

Jean-Pascal Devailly*, Laurence Josse**

*Program-based case-mix classification system vs. per-diem based system in post-acute care:
which model for financing Rehabilitation?*

*Jean-Pascal Devailly. Praticien Hospitalier. Unité de Médecine Physique et de Réadaptation Bichat Claude Bernard - Groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Nord-Val de Seine 46 rue Henri Huchard, 75877 PARIS Cedex 18
Tél. 01 40 25 79 61 - Mobile: **06 60 65 25 51**
Courriel : jpdevailly@gmail.com

**Laurence Josse. Cadre paramédical du pôle MPR et Gériatrie
Hôpital Rothschild. 5 rue Santerre 75571 Paris Cedex 12
Tél. : 01.40.19.36.07.
Courriel : laurence.josse@rth.aphp.fr

Résumé : Le modèle définitif de tarification à l'activité (T2A) en soins de suite et de réadaptation (SSR) n'est toujours pas connu. Si la T2A en court séjour s'inspire des *Diagnosis Related Groups* (DRG) de Fetter, le PMSI-SSR est une invention française fondée sur le modèle des *Resource Utilization Groups* (RUG). Ceux-ci, issus des longs séjours américains, sont aussi à l'origine des Groupes Iso-Ressources (GIR) utilisés dans le secteur médico-social. Alors qu'aux USA et dans de nombreux pays un secteur post-aigu de réadaptation est identifié et bénéficie d'un financement spécifique et distinct de celui du secteur des soins subaigus justifiant un hébergement temporaire, la France a choisi une classification commune.

La disparition de la segmentation entre réadaptation fonctionnelle et soins de suite, voulue par les décrets de 2008, entraîne une profonde ré-ingénierie des SSR. La pertinence du choix de la journée pondérée comme fondement du PMSI en SSR face à l'impact d'une telle classification lors du passage à la T2A en SSR est confrontée à la littérature internationale. Les risques de pertes de chances sont envisagés dans le contexte de la concurrence encadrée instaurée à toutes les étapes de la chaîne de soins. Une réadaptation accessible ne sera préservée que par une classification des groupes de patients identifiant la complexité médicale des programmes requis et la consommation de ressources attendue. Le coût relatif du traitement doit être comparé à une moyenne dans une échelle des coûts garantissant la faisabilité de programmes de réadaptation conformes aux données de la science.

Mots clés : Réadaptation, soins de suite et de réadaptation, tarification à l'activité, classification *case-mix*, différenciation, intégration

" Aucune nation n'aime à considérer ses malheurs comme ses enfants légitimes." Paul Valéry

Introduction

En 1991, année de leur création, les soins de suite et de réadaptation (SSR), entité administrative recouvrant le secteur des soins post-aigus en France, réunissaient environ quatre-vingts disciplines d'équipement. Ils forment une mosaïque d'activités de soins d'une extrême diversité, englobant des populations beaucoup plus vastes que dans la plupart des pays étrangers comparables. Ce polymorphisme engendre une difficulté majeure pour concevoir une organisation et un financement qui répondent aux contraintes souvent contradictoires de l'accessibilité aux soins, de leur qualité et de l'efficacité économique.

La puissance publique a profondément réformé en 2008 les conditions d'implantations et les conditions techniques de fonctionnement des SSR, situés au carrefour des soins curatifs et du secteur de l'action sociale et médico-sociale¹. Après la suppression de la distinction entre secteur de la « rééducation fonctionnelle » et celui des soins de suite, dans l'attente du difficile accouchement de la future tarification à l'activité (T2A) en SSR, l'inquiétude des professionnels s'accroît face aux comportements d'anticipation qui président aux restructurations induites par ces réformes. A ceux-ci s'ajoutent les effets directs de la tarification en aigu et celui des enveloppes fermées. Les tutelles ne parviennent pas à élaborer un modèle cohérent de rémunération du service médical rendu². Le risque encouru est la réduction de l'accès à des programmes spécifiques de réadaptation³ et une baisse de la qualité des soins par lissage mécanique du financement des programmes médicalisés de réadaptation intensive et complexe. Les SSR doivent pouvoir conjuguer lors des suites de soins aigus, rééducation fonctionnelle et réadaptation sociale, quelles que soient les pathologies et à n'importe quel âge. C'est aussi la question de la sortie de la réadaptation du panier de soins et de la solidarité nationale qui est posée⁴.

1 Le financement à l'activité en soins post-aigus

Nous n'évoquerons pas ici les différents "compartiments" compensateurs, coûts fixes de structure, médicaments et dispositifs onéreux, hôpitaux académiques, missions d'intérêt général, ajustements géographiques etc. qui accompagnent les financements à l'activité et qui sont autant de garde-fous, réels ou supposés, mais toujours à l'intérieur d'enveloppes globales fermées (en France l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

Les SSR : lieux de soins ou lieux de vie temporaires?

