



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**La tarification à la pathologie en soins de
suite et de réadaptation**

Marie HOUSSEL

Remerciements

Tous mes remerciements

A

Mme Isabelle Hirtzlin,

M. Patrice Barberousse, Mme Nathalie Roi-Sanchez,

Aux membres de la Direction des Finances

et du Département d'Information Médicale

de l'Hôpital National de Saint Maurice

qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 FONDEMENTS D'UNE TARIFICATION A LA PATHOLOGIE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	12
1.1 LA CLASSIFICATION EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION, OU LA DIFFICILE DEFINITION DU PRODUIT.....	12
1.1.1 <i>La classification, une mesure économique de l'activité médicale.</i>	12
A) La mesure du produit hospitalier	12
B) Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), un outil français de mesure médicalisée de la production hospitalière.....	15
1.1.2 <i>Le développement du PMSI en soins de suite et de réadaptation.</i>	17
A) Les spécificités du produit hospitalier en soins de suite et de réadaptation	17
B) L'élaboration d'outils spécifiques aux soins de suite et de réadaptation.	19
C) Un exemple : Le Casemix de l'Hôpital National de Saint Maurice.....	25
1.2 LA DETERMINATION DU PRIX DU PRODUIT EN SOINS DE SUITE- READAPTATION.....	27
1.2.1 <i>L'Echelle Nationale de Coûts ou ENC [2].</i>	27
A) La composition d'un échantillon d'établissements volontaires.....	27
B) Le choix d'une règle de paiement.	30
1.2.2 <i>La mise en concurrence fictive des établissements de soins de suite et de réadaptation, ou comment déterminer un prix en situation d'asymétries d'information.</i>	37
A) Rentes informationnelles et relations d'agence dans le système de santé.....	37
B) La mise en concurrence par comparaison des producteurs de soins.	43
2 EVALUATION DE LA TARIFICATION A LA PATHOLOGIE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	46
2.1 LES HYPOTHESES SUR LESQUELLES SE FONDE LE MODELE NE SONT PAS REUNIES.	46
2.1.1 <i>La possibilité de formation de coalitions.</i>	46
2.1.2 <i>L'Hétérogénéité des établissements et des produits de soins de suite -réadaptation.</i> 47	
A) L'existence de coûts idiosyncrasiques.....	47
B) La diversité des produits.	50
2.1.3 <i>La divergence des objectifs des producteurs de soins et de l'Assurance Maladie par rapport au modèle.</i>	54
A) L'inélasticité de la demande aux prix.	55
B) L'absence d'intéressement des managers aux résultats de l'établissement.....	55

2.2	EST-IL POSSIBLE DE GARANTIR LA MAITRISE DES DEPENSES TOUT ASSURANT LA QUALITE ET L'EQUITE DES SOINS ?	56
2.2.1	<i>La difficile maîtrise des dépenses de soins de suite et de réadaptation.....</i>	56
A)	Les gains de productivité attendus en soins de suite et de réadaptation.....	57
B)	Le développement de comportements stratégiques.....	61
2.2.2	<i>Le risque de dégradation de la qualité des soins.....</i>	66
2.2.3	<i>La mise en danger de l'égalité d'accès aux soins.....</i>	67
A)	L'abandon des prises en charge les moins rémunératrices.....	68
B)	La concentration des moyens de production.....	68
C)	L'exclusion des patients les plus lourds.....	70
3	CONDITIONS DE REUSSITE DE LA TARIFICATION A LA PATHOLOGIE ET PERSPECTIVES EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.....	72
3.1	LES CONDITIONS DE REUSSITE DE LA REFORME	72
3.1.1	<i>Un outil de tarification performant.....</i>	72
A)	Une classification adaptée.....	72
B)	Une tarification à la fois incitative et pertinente.....	74
3.1.2	<i>Un régulateur fort.....</i>	79
A)	Crédibilité de l'engagement de la tutelle.....	79
B)	Le contrôle de la qualité des prestations et des phénomènes de sélection.....	80
C)	Les instances de régulation.....	82
3.2	LES PERSPECTIVES OFFERTES PAR LA TARIFICATION A LA PATHOLOGIE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.....	83
3.2.1	<i>Les outils nécessaires.....</i>	83
A)	Le système d'information hospitalier.....	84
B)	La fongibilité des enveloppes publique et privée.....	85
3.2.2	<i>Vers une allocation optimale des moyens.....</i>	86
A)	La contractualisation interne.....	86
B)	L'optimisation de la trajectoire du patient entre les différents producteurs de soins.	
	86	
	CONCLUSION.....	89
	BIBLIOGRAPHIE.....	93
	ENTRETIENS ET CONFERENCES.....	97
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH	Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDAM	Catalogue des Actes Médicaux
CDARR	Catalogue des Actes de Rééducation et de Réadaptation
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des maladies
CMC	Catégorie Majeure de Diagnostic
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COTRIM	Comité Technique Régional d'Information Médicale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ENC	Echelle Nationale de Coûts
GHJ	Groupe Homogène de Journée
H.N.S.M	Hôpital National de Saint Maurice
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OAP	Outil d'Analyse du PMSI
PCL	Prise en Charge Clinique Lourde
PCTL	Prise en Charge Clinique Très Lourde
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Prospective Payment System
PRR	Prise en charge de Rééducation et de Réadaptation
PRRC	Prise en charge de Rééducation et de Réadaptation Complexe
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RHA	Résumé Hebdomadaire Anonyme
R.H.S	Résumé Hebdomadaire Standardisé
RRF	Rééducation et réadaptation Fonctionnelle
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
S.S.R	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification A l'Activité

Introduction

La santé étant un bien supérieur, les dépenses qui lui sont consacrées augmentent avec le niveau de richesse de la population. Ce phénomène se conjugue aujourd'hui dangereusement avec notamment le vieillissement et les avancées technologiques pour accroître le volume des soins et des dépenses de santé. Ainsi, en France, les dépenses consacrées à la santé sont passées, de 1970 à 2001, de 5.8% à 9.5% du PIB.

Les expériences étrangères renseignent sur les diverses possibilités de diminuer ces dépenses. Selon les traditions - plus ou moins libérales- et l'organisation initiale des systèmes de santé et de protection sociale, les réformes portent soit sur la demande, soit sur l'offre de soins. En France, vingt et un plans de maîtrise des dépenses se sont ainsi succédés depuis 1975¹ afin de contrôler le « dérapage des dépenses de santé ».

Ce sont les consommateurs de soins que l'on a tout d'abord voulu inciter à l'économie par la mise en place d'un ticket modérateur². Le patient paie alors une part résiduelle du prix et supporte une partie du risque antérieurement dévolue à l'assurance maladie. Cette approche part de l'idée qu'une partie de la dépense de santé est « *un artefact, un effet pervers du contrat d'assurance. Elle culpabilise le patient qui manquerait de vigilance et de vertu* » (Claude Le Pen, [23]³). Or la corrélation entre le remboursement et la consommation de soins n'est que partiellement vérifiée par les études économétriques. P.Y. Geoffard et al.⁴ ont en effet constaté

¹ Plan Durafour, 1975.

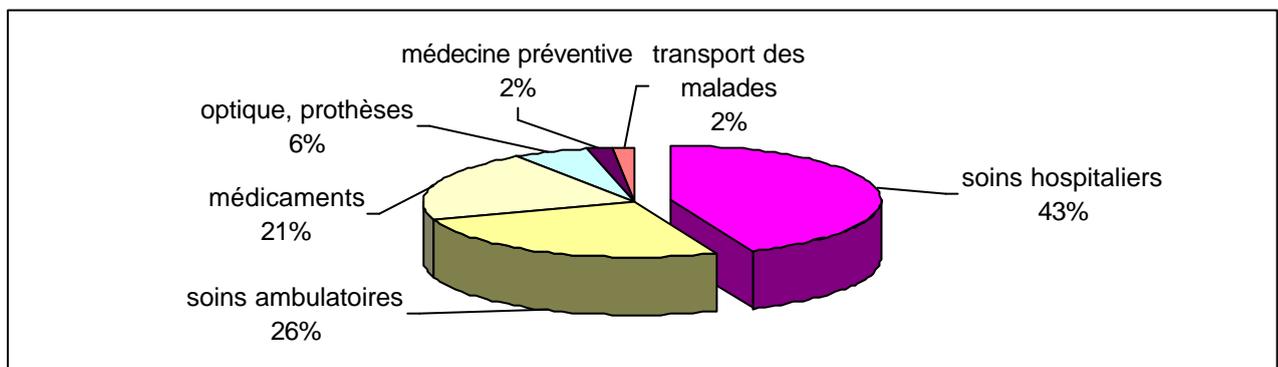
² Plans Veil de 1977 et 1993.

³ Les indications entre crochets renvoient tout au long du mémoire aux sources présentées en bibliographie.

⁴ P.A. Chiappori, F. Durand, P.Y. Geoffard (1998) « Moral Hazard and the Demand for Physician services : First Lessons from a French Natural Experiment », *European Economic Review*, N°42, p 499-511.

lors de la mise en place du plan Veil (1993) que, si le nombre de visites à domicile baisse pour un échantillon de patients ayant subi l'augmentation du ticket modérateur, le nombre de consultations reste identique à celui du groupe témoin. Il existerait donc d'autres déterminants des dépenses de santé qui ne seraient pas liés à la demande mais à l'offre de soins. Le ticket modérateur n'ayant qu'une efficacité marginale et, « *l'enjeu, en France tout au moins, (étant) bien de maîtriser les coûts de production, tout en assurant un service public et un accès équitable aux soins, il n'est pas question de s'appuyer sur la responsabilité financière de l'assuré pour ajuster la demande de soins et d'assurance aux préférences et aux dispositions à payer des consommateurs* » (Bocognano A. et alii, [5]). Des mesures s'attaquant à l'offre de soins ont donc été définies. La consommation médicale, soit 93,5% de la dépense courante de santé, étant composée à hauteur de 43 % de dépenses en soins hospitaliers ou en maisons médicalisées (60,7 milliards d'euros en 2002), les établissements de santé ont été les premiers concernés par les plans de maîtrise des dépenses.

Figure 1 La consommation médicale en 2002, source AFP



Les budgets des établissements publics de santé ont dans un premier temps été alloués sur la base du nombre de journées produites. Cet indicateur ne reflète cependant qu'imparfaitement la réalité des dépenses engagées pour traiter un patient, l'importance des prestations hospitalières variant au cours du séjour selon l'âge des patients et leur pathologie. Ce mode d'allocation confortable pour les gestionnaires a par conséquent engendré une dérive inflationniste en incitant à la multiplication du nombre de journées. Il fut remplacé en 1983 par un système coercitif d'enveloppe fermée ou « budget global » .

Si le budget global a permis une première rationalisation de l'offre de soins, il est aujourd'hui très controversé. Ce mode de financement serait « aveugle ». Fixé par la tutelle à partir du budget « historique » des établissements, il ne tiendrait pas suffisamment compte de la réalité de l'activité médicale. En altérant le lien entre recettes et dépenses, entre le nombre d'actes produits et leur rémunération, le système de dotation globale contribuerait à une faible réactivité des acteurs et pénaliserait les hôpitaux dynamiques tout en offrant des rentes aux établissements historiquement bien dotés. Ainsi, si l'on compare les éléments de la fonction de coût des CHR, les dépenses par journée d'hospitalisation variaient en 1990 de 1 à 2,57 pour le personnel médical, de 1 à 2,29 pour les dépenses hôtelières, de 1 à 2,66 pour les dépenses de pharmacie, de 1 à 3 pour les matériels à usage unique et de 1 à 5 pour les fournitures de laboratoires (Mougeot [42]).

L'ordonnance du 24 avril 1996, ou « Plan Juppé », avait pour objectif de lisser ces disparités par la médicalisation de l'allocation budgétaire au travers du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, ou PMSI, et la valorisation de la production hospitalière de court séjour en Indices Synthétiques d'Activité, appelés points ISA. L'évolution des enveloppes budgétaires est donc désormais déterminée au regard des résultats des établissements. Ce mode d'allocation s'appuie toutefois sur les budgets antérieurs et sur une comparaison à la moyenne régionale de la valeur du point ISA. Or, en quoi les budgets passés constituent-ils une référence ? De même, la moyenne représente-t-elle un optimum, d'autant que, par construction, elle varie d'une région à l'autre ? Certains hôpitaux continuent donc à jouir de rentes que seul un budget base zéro pourrait capter.

Le budget global a aujourd'hui vingt ans et le déficit de l'assurance maladie demeure préoccupant. Si jusqu'en 1989 les recettes de l'Assurance Maladie couvraient pratiquement ses dépenses, ces dernières ont crû, atteignant 11 milliards de francs de déficit en 1990. En 2003, sans mesure corrective, le déficit dépasserait les 10 milliards d'euros. Face à cette inflation des dépenses de santé, le plan gouvernemental baptisé « Hôpital 2007 » annonce une révision du mode de financement des hôpitaux grâce à la tarification à la pathologie plus communément nommée « tarification à l'activité ». La volonté de réforme s'est concrétisée par la création d'une

mission opérationnelle, la « Mission T2A »⁵, placée auprès du Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Cette mission a pour objectifs de construire et de simuler les différents scénarii de mise en œuvre de la tarification à la pathologie, de consulter les professionnels sur les options retenues et de proposer les mesures réglementaires et d'accompagnement technique. Elle est en cela aidée par un comité de concertation et de suivi regroupant les représentants de l'hospitalisation publique et privée. La mission a d'ores et déjà lancé une expérimentation regroupant 280 établissements de court séjour.

Ce mode de rémunération à la pathologie a été expérimenté pour la première fois en 1984 dans le cadre du programme national américain d'assurance maladie Medicare, et est aujourd'hui mis en œuvre dans de nombreux pays étrangers [10]. Ce système fait correspondre à un groupe homogène de pathologies un prix fixe et prospectif, ne reflétant pas les coûts engagés. Au contraire, la rémunération d'un établissement dépend de la performance des autres hôpitaux, d'où l'instauration d'une concurrence. La tarification à la pathologie constitue ainsi la traduction empirique du modèle de « *yardstick*⁶ *competition* » décrit par A. Shleifer [50] et selon lequel, en situation d'asymétrie d'information, la mise en concurrence des producteurs sur la base d'un prix fixe et paramétrique favorise l'amélioration à la fois de l'efficacité productive, c'est à dire de la productivité des établissements, et de l'efficacité allocative du système de santé, soit une meilleure répartition des ressources entre les établissements.

Si les bénéfices attendus sont donc nombreux, le plan «Hôpital 2007 » a dans un premier temps exclu la psychiatrie et les soins de suite-réadaptation du champ de la réforme, l'état d'avancement du PMSI et de l'Echelle Nationale de Coûts (ENC) dans ces secteurs faisant obstacle à une révision simultanée des modes de rémunération. De nombreuses raisons incitent cependant à anticiper cette révolution du financement des hôpitaux en moyen séjour.

L'expérience américaine illustre tout d'abord les conséquences de ce nouveau mode de rémunération sur l'ensemble du système de santé. De 1988 et 1996, suite à l'instauration du

⁵ Arrêté N°282 du 4 décembre 2002 portant création d'une mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité.

⁶ *Yardstick* : mesure

système de paiement prospectif⁷ en court séjour, les dépenses de soins de suite ont crû de 0.2 Milliard à 1.7 Milliard de dollars, ce qui représente un taux de croissance de 31% par an. Le nouveau mode de financement étant plus rentable pour les hôpitaux faisant un grand nombre d'admissions (le tarif payé à l'hôpital de court séjour est le même qu'elle que soit la durée de séjour du patient), ce phénomène s'explique en partie par le transfert plus précoce des patients de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) vers les soins de suite. Le Balanced Budget Act mandata par conséquent en 1997 le Ministère de la Santé pour définir et mettre également en place un système de tarification basé sur l'activité en moyen séjour.

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), anciennement mission PMSI, travaille par conséquent dès à présent à poser les jalons d'une tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation au travers du PMSI et de sa corrélation avec des coûts. Les délais se font donc de plus en plus pressants avant la phase de l'expérimentation, puis de la mise en œuvre.

L'importance quantitative du secteur de soins de suite et de réadaptation en France oblige de plus à une réflexion sur son passage à la tarification à la pathologie. Pris en charge par 1600 établissements de santé, spécialisés ou non, il représente une proportion non négligeable de l'activité hospitalière avec 92 399 lits⁸, soit 18.8 % des lits d'hospitalisation complète. Son oubli dans le cadre de la réforme du financement handicaperait donc lourdement la poursuite de l'objectif de diminution globale des dépenses de santé.

Enfin, l'étude du passage à la tarification à la pathologie des établissements de soins de suite-réadaptation met en lumière les écueils inhérents à la transposition du modèle théorique de concurrence fictive par les prix à l'ensemble du domaine hospitalier. La complexité de l'activité de soins de suite-réadaptation amplifie en effet les problèmes de classification, de comparaison inter-établissement et de tarification déjà rencontrés dans le cadre de l'expérimentation menée en court séjour, et constitue ainsi un exemple particulièrement intéressant à étudier.

⁷ « *Prospective Payment System* »

⁸ Nombre de lits d'hospitalisation complète installés au 31 décembre 1998 pour les soins de suite et de réadaptation, données SCORE-santé.

Selon l'article L. 711-2 du Code de la Santé Publique, la mission des établissements de soins de suite et de réadaptation est de dispenser « des soins de suite et de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ». Leur intervention se situe entre le court séjour (les trois quarts des patients pris en charge viennent du court séjour) et le retour à domicile. Elle présente de surcroît des spécificités quant à leur activité et leur patientèle.

S'ils recouvrent quelques 82 disciplines d'équipement, deux grands secteurs se dégagent néanmoins avec les soins de suite d'une part, et la rééducation-réadaptation fonctionnelle d'autre part. Les soins de suite représentent la phase de convalescence et de surveillance médicale. La rééducation désigne-elle l'ensemble des moyens visant à permettre à un sujet atteint d'une affection invalidante de recouvrer plus ou moins complètement l'usage de ses facultés. Elle se compose d'une véritable chaîne de soins assurant des prestations très spécifiques et très techniques non offertes dans le court séjour. Une structure de rééducation dispose donc de compétences médicales et paramédicales ainsi que d'un plateau technique adapté à cette mission. Cependant, les soins de suite comme la rééducation interviennent dans une perspective de réadaptation. Ils mettent en œuvre pour cela l'ensemble des mesures nécessaires pour permettre à un ancien patient de reprendre un travail, ou de retrouver une place adaptée dans la communauté. L'activité des établissements de moyen séjour ne recouvre donc ni la prise en charge des affections aiguës, ni celle des affections stabilisées ou passées à la chronicité, mais bien la « réinsertion ».

Si la gériatrie n'est pas identifiée en tant que discipline, les patients pris en charge ont en moyenne 68 ans. 35% sont âgés de plus de 80 ans et les deux tiers d'entre eux sont dépendants physiquement et psychiquement.

Enfin, les prises en charge demeurent relativement longues – elles durent en moyenne 34,7 jours- et difficilement prévisibles quant à leur déroulement. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les maladies du système ostéo-articulaire, les traumatismes et les maladies de l'appareil circulatoire. Plus de deux diagnostics sont en moyenne établis par patient. Les hospitalisations constituent donc souvent une succession de prises en charge hétérogènes conjuguant soins de suite et soins aigus lorsque l'état du patient se détériore, voire prises en charges médicales et sociales lors, par exemple, d'une attente de placement en long séjour ou en structures adaptées pour les enfants.

Si la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation n'est donc pas encore inscrite à l'agenda gouvernemental, leurs nombreux particularismes quant à leur activité (variabilité des prises en charge et durée moyenne de séjour relativement longue) et à leur patientèle (polypathologies) mettent en lumière les risques et les opportunités de la mise en place de la tarification à la pathologie pour l'ensemble du système de soins. Nous concentrerons par conséquent notre étude sur la mise en œuvre de la tarification à la pathologie en moyen séjour afin d'en évaluer la validité.

Pour ce faire, nous nous inscrivons dans le cadre d'analyse de la théorie de l'agence. Ce cadre théorique stipule en effet la divergence des intérêts individuels par rapport à l'intérêt collectif et définit l'information comme une variable stratégique inégalement répartie. Or le système de santé est marqué par de nombreuses asymétries d'information entre les principaux acteurs, l'Assurance Maladie et les producteurs de soins, qui poursuivent en outre les objectifs contradictoires de maîtrise des dépenses sociales et d'efficacité maximale des traitements.

Nous délimiterons le champ de recherche au secteur sous le régime de la dotation globale. Les établissements privés sous Objectif National Quantifié ne représentent en effet qu'une minorité des lits et places de soins de suite et de réadaptation en France (25%). Ce phénomène est encore plus accentué en Ile de France où le secteur privé lucratif ne gère qu'une très faible proportion des lits et places de moyen séjour (5%), relativement au court séjour où il compte pour 36% des capacités d'accueil. 82% des lits et places de soins de suite et de réadaptation y relèvent du Service Public Hospitalier, Etablissements Publics de Santé et Etablissements Participant au Service Public Hospitalier confondus.

Figure 2 Répartition par catégorie juridique des lits et places autorisés de SSR en France, Données de l'enquête de la DREES (« L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle », Etudes et Résultats, N°238, mai 2003)

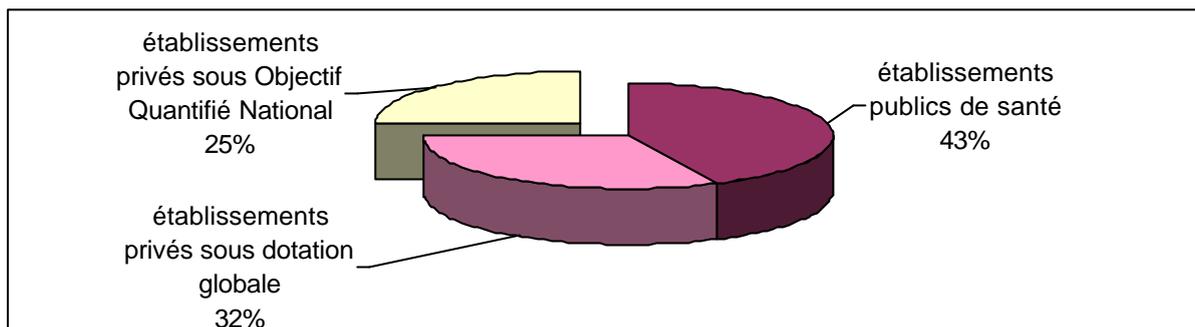
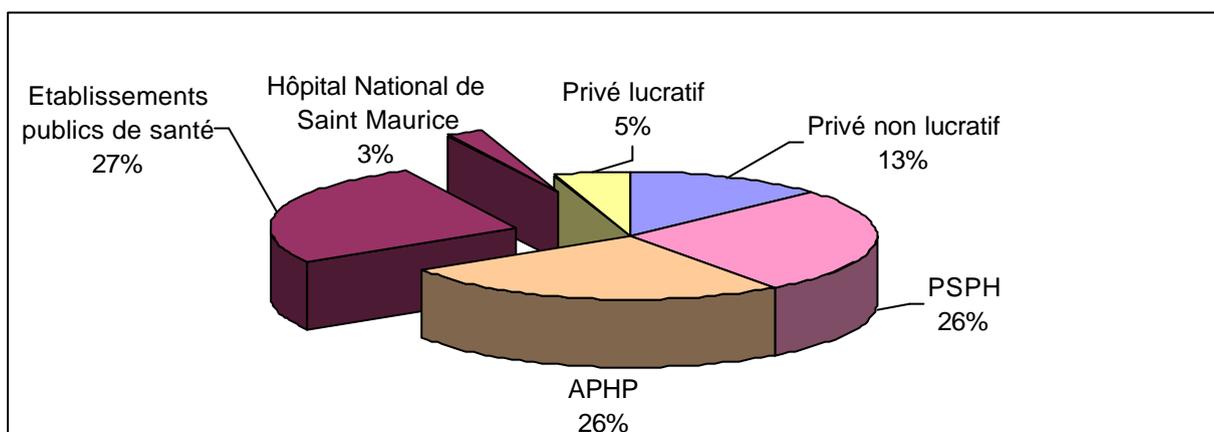


Figure 3 Répartition par catégorie juridique des lits et places autorisés de SSR en Ile de France, Données SROS 1997



La problématique de la tarification à la pathologie en soins de suite et de rééducation concerne donc essentiellement le secteur sous dotation globale.

