non prise en charge par l'assurance maladie**
- **Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non prise en charge par l'assurance maladie**
- **Produits de prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie:** forfaits journaliers MCO, SSR, psychiatrie
- **Produits des prestations de soins délivrés aux patients étrangers non assurés sociaux en France** (payants hors sécu, tarifs par convention entre ARS et hôpitaux)
- **Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement**

Titre 3 – Autres produits

**Recettes indirectes (prestations inter-Pôles)
actes de labo, anesthésie, actes d'imagerie, autres actes (EF, blocs,
rééducation, consultations)**

Pensez à demander les CREA détaillés de votre pôle, parfois en annexes des contrats, le TPER et le suivi de l'EPRD.

Pour l'AP-HP, de nombreuses données sont accessibles sur OPALE mais il faut demander un code et l'accès au module de requête. Sinon, les cadres administratifs de pôle y ont accès.

Note sur l'IVA

- l'IVA (Indicateur de Valorisation de l'Activité) fondé sur le PMSI-SSR module à 5% seulement la Dotation Annuelle Financière SSR (rôle de l'ARS)
- A partir de l'arrivée de la DAF au siège, rien n'est transparent sur la modulation par le siège, ni sur la clé de répartition.
- L'IVA est reconnue par les fédérations et les professionnels comme une classification non médicalisée, très "lissante" et incapable de valoriser des prises en charge de réadaptation intensives et complexes. Elle est pourtant utilisée par le siège de l'AP-HP comme indicateur de performance sans aucune concertation avec les spécialistes du champ des SSR

Sources

Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH__BOS_2011-3.pdf

Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CRÉA)

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Comptabilite_analytique_oct2006.pdf

ENC SSR Données 2011 : Guide méthodologique, documentations techniques et liste traceur

<http://www.atih.sante.fr/?id=000B900005FF>

Qui ne gueule pas la vérité dans un langage brutal quand il sait la vérité se fait le complice des menteurs et des faussaires." Charles Péguy