Dans les modèles internationaux deux finalités principales bien distinctes structurent l'organisation des secteurs post-aigus et mettent en tension différenciation et intégration des soins.

La première est une finalité de soins spécifiques en réponse à des problèmes cliniques. Chaque patient doit avoir accès en temps opportun aux prestations de réadaptation que son état requiert au regard des données probantes. La finalité est l'augmentation de l'autonomie fonctionnelle et sociale. Ce principe est générateur de différenciation horizontale et de graduation des soins. Les patients nécessitent des temps quotidiens de rééducation très importants (entre trois et cinq heures pour la commission d'accréditation américaine) ainsi qu'une surveillance médicale spécialisée, en hospitalisation complète ou à temps partiel. Ils relèvent donc de champs de compétences médicales de réadaptation. Cet « idéal type » favorise une préférence pour les systèmes de tarification fondés sur des profils de besoins

proches répondant à des critères de prise en charge précis en termes de problèmes cliniques et de ressources prévisibles. Ce choix a été fait aux USA lors de la mise en oeuvre du paiement prospectif à l'activité⁵. Le financement des structures de réadaptation ou *Inpatient Rehabilitation Facilities*, a été mis en oeuvre en 2002 en s'inspirant des *functional related groups* fondés sur la mesure de l'indépendance fonctionnelle (*FIM-FRG*)⁶. Il a été séparé de celui des soins subaigus, l'équivalent des soins de suite ou *Skilled Nursing Facilities (SNF)*, mis en place dès 1998, fondé sur les *resource utilization groups (RUG)*⁷. Pour les soins à domicile (*Home Health Agency*) il était mis en place en 2000.

La seconde est une finalité d'hébergement médicalisé en attente de réinsertion.

C'est la faiblesse des réseaux de soutien et le volume de dépendance aux soignants qui justifient une hospitalisation prolongée plutôt qu'une prise en charge ambulatoire ou au domicile⁸. Ce type d'hospitalisation temporaire en attente d'insertion est conditionné par un souci d'efficacité économique et de fluidité en aval de l'aigu. Le secteur des SSR est conçu comme le « poumon » des filières de soins⁹ et il est contraint par les règles du jeu financières et organisationnelles de l'aigu rappelées dans les décrets d'avril 2008 : « Diminution des DMS en court séjour au profit de prises en charge de plus en plus techniques. ».

La prise en charge d'aval est conçue par segmentation du séjour aigu et transfert de soins et de charges vers le secteur post-aigu, pour des hospitalisations qui ne sont plus pertinentes en soins aigus mais restent justifiées pour soins continus, accompagnement de la dépendance, et optimisation de la sortie. La finalité « idéale-typique » est l'autonomie sociale. La spécificité des soins étant secondaire, les filières sont différenciées en « flux poussés » depuis l'aigu selon une logique de pathologies causales et de populations « vulnérables ». L'intégration se fait d'autant plus « verticalement » à partir de l'aigu, que le nombre des hospitalisations non programmées et la pression budgétaire augmentent alors même que les parcours de soins sont freinés par la fragmentation socio-sanitaire. Ce mode de fonctionnement se rapproche d'un « lieu de vie » avec soins, dans une confusion certaine avec le secteur médico-social, à l'heure où un rapport de l'IGAS envisage des reconversions vers ce dernier secteur de structures sanitaires¹⁰. Il favorise une préférence pour un financement à la journée pondérée (type RUG).

Démantèlement des réseaux sociaux et évolution des déterminants de l'hospitalisation

Escaffre et Odier évoquent les contradictions entre d'une part une vision trop curative des missions assignées à l'hôpital dans les systèmes de tarification, et d'autre part l'évolution des déterminants de l'hospitalisation¹¹. Le recours à l'hospitalisation, quelle qu'en soit la forme, augmente de façon massive avec la dépendance fonctionnelle des malades et l'affaiblissement du réseau de soutien social. Ces déterminants de santé complexes interfèrent avec les prises en charge standard définies par les classifications *case-mix*, qui, du fait même de leur conception, y restent aveugles. Pire, ces données limitées servant à la planification sanitaire, nuisent d'autant à un diagnostic partagé en termes de prévention du handicap. L'analyse des priorités dans la planification sanitaire et sociale est ainsi bridée par des heuristiques de disponibilités qui alimentent autant de boucles auto-référentielles.