Nous nous appuyerons enfin sur les travaux de l'ATIH, qui est en charge de l'élaboration du PMSI SSR et de l'Echelle Nationale de Coûts [2], et sur une monographie relative à l'Hôpital National de Saint Maurice, lieu de stage et établissement de soins de suite-réadaptation. Le choix de l'Hôpital National de Saint Maurice, Val de Marne, comme terrain d'étude se justifie à plusieurs titres. Il s'agit tout d'abord d'un établissement spécialisé en soins de suite et de réadaptation en région Ile de France, laquelle est déficitaire dans ce domaine. L'Ile de France représente un cinquième de la population française mais ne compte que 13.9% de l'équipement total en soins de suite et de réadaptation. Alors que sa population vieillit, la région parisienne souffre donc de l'insuffisance de structures d'aval face à une offre excédentaire en MCO. Si, sur l'ensemble du territoire français, on compte un lit de soins de suite et de réadaptation pour 2.6 lits de médecine ou de chirurgie, la région francilienne ne dispose que d'un lit de post-intensif pour 4.3 lits de soins aigus, déficit encore plus marqué à Paris où 16.8 lits de médecine-chirurgie se partagent un même lit d'aval.

Encadré N° 1, Le SROS soins de suite et de réadaptation en Ile de France 1997⁹ [51]

Selon les données du SROS 1997, confirmées par le bilan régional de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'août 2001, l'Ile de France est la région la moins bien dotée en soins de suite et de réadaptation après la Champagne Ardennes, avec un déséquilibre notable entre une périphérie relativement sur-équipée et un centre sous équipé¹⁰. Ces caractéristiques résultent des choix passés d'installer les établissements de MCO dans le centre et le moyen séjour à la périphérie.

Sur 18 618 lits et places (dont 5476 de rééducation) nécessaires, seuls 16 294 lits et places (dont 11 096 lits et 75 places de soins de suite, et 4352 lits et 771 places de rééducation) sont autorisés au sein de 198 établissements. Seuls 13 711 lits et places (dont 9043 lits et 60 places de soins de suite et 3953 lits et 655 places de rééducation) sont en outre effectivement installés dans 168 établissements, soit un déficit de 2324 lits et places, dont 353 de rééducation.

Ce déficit est aujourd'hui accentué par de profondes mutations démographiques. Si la population est encore relativement jeune - 15.8% de la population a plus de 60 ans pour une moyenne nationale de 19.9% - elle connaît, notamment à Paris, un réel vieillissement. Ce phénomène se conjugue au recul de la mortalité pour obtenir une espérance de vie à la naissance en Ile de France de 77 ans alors que l'espérance de vie nationale s'élève à 76.6 ans.

2523 lits et places supplémentaires ont été autorisées depuis 1997, soit un taux d'évolution de 18%. Parmi les départements les mieux dotés, le Val de Marne dispose de 2209 lits et places, soit un taux d'équipement de 1.8 pour 1000 habitants. Le département connaît cependant un taux d'évolution négatif (-19% entre 2000 et 2001).

L'Hôpital National compte quant à lui 417 lits et places autorisés (dont 20 lits de MCO de médecine et de repli de dialyse), mais seulement 367 lits et places installés au 31 décembre 2002, soit environ 3% des lits et places installées en Ile de France et 16,5 % des lits et places du Val de Marne. Son activité est en outre représentative du secteur des soins de suite et de réadaptation.

⁹ Le SROS Nouvelle Génération n'est à ce jour pas encore paru.

¹⁰ Paris a un taux d'équipement de 0.55 lits de soins de suite et de réadaptation pour 1000 habitants alors que celui du Val de Marne s'élève à 1.82 pour 1000 habitants.

Encadré N° 2, Activité de l'Hôpital National de Saint Maurice, Rapport d'Activité 2002,

[19]

On recense à l'Hôpital National de Saint Maurice 61 052 journées d'hospitalisation complète et 25 735 journées d'hospitalisation de jour de SSR au 31 décembre 2002. Le recueil du PMSI dans toutes les unités soins de suite et de réadaptation a une exhaustivité globale de 99.7% au 1er semestre 2000. L'activité de l'hôpital est en outre représentative de l'activité de soins de suite et de réadaptation.

En Ile de France, les Catégories Majeures Cliniques les plus produites sont la CMC 12 « Poursuite de soins médicaux, neuro-musculaire », avec 21% des journées, la CMC 17 « Post-traumatique », avec 16% des journées et la CMC 16 « Poursuite de soins médicaux, rhumatologie-orthopédie » avec 13.6% des journées.

A l'Hôpital National de Saint Maurice, la CMC la plus produite est la CMC 16 avec 38% de la production totale de Résumés Hebdomadaires Standardisés et 47% des journées en 2002. Au sein de cette catégorie majeure clinique, le Groupe Homogène de Journées (GHJ) 132 (Age >=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique <=12)¹¹ représente le groupe homogène de journée le plus produit avec 24 661 journées, soit 28,42% des journées produites à l'hôpital, et 4713 Résumés Hebdomadaires Standardisés, soit 26,15% des R.H.S. produits.

La CMC 12 représente ensuite 29.4% des Résumés Hebdomadaires Standardisés et 29.4% des journées. Les GHJ représentant la majorité de cette catégorie sont les GHJ 027- prise en charge de rééducation des déficiences cérébrales non traumatiques chez les moins de 16 ans, et 029- lorsque le score de dépendance est supérieur à 12, représentant respectivement 8,7% et 2,7% du nombre total de journées, et 9,08% et 3,3% des R.H.S.

Enfin, la CMC 17 représente 15.2% des RHS et 17% des journées produites à l'hôpital.

Si le PMSI permet une lecture relativement fine de la production de l'hôpital, l'analyse des coûts de la base de données ayant servi à l'élaboration de classification du PMSI SSR était trop peu précise pour élaborer une échelle de coût. La valorisation des groupes homogènes en indices de coût relatif (ICR) a donc été réalisée lors d'une expérimentation menée sur un échantillon d'établissements dont l'Hôpital National de Saint Maurice. L'établissement s'est ainsi engagé à fournir à la DHOS (Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins) un ensemble exhaustif d'informations médicales et financières. Cette étude, qui s'est déroulée d'avril à octobre 2000, a mobilisé la direction des finances, le département d'information médicale et les services de soins afin d'adapter les systèmes d'information à la production de données demandées par la **circulaire DH/ PMSI 99 n°620 du 9 novembre 1999**. L'ATIH a apporté son soutien méthodologique au travers de journées de formation en comptabilité analytique hospitalière et au recueil des données, ou lors de visites sur sites afin d'apporter des conseils adaptés à la situation locale.

¹¹ Cf Echelle de dépendance en annexe

L'Hôpital National de Saint Maurice est donc fortement concerné par cette évolution du mode de rémunération des établissements de soins de suite et de réadaptation. Quelles en seront les conséquences sur son niveau de financement, sur la qualité de ses soins et sur son activité?

De façon plus générale, la tarification à la pathologie peut-elle s'accommoder des particularismes des soins de suite et de réadaptation pour générer les économies attendues, et ce dans le respect de l'impératif d'égalité d'accès aux soins et des bonnes pratiques de prise en charge? Si oui, quelles en sont les limites et les conditions?

Nous tenterons de répondre à ces questions dans le cadre du présent mémoire. Pour cela, notre recherche s'organisera en trois parties.

Dans une première partie nous verrons les fondements d'une tarification à la pathologie en moyen séjour, soit la description du produit de soins de suite et de réadaptation au travers du PMSI et la détermination de son prix grâce à l'ENC. Nous analyserons comment la construction et l'utilisation de l'ENC organisent une mise en concurrence fictive des établissements et permettent théoriquement d'atteindre une situation optimale.

Nous évaluerons dans la seconde partie les conséquences d'une telle mise en concurrence dans le domaine des soins de suite et de réadaptation au regard des critères de maîtrise des dépenses, de qualité des prises en charge et d'égalité face aux soins.

Enfin, nous définirons dans une troisième partie les conditions de réussite, mais également les perspectives offertes par un tel projet.

1 FONDEMENTS D'UNE TARIFICATION A LA PATHOLOGIE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.

La tarification à la pathologie est un système de paiement prospectif associé au produit hospitalier. Elle s'appuie donc sur deux piliers fondamentaux, la définition des produits, puis la détermination d'une règle de tarification.

Pour cela, l'ATIH et la «mission T2A » travaillent au développement de la classification de l'activité de soins de suite et de réadaptation au travers du PMSI et à l'élaboration de tarifs grâce à une Echelle Nationale de Coûts.

1.1 La classification en soins de suite et de réadaptation, ou la difficile définition du produit.

La mesure du produit hospitalier s'appuie tout d'abord sur un outil de description du produit, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ou PMSI, issu du système américain des « Diagnostic Related Groups » (groupes de diagnostics associés).

Comme la classification en Groupes Homogènes de Malades, qui décrit de l'activité de MCO, l'outil PMSI-SSR initie la description de l'activité spécifique de soins de suite- réadaptation et pose ainsi le premier fondement du paiement à l'activité en moyen séjour.

1.1.1 La classification, une mesure économique de l'activité médicale.

La tarification à la pathologie nécessite que l'on puisse définir le produit hospitalier. Le PMSI a donc été développé afin de permettre une lecture médico-économique de l'activité hospitalière.

A) La mesure du produit hospitalier

Les premiers travaux s'attachant à décrire la variation de l'état de santé des patients à leur sortie de l'hôpital, ou «produit hospitalier », sont ceux du Docteur Fetter. Selon lui, « un

produit hospitalier est un ensemble de prestations fournies à un malade et faisant partie du processus thérapeutique contrôlé par son médecin. »¹²

Afin de mesurer ce produit hospitalier, le Professeur Fetter et son équipe de Yale ont élaboré une fonction de production de l'hôpital fondée sur deux types d'indicateurs permettant d'évaluer les différents services fournis aux patients.

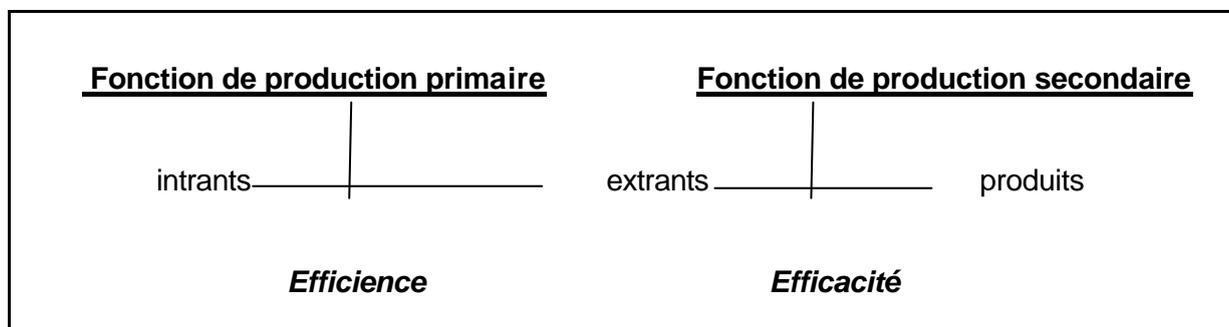
Un premier groupe d'indicateurs, basé sur les structures d'offre de soins, englobe les ressources, en équipement comme en personnel, soit les frais généraux. On donne à ces ressources le nom d'intrants de l'hôpital.

Un second groupe d'indicateurs décrit l'utilisation de ces moyens, qu'il s'agisse soit de mesures agrégées comme le nombre de journées, d'entrées, la durée de séjour ou encore le coefficient d'occupation des lits, soit de mesures plus précises comme les actes médicaux. Ces procédures constituent les extrants de l'hôpital.

La fonction de production primaire définit la relation entre la combinaison d'intrants définie par l'hôpital et le nombre d'extrants produits. La fonction de production secondaire décrit-elle la relation entre les extrants et les types de malades.

Il en résulte une fonction de production globale de l'hôpital que l'on peut schématiser comme suit:

Figure 4 Définition du produit hospitalier, à partir de "Defining the product of the hospital", R.B. Fetter, [14].



¹² R.B. Fetter, Y. Shin, R.F. Averill, J.D. Thompson – “ GDH definition de l'éventail des maladies hospitalises par groupes de diagnostic homogènes »- Les Cahiers de gestion Hospitalières N°32, Gestions Hospitalières N° 224, Mars 1983, p210.

Cette description du produit hospitalier a été précisée au début des années 1980 suite à l'adoption du système des DRGs ou *Diagnosics Related Groups* présentant une double homogénéité, à la fois médicale et économique. Les critères présidant la création des DRG sont au nombre de quatre.

Tout d'abord les groupes doivent être définis par des variables couramment disponibles dans les données hospitalières. Le nombre final de groupes doit ensuite être raisonnable, soit de l'ordre de quelques centaines. Chaque groupe doit être homogène sur le plan de la quantité d'extrants, ce qui signifie que les patients d'un même groupe requièrent des consommations similaires de moyens. Enfin le système obtenu doit être médicalement interprétable et correspondre pour les médecins à des malades précis et à des procédures définies.

En résumé :

« Si chaque malade hospitalisé est unique, il partage cependant avec d'autres malades des caractéristiques démographiques, diagnostiques et thérapeutiques, caractéristiques qui déterminent le type et le niveau des prestations qu'il reçoit. Si ces catégories de malades ayant les mêmes caractéristiques cliniques et des profils de soins semblables peuvent être identifiés, alors, le cadre à l'intérieur duquel regrouper des malades en types de cas est établi. »¹³

Pour classer un patient dans un DRG, le médecin applique un algorithme multidimensionnel¹⁴ à une série de variables – diagnostic principal et secondaire, intervention chirurgicale, âge, sexe et conditions de sortie- recueillies dans un résumé de sortie. Le patient est ainsi classé dans une catégorie de diagnostic principal définie sur des critères anatomiques voire étiologiques¹⁵. A l'intérieur de chaque catégorie, la partition en DRG est ensuite influencée par la présence ou non d'une intervention chirurgicale, le cas échéant sur la nature de l'intervention subie. Pour les patients relevant de la médecine, la partition repose sur le diagnostic principal et l'intensité des ressources consommées. Des indices de complexité comme l'existence de complications, de diagnostics secondaires, la prise en compte de l'âge, voire les conditions de sortie, justifient enfin la classification dans des groupes distincts.

¹³ idem

¹⁴ L'algorithme est un ensemble de tests successifs réalisés sur les données disponibles et conduisant au classement dans un DRG. CF glossaire en annexe.

¹⁵ c'est à dire à l'origine de l'altération ou du problème fonctionnel (ou organique) présenté par le patient et motivant sa prise en charge.

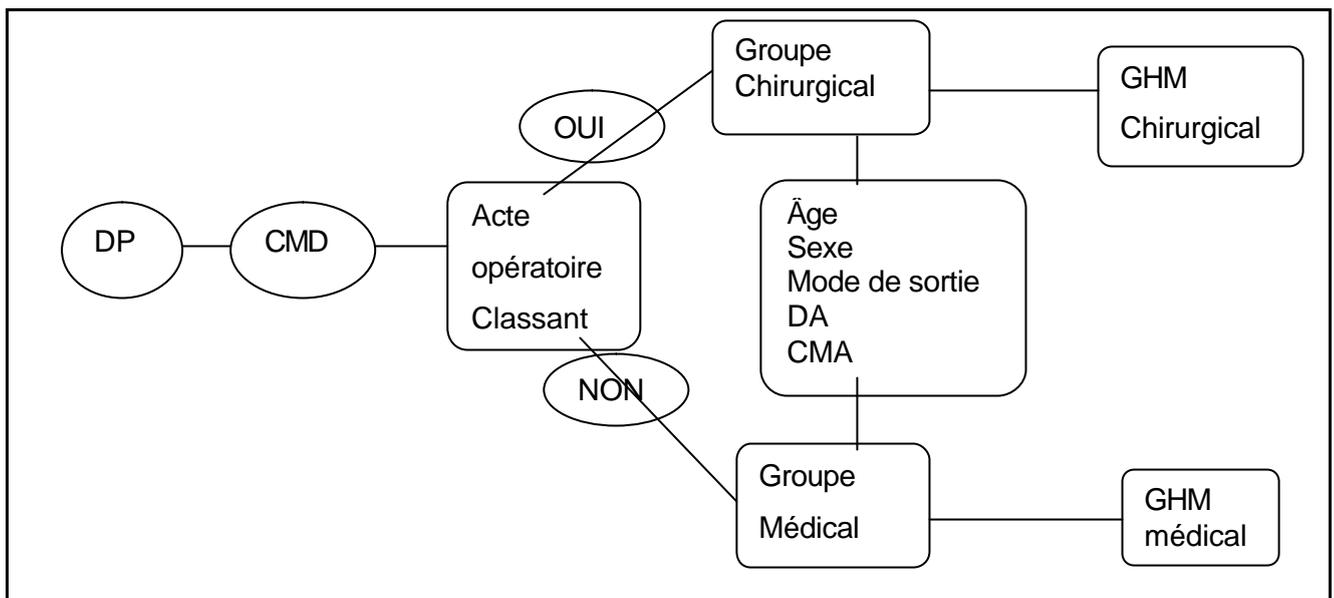
- B) Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), un outil français de mesure médicalisée de la production hospitalière.

En France, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, ou «PMSI», a été défini par la ***circulaire n° 16 du 18 novembre 1982 relative à l'informatisation des hôpitaux publics***, depuis régulièrement revue¹⁶.

La Direction des Hôpitaux s'est directement inspirée dans ses travaux de la démarche du Professeur Fetter. Selon le modèle américain, la classification française en Groupes Homogènes de Malades ou GHM respecte une cohérence à la fois médicale et économique afin de regrouper des séjours. La méthode permettant de classer les prises en charge dans l'un ou l'autre des groupes homogènes repose également sur un algorithme. Le diagnostic principal oriente dans une Catégorie Majeure de Diagnostic. On analyse ensuite les informations du Résumé de Sortie Standardisé sur les actes discriminants pour orienter le séjour entre un groupe chirurgical ou médical. Enfin, l'analyse des autres informations du Résumé de Sortie comme l'âge, le sexe, le diagnostic associé ou encore la catégorie majeure associée, dirige le séjour vers le Groupe Homogène final.

¹⁶ Nous en sommes aujourd'hui à la huitième version de la classification

Figure 5 Principes de Groupage, élaboré à partir de « Le PMSI : outil de description et de mesure de l'activité hospitalière », Intervention du Dr Joelle Dubois – Mission PMSI – DHOS, à l'ENSP le 11 février 2003.



Le PMSI n'a donc pas pour vocation une description exhaustive du détail des soins réalisés aux patients, ni des actes d'une catégorie professionnelle. Il utilise des caractéristiques médicales (morbidité, dépendance, prise en charge) discriminantes du niveau de consommation de ressources du patient pour classer le séjour dans un groupe économiquement pertinent.

La **loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière**, lui donne un fondement légal. L'évaluation expérimentale menée dans le Languedoc-Roussillon de 1993 à 1994, réunissant tous les établissements publics et privés de la région (soit 48 établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) et 55 cliniques privées) prouve par la suite la faisabilité d'un tel système d'information médico-économique. L'**arrêté du 20 septembre 1994** informe les hôpitaux de leur obligation de transmettre à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) les Résumés de Sortie Standardisés sous forme de Résumés de Sortie Anonymes dont les modalités de rédaction sont définies par la Commission Nationale Informatique et Liberté¹⁷. Le RUM ou Résumé d'Unité Médicale en est un résumé à visée interne, rédigé pour chaque service.

¹⁷ CF Circuit de l'information en annexe

Cet arrêté est suivi le 22 août 1995 par une lettre du ministre soulignant à nouveau l'efficacité du PMSI comme instrument d'analyse de la production hospitalière et annonçant la généralisation du dispositif d'allocation budgétaire sur cette base aux hôpitaux publics et PSPH.

L'ordonnance Juppé portant réforme hospitalière le 24 avril 1996 initie enfin la répartition des enveloppes régionales, mais également la répartition des enveloppes budgétaires entre les établissements, selon un critère PMSI. Il s'agit alors de déterminer l'évolution du budget des établissements en fonction de leur activité.

1.1.2 Le développement du PMSI en soins de suite et de réadaptation.

Les travaux d'extension du PMSI aux soins de suite et de réadaptation ont été entamés dès 1993¹⁸ avec pour objectif d'élaborer des outils spécifiques à ce domaine en conjuguant analyse statistique et dires d'experts. Une base de données a été constituée de décembre 1994 à janvier 1995 dans une centaine d'établissements sélectionnés. Le 1^{er} juillet 1998 l'obligation de recueil de données est étendue à tous les établissements de soins de suite et de réadaptation sous dotation globale [31].

A) Les spécificités du produit hospitalier en soins de suite et de réadaptation

Il a été décidé de n'utiliser qu'une seule classification pour l'ensemble des disciplines d'équipement, permettant ainsi aux 27¹⁹ métiers intervenant en soins de suite et de réadaptation d'utiliser un langage commun (CdaRR ou catalogue des activités de rééducation et de réadaptation [32]).

Outil de description de l'activité de soins de suite et de réadaptation, le PMSI S.S.R. est un outil de construction purement française. Il diffère en cela fortement de son aîné destiné au

¹⁸ Note ministérielle d'information n°10827 du 11 février 1993 relative aux travaux d'extension du champ du PMSI au moyen séjour.

¹⁹ Cf. annexe.

court séjour. Alors que ce dernier correspond à une traduction de la classification américaine en DRGs, le PMSI soins de suite et de réadaptation est une création nouvelle élaborée par des experts français. Il n'existe aucun travail dans ce domaine aux Etats-Unis (K. Liu [25]). Le modèle des DRGs ne pouvait en outre être repris pour médicaliser le système d'information des établissements de soins de suite et de réadaptation français. L'analyse au séjour n'a en effet de sens que si l'activité est relativement homogène, les prises en charge protocolisées et les durées peu variables.

Or le champ des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation s'avère très hétérogène.

La variabilité de la durée de séjour pour une pathologie donnée était trop importante pour que la valorisation à la durée moyenne de séjour retenue en MCO soit pertinente médicalement et économiquement en soins de suite et de réadaptation. Comment en effet regrouper au sein d'un même groupe homogène de séjour des hospitalisations variant de 1 à 94 jours pour les rééducations de prothèses sur gonarthroses ou coxarthroses, ou encore de 1 à 294 jours pour les rééducations de paralysie cérébrale, des hémiplegies spastiques par traumatismes crâniens, accident vasculaire cérébral ou tumeurs chez l'enfant²⁰ ?

De même, l'existence de patients qui, à pathologie équivalente, présentent des problèmes surajoutés de prise en charge alourdissant significativement celle-ci, exigeait que l'on fasse des distinctions au sein des catégories cliniques.

La fréquence élevée des polyopathologies en soins de suite et de réadaptation posait également la question de la pertinence du diagnostic associé.

La difficulté à faire prendre en charge par le secteur « MCO » un patient de soins de suite et de réadaptation développant, en cours d'hospitalisation, une pathologie intercurrente ou une

²⁰ Ces journées d'hospitalisation sont classées par le PMSI SSR dans le GHJ 132- âge supérieur à 16 ans-pathologies mécaniques des membres- dépendance physique<=12, et le GHJ 027- âge <16 ans-déficiences cérébrales non traumatiques- PRR. Selon une étude du DIM-HNSM sur la base PMSI 2002-2003 :

GHJ 132, sur 915 hospitalisations, DMS=24 jours, écart type = 14 jours, durée maximum=94 jours, durée minimum=1 jour.

GHJ 027, sur 73 hospitalisations, DMS= 47 jours, écart type= 48 jours, durée maximum= 294 jours, durée minimum= 1 jour.

décompensation d'une pathologie chronique, soulignait en outre le problème de la description par le PMSI-SSR des transferts vers le court séjour.