La recherche d'un modèle unifié pour les soins post-aigus

Dans la réalité, les situations requérant des SSR sont toujours hybrides dans des proportions variables au cours du temps, pour les malades, et selon les activités. C'est la volonté de ne pas créer deux populations distinctes, avec les risques de pertes de chance que pourrait induire une telle dichotomie, qui fait rechercher dans différents pays un système uniforme de données pour les soins post-aigus, à la fois pour les structures de réadaptation intensive et pour celles où les soins post-aigus de réadaptation sont moins intensifs¹². Cela

n'implique pas un modèle de tarification unique. Les travaux canadiens identifient le financement de programmes spécifiques pour les patients à faible tolérance à la réadaptation et nécessitant des hospitalisations prolongées (*low tolerance long duration rehabilitation*)¹³. La complexité des situations réelles incite à réunir dans les établissements autorisés en SSR des capacités d'un volume suffisant et des activités diversifiées, favorisant la combinaison des compétences et l'attractivité pour les professionnels.

Graduation, différenciation et intégration des soins

Ces situations « idéales typiques » permettent de mieux comprendre les logiques de différenciation dans l'organisation et les préférences en matière de tarification. Pour Mintzberg, les unités d'un établissement de soins sont structurées à la fois par "fonction" et par "marché"¹⁴. Plus la différenciation est marquée et plus elle doit être associée à de puissants mécanismes d'intégration¹⁵ reposant pour partie sur l'efficacité des mécanismes de liaison. Pour les structures de réadaptation médicale en post-aigu, une organisation différenciée et intégrée à la mesure des besoins doit assurer une couverture géographique des territoires en même temps qu'une graduation des niveaux de soins. Le Centre Fédéral d'Expertise belge montre l'exemple d'une telle organisation pour la « réadaptation locomotrice et neurologique »¹⁶.

2 La situation française

Le système de classification du PMSI-SSR.

En court séjour comme en SSR, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un outil médico-économique de description et de mesure de l'activité hospitalière.

Si le PMSI en court séjour a été construit sur la base de la classification DRG américaine, au contraire, la classification du PMSI-SSR, introduite en 1998 a été élaborée spécifiquement à partir de l'analyse de l'existant et en concertation avec un certain nombre d'experts des différents secteurs des SSR ou en matière de système d'information. En SSR, le recueil standard d'informations administratives et médicales est basé sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) décrivant les patients et les prises en charge, et sur une classification médico-économique de groupes iso-ressources (GIR), les Groupes Homogènes de Journées (GHJ). Ce système de tarification est inspiré des RUG¹⁷. Les RUG sont issus des établissements de long séjour américains. Ils ont fortement influencé l'élaboration des GIR promus par les milieux gérontologiques¹⁸. Un article de Holstein explique le choix des RUG ainsi que le renoncement concomitant, justifié par l'hétérogénéité des disciplines et structures concernées, à identifier les logiques spécifiques des disciplines SSR dans la construction du modèle¹⁹.

Le PMSI-SSR intègre le diagnostic, les actes médicaux et une mesure de dépendance comme dans le FIM-FRG. Il diffère cependant du FIM-FRG car il aboutit à une classification à la journée pondérée. Il comprend 2 sortes d'informations : la description du patient par la dépendance et le diagnostic et une mesure de consommation de ressources, le Catalogue des actes de rééducation et réadaptation (CDARR). La population prise en compte est beaucoup plus large que celles des systèmes américain ou australien. Elle incluait avant la réforme de 2008 les structures de réadaptation (« rééducation fonctionnelle ») qui correspondaient au champ américain de *rehabilitation*, la gériatrie, les soins palliatifs, les attentes de placement, l'alcoologie, la pédiatrie, etc. La psychiatrie et les longs séjours en restent exclus.

L'instrument de mesure RHS décompose le diagnostic en plusieurs parties: la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale (l'incapacité, ex: hémiplégie), l'affection étiologique, facultative (ex: accident vasculaire cérébral), et les diagnostics associés significatifs.

La classification initiale est structurée en deux phases comme dans le FIM-FRG²⁰:

- groupement selon le diagnostic dans des catégories majeures cliniques (CMC),

- groupement selon la dépendance et les ressources à l'intérieur de chaque CMC,

Les classes résultantes sont les Groupes Homogènes de Journées (GHJ).

A l'inverse de la démarche française, aux USA, où l'on cherchait à mettre en place depuis les années quatre-vingt-dix un paiement prospectif en soins post-aigus, les autorités en charge de *medicare* et *medicaid* avaient fait des choix radicalement différents.

La journée pondérée : un choix inapproprié pour le financement de la réadaptation ?