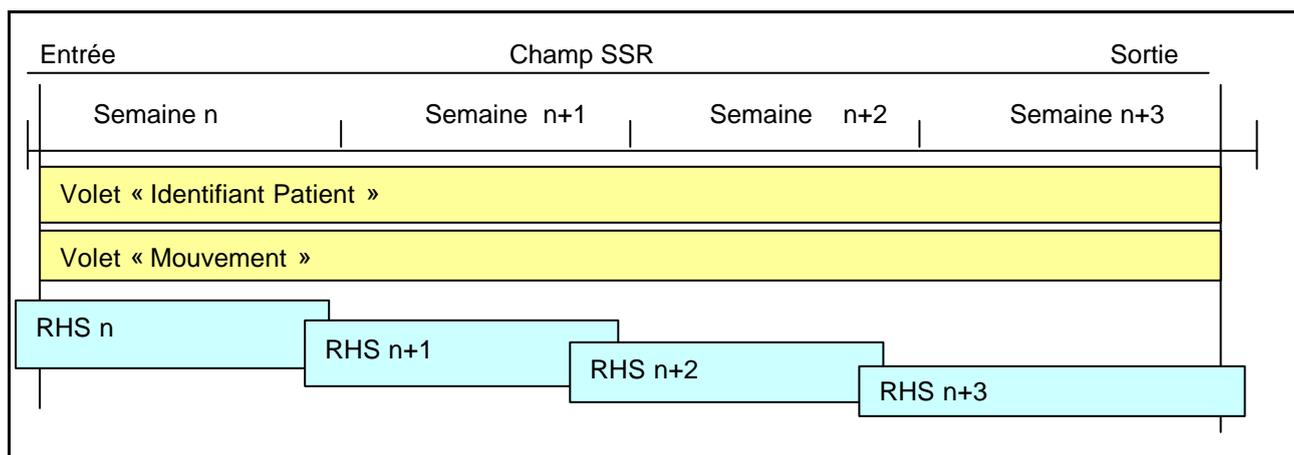
Enfin l'importance de la dépendance comme facteur de consommation de ressources, et en particulier de temps de soins, impliquait que celle-ci soit retenue comme variable classante.

Tenant compte de ces nombreuses particularités quant à l'imprévisibilité de la durée de séjour et à l'hétérogénéité des journées, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a donc élaboré un nouveau type de recensement et de classification.

B) L'élaboration d'outils spécifiques aux soins de suite et de réadaptation.

Dans un premier temps, les fréquentes variations dans les pathologies associées et la durée moyenne de séjour en soins de suite et de réadaptation (34,7 jours) ont orienté le choix des experts vers la construction d'une échelle à la journée pondérée en Groupes Homogènes de Journées ou GHJ selon la lourdeur de la prise en charge du patient, au détriment d'une forfaitisation au séjour telle qu'utilisée en MCO. Toutefois, un recueil à la journée restant irréaliste, un recueil de périodicité hebdomadaire d'informations ou R.H.S. (Résumé Hebdomadaire Standardisé), basé sur la semaine calendaire avec mise en évidence du nombre de journées de présence au cours de la semaine dans l'unité médicale, a été élaboré afin de distinguer des épisodes de prise en charge plus ou moins lourds au cours d'une hospitalisation.

Figure 6 Séjour de soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète ou de semaine, sans changement d'unité médicale, à partir du BO N°97/5 bis [29]



Le recueil concerne tous les patients pris en charge dans une unité fonctionnelle de soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation complète ou de jour. Au-delà de la première semaine d'hospitalisation, seuls les temps de rééducation et les modifications de morbidité sont

décrits, les logiciels de saisie du PMSI conservant les informations ne variant pas d'une semaine sur l'autre.

Encadré N° 3, Le Résumé Hebdomadaire Standardisé ou RHS

Le Résumé Hebdomadaire Standardisé est composé d'un volet « Identifiant patient », décrivant les caractéristiques socio-démographiques du patient; d'un volet « Mouvement » comportant des informations sur son séjour avec un numéro de séjour SSR, les dates et modes d'entrée et de sortie ; et enfin d'un volet « semaine » comportant des informations de type à la fois organisationnelles et médicales ainsi présentées :

• Informations administratives :

Numéro FINESS de l'établissement ; numéro de l'unité médicale ; numéro d'identification ; sexe ; date de naissance ; dates d'entrées et de sortie ; modes d'entrée et de sortie de l'unité médicale ; provenance et la destination ; code postal du lieu de résidence, ...

• Informations médicales :

→ Les données de morbidité, codées grâce à la Classification Internationale des Maladies, la CIM 10 (10ème révision)²¹ sont présentées selon plusieurs modalités :

- la Finalité Principale de Prise, ou FPP, i.e. le type de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort soignant médical et non médical au cours de la semaine d'observation dans l'unité médicale ; et répond à la question : *Qu'est-ce qui a été fait à ce patient pendant cette semaine ?* (renseignée par un code Z du chapitre XXI de la CIM-10).

- la Manifestation Morbide Principale, ou MPP, soit l'affection ou le symptôme qui a motivé la finalité principale ;

- l'Affectation Etiologique, ou AE, c'est à dire le diagnostic à l'origine de la manifestation morbide conduisant à la FP ;

- le Diagnostic Associé, DA, ou toute morbidité ayant une incidence sur la finalité principale ou ayant donné lieu à une prise en charge effective.

→ Les actes médicaux, décrit par le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) et bientôt par la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Ils permettent d'orienter vers une prise en charge clinique lourde ou très lourde (PCL ou PCTL).

→ Les actes de rééducation, Les douze activités de rééducation-réadaptation sont définies par une liste fermée de 220 actes exclusifs décrits dans le Catalogue des Actes de Rééducation et de Réadaptation (CdARR [32]).

Tableau 1 Liste des activités de rééducation-réadaptation

Source : Technologie Santé, Novembre 1999, N°39

Rééducation mécanique	Rééducation nutritionnelle	Rééducation collective
Rééducation sensori-motrice	Rééducation sphinctérienne et urologique	Bilans
Rééducation neuro-psychologique	Réadaptation- réinsertion	Physiothérapie
Rééducation respiratoire et	Adaptation d'appareillage	Balnéothérapie

²¹ Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, Vol. 1, 2 et 3, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1996.

→ La dépendance, définie selon une échelle spécifique²² prenant en compte six variables (l'habillement, le déplacement-locomotion, l'alimentation, la continence, le comportement, la relation), chacune des variables étant cotée selon 4 niveaux (Indépendance, Supervision ou arrangement, Assistance totale ou partielle)²³.

Le RHS étant un recueil indirectement nominatif contenant des informations protégées par le secret médical, l'établissement doit en outre veiller au respect de la **loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés**. La création de fichiers et le traitement des données du RHS sont soumis à l'avis préalable de la Commission Informatique et Liberté. Le Résumé Hebdomadaire Anonyme et les Suites Semestrielles de Résumés Hebdomadaires Anonymes constituent la forme transmissible des RHS aux DRASS pour le compte des ARH depuis février 1999²⁴ afin d'assurer le chaînage des séjours.

Les informations recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé permettent ensuite d'orienter le séjour dans une Catégorie Majeure Clinique (CMC) puis dans un des Groupes Homogènes de Journée (GHJ).

Le premier niveau de classification est constitué de 14 Catégories Majeures Cliniques particulières (CMC réadaptation, CMC attente de placement, CMC soins palliatifs...) exhaustives et mutuellement exclusives, qui rendent compte des grandes orientations médicales de l'activité de soins de suite et de réadaptation. Les Catégories Majeures Cliniques sont élaborées uniquement sur un critère d'homogénéité clinique sans tenir compte du coût des prises en charge. Elles reflètent la localisation de la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge en soins de suite et de réadaptation, voire l'âge des patients pour la CMC Gériatrie aiguë. Une catégorie clinique spécifique à la gériatrie aiguë, la CMC 80, a en effet été créée pour repérer les prises en charge d'événements aigus chez les patients de plus de 80 ans et ainsi permettre la description par l'outil PMSI des difficultés de transfert vers le MCO de ces

²² La grille AGGIR utilisée pour l'attribution de la Prestation Spécifique Dépendance ne pouvait être reprise dans le cadre du PMSI soins de suite et de réadaptation, les échelles à nombre d'items impairs orientant les réponses et les résultats vers la moyenne.

²³ CF Grille de dépendance présentée en annexe.

²⁴ données du second semestre 1998

patients. Elle englobe toutes les pathologies intercurrentes demandant une attention particulière chez les « grands vieillards ».

L'affectation dans une CMC se fait selon les variables de morbidité indiquées dans le RHS, i.e. la Finalité Principale de Prise, la Manifestation Morbide Principale, l’Affection Etiologique ou les Diagnostics Associés.

Si aucune de ces variables ne permet de classer le Résumé Hebdomadaire Standardisé, celui ci sera automatiquement affecté à la CMC 99 « Non groupable et sans objet » .

Tableau 2 Les différentes Catégories Majeures Cliniques
Source : Technologie Santé, Novembre 1999

Soins de suite, rééducation- réadaptation	
CMC 11	Cardio-vasculaire et respiratoire
CMC 12	Neuro-musculaire
CMC 13	Santé mentale
CMC 14	Sensoriel et cutané
CMC 15	Viscéral
CMC16	Rhumato-orthopédique
CMC 17	Post-traumatique
CMC 18	Amputations
Prises en charge spécifiques	
CMC 20	Soins palliatifs
CMC 30	Attente de placement
CMC 40	Réadaptation, réinsertion
CMC 50	Soins nutritionnels
CMC 60	Autres situations
CMC 80	Gériatrie aiguë
CMC 90	Erreurs
Non groupable	
CMC 99	Non groupable et sans objet

Les CMC sont ensuite subdivisées en 280 Groupes Homogènes de Journées [34]. L'«algorithme de classification»²⁵ en GHJ traite l'ensemble des informations contenues dans le RHS pour affecter la journée dans un groupe. Celui-ci doit répondre au double impératif de lisibilité médicale et de cohérence économique. La classification discrimine donc des niveaux

²⁵ L' « algorithme de classification » constitue l'ensemble des tests successifs réalisés par le « logiciel groupeur » sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement en CMC puis dans l'un des 280 GHJ, BO N° 97/5 bis [29].

de ressources différents (les GHJ engendrent des consommations directes équivalentes) tout en affinant la description clinique des prises en charge.

Concomitamment à son hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation, un patient peut recevoir des soins en hospitalisation de jour ou en traitement de cure ambulatoire. Dans ce cas, un seul séjour est pris en compte. Il est déclaré dans l'établissement où le patient est hospitalisé à temps complet. Les actes médicaux réalisés en hospitalisation de jour ou en traitement ambulatoire sont recueillis, à condition que ceux-ci soient inscrits sur la liste des actes médicaux à porter sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé et soient réalisés au sein de la structure ou payés par celle-ci.

Encadré N°4, L'algorithme de classification

Les GHJ sont exhaustifs et exclusifs. Les critères classant sont l'âge du patient, l'existence de prises en charge cliniques lourdes ou très lourdes (PCL ou PCTL), de prises en charge de rééducation-réadaptation complexes ou non (PRRC ou PRR), de morbidités dominantes ou encore le score de dépendance physique, selon que celui-ci est supérieur ou inférieur à 12. La description de la prise en charge rééducative est aussi bien qualitative (classification à l'intérieur d'une liste fermée de 220 actes techniques) que quantitative avec une mesure du temps passé par les intervenants dans chaque activité de rééducation pendant la semaine.

Algorithme de classification, élaboré par M. Houssel à partir du BO 97/ 5bis [29]

CMC

GHJ

Analyse statistique portant sur les facteurs explicatifs des variations de coûts

Informations sur le patient :
âge,
morbidité,
dépendance.

Informations sur les procédures :
médicales,
de rééducation (diversité,
adéquation, temps).

Variables médico-économiques,
facteurs de rupture
de consommation
de ressources

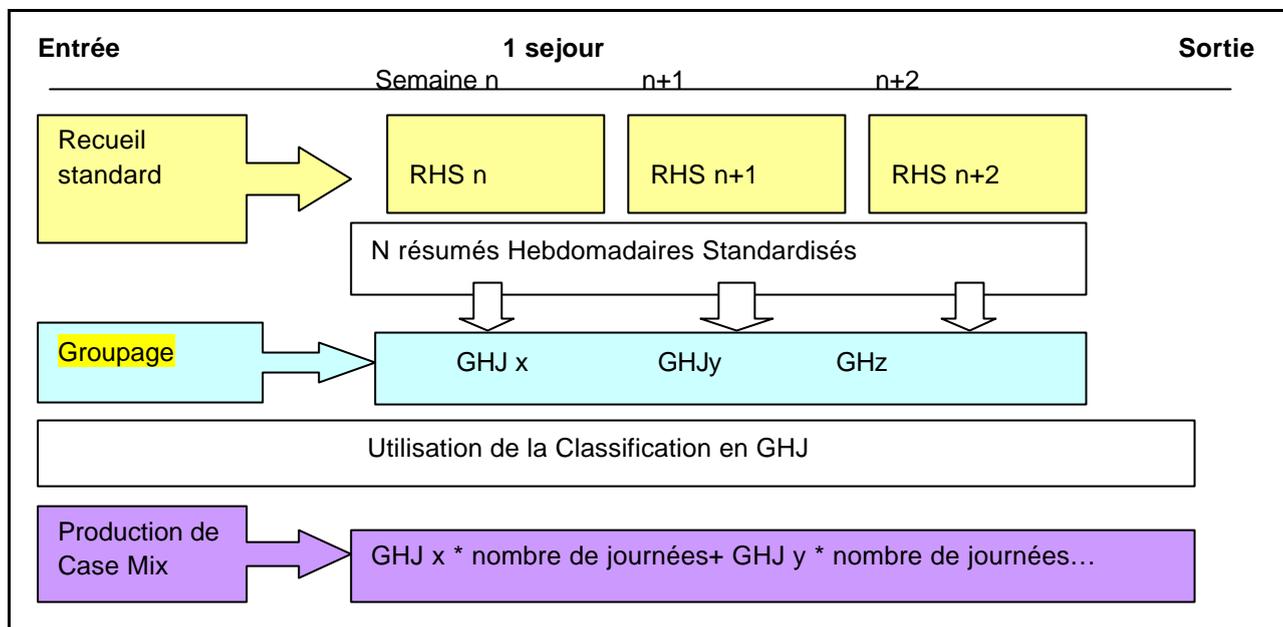
Malgré les variations de dépendance, c'est la cotation du niveau de dépendance le plus élevé enregistré pendant la semaine, quel que soit le nombre de jours pendant lesquels ce niveau de dépendance a été atteint, qui est retenue.

Enfin, l'activité infirmière n'apparaît pas directement²⁶ mais se trouve valorisée par d'autres variables comme la morbidité et la dépendance.

²⁶ Le PMSI SSR ne recueille pas les points SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée).

Au sein d'un même séjour, le malade peut donc pointer dans différents GHJ. Chaque journée sera comptabilisée au sein du classement hebdomadaire.

Figure 7 Traitement de l'information en soins de suite et de réadaptation, à partir du BO 97/5 bis, [29].



Le PMSI soins de suite et de réadaptation comporte encore des imperfections. Etabli à partir de profils moyens émergents de la base de données, sans considération pour la qualité des soins, il ne fait que décrire ce qui est réalisé et non ce qui devrait être fait. Si des ajustements des règles de recueil et à la classification en GHJ ont été introduits en 2001 [34], ils portent cependant essentiellement sur la cohérence entre les outils PMSI- MCO et ceux du PMSI- S.S.R . L'Etude Nationale de Coûts fait aujourd'hui apparaître nombre de failles dans l'outil PMSI, dont une assez grande variabilité des coûts intra-GHJ, remettant ainsi en cause leur homogénéité économique. La lisibilité médicale des GHJ fait en outre l'objet de contestations, la classification ne comportant pas de référence aux pathologies dans ses libellés. Enfin, les caractéristiques observables à l'arrivée du patient dans le service, telles que son environnement familial et social, ne sont pas prises en compte dans la classification.

C) Un exemple : Le Casemix de l'Hôpital National de Saint Maurice²⁷.

Le casemix décrit l'éventail des cas pris en charge par l'hôpital pour une période donnée. Son analyse permet, au niveau du patient, de mettre en évidence les données sociodémographiques des hospitalisés et de donner un aperçu de la file active ; au niveau des séjours, de représenter l'organisation globale des prises en charge au sein de l'unité médicale et d'établir d'éventuelles collaborations ; et au niveau des R.H.S, d'établir une présentation synthétique de l'activité de l'établissement avec un certain nombre de prises en charge particulières.

A l'Hôpital National de Saint Maurice, 42% des journées et 39,4% des RHS sont produits en hôpital de jour, alors que la moyenne régionale s'élève à 6.2% et 11.5%.

Les femmes représentent 51% des patients de soins de suite et de réadaptation (58% en hospitalisation complète et 40% en hôpital de jour) et les hommes 49% (42% en hospitalisation complète et 60% en hôpital de jour). 30% viennent du Val de Marne, 21% de Paris, 42% d'autres départements d'Ile de France et 7% d'autres régions. 66% arrivent d'une unité de MCO en hospitalisation complète. Ils sont enfin 84% à pouvoir rentrer à domicile à la fin de leur séjour.

Tableau 3 Les CMC produites à l'Hôpital National de Saint Maurice, Rapport du DIM 2002 [19]

Catégorie Majeure Clinique	HC		HJ	
	RHS (n)	Journées (n)	RHS (n)	Journées (n)
11 : Cardio-vasculaire et respiratoire	59	313	1	2
12 : Neuro-musculaire	2 213	11 726	4 052	13 820
13 : Santé mentale	274	1 417	266	953
14 : Sensoriel et cutané	47	283	7	7
15 : Viscéral	89	489	3	8
16 : Rhumato-orthopédique	5 845	33 069	1 950	7 687
17 : Post-traumatique	2 092	12 082	644	2 654
18 : Amputation	77	398	-	-
20 : Soins palliatifs	13	63	-	-
30 : Attente de placement	7	39	-	-
40 : Réadaptation spécialisée	127	785	125	441
50 : Soins nutritionnels	3	19	45	120
60 : Autres situations	50	280	14	43
80 : Gériatrie aiguë	18	89	-	-
Total	10 914	61 052	7 107	25 735

²⁷ Cf. Casemix de l'Hôpital National de Saint Maurice en annexe n°5.

A l'instar des autres établissements de soins de suite et de réadaptation, les CMC les plus produites sont les CMC 16 « Rhumato-orthopédique » (47% des journées), 12 « Neuro-musculaire »(29.4%) et 17 « Post-traumatique »(17%).

A l'intérieur des ces catégories majeures, 8.1% des patients accueillis sont très dépendants.

Les prises en charge de rééducation et réadaptation représentent respectivement 23,75% des hospitalisations complètes et 28,6% des hospitalisations de jour, pour une moyenne régionale s'élevant à 16.2%.

Tableau 4 Types de prise en charge à l'Hôpital National de Saint Maurice, Rapport d'activité du DIM 2002 [19]

Type de prise en charge	HC			HJ		
	RHA (n)	RHA (%)	J (n)	RHA (n)	RHA (%)	J (n)
Prise en Charge Clinique Très Lourde (PCTL)	131	1.20	652	21	0.30	79
Prise en Charge Clinique Lourde (PCL)	971	8.90	5 455	234	3.29	766
Prise en Charge de Rééducation et Réadaptation complexe (P.R.R.C.)	317	2.90	1 678	780	10.98	2 351
Prise en Charge de Rééducation et Réadaptation (P.R.R.)	2 592	23.75	14 985	2 032	28.59	8 547
Dépendance Physique > 12	885	8.11	5 154	580	8.16	1 908
Dépendance Physique = 12	5 973	54.73	32 932	3 403	47.88	11 887
Autres	45	0.41	196	57	0.80	197
Total	10 914	100.00	61 052	7 107	100.00	25 735

Enfin, les 6 premiers GHJ en fréquence, soit 50% des GHJ, sont les GHJ :

132 - Age >=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique <=12

027 - Age <16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation

131 - Age >=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Prises en charge de Rééducation- Réadaptation

162 - Age >=16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <=12

029 - Age <16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique >12

165 - Age >=16 ans- Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique <=12

Si le PMSI permet donc une lecture fine de la production de l'hôpital, l'analyse des coûts ayant servi à l'élaboration de classification en GHJ est trop peu précise pour élaborer une échelle tarifaire. Il faut donc adjoindre au PMSI SSR un volet prix par le biais d'une Echelle Nationale des Coûts.

Une valorisation des GHJ en indices de coût relatif a donc été réalisée lors d'une expérimentation menée sur un échantillon d'établissements, dont initialement l'Hôpital National de Saint Maurice.

1.2 La détermination du prix du produit en soins de suite- réadaptation.

« La prise en charge d'un patient atteint d'une affection se manifestant avec une certaine morbidité doit, au moins, pouvoir être financée d'une façon similaire quel que soit l'établissement (accrédité) où il est reçu. » [2]

Nous étudierons tout d'abord la valorisation du produit de soins de suite et de réadaptation tel que défini par le PMSI SSR au travers d'une Echelle Nationale de Coûts. Nous analyserons ensuite comment, en situation d'asymétrie d'information, la règle de tarification choisie permet théoriquement de se rapprocher d'une situation optimale telle que décrite par A. Shleifer dans son modèle de « *yardstick competition* » [50].

1.2.1 L'Echelle Nationale de Coûts ou ENC [2].

Une première Echelle Nationale de Coûts a été élaborée en 1997 en MCO, alors seule activité décrite au moyen d'indicateurs médicalisés. Le champ de l'analyse a été élargi en 1999 au moyen séjour avec une pré-étude englobant 35 participants et ne récoltant les données que de 14 d'entre eux.

L'étude nationale de coûts en soins de suite et de réadaptation réalisée en 2002-2003 se veut elle plus exhaustive. Son objectif est de produire à partir d'un échantillon d'établissements une échelle pondérée de tarifs tenant compte de la totalité des charges supportées par un établissement de santé.

A) La composition d'un échantillon d'établissements volontaires.

L'appel à candidature lancé par la **circulaire DH/PMSI N°620 du 9 novembre 1999** a permis de sélectionner les établissements constituant cette base de données médico-économiques. Les hôpitaux retenus devaient être capables de recueillir leurs données d'activité PMSI dans les Résumés Hebdomadaires Standardisés avec une exhaustivité parfaite, de mettre en œuvre la

méthode SIIPS évaluant la charge de travail en soins infirmiers ainsi que la comptabilité analytique hospitalière.

42 établissements ont dans un premier temps été retenus, dont 6 Centres Hospitaliers Régionaux ou CHR (dont 3 établissements de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, et 2 des Hospices Civils de Lyon), 11 Centres Hospitaliers (CH) et 25 PSPH. 12 sont localisés en Ile de France, 5 en Languedoc et en Rhône Alpes, 3 en Aquitaine et en Picardie, et 3 sur le reste de la France.

La constitution de l'échantillon avait pour objectifs de représenter un secteur polymorphe comprenant 82 disciplines d'équipement tout en respectant les impératifs de qualité posés par l'exigence de fiabilité des données récoltées. Suite à différents contrôles, seuls trente-trois établissements ont finalement été intégrés dans la base, dont 15 spécialisés exclusivement en rééducation et réadaptation fonctionnelle.²⁸ Parmi ces 33 établissements, on comptait 5 CH, 4 CHRU, 16 PSPH, 5 établissements privés sous dotation globale et 3 autres établissements publics.

²⁸ Cf. Liste des établissements participant à l'Etude de coût PMSI-S.S.R. en annexe n°6.

Figure 8 Répartition des Etablissements de l'ENC par discipline dominante, élaboré par M. Houssel à partir des données de l'ENC SSR [2].

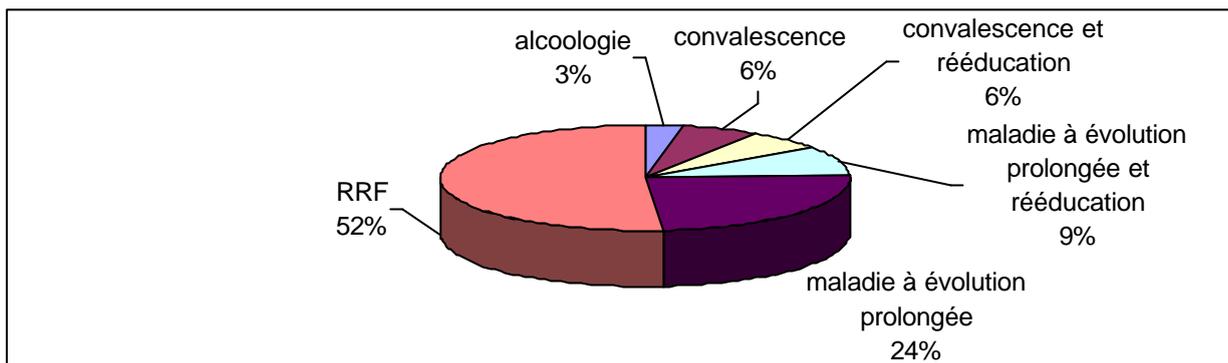


Figure 9 Répartition des Etablissements de l'ENC par statut, élaboré par M. Houssel à partir des données de l'ENC SSR [2].

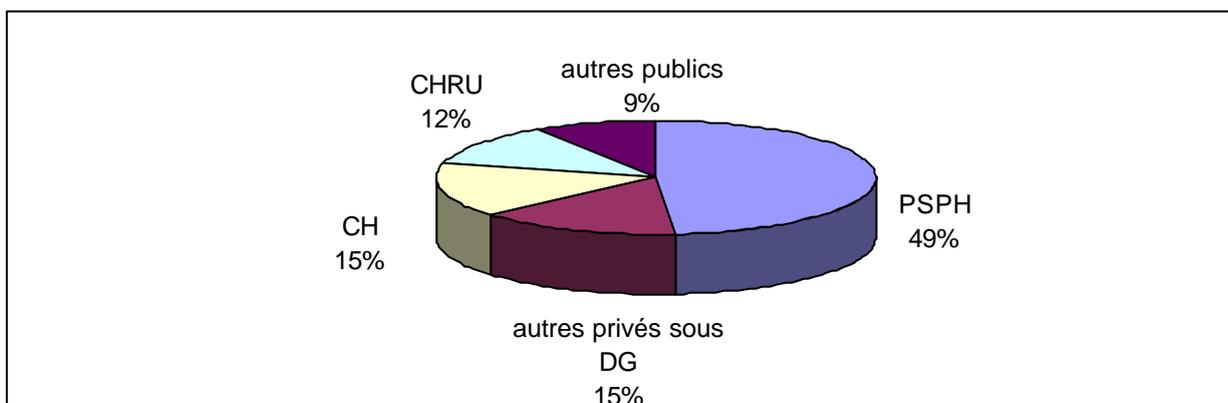
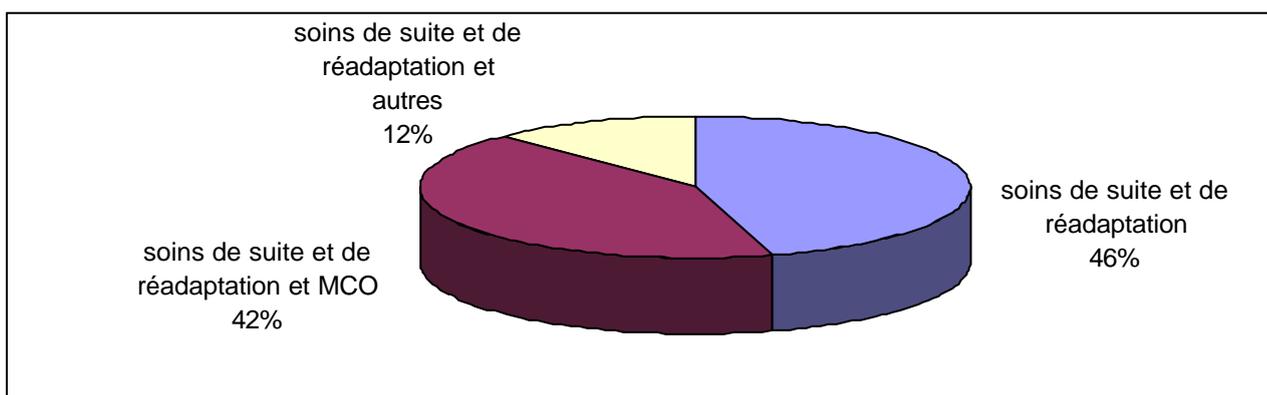


Figure 10 Répartition des Etablissements de la base par secteur d'activité, élaboré par M. Houssel à partir des données de l'ENC SSR [2].



L'échelle devait être construite de manière à rendre compte des coûts moyens relatifs produits par l'« établissement France » en respectant le poids des contributions respectives du secteur public-PSPH et du secteur privé.

Cet échantillon a produit 135 000 résumés hebdomadaires pour le second semestre 2000 ainsi que des données de comptabilité analytique par la suite redressées afin de pallier l'hétérogénéité de l'échantillon.

Encadré N°5, Le Recueil des données pour l'Echelle Nationale des Coûts [33]

La construction de l'ENC s'est faite à partir des données financières et des données d'activité des établissements de l'échantillon sur le second semestre 2000.

Les établissements ont été invités à grouper dans le logiciel Win Salvator les données financières suivantes :

- les consommations en unité d'œuvre des actes médico-techniques réalisés (recueil complémentaire d'activité comprenant les temps réalisés par les intervenants paramédicaux dans chacune des 12 activités de rééducation, afin de pouvoir analyser les coûts par minutes des différents intervenants) ;
- des fichiers administratifs contenant, pour chaque section d'analyse, les charges annuelles classées par poste de dépenses et les données globales d'activité ;
- les tableaux décrivant les étapes de retraitement comptable ;
- le compte administratif de l'établissement.

Les renseignements sur l'activité des établissements portaient à la fois sur :

- les périodes de séjour, i.e. tous les Résumés Hebdomadaires Standardisés réalisés sur la période d'étude,
- les indicateurs de la charge en soins infirmiers.

Ces fichiers ont été par la suite transmis au Ministère.

Les établissements devant mettre en place une comptabilité analytique et un système d'information permettant le suivi des actes, des prescriptions des médicaments discriminants, des consommables médicaux et des actes réalisés par des prestataires externes, la transmission de données a pris du retard. L'Echelle de coûts n'a donc été publiée qu'en mars 2003, et non, comme initialement prévu, fin 2001.

Si l'Hôpital National de Saint Maurice n'a pu rendre ses résultats à temps pour cette période, ses données sont cependant toujours prises en compte par l'ATIH pour la révision de l'ENC, le second semestre de l'année 2000 n'étant pas nécessairement une période de référence.

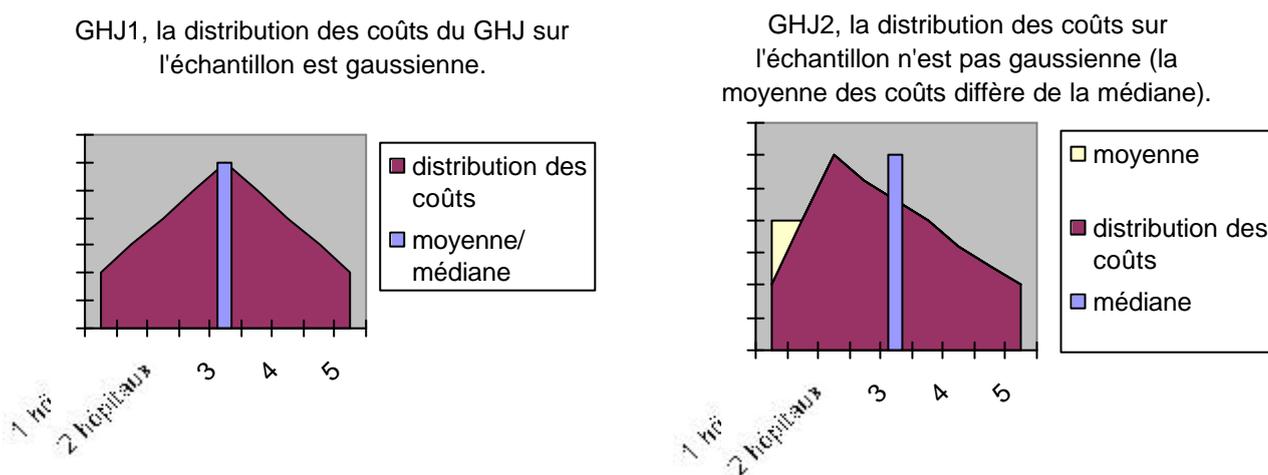
B) Le choix d'une règle de paiement.

Le second pilier fondamental sur lequel repose la tarification à la pathologie, après la description du produit, est la définition d'une règle de paiement. Or quels sont les principes choisis pour la détermination du prix de l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation? La constitution du tarif repose sur trois choix, le choix du coût réel des composantes, du coût complet et enfin du coût moyen du produit.

- Le choix du coût réel des composantes du GHJ

L'allure des courbes de coût des GHJ n'étant pas nécessairement gaussienne, l'ATIH n'a pas arbitré entre coût moyen et coût médian des GHJ, mais a utilisé la technique du micro-costing²⁹ pour détailler l'ensemble des coûts composant le coût total d'un GHJ. Il existe en effet parfois des différences importantes entre le coût moyen et le coût médian, i.e. entre une valeur centrale d'une série statistique et une valeur qui partage en deux effectifs égaux les termes de la série. S'il est certains cas où le choix de la valeur médiane semble plus approprié, notamment lorsqu'une minorité de patients absorbe une majorité des coûts, la médiane n'est pas un indicateur suffisamment informatif pour répondre aux interrogations des décideurs sur la prise en charge pour un groupe de patients. Par conséquent, selon l'allure des courbes de distribution des coûts de chacune des ressources des GHJ de l'échantillon, l'ATIH a arbitré entre le coût moyen et le coût médian de la composante. Le coût du GHJ annoncé dans l'ENC correspond ainsi à la somme de l'ensemble des coûts, moyens ou médians, des items le composant.

Figure 21 Distribution des coûts de deux GHJ sur l'échantillon ENC, réalisé par M. Houssel



- Le choix du coût complet hors structure.

L'ENC tient compte du coût complet de production, c'est à dire de l'ensemble des charges supportées par les établissements de santé, directes et indirectes. Les charges directes sont imputées à un produit et à un seul. Les charges indirectes, non imputées dans les documents comptables, représentent les frais généraux et sont réparties sur plusieurs activités.

²⁹ Reconstitution du coût de chaque ressource utilisée dans la production du GHJ.

Chaque coût de période comprend en outre trois grandes composantes : un coût médical, un coût logistique, et un coût de structure (frais financiers, amortissements des bâtiments). Les coûts de structure ont été écartés du fait de leur trop grande variabilité sur l'échantillon. Leur maintien aurait détérioré la pertinence de l'ENC sensée refléter les dépenses liées aux soins. L'ENC ne comprend donc que le coût médical et le coût de logistique.

- Le coût médical :

Ce coût reflète les dépenses de la section d'analyse clinique dans laquelle est passée le patient, calculées à partir d'unités d'œuvre³⁰.

Ainsi les dépenses de personnel médical sont calculées par journées ou séances.

Les dépenses relatives au personnel soignant représentant toutefois 40 à 80% du coût direct de séjour selon la CMC, il semblait plus pertinent d'utiliser pour les répartir un outil de mesure de la charge en soins infirmiers tel que SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée). SIIPS permet en effet d'apprécier, par l'attribution de coefficients d'intensité, l'évolution de la demande en soins de base, techniques et relationnels-éducatifs du patient par période de séjour. Le PMSI ne recueillant pas l'activité en SIIPS, un recueil parallèle des points SIIPS est donc tenu. Les dépenses en personnel soignant sont ensuite rattachées aux sections d'analyse cliniques et ventilées sur les périodes de séjour par l'intermédiaire des points SIIPS.

Les dépenses des autres personnels du service, de consommables médicaux non coûteux, de logistique médicale et l'utilisation du matériel médical, y compris certains entretiens et certains amortissements, se calculent par journées ou séances.

Le coût médical comprend également les dépenses des sections d'analyse médico-technique prestataires d'actes pour le patient, telles que les dépenses des services de rééducation-réadaptation fonctionnelle polyvalente (par tranches de 5 minutes d'intervention) et les dépenses des autres services médico-techniques (laboratoires, imagerie, explorations fonctionnelles...) ventilées sur les périodes de séjour par l'intermédiaire des unités d'œuvre spécifiques à chaque discipline (en B pour le laboratoire, en ICR champ GAMMA pour l'imagerie, en ICR champ ALPHA pour les explorations fonctionnelles et en ICR pour la radiothérapie et la dialyse, ...).

³⁰ Le coût de chaque unité d'œuvre est obtenu en divisant le total des charges directes de la section d'analyse par le nombre annuel total d'unités d'œuvre produites par la section d'analyse.

Les dépenses prises en compte dans le coût médical ne doivent recouvrir que les dépenses d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation. Les dépenses de consultation et d'actes externes sont identifiées et déclarées séparément puisqu'elles ne sont pas décrites par l'outil PMSI SSR mais par le PMSI MCO!

Enfin, la « mission T2A » est encore indéfinie sur l'imputation de certaines dépenses comme les produits sanguins, les prothèses et orthèses³¹, les implants et les médicaments coûteux. Seront-ils directement affectés à la période de séjour ou remboursés forfaitairement ? En effet, le coût, par exemple, des prothèses coûteuses délivrées au patient risque de perturber la détermination du coût moyen des GHJ.

Encadré N°6, Prothèses et Orthèses

La pose de prothèses ou d'orthèses se fait sous réserve de l'accord de l'Assurance Maladie, le plus souvent à la fin d'une période d'hospitalisation, lorsque le patient est sortant. Le médecin contacte un orthoprothésiste afin qu'il crée un appareillage adapté à la déficience du patient par l'assemblage de plusieurs pièces détachées. Le coût est pris en charge par l'hôpital et supporté par la dotation globale (*circulaire n°91/14 du 4 mars 1991 relative aux modalités de prise en charge de l'appareillage dans les établissements publics de santé*).

Les orthoprothésistes ne peuvent se fournir en pièces détachées qu'auprès de quelques fabricants. L'entreprise Protéor domine aujourd'hui ce marché oligopolistique et seules quelques petites entreprises tentent de lui faire concurrence. L'hôpital contrôle la facturation des fournisseurs, puis la bonne adaptation des prothèses au patient.

Une centaine d'orthoprothésistes travaillent en France aujourd'hui en libéral. S'il n'y a pas de contingentement, les orthoprothésistes doivent être conventionnés par le Centre d'Appareillage de la Sécurité Sociale. Leurs prix sont des tarifs (TIPS, tarifs interministériels des prestations sanitaires). Toutefois, ils disposent du droit d'effectuer des dépassements. Le prix payé par l'établissement est donc le plus souvent déconnecté du tarif.

Seuls les ophtalmologistes³² se sont à ce jour déconventionnés.

- Le coût logistique :

Cette deuxième composante du coût inclut les dépenses de blanchisserie et de restauration, réparties à la journée sur les périodes de séjour, ainsi que les autres dépenses de logistique de l'établissement (administration, informatique, services intérieurs,...) ventilées au prorata du nombre de journées de présence et des venues, selon les modalités d'hospitalisation (les dépenses de restauration sont ainsi divisées par deux en hôpital de jour [33].)

³¹ La prothèse remplace un membre amputé alors que l'orthèse pallie la déficience d'un membre.

³² Oculariste : Professionnel qui prépare les pièces de prothèses oculaires.

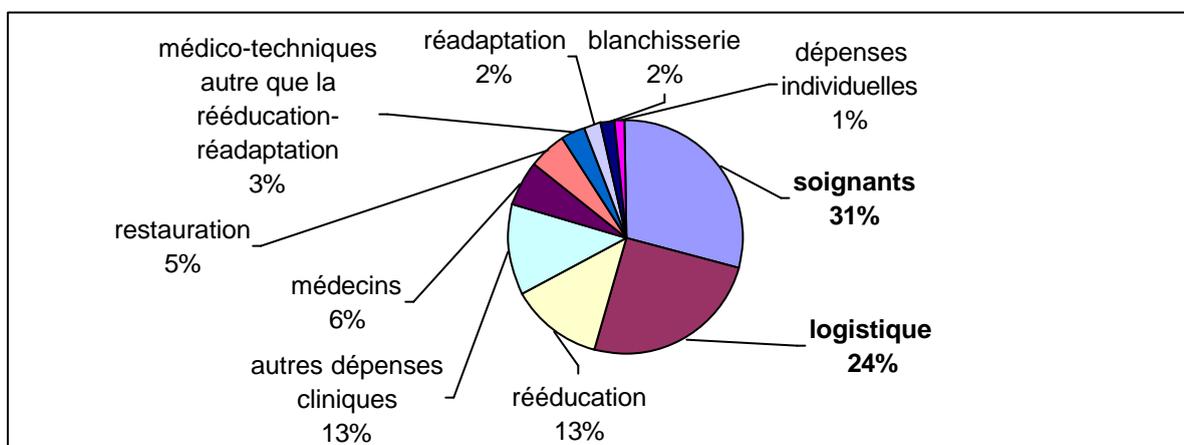
Encadré N°7, Retraitements (BO n°2003/1 bis [36]).

- 1- Affectation des charges de la comptabilité générale sur l'ensemble des sections d'analyse ;
- 2- Traitement des produits déductibles ;
- 3- Consommables médicaux et actes faits à l'extérieur directement affectés sont isolés ;
- 4- Ventilation des dépenses de logistique médicale (coût d'unités d'œuvre) ;
- 5- Ventilation des dépenses de blanchisserie et de restauration entre les différentes activités de l'hôpital.

Le coût complet correspond à la somme de ces deux postes, médical et logistique.

L'ENC comprend ainsi des charges directes et indirectes sans pour autant tenir compte des coûts de structure. Le budget théorique d'un établissement de santé pour sa partie soins de suite et de réadaptation ne peut donc s'évaluer qu'après retraitements comptables.

Figure 12 Décomposition du coût complet hors structure, établi par partir de l'ENC [2].



- Enfin, le choix du coût moyen, plutôt que du coût marginal du GHJ.

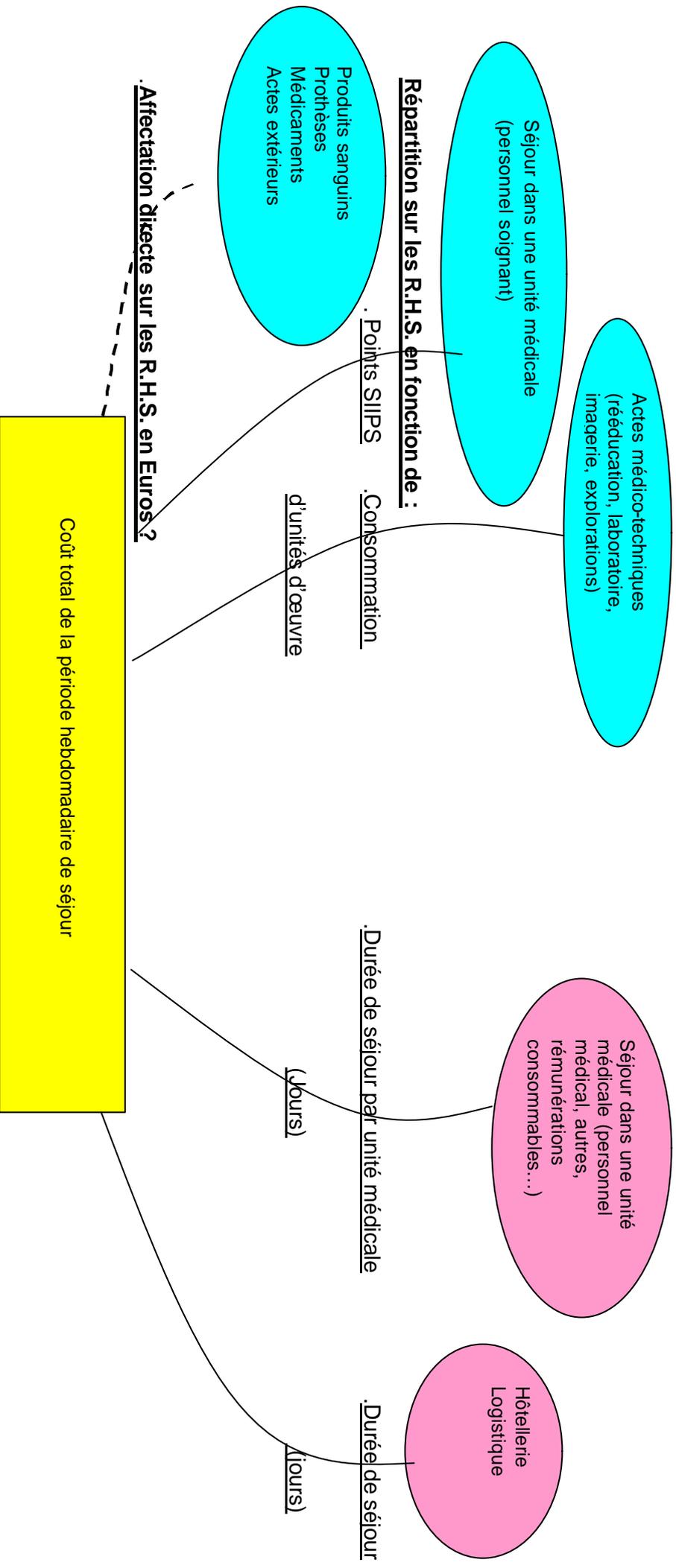
La production hospitalière met en jeu des charges variables et des charges fixes. Or l'évolution de la proportion entre charges fixes et variables est importante pour analyser les coûts. En choisissant le coût moyen plutôt que le coût marginal, on surestime le coût de production du fait des coûts fixes décroissants au cours du séjour. Cependant la difficulté du calcul et le choix d'une valorisation à la journée, et non au séjour, ont conduit l'ATIH à retenir le coût moyen.

Tous les coûts (moyens ou médians) des différentes composantes du GHJ sont donc additionnés et divisés par le nombre produit de ce GHJ. Selon la règle de calcul de l'ENC, le tarif par GHJ correspond à la moyenne sur l'ensemble de l'échantillon des coûts réels de chacune des composantes.

$$\text{Tarif ENC} = \frac{\text{Somme des coûts réels des composantes}}{\text{Nombre de GHJ produits}}$$

Affectations de dépenses
directement
à la période hebdomadaire de séjour
Affectations de dépenses

indirectement
à la période hebdomadaire de séjour



1.2.2 La mise en concurrence fictive des établissements de soins de suite et de réadaptation, ou comment déterminer un prix en situation d'asymétries d'information.

Alors que le système de santé français se caractérise par les asymétries d'informations, l'utilisation de l'ENC pour une mise en concurrence des producteurs de soins permet de se rattacher à un principe d'optimalité tel que décrit par A. Shleifer [50].

A) Rentes informationnelles et relations d'agence dans le système de santé.

Deux situations permettent d'obtenir une allocation optimale des ressources. Soit les acteurs du système de santé ont les mêmes préférences, soit leur comportement est vérifiable. Or aucune de ces deux conditions n'est remplie dans le système de santé français. Non seulement, les objectifs de l'Assurance Maladie et des producteurs de soins diffèrent, mais les relations entre les acteurs sont marquées par les asymétries d'information.

Chaque acteur du système de santé poursuit en effet des objectifs différents. Si le régulateur souhaite maîtriser les dépenses de santé et les patients être bien soignés, la fonction d'utilité des hôpitaux est-elle déterminée par plusieurs variables.

Selon K. Davis³³ et M. Pauly³⁴, les producteurs de soins cherchent à maximiser leur profit. A l'inverse, J. Newhouse³⁵ a élaboré un modèle selon lequel l'hôpital souhaite à la fois maximiser sa production et son prestige. M.L. Lee, [22], propose lui une théorie alternative où les préférences de l'hôpital sont interdépendantes. Certains intrants comme

³³ Davis K., « Production and cost function estimation for nonprofit hospitals », non publié, cité par M.L. Lee [22].

³⁴ Pauly, M.V. « A new model of nonprofit hospital behavior and investment », non publié, cité par M.L. Lee [22].