Le choix du modèle des RUG et de la journée pondérée pour les SSR est compréhensible dans le contexte de l'époque de la création du PMSI-SSR. Le modèle des DRG de Fetter était fortement rejeté par les SSR. Une T2A "au séjour" effrayait face à l'incertitude pesant sur les durées de séjour et à ses possibles effets de sélection, de réduction de la qualité des soins et de transferts de charge. De plus, la fragmentation entre soins et social aboutissait déjà à des séjours très prolongés voire à des impasses hospitalières²¹. Pour autant, ce modèle aurait eu le mérite d'intégrer en partie la logique médicale. L'espoir sous-jacent de préserver une certaine logique de remboursement à hauteur de la mesure de l'activité laissait enfin espérer un avantage à mesurer au fil de l'eau la consommation des ressources.

Les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), spécialité récente, souhaitaient montrer leur spécificité en favorisant la reconnaissance des actes de rééducation-réadaptation incluant les actions de réinsertion sociale, scolaire, et professionnelle. Le "coût direct moyen d'une journée" constituait la "variable à expliquer" dans l'analyse statistique de la base de données mobilisée pour élaborer l'outil (Bélliard, Pignier)²². Le choix du modèle de la journée pondérée a été privilégié même s'il peut aujourd'hui paraître inconséquent au regard de la réforme de 2008 qui a suivi.

Réforme des autorisations et disparition des autorisations en «rééducation fonctionnelle»

A l'hétérogénéité des SSR qui explique en partie le choix initial des GHJ, vient s'ajouter la réforme des autorisations SSR. Celle-ci rend simultanément invisible la logique différenciation et de graduation géo-démographique des programmes cliniques qui préside presque partout dans le monde à l'organisation et au financement de la réadaptation. Le nouveau système d'autorisations de 2008 avec la reconfiguration des unités de SSR spécialisées par les Agences Régionales de Santé ne garantit plus les conditions techniques de fonctionnement des anciennes structures autorisées en « rééducation fonctionnelle ». Ce vice de construction initial de l'organisation et du financement risque d'entraîner dans un cercle vicieux d'asphyxie le financement des activités de réadaptation spécifiques. Les nouvelles autorisations sont conçues avant tout pour la fluidification en aval de l'aigu et les cahiers des charges n'apportent guère de garde-fous en terme de moyens. Les cliniciens sont confrontés à l'émergence du Nouveau Management Public avec ses armes de destruction massive contre les "bureaucraties professionnelles" au sens de Mintzberg²³. La réorganisation des SSR se fait en fonction de logiques financières largement orientées par la gestion de la survie aux règles de la future tarification. Les normes s'effacent devant les indicateurs de performance. Cette gestion est aujourd'hui pilotée selon une réorganisation de type divisionnelle des

établissements²⁴, restructurés par "centre de coûts", les pôles d'activité, dans une perspective de standardisation des résultats.

Cette gestion guidée par les risques financiers est d'autant plus aveugle aux contraintes des organisations soignantes que dans ce nouveau modèle, les besoins de réadaptation ne sont plus identifiés en tant que tels au sein des priorités de santé publique des SROS-PRS²⁵.

"Modèle transitoire". Les impasses de l'indicateur de valorisation de l'activité. Incertitudes sur le "modèle cible »

Le document relatif à la modélisation des coûts en SSR et à la construction de l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA)²⁶, publié par l'ATIH en 2009, décrit le travail de classification préluant à la tarification. Il reprend les principales critiques internationales relatives à l'application de la classification à un champ trop polymorphe pour pouvoir s'appuyer sur un modèle déjà éprouvé. Le PMSI SSR, « création entièrement nouvelle par les experts français », n'est guère prisé ni compris à l'étranger, qu'il s'agisse du rapport vaudois de N. Jeanprêtre²⁷ ou de l'analyse du centre fédéral d'expertises belge²⁸. Il est fortement contesté et par les experts de la classification et par les praticiens. Les critiques majeures tiennent à la définition extensive de la population à classer. Contrairement aux principes et aux finalités de la démarche *case-mix*, l'instrument mêle des aspects de description du patient et des aspects de ressources consommées. Il est peu spécifique et sa capacité prédictive est faible. Le système est alourdi par le relevé hebdomadaire des actes de rééducation-réadaptation dont la liste est en cours de refonte. Les actes sont valorisés dès lors qu'ils sont réalisés mais ne sont pas intégrés dans des programmes qui en justifient la pertinence médicale. Rien ne peut assurer que la consommation de ressources, mesurée par une telle juxtaposition d'actes, ait le moindre sens tandis que les incitations à la productivité se renforcent. Enfin, la grille de dépendance est loin de posséder les qualités de la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) ou de l'index de Barthel.