³⁵ Newhouse J., « Toward a theory of nonprofit institutions: An Economic Model of a Hospital », American Economic review, March 1970, p 64-74.

les équipements ou le personnel seraient acquis afin de maximiser le prestige de l'établissement, celui-ci se traduisant ensuite au travers du statut ou des classements tels ceux du Point³⁶ ou de Sciences et Vie, qui reprennent ces données dans leur méthodologie. Il reconnaît ainsi la volonté des hôpitaux de dégager un excédent, leur prestige étant en partie déterminé par leur politique d'investissement.

Chaque acteur cherchant à atteindre ses propres objectifs, le fonctionnement du système va dépendre en grande partie de la façon dont circule l'information. Or, le système de santé français se caractérise par une répartition inégale de l'information, véritable variable stratégique et source de richesse pour son détenteur. Les relations entre les différents acteurs s'analysent alors en terme de relation d'agence où, selon S. Ross (1973)³⁷, « *une des deux parties, désignées comme l'agent, agit soit de la part, soit comme représentant de l'autre, désignée comme le principal, dans un domaine décisionnel particulier* ».

Dès 1980, Pauly³⁸ souligne en effet le rôle d'agent du patient joué par le médecin sur le marché des services médicaux. La relation d'agence entre le médecin, détenteur d'une connaissance spécialisée, et ses patients est ainsi définie par Arrow (1986):

« The physician-patient exemplifies the principal-agent relation almost perfectly. The principal (patient) is certainly unable to monitor the efforts of the agent (the physician). The relation between effort and outcome is random, but presumably, there is some connection³⁹. (La relation entre le médecin et son patient illustre la relation d'agence presque parfaitement. Le principal (patient) ne peut contrôler les efforts de l'agent (le

³⁶ Le Point, 06/06/2003, N°1603, Dossier préparé par Houdart P., Malye F. et J. Vincent, « Hôpitaux : le palmarès 2003 », p76.

³⁷ Ross S., " The economic theory of agency: The principal's problem", American Economic Review, 1963, Vol.2, p134-139.

³⁸ Pauly M.V., " Doctors and their workshops: economic models of physician behavior", University of Chicago Press, 1980.

³⁹ Arrow K.J., « Agency and the Market, in : K.J. Arrow and M.D. Intriligator, eds. » Handbook of Mathematical Economics, 1986, vol. III

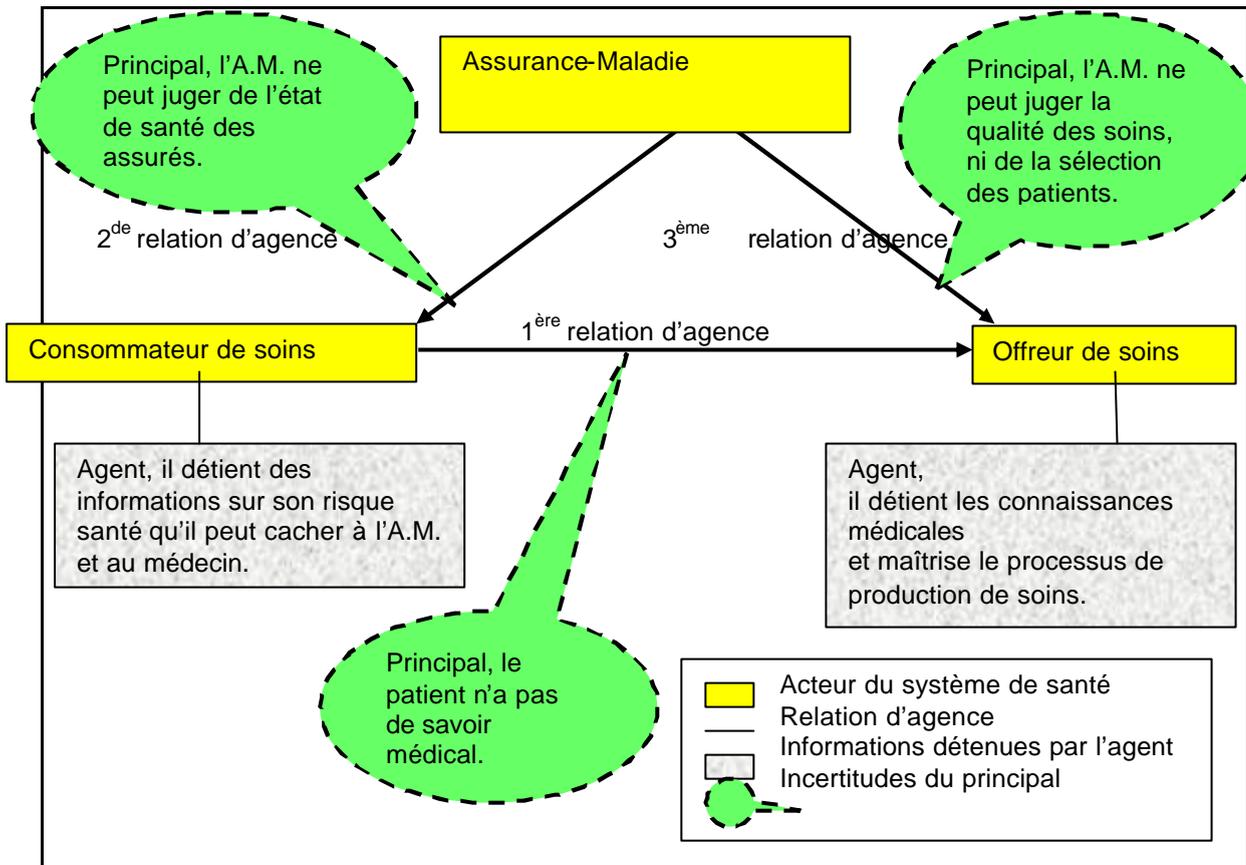
médecin). La relation entre l'effort et le résultat est aléatoire, mais il y a sans doute des connections.)

Outre la relation entre le médecin et ses patients, les relations entre l'Assurance Maladie et les assurés sociaux d'une part, l'Assurance Maladie et les producteurs de soins d'autre part, sont également marquées par les rentes informationnelles. Certaines typologies telles celles de Jones et Zanola (1995)⁴⁰ et de S. Béjan (1992)⁴¹ introduisent des relations supplémentaires parallèlement à ces principales relations d'agence, comme par exemple la relation entre l'autorité de tutelle (politiques, décideurs) et l'Assurance Maladie. Nous faisons le choix ici de ne représenter que l'Assurance Maladie, les producteurs de soins et les patients. Il conviendra cependant par la suite de mettre en exergue le rôle de la tutelle pour le bon fonctionnement de la mise en concurrence fictive des producteurs de soins.

⁴⁰ Jones A., Zanola R., "Agency and Health Care: a Suitable Case for Public Policy", working paper, 1995

⁴¹ Béjan S., Gadreau M., "Asymétries d'informations et régulation en médecine ambulatoire", Revue d'Economie Politique, mars-avril 1992

Figure 13 Relations d'agence et incertitudes dans le système de santé français, élaboré par Marie Houssel.



Nous nous concentrerons ici sur la troisième relation d'agence, la relation d'achat de biens et services médicaux par l'Assurance Maladie (principal) auprès des producteurs de soins (agents).

Cette relation souffre de l'inobservabilité aussi bien du processus de production, de la qualité que de l'efficacité des soins prodigués. Utilisant alors l'asymétrie d'information à son profit, l'agent dont l'intérêt - la maximisation du prestige ou du profit - diverge de celui du principal - la maîtrise des dépenses de santé - peut altérer l'allocation optimale des ressources. La théorie économique enseigne en effet que l'existence de rentes informationnelles s'accompagne de phénomènes de risque moral et d'antisélection. Ces phénomènes valident l'idée que l'on peut douter de l'effort de l'agent à satisfaire les intérêts du principal lorsque cet effort est inobservable.

L'acheteur de soins se trouve en effet confronté au problème du *risque moral*. Selon Claude Le Pen, [23], il s'agit de :

« un effet pervers du contrat d'assurance selon lequel le risque ex-post (après conclusion du contrat) est supérieur au risque ex ante (avant sa conclusion) sur lequel est fondé la valeur actuarielle des primes. Cette augmentation de la sinistralité serait imputable à un relâchement (rationnel mais coupable) des conduites de précaution et de prévention ».

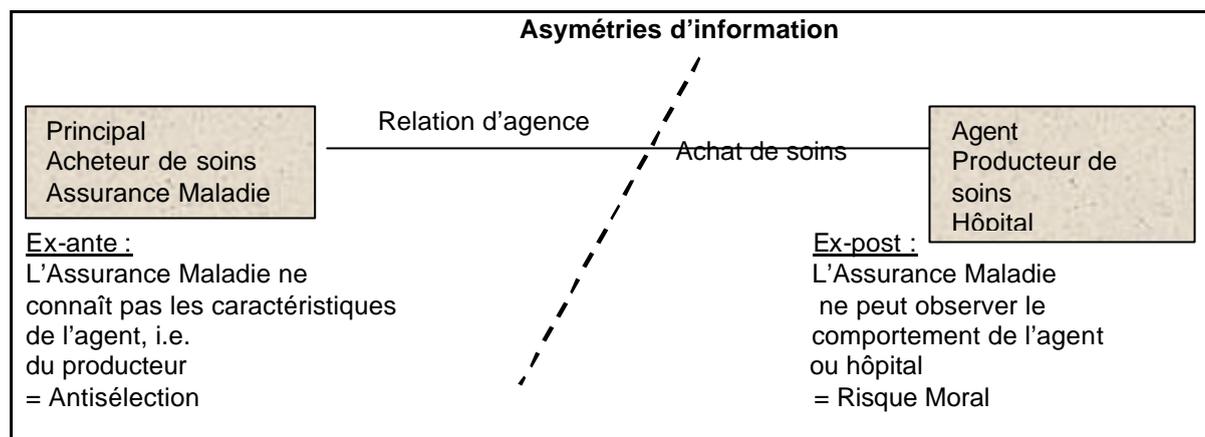
Appliquée à la relation d'achat de soins, cette définition désigne le risque de modification du coût par le prestataire, inobservable par le principal ne disposant que d'indicateurs macroéconomiques. Cette manipulation des intrants se traduit souvent par une qualité insuffisante des soins par rapport aux moyens engagés par l'Assurance Maladie, une prise en charge sélective des patients, voire une gestion inadaptée du personnel.

Le second problème auquel est confronté l'acheteur de soins est celui de *l'antisélection*. Une partie du coût supporté par les établissements de santé est conditionnée par des déterminants exogènes tels que le contexte socioculturel, l'évolution technologique, indépendants de toute action du prestataire. Cette composante du coût peut être soit systématique, i.e. identique dans tous les hôpitaux, soit idiosyncrasique lorsqu'elle diffère alors d'un hôpital à l'autre. Une tarification ne prenant pas en compte l'ensemble de ces éléments risque d'éliminer des établissements performants mais traitant des patients plus lourds ou socialement plus défavorisés.

Le coût de production du bien ou service n'étant pas observable, le régulateur ne peut imposer un prix égal au coût marginal et laisse ainsi une rente aux prestataires, d'où une régulation sous-optimale de l'offre de soins.

Comment dès lors inciter les producteurs de soins à maximiser leurs efforts tout en évitant la « faillite inefficace » des hôpitaux confrontés à des prix ne couvrant pas la totalité de leurs coûts ?

Figure 14 Asymétries d'information et risques associés dans la relation d'achat de soins, élaboré par M. Housssel



L'approche normative de la théorie d'agence cherche ainsi à définir des conditions de tarification permettant d'atteindre un optimum de second rang au regard de l'équilibre Pareto-optimal obtenu lorsque l'information est également répartie entre les acteurs.

L'inobservabilité du processus de production implique tout d'abord que les modalités de tarification soient définies ex ante et non ex post.

Le principal doit ensuite inciter les agents à révéler leurs véritables coûts de production. Les systèmes coercitifs de rémunération par enveloppe globale ayant fait leur temps, l'acheteur de soins doit mettre en place des procédures qui incitent les producteurs à révéler d'eux-mêmes leurs informations. Il s'agit donc de définir une règle de transfert des dédommagements de la désutilité consécutive à l'annonce de la vérité afin que la transparence apparaisse comme la stratégie la meilleure.

Cependant, le principal doit opérer un arbitrage entre recherche d'incitations et partage des risques avec l'agent. Si la fixation du prix au niveau maximum du coût envisageable résout le problème de la participation, il supporte alors l'intégralité des risques. Inversement, la fixation du prix au niveau minimum du coût constitue une forte incitation à l'effort, mais reporte sur les producteurs l'intégralité des risques. Le principal doit donc résoudre le problème du risque moral, i.e. inciter les producteurs de soins à maximiser leurs efforts, tout en évitant l'écueil de l'antisélection, soit la faillite inefficace de certains hôpitaux. Toutefois, comment déterminer ce qui relève de comportements inefficaces de ce qui relève de mauvaises conditions de production pour définir la meilleure politique de tarification ?

Le choix d'une politique de rémunération par la mise en concurrence des producteurs de soins face au monopsonne financier que représente l'Assurance Maladie résout en théorie

cette équation en incitant les établissements à adopter un comportement optimal non pas car on les y contraint mais car c'est leur intérêt que d'adopter ce comportement.

B) La mise en concurrence par comparaison des producteurs de soins.

Une détermination des prix ex post sur le mode du remboursement étant inefficace du fait de l'inobservabilité du processus de production, la « mission T2A » a défini ex ante, comme nous l'avons vu plus haut, une règle de définition des tarifs au travers de l'ENC.

La règle de paiement annoncée, le principal peut alors mettre en œuvre un mécanisme incitatif de rémunération grâce à une mise en concurrence fictive des producteurs. Cette procédure s'apparente à une procédure d'enchères. Elle laisse à chaque agent le choix de son niveau de coût, tout en le plaçant face à un prix paramétrique analogue au prix concurrentiel afin qu'il adopte un comportement conforme à l'optimum. En laissant une rente aux producteurs les plus efficaces, ce mode de rémunération doit inciter les établissements à agir de leur plein gré dans le sens de l'intérêt général.

Le modèle de concurrence par comparaison ou « Yardstick Competition », élaboré en 1985 par Schleifer [50], et s'appuyant sur l'expérience de Medicare aux Etats-Unis depuis 1984, montre qu'un tel système de rémunération grâce à un prix fixe, prospectif et paramétrique est efficace en situation d'incertitude face à des comportements de risque moral et d'antisélection systématique. Ce sont ces trois propriétés du prix qui vont inciter le producteur de soins, pourtant en situation de monopole local, à faire des choix plus efficaces.

Encadré N°8, Modèle de « Yardstick Competition », A. Shleifer [50]

Hypothèses :

Soit n firmes identiques produisant un bien identique sur des marchés séparés, faisant face à des courbes de demande identiques, et dans un environnement sans incertitude.

Soit C_0 , le coût marginal initial,

C , le coût de la dernière unité produite après recherche de gains de productivité,

$R(C)$, ce que l'on a dépensé pour atteindre C , et donc $R(C_0)=0$

$R'(C) < 0$, $R''(C) > 0$, donc plus l'investissement en recherche de productivité est important, plus c est faible,

CM varie de façon négative par rapport à la production du fait de l'importance des coûts fixes,

P le prix payé par le régulateur, T les sommes forfaitaires allouées par le régulateur au producteur,

V = le profit réalisé.

On a :

$$V = (P - C) q(P) + T - R(C)$$

A l'optimum :

$$T^* = R(C^*)$$

$$P^* = C$$

$$-R'(C^*) = q(P^*)$$

Les sommes forfaitaires allouées couvrent l'effort de productivité et le prix payé correspond au coût marginal.

Dans les faits, le régulateur annonce sa règle de paiement, observe C et $R(C)$ et calcule, selon la méthode définie au préalable, les prix à payer.

Selon A. Shleifer, « *What the regulator needs is some relatively simple benchmark, other than the firm's present or past performance, against which to evaluate the firm's potential* », soit ce dont le régulateur a besoin, c'est de références simples, qui ne soit pas les performances passées ou présentes de l'entreprise, à partir desquelles évaluer son potentiel.

Le principal va donc comparer les coûts d'établissements similaires (mais dans des zones d'attraction en matière de soins séparées) sur la production de biens identiques afin de déterminer quel niveau de productivité l'hôpital doit atteindre. Pour cela, il constitue donc des groupes homogènes d'offreurs, c'est à dire présentant les mêmes structures de coût, auxquels il applique le mécanisme de mise en concurrence selon une procédure d'enchères en quatre temps.

- Annonce de la règle de paiement choisie.

La règle peut être, comme dans le cas de l'ENC, que la rémunération de chacun dépendra de la moyenne du coût des autres producteurs.

- A chaque niveau de coût choisi par un établissement, l'autre réagit et réajuste son coût marginal car la dotation qu'il reçoit a changé. Plus les hôpitaux sont productifs, plus leur bénéfice sera élevé. Ils choisissent donc l'effort le plus important et connaissent le coût correspondant à ce niveau d'effort optimal. Sachant que la tutelle peut observer ex-post leur niveau d'effort, ils annoncent donc le vrai coût.
- Le principal recueille les annonces de coûts et applique la règle de tarification sur laquelle il s'est engagé.
- L'opération se renouvelle jusqu'à ce que l'on atteigne le niveau d'équilibre. Cet équilibre est stable, unique et symétrique. Il s'agit d'un équilibre de Nash.

L'ajustement se déroule dans la réalité presque simultanément. A l'équilibre chaque établissement choisit le niveau le plus efficient socialement de réduction des coûts.

La composante exogène et systématique des coûts est par définition la même pour tous les prestataires. Elle sera donc prise en compte dans le prix de par son caractère relatif. En dépendant des coûts annoncés par les autres hôpitaux, le prix paramétrique permet ainsi, sauf en cas de collusion, la suppression de l'incertitude systématique sur les conditions de production et diminue donc le déficit informationnel du principal. Si la composante exogène du coût est en effet identique pour tous les prestataires, il est aisé pour l'Assurance maladie de conclure que l'hôpital qui a un coût total plus élevé que les

autres déploie moins d'efforts de productivité. Elle tire ainsi partie de la corrélation des coûts entre les hôpitaux pour minimiser les rentes.

En outre, le prix étant fixe et prospectif, chaque hôpital tend à réaliser l'effort optimal pour obtenir un coût inférieur au tarif fixé et dégager une rente.

Enfin, le prix résultant des performances de l'ensemble des hôpitaux, la recherche de productivité diminue rétrospectivement ce même prix.

Ces propriétés conduisent à une situation optimale de second rang quand les coûts sont parfaitement corrélés.

La rémunération du prestataire à un prix prospectif, fixe et indépendant de son coût résout le problème essentiel du risque moral et de l'incitation à la révélation du coût de production.

Parallèlement, la rémunération dépendant des coûts observés chez les autres producteurs, le système prend en compte la part systématique des coûts de production pour ne pas conduire les hôpitaux à la faillite.

L'utilisation des tarifs de l'ENC pour une mise en concurrence par comparaison des producteurs de soins permet théoriquement, une allocation plus optimale des ressources en situation d'asymétrie d'information et une incitation à la diminution des coûts.

La mise en concurrence face à un prix fixe, prospectif et paramétrique favorise en théorie l'amélioration de la productivité et une meilleure répartition des ressources entre les établissements. Le système de tarification à la pathologie tel qu'il se définit aujourd'hui en soins de suite et de réadaptation à partir des travaux de l'ATIH et de la «mission T2A » satisfait-il cependant les conditions du modèle théorique ?

L'efficacité de la procédure demeure en effet conditionnée par des hypothèses qui la justifient. L'engagement de l'Assurance Maladie doit être crédible et sa demande élastique par rapport aux prix pour que le producteur cherche effectivement à diminuer ses coûts. Il est ensuite indispensable que les établissements disposent d'une autonomie suffisante pour mettre en œuvre les dispositions nécessaires à la réorganisation du processus de production, et puissent conserver le surplus lié à leurs gains de productivité afin d'être incités au développement leurs efforts de gestion. Il faut en outre veiller à l'absence d'entente préalable, encore appelée « collusion », entre les hôpitaux pour maintenir les tarifs à un niveau supérieur à leurs coûts. Les services produits doivent de plus être homogènes. Enfin et surtout, l'incertitude pesant sur les coûts des hôpitaux est systématique. Les différences de coût ne sont donc liées qu'à des différences de productivité.

Ces hypothèses sont-elles aujourd'hui réunies ?

Quelle évaluation peut-on par conséquent faire de l'utilisation de l'ENC SSR pour une mise en concurrence par comparaison ?

2 EVALUATION DE LA TARIFICATION A LA PATHOLOGIE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Nous verrons dans une première partie comment les hypothèses d'absence de collusion entre les prestataires, de recherche de maximisation du profit de la part des producteurs de soins, d'élasticité de la demande au prix, et enfin de corrélation parfaite du niveau d'effort avec les coûts ne sont pas réunies dans le cadre du passage à la tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation.

Dans une seconde partie, l'évaluation de la réforme décrit les risques d'apparition de comportements stratégiques, de dégradation de la qualité et de l'égalité d'accès aux soins, qui forment autant d'obstacles à l'atteinte d'une situation optimale.

2.1 Les hypothèses sur lesquelles se fonde le modèle ne sont pas réunies.

Des possibilités de formation de coalitions existent. Parallèlement, des variations idiosyncrasiques, c'est à dire propres à chaque établissement, subsistent au niveau des coûts. Enfin la règle de tarification n'est pas toujours crédible face à des producteurs aux objectifs plus complexes que ne le suppose le modèle.

2.1.1 La possibilité de formation de coalitions.

Comme nous l'avons vu précédemment, le tarif payé aux producteurs de soins correspond à la moyenne des coûts de production d'un GHJ sur l'échantillon. L'applicabilité du mécanisme repose dès lors sur l'impossibilité d'ententes, et, le cas échéant, sur la faisabilité de leur contrôle. La « Mission T2A » ayant fait le choix méthodologique de séparer les échelles de coûts publique et privée, la mise en concurrence fictive n'aura lieu qu'entre producteurs publics. Or les établissements n'étant pas directement en concurrence pour satisfaire la même demande en raison de l'organisation spatiale de l'offre, l'intérêt commun et l'homogénéité de la profession médicale apparaissent suffisamment importants pour que la stratégie d'entente émerge.

Il existe en outre des préalables en matière de coalition hospitalière. Afin de mettre à mal la réforme du financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la Fédération Hospitalière de France avait donné pour consigne aux établissements de ne pas fournir leurs budgets selon la nouvelle présentation ternaire mais, comme les années précédentes, selon une présentation binaire. Les hôpitaux s'étaient en outre entendus pour ne pas signer les conventions tripartites.

2.1.2 L'Hétérogénéité des établissements et des produits de soins de suite - réadaptation.

La comparaison des établissements diminue le déficit informationnel et ainsi le risque moral pesant sur la relation d'agence entre l'Assurance Maladie et le producteur de soins. Cependant les variations de coût ne relèvent pas seulement de l'effort, mais également des caractéristiques propres à chaque établissement, voire des approximations de la classification.

A) L'existence de coûts idiosyncrasiques.

Le caractère paramétrique du prix prend en compte les conditions de production influant sur le coût à condition qu'elles soient identiques pour tous les prestataires. Les établissements doivent cependant faire face à des contraintes très hétérogènes.

Nous distinguerons ici deux catégories de facteurs de variation idiosyncrasique des coûts, les facteurs liés à la situation géographique des établissements, puis ceux liés à leur activité.

Les hôpitaux sont tout d'abord confrontés à une demande de nature variable selon leur localisation. En analysant les données du logiciel Eco-Santé Régions, il apparaît que la dépense de soins est loin d'être uniforme, variant selon les régions de 160 euros à 275 euros par personne. Cette consommation est très élevée dans tout le sud de la France,

en Alsace et en Lorraine. Elle est en revanche faible en Basse-Normandie, en Franche-Comté et dans le Rhône. Ces informations ne peuvent être dissociées des caractéristiques régionales de la distribution des revenus, de la structure par âge ou de l'état de santé de la population. Une typologie des paysages socio-sanitaires a donc été réalisée par une équipe du CREDES⁴². De l'analyse des caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des 348 zones d'emploi recensées en France se dégagent onze classes « socio-sanitaires »⁴³. Selon la localisation géographique, le bassin de population de l'hôpital se caractérise en effet par un niveau de vie plus ou moins élevé, une structure démographique et épidémiologique différente.

D'après la carte de France des revenus déclarés (INSEE, mai 2003), les ménages déclarent des revenus fiscaux par unité de consommation plus élevés en Ile de France et en Alsace, où le taux d'emploi est plus élevé qu'en province. Les revenus déclarés sont en revanche plus faibles en Corse, Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon. Les régions, à l'exception de l'Alsace, présentent toutes de fortes disparités internes. Les revenus sont ainsi plus importants dans les espaces urbains et surtout à proximité des villes. Les communes agricoles ont elles un niveau de vie de 20% inférieur au niveau de vie moyen. Ainsi, 28,4% des personnes interrogées à Paris était sans couverture complémentaire sans être exonérées du ticket modérateur pour seulement 7,3% en Bretagne⁴⁴. Or la prise en charge hospitalière ne peut faire abstraction de l'environnement social du patient, et ce de façon encore plus prégnante pour les soins de suite et de réadaptation qui oeuvrent à sa réinsertion.

Les producteurs sont en outre dépendants de la structure par âge de leur zone d'attraction. Ainsi en 2000, alors que sur l'ensemble de la population une personne sur cinq a atteint 60 ans (20.6%), cette proportion varie de 16% en Ile de France à 29% dans le Limousin. Au niveau départemental, elle atteint un maximum de 33% dans la Creuse⁴⁵.

⁴² Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., Vigneron E., « Une typologie des paysages socio-sanitaires en France », Questions d'Economie de la Santé, N°10, avril 1998

⁴³ cf. Environnement socio-sanitaire des Etablissements de SSR en annexe n°10.

⁴⁴ Enquête « Soins et Protection Sociale », 1992-95, CREDES.

⁴⁵ Brutel C., Omalek L., « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030 », INSEE, Population, Famille.

Si le Nord de la France reste plus jeune que le sud, le vieillissement devrait s'accroître dans les départements peu urbanisés du centre, de l'Ouest et du Massif central, ainsi que dans le Nord-Est du pays. Or, selon la typologie du CREDES, les zones les plus âgées souffrent proportionnellement plus de certaines pathologies. Ainsi, les zones rurales, où la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est la plus importante en France (11.9%), souffrent proportionnellement plus d'arthrose périphérique et du rachis, avec un taux de prévalence pondéré de 12.5, que les banlieues résidentielles, où les personnes de plus de 75 ans ne représentent que 4% de la population, et où le taux de prévalence pondéré de l'arthrose périphérique et du rachis ne s'élève qu'à 7.2%.

Les producteurs de soins peuvent enfin souffrir de surcoûts structurels tel que des surcoûts fonciers, des surcoûts liés à l'isolement géographique ou à des salaires plus élevés.

Les établissements situés dans des zones urbaines doivent ainsi acheter leurs intrants à des prix plus élevés et, malgré leur recherche de productivité, généreront toujours des coûts plus importants que les autres hôpitaux. Le coût de la main d'œuvre est ainsi relativement plus élevé à Paris où l'effet démographique négatif (le nombre de jeunes entrant sur le marché du travail ne compense pas le nombre de départs à la retraite, ce à quoi s'ajoute une forte émigration) doit être compensé par des migrations journalières domicile-travail, d'où l'existence de surcoûts pour les employeurs obligés de proposer des salaires plus attractifs. La dégradation du solde de déplacements depuis le début des années 1990 laisse en outre envisager une aggravation de cette pression. Ce problème ne concerne cependant pas les zones attractives du sud, principalement méditerranéen qui connaît des migrations très favorables⁴⁶.

La structure de coût varie de plus selon le type d'activité et le niveau technologique des hôpitaux, ceux-ci ayant tous un passé ou une vocation différente dans le réseau sanitaire.

⁴⁶ Warzée C., « L'évolution des marchés locaux du travail de 1962 à 1999 : quatre grands types de zones d'emploi » INSEE, N°908, Juillet 2003

Certains sites produisant des soins de suite et de réadaptation peuvent ainsi assurer des prises en charge particulières faisant appel à des personnels ou des équipements spécifiques et donc coûteux (c'est le cas notamment d'un établissement disposant d'un bloc opératoire).

Selon leur spécialisation, les hôpitaux peuvent de même être confrontés à la demande de prise en charge des cas les plus lourds, c'est à dire des patients les plus dépendants. C'est par exemple le cas de l'Institut National de Rééducation à l'Hôpital National de Saint Maurice qui prend en charge des enfants polyhandicapés. L'âge moyen y est de 8 ans à l'INR A, traitant des pathologies neurologiques acquises, et de 9 ans à l'INR B, rééducation orthopédique et traumatologique pédiatrique, et à l'INR C, rééducation des pathologies neurologiques congénitales. Ces enfants sont dépendants pour l'essentiel des activités de la vie quotidienne et requièrent des soins intenses nécessitant l'intervention de personnels nombreux.

Le nombre de cas traités par l'hôpital, son expérience et la production jointe de certains GHJ déterminent ensuite en partie sa structure de coûts.

De nombreux établissements doivent enfin faire face au coût de l'enseignement et de la recherche. Chaque métier de la rééducation reçoit par exemple à l'Hôpital National de Saint Maurice des étudiants dans sa spécialité et organise pour eux des topos et des mises en situation professionnelle. 226 stagiaires en kinésithérapie sont ainsi venus en stage en 2002. Or le temps passé à la formation correspond à autant de minutes de rééducation en moins.

Si la concurrence par comparaison permet de diminuer le déficit informationnel dans le cas d'incertitudes systématiques, elle s'avère néanmoins inefficace lorsque les producteurs sont confrontés à ces contraintes idiosyncrasiques.

B) La diversité des produits.

La classification a pour objectifs contradictoires d'établir des groupes à la fois homogènes et en nombre limité, de façon à ce que l'outil demeure facilement utilisable par les professionnels. La définition des GHJ relève donc d'un compromis entre deux extrêmes, une classification où chaque cas traité correspond à une catégorie propre, et le paiement à la journée où toutes les prises en charge relèvent d'une seule et même catégorie.

Le PMSI soins de suite et de réadaptation comprend lui 280 GHJ, ce qui est relativement peu comparé à la classification MCO (471 GHM). Cependant, les gains en lisibilité de l'outil PMSI semblent s'être faits au détriment de l'homogénéité des GHJ. Sans recul sur la pertinence descriptive de la classification d'un champ d'activité aussi polymorphe que

les soins de suite et de réadaptation, on peut par conséquent légitimement s'interroger sur le niveau d'homogénéité médicale mais également économique des GHJ.

Tout d'abord, la classification ne reflète qu'imparfaitement la complexité des prises en charge en soins de suite et de réadaptation et notamment leur volet social. Le soin de rééducation, qui traite de façon analytique la perte d'un mouvement ou la récupération d'un handicap, intervient dans une perspective de réadaptation, de réinsertion. La prise en charge du patient est donc nécessairement globale, pluridisciplinaire, avec des objectifs précis et des projets à établir en amont de la sortie du patient.

L'exemple de l'activité de bilan qui n'est pas décrite en tant que telle par le PMSI illustre ce défaut de l'outil à rendre compte de la complexité des prises en charge. Une étude comparative de l'hospitalisation de jour de bilan par rapport à l'hospitalisation de jour de rééducation⁴⁷ a été réalisée sur le secteur pédiatrique de l'Hôpital National de Saint Maurice [19]. Selon les résultats de cette étude, l'activité de bilan mobilise plus de moyens qu'une journée de rééducation classique, et ce au niveau médical, paramédical, de l'analyse et de l'orientation du patient.

Tout d'abord, alors que l'hospitalisation de rééducation permet une organisation hebdomadaire des visites et du staff, le bilan nécessite lui l'organisation sur une seule et même journée du temps médical. Le temps passé par un médecin pour un enfant est donc quantitativement plus important pour un bilan.

L'hospitalisation de jour de rééducation offre ensuite pour un enfant une moyenne de trois séances individuelles de rééducation de 45 minutes, et plusieurs activités de groupe (école, balnéothérapie, ateliers, sortie....). Le bilan mobilise-lui aussi trois rééducateurs différents ainsi que divers professionnels tels qu'un psychologue ou une assistante sociale, mais leurs interventions se font lors de séances de 60 minutes. L'activité de bilan mobilise donc plus de personnels paramédicaux lors de séances toutes individuelles.

Il faut en outre tenir compte du travail de synthèse engendré par ces séances. Si l'hospitalisation de rééducation requière des écrits journaliers dans le dossier médical, le

⁴⁷ L'hospitalisation de jour peut être de deux types : l'hospitalisation de jour de rééducation où le patient vient recevoir des soins et l'hospitalisation de jour permettant d'établir un bilan complet, une évaluation de la pathologie ou du handicap du patient.

dossier de soins et le cahier de transmission (relais avec la famille), ainsi qu'un travail écrit de synthèse par l'équipe au départ de l'enfant du service, les bilans sont eux rédigés par chaque professionnel. Ce travail est très chronophage puisqu'il nécessite, avant toute rédaction, une analyse des données et des résultats. La synthèse se distingue en outre aussi bien dans la forme, le travail écrit étant très long pour les bilans, que dans le fond, l'hospitalisation de rééducation requérant un écrit informatif alors que le bilan se veut à la fois informatif et descriptif.

Enfin, la préparation de l'orientation de l'enfant est spécifique au bilan. Alors que l'orientation est préparée tout le long de l'hospitalisation de rééducation par la définition d'un projet de vie avant la sortie définitive de l'enfant, le bilan conduit souvent à un projet de vie qui demeure à mettre en place. Les professionnels sont alors obligés de s'investir hors du temps d'hospitalisation pour aider l'enfant et sa famille à le concrétiser.

L'hospitalisation de jour de bilan est donc plus consommatrice en temps médical et paramédical que l'hospitalisation de jour de rééducation. Elle exige la présence constante d'un professionnel ainsi qu'un temps important d'analyse des données lors de la rédaction des synthèses. Elle nécessite enfin l'intervention des professionnels après l'hospitalisation.

Ce mode d'hospitalisation implique donc des moyens importants, tout particulièrement en ressources humaines. Pour cela, elle doit être prise en compte dans le PMSI SSR afin de pouvoir être rémunérée. Or, à l'heure actuelle, les bilans sont encore classés dans les GHJ de rééducation traditionnels.

L'algorithme de groupage utilise ensuite les mêmes critères à l'intérieur des CMC. Or certaines branches de l'arbre de décision peuvent s'avérer parfois moins pertinentes et, par conséquent, la classification trop globalisante. Ainsi, l'âge des patients dans l'algorithme de décision n'est scindé qu'en deux catégories (plus ou moins de 16 ans) alors que les soins nécessités par une personne âgée sont souvent différents de ceux des autres adultes, et le niveau d'encadrement médical et éducatif variable selon qu'il s'agit d'enfants jeunes ou très jeunes, et donc plus ou moins dépendants. De même, le principe des seuils de temps pour les activités de rééducation et réadaptation conduit à classer dans le même GHJ un patient qui bénéficie de deux heures d'activité mécanique par jour et celui qui ne bénéficie d'aucune rééducation.

L'outil PMSI actuel ne garantissant pas l'homogénéité de l'activité décrite par les GHJ, il en résulte une variabilité des coûts intra-GHJ.

Le choix d'une seule classification pour l'ensemble des soins de suite et de réadaptation, rééducation, convalescence et gériatrie comprises, ne permet pas de valoriser au plus près de leur coût certaines prises en charge. Ainsi, du fait de leurs spécificités, les soins de rééducation fonctionnelle font intervenir plus de personnel à nombre de journées équivalent et mettent à disposition des équipements plus coûteux tels que les tables de kinésithérapie, de l'électrophysiothérapie, de la balnéothérapie, des équipements d'imagerie et des automates de laboratoire, alors que l'activité de soins de suite peut se résumer parfois à du nursing (des soins infirmiers). Il en résulte une variabilité de coût entre les RHS de Réadaptation et Rééducation Fonctionnelle (RRF) et ceux des autres disciplines de 4% à 40%. L'application de l'ENC fera donc faire apparaître les centres de RRF tels l'Hôpital National de Saint Maurice comme trop chers à activité égale.

De même, étant donné la taille de l'échantillon étudié et la période d'expérimentation (33 établissements intégrés sur 6 mois d'exercice), les coûts de l'ENC ne peuvent être considérés comme représentatifs. Il existe en effet des GHJ pour lesquels seuls quelques établissements ont pu renseigner l'ATIH. Les établissements de soins de suite et de réadaptation étant souvent spécialisés par type de prise en charge, plus de 20% des GHJ ne sont produits dans l'échantillon que par trois établissements ou moins⁴⁸. De même, huit GHJ ne sont pas représentés dans la base ENC.

⁴⁸ Il s'agit des GHJ 1, 3, 5, 7, 8, 10, 64, 71, 80, 84, 88, 91, 97, 98, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 119, 128, 149, 169, 183, 184, 185, 186, 200, 205, 206, 208, 209, 211, 218, 221, 222, 227, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 249, 250, 251, 254, 255, 256, 260, 262, 266.

Tableau 5 GHJ non représentés dans la base ENC, élaboré par M. Houssel à partir de l'Etude Nationale de Coûts [2]

	Intitulé
GHJ 6	mucoviscidoses (âge < 16 et DP ≤ 12)
GHJ 63	CMC santé mentale (âge < 16 et PCTL)
GHJ 113	CMC viscéral (âge ≥ 16 et PRRC)
GHJ 206	attente de placement (âge < 16 et PRR)
GHJ 208	attente de placement (âge < 16 et autres et DP > 12),
GHJ 209	attente de placement (âge ≥ 16 et PCTL)
GHJ 211	attente de placement (âge ≥ 16 et PRRC)
GHJ 218	problèmes sociaux, problèmes liés à l'alcool (âge ≥ 16 et DP > 12)

Même si les RHS produits pour ces GHJ ne représentent que 1.5% de la base nationale, le calcul de leur coût moyen doit donc se faire avec une grande prudence.

La répartition des activités de soins de suite et de réadaptation dans cet échantillon d'établissements volontaires n'est en outre pas représentative. L'intégration d'établissements prenant en charge des créneaux très spécialisés, telles que des prises en charge particulières nécessitant des équipements spécifiques ou consacrés à des patients soit très dépendants soit dans une classe d'âge très resserrée, pose le problème de leur sur-représentation par rapport aux prises en charge plus répandues. L'échelle est donc influencée par des « effets établissements » qui marquent à la hausse ou à la baisse le niveau de valorisation des GHJ.

Enfin, l'expérience de l'ENC MCO a enseigné qu'un exercice plus long était nécessaire pour calculer des coûts représentatifs. En effet, en quoi le second semestre 2000 est-il une période de référence ?

2.1.3 La divergence des objectifs des producteurs de soins et de l'Assurance Maladie par rapport au modèle.

Le modèle de mise en concurrence fictive est en partie fondée sur l'hypothèse de crédibilité de l'objectif du principal qui n'achètera les produits qu'au tarif défini. Or la demande peut-elle être élastique au prix ?

De même, face à ce tarif, est-il dans l'intérêt des producteurs de minimiser leurs coûts de production ?

A) L'inélasticité de la demande aux prix.

Le modèle de concurrence par comparaison repose sur l'idée que les consommateurs réagissent aux variations de prix. Les producteurs choisissent le niveau d'effort compte tenu de l'effet positif de la baisse des coûts et donc des prix sur la quantité demandée. Or dans un système de santé fondé sur la solidarité nationale, la demande de soins émanant de l'Assurance Maladie est peu sensible aux variations de coûts. Si nous n'avons jusqu'à présent considéré que l'objectif de maîtrise des dépenses de santé du principal-Assurance Maladie, nous ne pouvons pour autant occulter les missions de service public qui lui sont imparties et dont le respect est garanti par l'Etat-régulateur. Compte tenu des obligations de continuité des soins et d'égalité d'accès aux soins, l'Assurance Maladie peut-elle réellement diminuer ou augmenter sa consommation de soins selon l'évolution du niveau de coût ? Peut-elle de même refuser tout subventionnement croisé à l'intérieur des établissements, c'est à dire le transfert de coûts d'une activité déficitaire vers une activité excédentaire, et ce au risque de voir fermer des services entiers ?

B) L'absence d'intéressement des managers aux résultats de l'établissement.

Le modèle de la tarification à la pathologie admet enfin que les producteurs de soins cherchent à maximiser leur surplus net. La concurrence fictive les conduit alors à choisir le niveau de coût de production socialement optimal, soit le niveau de coût le plus bas.

L'objectif de maximisation du profit n'est cependant acceptable que pour des établissements ayant la possibilité de s'approprier le surplus. Or dans le système hospitalier public un tel mécanisme n'a jamais été mis en œuvre. Si, comme nous l'avons vu dans la première partie, l'utilité des producteurs dépend positivement du niveau du budget (plus celui-ci est élevé, plus le pouvoir des dirigeants et leur prestige augmentent, plus il leur est aisé de régler les conflits internes à l'établissement et de réaliser un arbitrage entre l'expansion de l'hôpital et la désutilité de l'effort), la déconnexion de la rémunération du coût supporté empêche la concurrence fictive de conduire au choix du niveau d'effort optimal au sens de la maximisation du surplus. Il y a une divergence dans

l'appréciation de la désutilité de l'effort entre le principal et l'agent. Cette distorsion conduit les établissements à choisir un niveau d'effort sous-optimal.

Les incitations à la productivité sont en outre affaiblies par l'absence de bénéfice personnel à la réalisation de surplus. Le revenu des managers étant fixé statutairement, l'impact de leur effort sur la réduction des coûts est négligé. De même, avec 7.5% du traitement brut annuel de la masse salariale, la prime de service constitue plus un élément de rémunération statutaire que d'intéressement. De son côté l'indemnité de responsabilité n'est pas suffisamment incitative dans ses conditions actuelles de mise en œuvre.

Les hypothèses sur lesquelles se fonde le modèle de « yardstick competition » n'étant pas réunies pour le passage à la tarification à la pathologie, quelle évaluation peut-on faire de cette réforme en soins de suite et de réadaptation?

2.2 Est-il possible de garantir la maîtrise des dépenses tout assurant la qualité et l'équité des soins ?

Si l'objectif affiché de la réforme du financement des hôpitaux est bien la maîtrise des dépenses de santé, on ne peut pour autant écarter de l'évaluation ex ante du projet les impératifs de service public tels que le maintien d'une offre de soins de qualité et le respect de l'égalité d'accès aux soins. Les réussites et les limites seront donc évaluées en référence à trois critères principaux : la maîtrise des dépenses, le respect des normes de qualité, et, enfin de l'égalité d'accès aux soins.

2.2.1 La difficile maîtrise des dépenses de soins de suite et de réadaptation.

Si l'on a constaté aux Etats-Unis, suite à la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie, une nette diminution des dépenses de santé, celle-ci demeure difficilement transposable au secteur des soins de suite et de réadaptation français.

Elle risque en outre de n'être que temporaire du fait du développement de comportements stratégiques.

A) Les gains de productivité attendus en soins de suite et de réadaptation.

La mise en oeuvre de la tarification à la pathologie doit inciter leurs établissements de soins de suite et de réadaptation à améliorer leur productivité, c'est à dire à améliorer l'efficacité de leurs facteurs de production et leur combinaison.

L'existence d'un « slack organisationnel » permet théoriquement ces gains de productivité à l'hôpital. Il s'agit, selon B. Demil, d'un « coussin de ressources utilisables, notamment dans les périodes difficiles »[9]. Le slack amortit et absorbe les chocs extérieurs et permet d'initier les changements au sein de l'organisation.

La comparaison du ratio (Dépenses de SSR/ Nombre de GHJ produits) au ratio (Tarifs ENC* Casemix / Nombre de GHJ produits) met *a priori* en évidence l'existence d'un tel « slack » à l'hôpital. Le coût complet hors structure de l'activité de soins de suite et de réadaptation à l'Hôpital National de Saint Maurice s'élève ainsi, selon le retraitement analytique 2002, à 27 868 845 €. L'hôpital dépense donc en moyenne 321,11€ pour produire une journée de SSR. Or l'application de l'ENC l'obligerait aujourd'hui à diminuer ce ratio à 217 €. Il existe donc un écart important entre les coûts supportés par l'hôpital et les tarifs.

Cependant cet écart provient-il toutefois de ressources en excès? De quels moyens disposent réellement les établissements de SSR pour augmenter leur productivité ?

Un premier moyen de réduire ce «slack » organisationnel est envisageable à travers la réorganisation des prises en charge et, notamment, le développement de l'hospitalisation partielle par rapport à l'hospitalisation complète. L'hospitalisation complète correspond à une prise en charge très lourde par les rééducateurs (neurologie, polytraumatismes, maladies chroniques...), alors que l'hospitalisation de semaine prépare le retour à domicile. Elle mobilise des moyens humains sur une période plus courte et engendre des coûts cliniques moins élevés qu'en hospitalisation complète. Selon les données transmises par les établissements de l'échantillon participant à l'Etude Nationale de Coûts, les dépenses en personnel soignant sont en effet quatre fois plus importantes en hospitalisation complète (76 €) qu'en hospitalisation partielle [2]. De même, les dépenses de logistique et de restauration sont 11% plus chères en hospitalisation complète. Si en revanche, les dépenses médico-techniques sont plus intensives et par conséquent 2.4 fois plus chères en hospitalisation partielle (67 €), un RHS d'hospitalisation complète coûte au total 12% plus cher qu'un RHS d'hospitalisation partielle. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation a ainsi été spectaculaire aux

Etats-Unis avec 35.3% des prises en charge en 1997 pour seulement 13.4% avant 1983. Un tel développement serait possible en France, notamment en rééducation fonctionnelle, les soins de suite étant destinés à des patients âgés nécessitant des soins continus après un épisode aigu. La rééducation cardiaque, de l'appareil locomoteur ou d'un accident vasculaire cérébral se prête par exemple parfaitement à une prise en charge en ambulatoire.

Conformément aux souhaits du plan « Hôpital 2007 »[53], la recherche d'économies peut également passer par une externalisation de toutes les activités ne relevant pas directement de l'activité hospitalière. L'Hôpital National de Saint Maurice a ainsi soustrait de nombreuses fonctions ne relevant pas du cœur de sa mission, telle que la blanchisserie puis la restauration, afin de consacrer ses moyens à la rééducation. « Hôpital 2007 » incite les établissements à aller encore plus loin en externalisant leurs investissements. Le problème devient alors de définir quelles activités relèvent de la compétence des hôpitaux.

La recherche de productivité peut enfin se traduire par une diminution des effectifs présents au chevet des patients et une maximisation du taux moyen d'occupation, indicateur d'activité correspondant au nombre de journées produites par l'établissement sur le nombre de journées-lits.

Aux Etats-Unis, la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie s'est ainsi traduite par une maîtrise voire une diminution de l'emploi en personnel.

Tableau 6, Evolution du taux annuel de variation de l'emploi hospitalier aux Etats-Unis, élaboré à partir de l'article de Hartmann L. et al., « La tarification à la pathologie aux Etats Unis » [16].

Année	Taux annuel de variation de l'emploi hospitalier en ETP
1982	3.4
1983	0.8
1984	3.5
1985	4.3
1986	1.4
1987	-0.7
1988	0.7

Cependant, ces procédés sont-ils mobilisables rapidement ? Les établissements de SSR peuvent-ils aisément améliorer leur productivité ?

L'étude du taux moyen d'occupation des services de l'Hôpital National de Saint Maurice démontre en effet que l'apparente marge de manœuvre pour augmenter le taux moyen d'occupation demeure en réalité limitée. Le tableau ci-dessous illustre la différence entre les taux selon que l'on utilise la formule réglementaire de calcul définie dans la méthode SAE⁴⁹, ou une formule propre à l'établissement. La méthode SAE définit le taux d'occupation comme le rapport du nombre de journées produites par l'établissement sur le nombre de journées-lits, soit le nombre de journées potentielles. Selon cette méthode, les taux d'occupation de l'Hôpital National de Saint Maurice apparaissent relativement faibles. Il est cependant important de relativiser ces résultats par l'existence de caractéristiques propres aux soins de suite et de réadaptation. La vocation des services de SSR est de pouvoir réussir l'intégration du patient dans son environnement. Des permissions sont donc accordées aux patients pour lesquels l'état de santé et la durée de séjour justifient la volonté ponctuelle de retourner à domicile. Pour autant le service ne peut attribuer ce lit d'hospitalisation à une autre personne pendant les jours d'absence. Ce phénomène prend encore plus d'ampleur dans les services pédiatriques où les seuls enfants à demeurer en hospitalisation le week-end sont ceux n'ayant pas de famille pour les accueillir. Le taux d'occupation calculé en établissant le rapport du nombre de journées produites sur le nombre de journées-lits diminuées des permissions reflète alors plus sincèrement la réalité de l'activité de soins de suite et de réadaptation.