Le document de l'ATIH révèle ensuite une trop grande variabilité des coûts moyens d'un même GHJ dans l'échelle nationale des coûts (ENC) relative à l'activité de 2000 et 2001. Mais le temps apparaît compté pour les experts et il faut faire vite pour répondre à la commande des autorités. Le modèle du PMSI français ne sera donc pas remis en cause malgré les réserves sur le modèle: *"Ces limites liées essentiellement au principe des GHJ (sic) ne remettraient pas en cause la possibilité d'utiliser les données de coûts recueillies."*²⁹

La souricière cognitive s'étant refermée, le reste du document décrit la construction d'un modèle dit "additif" fondé sur un travail statistique d'explication de la variabilité des coûts journaliers: "modélisation en modèle multivarié de régression linéaire". Dans les modifications du groupage, *"la composante médicale (sic) de l'arbre de décision en GHJ, basée sur le regroupement des morbidités en catégories majeures cliniques (CMC), puis au sein d'une CMC en Groupes de Morbidités Dominantes, a été conservée."*

L'analyse du risque financier par les tutelles et par des directions fondée sur l'IVA a des effets désastreux. Elle efface la spécificité, l'intensité et la complexité des prises en charge de réadaptation médicale lourde pour ne valoriser que la diversité d'actes professionnels juxtaposés, dont la pertinence au regard des coûts n'est garantie par aucune logique de résolution de problèmes cliniques. Ainsi, selon l'IVA, pour la rééducation du langage après accident vasculaire cérébral, cinq minutes d'orthophonie sont valorisées comme cinq heures. L'effet de lissage est garanti en dépit des besoins réels.

Le modèle transitoire ne sera pas le modèle définitif dont personne ne voit encore bien les contours. Force d'inertie des grands projets, dictature de l'urgence et effet Pygmalion rendront difficile la remise en cause du modèle par ses propres créateurs.

3 Perspectives pour une meilleure intégration des parcours de soins

Le difficile accouchement de la T2A en SSR. Vers un nouveau modèle de financement de la réadaptation ?

Dans l'attente de la future tarification et face à l'incertitude de pouvoir garder leurs autorisations spécialisées, les structures de médecine de réadaptation encore viables sont aujourd'hui au rouet. Le caractère hybride du PMSI-SSR interdit de construire un modèle coût-qualité répondant à leurs impératifs cliniques. Le maintien d'un système de réadaptation efficace, juste et accessible ne peut faire l'économie d'une révision drastique du modèle du PMSI-SSR et de la tarification qu'il sous-tend.

Un financement au séjour pourrait mieux répondre à une logique médicale de prise en charge par problèmes cliniques. Une classification *case-mix* doit respecter à la fois une cohérence médicale et économique dans la construction de groupes homogènes. Le PMSI-SSR ne permet pas de rendre compte de la diversité des motifs réels d'hospitalisation en SSR notamment dans les dimensions médico-sociales qui compliquent la sortie³⁰.

Les disciplines d'exercice de la réadaptation médicale telles que la MPR doivent pouvoir conserver une organisation capable de répondre à des besoins de réadaptations spécifiques et très spécifiques. Elles doivent plaider comme l'étranger pour une classification "au programme", fondée sur des *case-mix* groups définissant des "profils de soins" relevant de programmes médicaux similaires, adossés à de solides mécanismes compensateurs relatifs à la complexité bio-psycho-sociale des patients.

La tarification à la journée pondérée, de son côté, a l'avantage, comme en médico-social, d'analyser les besoins des patients pour y faire correspondre des groupes homogènes de journées. Moins médicale et en apparence plus sociale, cette approche peut laisser espérer une allocation des ressources moins inégale quand l'impact de la dépendance fonctionnelle et de la complexité sociale sur les prises en charge standard et les durées de séjour n'est pas capté. Mais le PMSI SSR ne capte guère plus la complexité psycho-sociale que le PMSI en soins de courte durée³¹.

Vers un financement par programmes cliniques ?

L'organisation et le financement doivent préserver une graduation territoriale fondée sur la complexité des soins de réadaptation. Une réforme de l'actuel PMSI SSR, construit sur un modèle de financement à la journée pondérée, s'impose. La classification *case-mix* gagnerait à être beaucoup plus simple, fondée comme les systèmes dérivés des FIM-FRG sur les données cliniques et les ressources attendues pour un programme d'une durée limitée. Ces données sont : un diagnostic clinique requérant la réadaptation, le statut fonctionnel et cognitif, l'âge et les comorbidités³². Le coût relatif attendu du programme de soins doit être comparé à une moyenne dans une échelle des coûts circonscrite aux structures spécialisées en réadaptation, c'est-à-dire aux programmes médicalement comparables.³³ Les parcours de soins développés par la Sofmer proposent une nouvelle approche médico-économique.