⁴⁹ Statistique Annuelle des Etablissements de santé

Tableau 7 Taux d'occupation 2002 à l'Hôpital National de Saint Maurice, élaboré par M. Houssel à partir des données SAE 2002 et des données du service des admissions de l'HNSM, [19].

Taux d'occupation 2002	Méthode « HNSM » ⁵⁰	Méthode SAE
Rééducation fonctionnelle et Rhumatologie		
Hospitalisation complète SSR	85	79.5
Hôpital de jour	79	79
Dialyse		
Repli de dialyse	109	108.5
Hémodialyse	106	106
Rééducation fonctionnelle, traumatologie du sport		
Hospitalisation complète	81	72.3
Hospitalisation de semaine	69	76.8
Hôpital de jour	98	98
Médecine et Réadaptation		
Hospitalisation complète SSR	93	69.8
Hôpital de jour	70	70
Hospitalisation complète MCO	86	82.7
INR A		
Hospitalisation complète	95	69.5
Hôpital de jour	74	74
INR B		
Hospitalisation complète	94	77.3
Hôpital de jour	51	51
INR C		
Hospitalisation complète	67	48.7
Hôpital de jour	76	76

En outre, même si des conventions sont établies avec les établissements « adresseurs », il demeure difficile d'optimiser le taux d'occupation des lits de soins de suite et de réadaptation. Ainsi, dans le cadre de la création d'une unité de soins de suite et de réadaptation des Accidents Vasculaires Cérébraux, l'Hôpital National de Saint Maurice collabore avec l'Hôpital S^e Anne (75) et l'Hôpital Henri Mondor (94) pour la prise en charge d'aval des patients. Cependant, si l'Hôpital National est certes contacté dès l'arrivée des patients en réanimation, l'adressage vers l'unité de rééducation demeure avant tout conditionné par l'évolution de leur état neurologique.

Par conséquent, l'amélioration de la productivité des établissements de soins de suite et de réadaptation demeure particulièrement difficile.

⁵⁰ Les permissions sont décomptées.

B) Le développement de comportements stratégiques.

A une baisse des dépenses de santé a succédé aux Etats Unis une reprise de la croissance des dépenses à leur rythme antérieur, phénomène plus connu sous le nom d'effet « Marche d'escalier ». Si l'on a en effet assisté, suite à l'instauration d'une rémunération à prix fixe par le Medicare, à une diminution des dépenses de santé, les conséquences paraissent plus nuancées sur le long terme et les dépenses continuer leur croissance régulière.

La mise en oeuvre de la tarification à la pathologie a certes dans un premier temps initié une meilleure gestion du processus de soin. Selon les travaux de Feder et alii [13], entre 1982 et 1984, la croissance des dépenses des hôpitaux participant au programme Medicare a été deux fois moins importante que celle des hôpitaux remboursés par d'autres systèmes. L'analyse économétrique menée par Zwanziger et Melnick [55] confirme ce résultat. L'évolution de l'indicateur « MPPI » ou « Medicare PPS Pressure Index », qui mesure la pression financière pesant sur chaque hôpital depuis l'introduction de la tarification à la pathologie, est en effet significative.

$$\text{MPPI} = \left(\frac{\text{Coûts de l'hôpital sur un an}}{\text{Taux régional du PPS}} \right) * \text{Proportion d'activités prises en charge par le Medicare}$$

Plus l'indicateur est élevé, plus l'hôpital risque d'enregistrer des pertes face au paiement prospectif. Or, alors que le Log MPI n'était de -0.013 en 1983, il descend à -0.046 en 1984 et à -0.061 en 1985. Les établissements ont donc réduit leurs coûts sous l'effet de l'introduction de la tarification à la pathologie.

Cependant, les conséquences sur le long terme semblent plus nuancées et les dépenses globales continuer leur croissance régulière. Outre une très forte croissance des frais de gestion (ceux-ci s'élèveraient à 22% des dépenses de santé aux Etats-Unis), ce phénomène s'explique par l'apparition de comportements stratégiques de report vers d'autres secteurs des prises en charge peu rémunératrices ; inversement, par la recherche de maximisation du nombre de GHJ lucratifs produits ; et, enfin, par une dérive de codification.

Comme nous l'avons vu précédemment, il est relativement difficile pour un hôpital de soins de suite et de réadaptation de maximiser son taux d'occupation. Par conséquent, celui-ci peut stratégiquement chercher à diminuer sa durée moyenne de séjour, i.e. le

rapport entre le nombre de journées réalisées sur le nombre d'entrées, en reportant ses prises en charge peu rémunératrices vers la rééducation de ville, voire le secteur médico-social ou les familles.

L'exemple américain illustre ce phénomène de transfert prématuré des patients des services de soins aigus vers les maisons de convalescence suite à la mise en place de la tarification à la pathologie. Selon Newhouse J.P. et Byrne D.J. [45], le passage à la tarification à la pathologie a entraîné une diminution de la durée de séjour en MCO de 8.47 jours en 1981 à 7.85 en 1984 au moyen de transferts plus précoces vers les services de moyen ou long séjour. On constate donc simultanément une forte augmentation des très longs séjours, résultats confirmés par les travaux de Morrissey M., Sloan F., Valbona J. [37].

Ces transferts précoces du court séjour vers des lits d'aval afin de minimiser le coût par patient nous permet d'anticiper les conséquences de la mise en place de la tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation. Si la tarification ne se fait pas certes au séjour mais bien à la journée, il demeure stratégique pour les établissements de délaisser la prise en charge des GHJ peu rémunérateurs et de la reporter sur le secteur libéral.

Les possibilités de report restent toutefois conditionnées par l'offre en soins de ville dans le bassin de vie de l'hôpital. S'il existe en France 93 masseurs-kinésithérapeutes en activité pour 100 000 habitants⁵¹ au 1^{er} janvier 2002, cette densité varie de 45 dans les communes rurales à 109 dans les zones urbaines, sans qu'il n'y ait de lien entre l'implantation des kinésithérapeutes et la répartition des personnes susceptibles d'y avoir recours.

En outre, si les soins hospitaliers et les soins de rééducation en libéral peuvent apparaître substituables à court terme, ils demeurent complémentaires. Certains syndicats représentant les intérêts des masseurs kinésithérapeutes libéraux ont réalisé une étude tentant à prouver qu'une partie de l'activité des centres de rééducation, soit environ 25% de leurs patients, pourrait être redéployée vers le secteur libéral⁵². Or, selon les travaux de C. Bac et D. Balsan [3], l'évolution des dépenses de soins de ville est fonction des

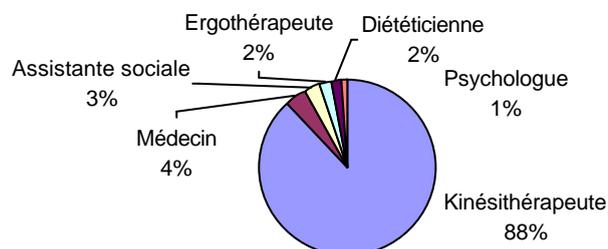
⁵¹ Darriné S. «Les masseurs kinésithérapeutes en France », Etudes et Résultats, N°242, juin 2003.

⁵² Bourguignon A., « Un syndicat de kinés : on peut économiser 2 milliards d'euros par an en rééducation », Le Quotidien du Médecin, N°7354, 17 Juin 2003.

dépenses hospitalières avec une élasticité de 0.37. Une augmentation d'un point des dépenses hospitalières se traduit ainsi par une augmentation de 0.37 point des soins de ville. Cette tendance globale risque de s'observer pour les soins de suite et de réadaptation. En effet, les actes de rééducation réalisés en ville demeurent nettement moins complets que la prise en charge globale du patient en établissement de soins de suite et de réadaptation. Les soins de kinésithérapie en libéral se concentrent essentiellement sur la rhumato-orthopédie et les séances d'entretien pour des hémiplegies stabilisées, des maladies chroniques ou neuromusculaires. L'hôpital, grâce à son plateau technique et au travail d'équipes pluridisciplinaires (ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes,...) offre-lui une prise en charge globale au cours d'un même séjour. Il s'oriente vers des pathologies plus lourdes. Les soins hospitaliers et de ville de rééducation ne sont donc pas substituables mais complémentaires sur le long terme.

Encadré N°9 :Le cas des prothèses totales de hanche et de genou

La possibilité d'un report des soins hospitaliers de rééducation vers les soins de ville est envisageable en France, notamment pour la rééducation des prothèses totales de hanche ou de genou simples et primitives, soit un tiers des cas. Les soins de kinésithérapie représentant 88% des soins délivrés, il est désormais possible sous certaines conditions de prescrire un retour à domicile au bout de huit à dix jours d'hospitalisation. La rééducation peut alors s'effectuer en ville. Cependant, il demeure un risque certain de dérive sur le modèle américain où le renvoi à domicile se fait au bout de quatre jours, alors que l'état du patient n'est pas stabilisé. De même, les reprises de prothèses et les polyopathologies associées, fréquentes chez les plus de 70 ans, nécessitent des rééducations en milieu hospitalier, besoin d'autant plus grand que nombre de ces patients (femmes seules et isolées) nécessitent un accompagnement social.



Répartition des temps-intervenants par catégorie professionnelle pour la rééducation d'une prothèse totale de hanche et de genou (DIM HNSM)

La rééducation de ville ne peut par conséquent remplacer les soins hospitaliers. L'effet report annoncé engendrera des surcoûts financiers, notamment concernant les transports

des patients handicapés d'un professionnel de rééducation à l'autre, mais également un coût social, une prise en charge incomplète et morcelée risquant de confiner au handicap de nombreux patients.

Parallèlement, outre l'abandon de la production des GHJ les moins rémunérateurs, l'hôpital peut, afin de rapprocher ses coûts de production du tarif annoncé, être incité à limiter le nombre d'actes produits pour un même GHJ, et notamment les actes non classant ou mal décrits par le PMSI et donc mal valorisés par l'ENC. C'est notamment le cas des visites à domicile des ergothérapeutes. Ces visites ont lieu avant la sortie des patients et ont pour objectif d'envisager les adaptations nécessaires au maintien de l'autonomie de la personne handicapée. Or leur abandon peut induire un report à la fois sur le secteur médico-social et sur les familles. L'étude de Brooksdale (citée par Newcommer [43]) constate les effets de ce report de charges non quantifiables financièrement sur les familles soignantes. Jusqu'à un tiers de ces familles souffrent d'une détérioration de leur état de santé et la moitié d'anxiété accrue suite à la prise en charge de leur parent à domicile. Un quart des personnes actives affirment que leurs performances au travail se sont détériorées et un quart qu'elles ont constaté une détérioration de leur situation financière du fait des frais générés par la prise en charge à domicile. Par conséquent, les familles sont deux fois moins prêtes à s'occuper d'un des leurs à domicile après une seconde hospitalisation.

Simultanément, un second comportement stratégique peut émerger à travers la recherche de maximisation du nombre de GHJ rémunérateurs produits, tels les GHJ de prise en charge très lourde (PCTL) comme les GHJ 91 (575 €), 103 (570 €), 221 (550 €), ou 237 (540 €). La mise en oeuvre de la tarification à la pathologie risque alors de provoquer une dérive inflationniste telle celle expérimentée avant 1983 avec la tarification au prix de journée.

L'asymétrie d'information dans la relation médecin-patient associée à la faible sensibilité des patients aux prix en raison de la couverture de l'assurance maladie engendre en effet un phénomène de demande induite. En dépit de la mise en concurrence fictive, les

producteurs de soins cherchent à atteindre un revenu cible⁵³. Ayant la possibilité de déplacer la courbe de demande des patients au niveau qui maximise leur utilité de producteur, ils vont inciter leurs patients à consommer plus d'actes. On se trouve donc ici dans une situation telle que décrite par Rice⁵⁴ dans laquelle le producteur de soins peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui. Les producteurs vont alors stratégiquement chercher à augmenter l'intensité des traitements afin de maximiser le nombre de GHJ rémunérateurs produits. On a ainsi observé aux Etats-Unis une augmentation sensible de l'indice de casemix depuis la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie [16]. Selon Mc Clellan⁵⁵, cette évolution est induite par la définition même des groupes homogènes car «une grande partie de la croissance des dépenses de Medicare semble attribuable au recours croissant à des traitements intensifs lors des admissions en hôpital ». La classification en soins de suite et de réadaptation définissant certes des groupes de pathologies mais également des modes de traitement au travers du recueil des actes de rééducation, le niveau de remboursement de l'établissement dépend donc de l'intensité de soins retenue. Compte tenu des possibilités offertes par ce biais du PMSI, les hôpitaux seront incités à produire des traitements plus intensifs car mieux rémunérés. Dans de telles conditions, alors que la tarification à la pathologie devait initialement permettre la suppression des traitements onéreux et inutiles, elle incite à la spécialisation des hôpitaux sur le traitement des pathologies les plus chères.

La dérive de codification des pathologies serait enfin responsable d'une croissance annuelle de 5% des coûts hospitaliers en termes réels aux Etats-Unis. Il s'agit ici du phénomène de «DRG Creep » ou surcodage qui consiste en une manipulation délibérée des renseignements sur la gravité des cas, stratégie facilitée par le recueil ex post des données dans les RHS. Nestor, outil dédié à l'interrogation des fichiers de

⁵³ Evans R., « Supplier Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications » in *The Economics of health and Medical care*, 1974, p 162-173.

⁵⁴ Rice T.H. « The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand », *Medical Care*, Vol. 21, p 803 – 815.

⁵⁵ Mc Clellan M., "Hospital reimbursement Incentives: An Empirical Analysis", *Journal of Economics and Management Strategy*, Vol.6, N°1, p 91-128.

résumés standardisés, permet cependant pour tous les établissements de soins de suite et de réadaptation en Ile de France un codage cohérent et une amélioration de la qualité des données.

Si les coûts supportés par l'hôpital peuvent dans un premier temps diminuer, cela ne résulte pas nécessairement de gains de productivité induits par la tarification à la pathologie mais bien d'un report sur la rééducation de ville et le secteur médico-social ; simultanément, de la spécialisation des hôpitaux sur les prises en charge lucratives ; voire enfin d'une dérive dans la codification. Le niveau des dépenses globales d'Assurance Maladie demeure donc stable. Si l'on tient en outre compte du report sur les familles soignantes, l'effort total consenti par les assurés sociaux s'en trouve accru.

Une fois ces stratégies épuisées, les incitations à la maîtrise des dépenses contenues dans la tarification à la pathologie posent de plus le problème de l'arbitrage avec la qualité et l'équité des soins.

2.2.2 Le risque de dégradation de la qualité des soins.

La qualité n'étant pas considérée comme vérifiable, elle n'est pas prise en compte dans la classification. La qualité des produits n'est en effet aujourd'hui qu'observable. L'observabilité se rapporte à ce que le patient peut constater à la consommation, alors que la vérifiabilité correspond à la description ex ante de la qualité attendue. Or, la médecine n'étant pas considérée comme une science exacte et malgré les protocoles et les conférences de consensus, aucune taxinomie des actes médicaux n'intègre à l'heure actuelle la qualité des soins. Les catégories définies empiriquement dans le PMSI SSR regroupent ainsi tout un éventail, du cas bien au cas mal traité. Les tarifs de l'ENC ne reflètent par conséquent pas un coût absolu mais un coût relatif, évalué à partir d'un échantillon sans avoir au préalable imposé de standards de qualité. Un GHJ sera rémunéré de la même façon qu'il soit de qualité ou non, d'où le risque de dégradation de la qualité des soins. Selon M. Mougeot [38]: « *Dans une situation de risque de moralité, il est immédiat que toute incitation à la réduction des dépenses est aussi une incitation à la réduction de la qualité. Les incitations jouent donc en sens opposé sur les deux variables essentielles : coûts des soins et qualité des soins* ».

L'étude de Yu-Chu Shen [54] confirme ce résultat à partir de l'exemple de la prise en charge de l'infarctus du myocarde dans 1800 hôpitaux nord américains. Selon lui, une diminution de 1% du tarif défini par Medicare aurait provoqué entre 1985 et 1990 une augmentation de 0.66% du taux de mortalité à 30 jours. Une fois les possibilités de report vers les structures d'aval épuisées, le taux de mortalité à 30 jours aurait crû de 3.21%

entre 1990 et 1994. La pression financière induite par le passage à la tarification à la pathologie influence donc la qualité des soins.

La qualité ne devient cependant pas pour autant la même pour tous. Elle s'ajuste au plus bas niveau que pour les cas les plus sévères. Des travaux tels ceux de Pope [46], Ma [26] et d'Ellis et Mc Guire [12] ont mis en évidence la possibilité de réduction de la qualité offerte quand une tarification prospective par pathologie était retenue en présence d'une forte dispersion des coûts de traitement à l'intérieur d'un même produit. Le prix étant indépendant des services réellement fournis, comment assurer que, lorsque des patients hétérogènes appartenant au même groupe sont traités, la qualité soit conforme à l'optimum collectif ? Ces modèles mettent en évidence des stratégies de « Cream skimming », i.e. des stratégies de sélection par les prestataires des patients les plus rémunérateurs⁵⁶. L'hôpital choisit différents niveaux de qualité pour discriminer les patients selon le degré de sévérité de leur état. Par exemple, un traitement de bonne qualité sera offert aux patients présentant un cas peu sévère et engendrant de faibles coûts. Inversement les cas plus sévères, et donc les plus coûteux, ne bénéficieront pas d'une qualité de traitement proportionnellement équivalente.

Cette sélection sur la qualité n'est possible que parce que la classification ne distingue pas les patients dont le coût de traitement varie à l'intérieur du même GHJ. Comment dès lors assurer un suivi de qualité des patients les plus lourds ? Face à la volonté de maîtriser les dépenses de santé, le souci d'efficacité productive ne prend t'il pas par conséquent le pas sur le souci d'équité inhérent à la logique redistributive de l'Assurance-Maladie ?

2.2.3 La mise en danger de l'égalité d'accès aux soins.

L'introduction de mécanismes de marché, même fictifs, pose le risque de la disparition d'établissements, et donc de l'exacerbation des inégalités d'accès aux soins entre les patients.

⁵⁶ Barros P.P, «Cream skimming, incentives for efficiency and payment system », Journal of Health Economics, Vol.22, 2003, p419-443.

A) L'abandon des prises en charge les moins rémunératrices.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, il existe des stratégies de spécialisation vers la production des GHJ les plus rémunérateurs, d'où le risque de la disparition d'activités.

Dans l'hypothèse d'un passage en un an à la tarification à la pathologie et d'un strict contrôle par la tutelle des coûts par unité de production (c'est à dire en l'absence de subventionnement croisé), les hôpitaux ne pourront assurer la production de GHJ sur lesquels ils sont déficitaires. De même, dans l'hypothèse plus vraisemblable d'une transition progressive, il demeure stratégique pour les hôpitaux de se concentrer sur la production des soins les mieux rémunérés et de progressivement abandonner les activités pour lesquelles ils ne dégagent pas de profit.

B) La concentration des moyens de production.

Parallèlement à ce phénomène de spécialisation, le tissu hospitalier risque de passer par des mouvements de concentration. Il a en effet été réalisé un redressement sur les éléments constitutifs du coût moyen afin de pallier les faiblesses de l'échantillon ENC, d'atténuer les effets engendrés par les disparités de recueil et de compenser ceux qui sont dus aux caractéristiques trop particulières de certains établissements. Le choix d'une tarification au coût moyen entraîne par conséquent un lissage des singularités entre les établissements. Les hôpitaux souffrant de contraintes idiosyncrasiques supporteront alors l'intégralité du risque et peuvent à terme faire faillite. Le mécanisme de concurrence fictive a, en ce domaine, les mêmes effets qu'un marché concurrentiel. Seules les établissements les moins coûteux survivent.

Deux phénomènes se conjuguent en outre pour handicaper la productivité hospitalière [21]. Le passage aux 35 heures a tout d'abord engendré une baisse de 10% du temps de travail effectif sans se traduire par des recrutements équivalents. De même, avec un capital de production investi en équipements coûteux (imagerie, radiologie, plateaux de kinésithérapie et d'ergothérapie, automates de laboratoire, balnéothérapie, ...), les établissements de soins de suite et de réadaptation ont une productivité du capital qui ne peut être satisfaisante. La recherche de rentabilité passe alors par la recherche d'économies d'échelle. Certaines activités « coûteuses » ne pourront donc être produites que par des « pôles » permettant un niveau de production suffisant pour réduire la part des coûts fixes.

Les fusions entre petits établissements apparaissent alors comme la solution pour parvenir à un niveau d'activité permettant leur viabilité économique. Depuis 10 ans, les tutelles mènent une politique de restructuration du tissu hospitalier guidée par l'idée que les fusions engendreraient *per se* une économie.

Cependant les gains en taille et en concentration de moyens constituent-ils des gages suffisants de l'amélioration de l'efficacité productive des services de soins de suite et de réadaptation ?

Cependant, selon Y. Charpak, « *En matière de planification, la notion de masse critique doit être distinguée de celle de définition des besoins. Cette dernière concerne le nombre d'institutions, de lits, de professionnels, permettant de couvrir les besoins de la population. Complémentaire, la notion de masse critique s'intéresse à l'organisation ou à la répartition optimale de ces moyens* »⁵⁷. En effet, il n'existe aucune assurance qu'une plus grande concentration des moyens hospitaliers soit performante.

On sait en outre qu'il existe des déséconomies d'échelle, i.e. des rendements décroissants, en matière sanitaire. Au-delà d'un certain seuil, la production hospitalière varie dans le sens inverse à la variation des facteurs de production. Une organisation de trop grande taille éprouve alors des problèmes de coordination et voit ainsi sa production décroître.

De même, la recherche de la taille optimale de production est-elle compatible avec l'impératif de continuité du service public hospitalier sur l'ensemble du territoire ?

Si, la restructuration du tissu hospitalier et les économies d'échelle qui en résultent provoquent une baisse rétrospective des tarifs, selon J.B. Reiss [48], il ne restera en dernière instance qu'un seul hôpital, celui ayant les coûts de production les plus bas. Or, cette situation n'est pas souhaitable. L'égalité d'accès aux soins n'est plus garantie et les inégalités territoriales se voient ainsi renforcées.

Enfin, une trop forte concentration des producteurs ne permet plus de mise en concurrence. Les conditions nécessaires au bon déroulement de la procédure de

⁵⁷ Y. Charpak, I. Nicoulet et D. Broclain, La Notion de masse critique en relation avec le système d'organisation sanitaire, CREDES, Actes du colloque européen « La régulation des systèmes de santé », Paris décembre 1992, p211-215.

détermination du prix ne sont plus réunies. Le tarif étant fonction d'un coût relatif par rapport aux autres producteurs de soins, l'hôpital fonctionnant en monopole détermine seul les prix. Dès lors, aux économies d'échelle succède l'inflation des prix des biens et services, sans que la menace de sanction ne soit crédible car la continuité des soins dépend entièrement de l'hôpital.

Lorsque tous les hôpitaux produisent de façon efficace, c'est seulement par l'abandon du traitement que l'on pourra faire baisser la moyenne. Par conséquent, si le taux de décroissance du coût se ralentit fortement, cela indique que le niveau optimal d'efficacité est atteint ou proche d'être atteint. Le tarif de paiement par GHJ doit alors se stabiliser à un niveau proche de ce niveau optimal, afin d'éviter la disparition de tous les hôpitaux.

C) L'exclusion des patients les plus lourds.

Ces phénomènes de concentration des moyens de production et de spécialisation des hôpitaux de moyen séjour en faveur des pathologies les plus rémunératrices renforcent les difficultés d'accès aux soins de suite et de réadaptation rencontrées par les patients les plus lourds.