L'objectif est de mettre en congruence des groupes homogènes de patients en termes d'activités médicales, de réponse aux besoins et d'allocation des ressources. La complémentarité entre différenciation et intégration tout au long de la chaîne de soins doit combiner les logiques de fluidité qu'exige l'efficacité économique des soins aigus avec celles de la pertinence des prises en charge médicales en secteur post-aigu. L'orientation vers les programmes de soins est fondée sur le diagnostic et le pronostic des limitations fonctionnelles, sur l'analyse des facteurs personnels et environnementaux.³⁴

Les structures de réadaptation doivent-elles être rémunérées de façon distincte de celles qui ont vocation à poursuivre des soins dans l'attente d'une réinsertion, avec des prestations de réadaptation moins spécifiques? Carl Granger préconisait en 1997 une approche mixte combinant le financement d'épisodes de courte durée de réadaptation intensive et un système à la journée pondérée. Les mécanismes complémentaires pour les « *outliers* » sont indispensables. Le modèle idéal n'existe pas. Les travaux portant sur les systèmes de paiement prospectif en soins post-aigus montrent une réduction des coûts et des durées de séjour mais ne permettent pas de garantir la qualité des soins en terme d'*outcome*. Ottenbacher et al. signalent lors du suivi des patients une mortalité accrue associée à la réduction substantielle des durées de séjour sous l'action du paiement prospectif dans les centres de réadaptation américains.³⁵ Segal et al. rapportent une augmentation des réadmissions et de la mortalité chez les personnes âgées liées à l'application de la règle des 75% du système *medicare*. Des financements mixtes ou multi-compartimentaux, comportant des mécanismes forfaitaires pour les cas les plus lourds et/ou complexes, les *outliers*, permettent d'éviter les comportements stratégiques de sélection des « mauvais risques » induits par le financement à l'activité et la concurrence encadrée.

Les systèmes privilégiant « l'imputabilité » et le paiement à la performance ont été accusés de favoriser la fragmentation des soins, les filières ségrégatives et le manque de coordination dont patissent les patients souffrant de maladies chroniques sévères. Sans remettre en cause le modèle des *Accountable Care Organizations*, la concurrence encadrée est aujourd'hui remise en question dans la littérature en raison des *gaps* dans l'accessibilité, la qualité et la continuité que ses défaillances engendrent. Elle n'est plus l'horizon indépassable de la construction d'un système de soins qui doit inciter les acteurs à travailler en réseau³⁶. Aux USA le paiement à l'épisode de soins³⁷, (*bundling*) est à l'étude. D'après Newhouse³⁸ et Geoffard³⁹ il pourrait favoriser l'intégration entre aigu et post-aigu. La péréquation des coûts et profits le long d'une chaîne de valeur vise alors l'*outcome*, le résultat clinique final pour le patient ou *value driven healthcare*⁴⁰. Toutefois, la société savante américaine de Médecine Physique et de Réadaptation (AAPM&R) s'inquiète d'une sous-fourniture potentielle des soins en réadaptation. Elle insiste sur trois précautions préalables:

1. Des expériences pilotes avant le déploiement d'un système de financement qui pourrait réduire la qualité des soins (par exemple en conditionnant trop l'organisation post-aigue à la pathologie causale)
2. L'exploitation complète des résultats des systèmes existants pour le financement du secteur post-aigu.
3. L'obtention de données partagées qu'il s'agisse de données cliniques, de coûts, d'accès aux soins et d'*outcome*.

Conclusion : les débats sur le financement sont devant nous !

La réingénierie des SSR survient au moment d'une révision substantielle du panier de soins. La concurrence encadrée imposée dans le cadre du Nouveau Management Public nous

contraint, pour la pérennité de nos activités cliniques, à privilégier le choix du système de tarification à l'activité le moins mauvais pour préserver la réponse aux besoins de soins. Face à la mosaïque des activités de SSR, le PMSI-SSR montre aujourd'hui son incapacité à produire un modèle de rémunération du service médical rendu. L'absence de modèle de financement consistant fait courir le risque d'une dégradation substantielle de l'accessibilité aux soins par défaut d'identification de la réadaptation comme principe structurant des activités de soins post-aigus. La demande de création d'un GMD de rééducation cardiaque a ainsi été rejetée comme un risque de recréer la segmentation RRF / soins de suite contraire « aux objectifs d'organisation des soins portés par les décrets »⁴¹.

Une définition claire de programmes de réadaptation décrivant la consommation des ressources prévisibles au cours d'un séjour limité dans le temps permettrait de réintroduire en SSR une classification fondée sur les problèmes cliniques. Des mécanismes compensateurs bien identifiés éviteraient une sous fourniture de soins pour les cas les plus lourds.

Une réforme du financement aura peu d'effets d'incitation si l'on ne s'occupe pas simultanément du financement en court séjour et des trous structurels liés à la fragmentation entre établissements sanitaires, soins de ville, secteur social et médico-social⁴².

La réadaptation commence en aigu et se poursuit bien au-delà des SSR. Elle doit être partie intégrante d'un système de soins accessible à tous et ne doit pas être réduite à un luxe réservé aux futurs bénéficiaires des nouvelles assurances maladies complémentaires⁴³.

Le résultat clinique pour le patient, au coeur d'un parcours de soins intégré, doit être la finalité d'une chaîne de valeur qui donne un sens partagé à l'action d'acteurs et de structures interdépendants au sein d'un réseau. Encore faut-il que les mécanismes de financement et de management des soins ne s'y opposent pas !

¹ Décrets du 17 avril 2008, n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation et n° 2008- 376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation [Cliquer ici](#)

² Schwach V. La T2A en soins de suite et de réadaptation: premières réflexions. *Gestions hospitalières*. 2009 ; 485: 205-209. http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2832

³ SSR: quel modèle de tarification? Nathalie Sanchez, Marie Houssel, Vincent Leroux <http://www.sngc.org/4DMETHOD/SNGCpdf/SNGC585/%23%231877747326.0>

⁴ Devailly JP, Josse L. Accès aux soins de réadaptation et handicap. *Gestions hospitalières*, 2010, n° 492 : 11-16 [Cliquer ici](#)

⁵ 2006 – Department of Health and Human services - Centers for Medicare & Medicaid Services Medicare Program; Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System for FY 2006 <http://www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/downloads/cms1290p-display.pdf>

⁶ Rehabilitation facilities (Inpatient) paymentbasics payment system. Payment basics. www.medpac.gov. Octobre 2008 http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_08_IRF.pdf

⁷ Skilled nursing facility services payment system. Payment basics. www.medpac.gov. Octobre 2008 http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_08_SNF.pdf

⁸ Escaffre JP et al. De la dépendance à l'autonomie, de la théorie à la pratique. *Prat Organ Soins* 2010;41(1):151-159 http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS102_De_la_dependance_a_l_autonomie.pdf

-
- ⁹ **Journée SSR : les soins de suite, poumon des filières de soins ? Mardi 09 juin 2009**
<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Actualites/Agendas/Journee-SSR-Les-soins-de-suite-poumon-des-filieres-de-soins>
- ¹⁰ **Rapport de L'IGAS sur la conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales. Février 2011** <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000409/0000.pdf>
- ¹¹ **Odier B, Escaffre JP. L'asphyxie programmée de la psychiatrie publique. Passant n°49 ; juin 2004 - septembre 2004**
<http://www.passant-ordinaire.com/revue/49-638.asp>
- ¹² **Stineman MG, Granger CV. A modular case-mix classification system for medical rehabilitation illustrated - Innovations in Fee-For-Service Financing and Delivery. Articles in Fall, 1997 issue of Health Care Financing Review**
http://findarticles.com/p/articles/mi_m0795/is_n1_v19/ai_20750871/?tag=mantle_skin;content
- ¹³ **Low Tolerance Long Duration (LTLD) Stroke Demonstration Project. GTA Rehab network**
<http://www.gtarehabnetwork.ca/downloads/rpt-LTLD-final-june2006.pdf>
- ¹⁴ **Ibid 21**
- ¹⁵ **Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. Health Care Manage Rev. 2001 Winter;26(1):56-69; discussion 87-9. Part II: Integration. Health Care Manage Rev. 2001 Winter;26(1):70-84; discussion 87-9.**
- ¹⁶ **Kiekens C et coll. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2007**
http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9478
- ¹⁷ **Belliard E, Pignier V. Le PMSI en SSR : déjà demain. Informatique et Gestion Médicalisée Volume 9 Springer-Verlag France, Paris, 1997**
<http://www.cybermed.jussieu.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume9/Vol9-pdf/9-11.pdf>
- ¹⁸ **Boulay F. Les RUG : classification des longs séjours. Gestions Hospitalières. 1989, n° 286, 385-440.**
- ¹⁹ **Holstein J. PMSI et gériatrie - Cliquer ici ou <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/pmsi.pdf>**
- ²⁰ **Manuel de groupage PMSI Soins de Suite et de Réadaptation, version 7 de la classification, version 5.7 de la fonction groupage. ATIH novembre 2009**
Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en Soins de Suite et de Réadaptation. ATIH novembre 2009
- ²¹ **Saint-Jean O. Gériatrie hospitalière et PMSI. Gérontologie et société, 2001/4 n° 99, p. 147-159.**
<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2001-4-page-147.htm>
- ²² **Ibid 16**
- ²³ **Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Editions d'Organisation. 1998. Chapitre 19 : La bureaucratie professionnelle**
- ²⁴ **Ibid 22**
- ²⁵ **Ravaud JF, Ville I. Santé et société - Le handicap comme nouvel enjeu de santé publique. La santé Cahiers français; n° 324:21-26**
<http://ifr-handicap.inserm.fr/CAHFR2005.pdf>

²⁶ **Classification SSR Travaux 2007-2008 - Modélisation des coûts en SSR et construction de l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA)**

<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=2540>

²⁷ **Rapport sur les modalités de financement envisageables pour les centres de traitement et de réadaptation (CTR) vaudois. Sur la base d'un travail de recherche de Nicolas Jeanprêtre**

[Cliquer ici](#)

²⁸ **Ibid 16**

²⁹ **Ibid 26**

³⁰ **Ibid 8**

³¹ **Josse L. Impasses hospitalières et situations de handicap: de la théorie à la pratique. Journal de réadaptation Médicale. 2012;32: 38-45. Mémoire d'où est tiré l'article : [Cliquer ici](#)**

³² **Ibid 16**

³³ **Houssel M. La tarification à la pathologie en SSR. Marie Houssel. Mémoire ENSP. 2002**

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2003/edh/houssel.pdf>

³⁴ **Yelnik A, Le Moine F, Sengler J, Joseph PA. Les parcours de soins en médecine physique et de réadaptation. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2011 ; 54, 463-464**

<http://www.em-consulte.com/en/module/displaysommairevue/revue/rehab/54/8/impression>

³⁵ **Trends in Length of Stay, Living Setting, Functional Outcome, and Mortality Following Medical Rehabilitation. Kenneth J. Ottenbacher, PhD, OTR; Pam M. Smith, DNS, RN; Sandra B. Illig, MS, RN; Richard T. Linn, PhD; Glenn V. Ostir, PhD; Carl V. Granger, MD JAMA. 2004;292:1687-1695.**

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/292/14/1687>

³⁶ **Creating payment systems to accelerate value-driven health care: issues and options for policy reform Harold D. Miller Pittsburgh Regional Health Initiative September 2007**

<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2007/Sep/Creating-Payment-Systems-to-Accelerate-Value-Driven-Health-Care--Issues-and-Options-for-Policy-Refor.aspx>

³⁷ **Creating Payment Systems to accelerate Value-Driven Health Care. Network for Regional Healthcare Improvement.**

<http://www.nrhi.org/proposals.html>

³⁸ **Cash R, Grignon M, Polton D. L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France- commentaire de [l'article de J. Newhouse](#) - Revue de l'institut d'économie publique. no 13 (2003 / 2), 3-15**

<http://economiepublique.revues.org/262?file=1>

³⁹ **Geoffard P-Y. Organisation des soins de suite et mode de rémunération des hôpitaux. Revue de l'Institut d'Économie Publique no 13 - 2003/2 : 3-14**

<http://economiepublique.revues.org/266?file=1>

⁴⁰ **Creating payment systems to accelerate Value-Driven Health Care. 2008 Network for Regional Healthcare Improvement**

⁴¹ **Courrier de la DHOS, relatif à la non intégration du GMD "rééducation cardiaque" dans la classification du PMSI SSR en 2010. Site de la FHF**

[http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Extraction-Lettres-FHF/Lettre-n-10-Decembre-09/Courrier-de-la-DHOS-relatif-a-la-non-integration-du-GMD-reeducation-cardiaque-dans-la-classification-du-PMSI-SSR-en-2010/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Extraction-Lettres-FHF/Lettre-n-10-Decembre-09/Courrier-de-la-DHOS-relatif-a-la-non-integration-du-GMD-reeducation-cardiaque-dans-la-classification-du-PMSI-SSR-en-2010/(language)/fre-FR)

⁴² **Devailly JP, Josse L. Sortie du patient handicapé : de la fragmentation à la coopération**

Discharge from hospital of disabled people: Moving from fragmentation to collaboration
Journal de réadaptation médicale 2011; 31:81-88

⁴³ **Laure Mandeville. Ces Américains soignés par tirage au sort - Le Figaro - -**
Envoyée spéciale à Arlington (Virginie) 14/10/2009
[Cliquer ici](#)