Or les structures de long séjour telles les établissements médico-sociaux ne pourront absorber qu'une faible proportion des patients sortis trop précocement de l'hôpital ou n'y trouvant pas de place. La pénurie de places pour les enfants handicapés en Ile de France⁵⁸ est par exemple déjà très importante. Le Schéma Régional en faveur des personnes handicapées établi en 1999 annonçait un taux d'équipement de 5,52 pour 1000 enfants de 0 à 20 ans, pour une moyenne nationale de 8,21 pour 1000. Il dénombre 19 424 places installées pour 19 307 enfants franciliens orientés vers le secteur médico-social. Aux 3000 enfants sans solution locale, il faut en outre ajouter les 5 620 enfants inscrits sur liste d'attente, dont 4 400 patientant dans une structure mal adaptée à leur état, soit un enfant handicapé sur quatre.

⁵⁸ Schéma Régional en faveur des personnes handicapées, 1999

La pénurie conduit donc les établissements médico-sociaux à sélectionner les demandes et à retenir les cas les plus légers, faisant ainsi des patients les plus lourds des « polyexclus ».

Les résultats de cette première évaluation mettent donc en doute à la fois l'exhaustivité du PMSI SSR et sa valorisation au travers de l'ENC. En outre, si le système de tarification à la pathologie a été défini afin de maîtriser les dépenses de santé, les impératifs de qualité et d'équité d'accès aux soins doivent être pris en compte.

Quelles sont par conséquent les conditions de réussite de la tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation ? Les outils de classification et de tarification sur lesquels elle se fonde peuvent-ils évoluer ? Peut-on envisager la conception d'incitations complémentaires visant à encourager les prises en charge prioritaires et à décourager les comportements stratégiques des offreurs de soins face à la règle ?

Ces préalables réunis, la tarification à la pathologie permettra-t-elle, au-delà de la maîtrise des dépenses de santé, une amélioration de l'efficacité allocative, c'est à dire une réorganisation de l'offre de soins ?

3 CONDITIONS DE REUSSITE DE LA TARIFICATION A LA PATHOLOGIE ET PERSPECTIVES EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.

L'amélioration de l'efficacité productive, le respect des normes de qualité et de l'impératif d'équité demeurent conditionnés par la mise en place d'un outil de tarification adapté mais également le contrôle d'un régulateur fort.

Une fois ces conditions réunies, la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie sera l'opportunité, au-delà de la maîtrise des dépenses de santé, d'un réel redéploiement des moyens de production vers les organisations les plus dynamiques.

3.1 Les conditions de réussite de la réforme.

Au risque de compromettre la réussite du projet, les deux piliers de la tarification à la pathologie doivent être dans un premier temps consolidés. Néanmoins, la mise en concurrence des producteurs de soins ne peut faire l'économie d'une intervention du régulateur.

3.1.1 Un outil de tarification performant.

La définition du produit au travers de la classification, mais également la tarification au travers de l'ENC doivent être pertinents afin d'éviter toute dégradation de la qualité des soins et toute sélection des patients les plus lourds.

A) Une classification adaptée.

La classification doit prendre en compte toutes les caractéristiques observables à l'arrivée du patient et traduire de la complexité de l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation. Il serait ainsi envisageable à long terme, sur la base des constats des limites de la classification lors de l'application de l'ENC, d'affiner progressivement le PMSI SSR afin d'éviter l'abandon d'activités mal décrites.

Nous aborderons cependant ici les deux entreprises déjà initiées en matière d'amélioration du PMSI.

Tout d'abord, la classification commune des actes médicaux ou CCAM s'appliquera dès le 1^{er} janvier 2004 dans tous les établissements de soins. Son champ recouvre tous les actes techniques médicaux, à l'exception des actes d'anatomocytologie, des actes des sages-femmes et des actes médicaux réalisables par des personnels paramédicaux. Les actes cliniques, i.e. les consultations, devraient être intégrés dès 2005.

Les libellés de la CCAM décrivent tous les actes techniques médicaux validés ainsi que les actes relevant de la recherche. Le degré de validité médicale des actes est précisé par les sociétés savantes et confirmé par l'ANAES. Celle-ci donne en effet un avis sur les actes admis au remboursement et peut rendre un avis défavorable si l'efficacité de l'acte n'est pas prouvée ou s'il pose un problème de sécurité par rapport aux techniques alternatives. La mise en oeuvre prochaine de la CCAM permettra donc à la fois une plus grande finesse et une meilleure exhaustivité dans la description des actes médicaux, mais également l'intégration des premiers critères de qualité dans la classification.

Parallèlement, un groupe de travail réunissant l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et le Collège des Hospitaliers de l'Information Médicale (CHIM) élabore, sous l'égide du COTRIM Ile de France ([20] et [26]), un Outil d'Analyse du PMSI-S.S.R ou « OAP-S.S.R ». Cet outil, raisonnant au niveau des flux de séjours et non des GHJ, permet une meilleure lisibilité médicale, un classement des séjours, non pas des journées, et une connexion avec les données du PMSI-MCO. L'unité élémentaire d'analyse d'OAP n'est pas le GHJ mais les données de morbidité, de dépendance et d'activités de rééducation sur l'ensemble du séjour. La plupart des CMC, à l'exception des CMC « soins palliatifs », « attente de placement », « gériatrie aiguë », et « erreurs », ont été utilisées pour constituer les pôles d'activité dans OAP. Des lignes de produit sont ensuite construites à partir de l'analyse de la morbidité des patients recueillie dans les Résumés Hebdomadaires Standardisés. En postulant une analyse au séjour, seule la morbidité de la première semaine est utilisée car elle détermine l'axe initial de prise en charge au plan médical. A l'intérieur de chaque ligne de produits, une segmentation est ensuite effectuée pour décrire l'intensité du séjour à partir des indicateurs de dépendance physique et du temps de rééducation. Chaque GHJ est donc classé selon la lourdeur des prises en charge qui le caractérise afin d'être regroupés en lignes de produits. Les lignes de produits sont ensuite classées dans des pôles d'activités correspondant à des spécialités.

Cet outil permet donc une plus grande lisibilité médicale. Il est compatible avec l'OAP MCO et sera bientôt valorisé au moyen d'une échelle de coûts.

B) Une tarification à la fois incitative et pertinente.

Selon Newhouse [44], « *modifying assumptions of the competition model changes its conclusion that fully prospective pricing is optimal to a conclusion that a mixed or non-fully basis of pricing is desirable* », soit : *l'altération des hypothèses du modèle de mise en concurrence modifie ses conclusions, le paiement prospectif n'est plus optimal, un paiement mixte ou pas totalement prospectif devient désirable.*

L'hétérogénéité des contraintes pesant sur les établissements et la grande diversité de l'activité de soins de suite et de réadaptation argumentent donc en faveur d'une tarification tenant compte de la part idiosyncrasique des variations de coûts supportées par les producteurs de soins. E.B. Keeler [20] a ainsi tenté de séparer la part des coûts justifiés par la gravité ou le comportement des patients de ceux qui ne le sont pas. Il évalue, sur un échantillon de 298 hôpitaux, à 15-29% de la variance des coûts moyens la part explicable des différences par les caractéristiques de leur patientèle (sévérité de leur pathologie à l'intérieur du GHJ, leur comportement pendant et après l'hospitalisation). Si l'on ajoute à ces caractéristiques les surcoûts liés à la localisation géographique, le poids de la formation, le degré variable de diffusion des nouvelles technologies, la part des coûts indépendante du niveau d'effort fourni devient très importante. Le maintien de l'égalité d'accès aux soins justifie alors la prise en compte dans la tarification de ces composantes idiosyncrasiques.

Le modèle proposé par S.E. Berki [4] propose ainsi un partage des risques entre l'Assurance Maladie et les producteurs de soins afin de limiter les conséquences de la variabilité des conditions de production sur les établissements.

Encadré N°10, Modèle de rémunération de S.E. Berki [4]

$$P_i = B_t + r (B_i - B_t)$$

Avec i , l'hôpital,
 P_i , le prix payé à l'hôpital,
 B_t , la base de paiement, B_t , l'objectif de paiement,
 B_i , le coût supporté par l'hôpital,
Et r , le ratio de partage du risque.

Selon le modèle de tarification à la pathologie tel que présenté par A. Shleifer, le coefficient de partage du risque est égal à 0. L'objectif de paiement correspond au coût relatif de la prise en charge. Le risque est alors entièrement supporté par l'hôpital. Si cette méthode de paiement incite à la réalisation de gains de productivité, elle peut également, comme nous l'avons vu plus haut, inciter à la réduction de la quantité ou de la qualité des services rendus.

Afin d'intégrer des incitations à l'efficacité et à la qualité, le système de paiement doit définir un coefficient de partage du risque r compris entre 1 (remboursement total des charges supportées par l'hôpital) et 0 (le risque est alors entièrement supporté par l'hôpital) ainsi qu'un objectif de paiement B_t pertinent.

Trois questions demeurent sous-jacentes à ce modèle : La classification des établissements, le coefficient de partage du risque et enfin la définition de l'objectif de paiement.

Doit-on en effet envisager l'élaboration d'une typologie d'établissements (cf. Etude de la DREES, [8]) afin de pouvoir mettre en concurrence des hôpitaux réellement homogènes? Les producteurs de soins doivent-ils être rémunérés selon la complexité de leur casemix, le niveau de leurs équipements, leur taille ou leur volume de production? Les hôpitaux avec un casemix plus complexe tendent en effet à avoir des équipements plus importants. Ils génèrent par conséquent des coûts plus élevés que les hôpitaux avec une activité basique. Ces établissements ne devraient donc prendre en charge que les cas les plus complexes et non pas des cas simples qui diluent leurs coûts de structure. La répartition des prises en charge par types d'établissement, puis la tarification des GHJ selon le type d'établissement dans lequel ils ont été produits, permettraient ainsi de rémunérer au plus près les équipements mis en œuvre sans en faire porter le coût aux patients qui n'en ont pas besoin.

En outre, les établissements pourraient être classés selon leur situation géographique. Comme nous l'avons vu, la localisation de l'hôpital n'est pas neutre financièrement, que ce soit du fait des surcoûts structurels comme les coûts de transport induits par l'isolement, ou encore des coûts sociaux supportés. Il est donc envisageable de grouper les hôpitaux selon leur environnement socio-sanitaire afin de construire des échantillons homogènes.

Enfin, la typologie d'établissements doit-elle tenir compte du volume de production de l'hôpital ainsi que de son expérience dans la production de certains GHJ ? Si l'existence de coûts joints représente certes un argument en faveur d'un ajustement de la tarification des GHJ interdépendants par un coefficient reflétant le volume produit, la tarification à la pathologie a pour objectif de rationaliser l'offre de soins. Les incitations à la production de gros volumes contenues dans les tarifs ENC semblent donc pertinentes, notamment pour les GHJ dont la qualité dépend du niveau de production. Une classification des établissements selon leur volume de production, en maintenant la très faible production de GHJ sur certains sites, serait donc contraire aux objectifs poursuivis.

Il est donc possible de pallier les défauts de la règle de paiement actuelle en établissant, non pas un, mais plusieurs échantillons, et en rémunérant les hôpitaux au

coût moyen de production dans leur groupe. Cependant, si l'on souhaite sortir du carcan du statut, une mise en oeuvre graduée de la tarification à la pathologie, avec un coefficient de risque supporté par l'Assurance Maladie diminuant au fur et à mesure de la mise en oeuvre de la réforme, est alors envisageable.

Tableau 8, Prix fixe, remboursement et partage des risques, Berki S.E., [4]

	$B_i > B_t$	$B_i < B_t$
Prix fixe, $r = 0$	Pertes	Gains
Remboursement, $r = 1$	Aucune perte	Aucun gain
Partage des risques, $0 < r < 1$	Pertes partielles	Gains partiels

Le niveau du coefficient de partage du risque reflète la force incitative du système de rémunération. Lorsque le coefficient est égal à 1, le risque est totalement supporté par l'acheteur de soins. Le producteur ne connaît aucune incitation à l'optimisation de sa production. Inversement, lorsque r est égal à zéro, le producteur supporte l'intégralité du risque. Selon Keeler [20], r doit varier entre 0,15 et 0,29 afin de ne pas léser les hôpitaux supportant des coûts particuliers. La « mission T2A » s'oriente aujourd'hui vers l'imputation du maximum de charges possibles sur les GHJ, tout en diminuant progressivement, d'année en année, le coefficient r . Ainsi, la première année, seuls 10% du revenu de l'hôpital seraient liés à son activité, l'année suivante, 20%, ... La tarification à la pathologie réduisant les différences d'intensité de traitement pour faire converger les producteurs vers le même niveau de coût, le reliquat de variation diminuera d'année en année. Parallèlement, grâce à la plus grande finesse de la classification, de moins en moins de coûts demeureront non-mesurés, permettant au coefficient de partage du risque de se rapprocher de zéro. Lorsque $r = 0$, la tarification à la pathologie incite les hôpitaux à rapprocher leurs coûts de B_t . Le choix du coefficient dépend donc in fine de la validité et de l'acceptabilité politique de l'objectif de paiement B_t .

Encore faut-il que cet objectif de paiement permette d'atteindre un niveau de qualité clinique et d'efficience productive désirable et atteignable avec les ressources existantes. Or en quoi l'objectif de paiement choisi dans le cadre du passage à la tarification à la pathologie, soit le coût moyen de la branche, représente-t'il un optimum ?

Non seulement la tarification au coût moyen n'intègre pas les variations idiosyncrasiques des coûts mais elle n'est pas non plus incitative.

La construction de l'échelle est tout d'abord passée par une série de redressements et une procédure de trimage⁵⁹ sans signification économique aucune. L'élaboration de l'échelle de tarifs relève donc de la reconstitution d'une échelle de coûts moyens sans pouvoir incitatif particulier. Si le prix correspond à la valeur d'échange des biens et services sur le marché en l'absence de politique sociale, les prix d'achat des GHJ réunis dans l'ENC sont en réalité des tarifs. Le tarif est une règle définie par les pouvoirs publics et fixant le prix payé par l'utilisateur d'un service public. La confusion entretenue ici entre tarifs et prix est d'autant plus grande que la règle tarifaire utilisée dans l'ENC reprend la notion de coût pour fixer le prix des GHJ. Comme nous l'avons vu plus haut, c'est le coût de production, soit l'ensemble des dépenses et charges associées à la production et à la commercialisation d'un bien et d'un service, et plus précisément le coût moyen qui a été choisi comme tarif. Il ne correspond donc en aucun cas à la rencontre de l'offre et de la demande de soins sur un marché concurrentiel.

Il est toutefois envisageable d'intégrer des ajustements à l'objectif de paiement en fonction de l'activité, de la situation géographique de l'établissement, voire de créer des subventions ou « primes de santé publique » incitatives à la production des « activités prioritaires ».

Dans un premier temps, le coût du travail soignant, qui représente 30% du tarif ENC [2] pourrait être déterminé par l'application d'un indice régional afin de distinguer les différences structurelles de coûts auxquelles font face les offreurs selon qu'ils sont localisés dans une zone urbaine ou rurale.

De la même façon, le système américain rémunère l'accroissement de la fréquence des cas les plus lourds traités en appliquant au prix prospectif des DRGs un taux de majoration. Ce taux de majoration pourrait par exemple dépendre du ratio d'infirmières par lit.

⁵⁹ La méthode « EMT » (Ecart maximum toléré) élimine les RHA dont le coût est en dehors de l'intervalle déterminé par deux bornes, une borne haute (déterminée par la formule coût moyen + écart type + (percentile à 95% - 2^{ème} quartile) et une borne basse (= coût moyen - écart type + (percentile à 95% - 2^{ème} quartile).)

Enfin, parallèlement à ces majorations, les établissements assurant des « activités prioritaires » en termes de santé publique pourraient en être récompensés par un système de primes. La définition d'« activité prioritaire » regroupe la prise en charge des cas les plus lourds médicalement mais également socialement, l'enseignement, la recherche, le développement de nouvelles thérapeutiques...Or ces activités ne sont aujourd'hui soit pas prises en compte par le PMSI, soit insuffisamment valorisées par l'ENC. Le tarif, afin d'être incitatif, ne doit pas en effet traduire l'ensemble des dépenses mises en œuvre pour produire les biens ou services concernés, mais plutôt leur coût d'opportunité, i.e. le gain que l'on aurait pu obtenir dans le meilleur emploi alternatif possible. Puisque la décision d'affectation des ressources publiques implique simultanément la renonciation à d'autres emplois, il est indispensable que le tarif attribué aux biens et services de rééducation traduise ce choix en valorisant plus favorablement les activités les plus performantes ou les plus adaptées, et ce quel que soit leur coût de production.

Par exemple, si le vieillissement de la population, la croissance des besoins d'assistance par rapport aux pathologies respiratoires et les perspectives d'économies par rapport à l'hospitalisation complète militent en faveur d'un développement de l'hospitalisation à domicile, une tarification au coût moyen serait désincitative. Celui-ci s'élèverait en effet, selon une enquête du CREDES [1], à 140 €. La journée d'hospitalisation à domicile se situerait donc parmi les GHJ les moins bien rémunérés, en bas de l'ENC SSR, après le GHJ 247 « Anorexie mentale », le GHJ 249 « autres », le GHJ 79 « Alcool ou toxicomanie » et le GHJ 77 « Dépression ». Or l'hospitalisation à domicile est parfaitement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou évolutives qui requièrent des soins techniques. Des études⁶⁰ ont en outre mis en évidence d'importants taux de satisfaction chez les patients pris en charge en hospitalisation à domicile et leur famille. Une valorisation inadaptée de cette activité risquerait cependant de compromettre le développement de ce type de prises en charge efficiente au profit de techniques plus lourdes.

⁶⁰ Com-Ruelle L., Raffy N., « Les patients hospitalisés à domicile en 1992 », 1994, CREDES

La valorisation au coût moyen n'étant pas donc pas toujours incitative, il conviendrait d'intégrer de nouveaux éléments dans l'objectif de paiement. Un système de « primes de santé publique », c'est à dire de subventions aux activités d'intérêt général, permettrait ainsi d'adjoindre aux incitations à la baisse des coûts des incitations complémentaires encourageant soit l'innovation, soit le développement d'activités nouvelles.

La règle de paiement P_i doit donc à la fois intégrer un coefficient de partage du risque compris entre 1 et 0 afin de fournir une assurance minimum aux structures de service public et un objectif de paiement B_t corrigé d'enveloppes pour les missions d'intérêt général telles que l'enseignement, la recherche, la prise en charge des cas les plus lourds,...introduisant ainsi une dose de paiement forfaitaire parallèlement au paiement prospectif. Le budget d'un hôpital de soins de suite et de réadaptation se composerait ainsi de la valorisation de son casemix en euros par l'intermédiaire des tarifs de l'ENC, majorés selon les spécificités de l'activité et la localisation de l'établissement, et à laquelle on ajouterait les enveloppes correspondant aux missions d'intérêt général et aux coûts de structure.

Cependant, la détermination des majorations et le choix de développer des activités d'intérêt général ne relève pas de l'acheteur de soins dont l'objectif est de maîtriser les dépenses de santé, mais bien de la tutelle, dont le rôle doit être renforcé à l'occasion du passage à la tarification à la pathologie.

3.1.2 Un régulateur fort.

L'existence d'incertitudes idiosyncrasiques et d'externalités liées à la qualité des soins justifient une intervention du régulateur. Celui-ci doit s'assurer du bon déroulement de la mise en concurrence fictive des établissements en affirmant son rôle par la définition de règles du jeu et par le contrôle de leur respect.

A) Crédibilité de l'engagement de la tutelle.

La tutelle a pour double mission d'assurer le bon fonctionnement de la mise en concurrence fictive et garantir le respect de l'intérêt général.

L'élasticité au prix de la demande de l'Assurance Maladie en soins de suite et de rééducation doit être affichée et crédibilisée par l'engagement de la tutelle. On ne peut en

effet inciter les producteurs à la diminution des coûts par un mécanisme de prix si les demandeurs y sont insensibles. Il faut donc restituer à la demande un rôle actif pour réguler le système. La possibilité de faillite doit par conséquent être reconnue par la tutelle. Si des établissements ne choisissent pas la stratégie de minimisation du coût de production, leur déficit ne sera pas être comblé car cela reviendrait à rembourser les coûts supportés. (La demande serait à nouveau inélastique au prix et tout pouvoir d'incitation serait perdu.)

Parallèlement, il est nécessaire d'introduire des règles de rémunération incitatives. Actuellement, le service public hospitalier fonctionne dans un contexte de revenu fixe et de non-appropriabilité des surplus. Il s'agit donc de trouver des règles de rémunération intéressant gestionnaires et médecins aux profits dégagés par une tarification à la pathologie.

La mise en concurrence fictive ne représente cependant pas une plus grande libéralisation du fonctionnement du système de soins mais bien l'aménagement de ce système. Si l'objectif de l'Assurance Maladie est bien la maîtrise des dépenses, le risque d'apparition de comportements stratégiques mettant à mal la qualité des soins et le respect de l'égalité d'accès aux soins justifie une intervention accrue de l'état-régulateur en tant que garant de l'intérêt général.

B) Le contrôle de la qualité des prestations et des phénomènes de sélection.

S'il revient au régulateur de contrôler les éventuelles ententes entre les établissements participant à l'échantillon, il doit également canaliser l'apparition de comportements stratégiques. Etant donné les imperfections de la classification et du mécanisme de prix, un système de contrôles-sanctions doit être mis en place pour éviter les résultats indésirables. Le bon fonctionnement de la tarification à la pathologie nécessite donc une régulation forte par des procédures de standardisation et de contrôle des phénomènes de sélection.

La classification ne prenant pas encore en compte la qualité du produit hospitalier, un même tarif peut rémunérer deux GHJ de qualité différente. Un travail sur la vérifiabilité de

la qualité et sur l'amélioration de la classification est donc nécessaire afin d'assurer l'homogénéité du produit tarifé. L'ANAES⁶¹ travaille pour cela à la rédaction de protocoles. Cette standardisation permettra à terme de limiter la variabilité de prises en charge intra-GHJ. Il demeure toutefois un grand travail de contrôle *ex post* que l'ANAES ne pourra assurer qu'à condition de modifier ses méthodes d'évaluation. Le contrôle *ex post* par le régulateur, contrepartie de la plus grande autonomie de gestion déléguée aux hôpitaux, est en effet indispensable au bon fonctionnement de la concurrence fictive. Un tel contrôle pourrait prendre exemple sur le programme de respect des règles de bonne conduite mis en place aux Etats-Unis dans le cadre de la « Health Insurance Portability and Accountability Act »(1997). Un haut fonctionnaire est nommé dans chaque hôpital et est chargé de remettre des rapports sur le comportement de l'offreur de soins selon une périodicité déterminée. Cependant, plus que les procédures, ce sont les résultats ou produits finis qui devront ici être évalués. Or les visites des experts visiteurs de l'ANAES lors de la procédure d'accréditation n'y suffiront pas.

Encadré N°11, La procédure d'accréditation en France

La notion d'accréditation est définie par l'article L. 710-5 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 comme une procédure externe d'évaluation à laquelle sont soumis tous les établissements publics et privés.

La procédure est conduite par l'ANAES qui porte une appréciation sur la qualité des services d'un établissement à l'aide de référentiels et d'indicateurs portant sur les procédures et les résultats. Cependant, l'accréditation s'appuie prioritairement sur une démarche d'auto-évaluation qui doit être approuvée par les instances de l'établissement avant d'être transmise à l'ANAES.

Trois experts-visiteurs de l'ANAES se rendent ensuite avec un coordonnateur dans l'établissement afin de valider l'auto-évaluation, d'apprécier la dynamique de l'amélioration continue de la qualité et rechercher des arguments objectifs pour étayer la cotation des références.

Un rapport de cette visite est transmis au directeur de l'hôpital dans les deux mois. Les observations sont données au collège de l'accréditation et à l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Il est cependant possible de dépasser ces difficultés par l'introduction d'une démarche d'assurance qualité type boucle de la qualité ISO 9004.

Une telle évolution mènera-elle à terme d'un contrôle des procédures à un contrôle des résultats sur le modèle des contrôles de qualité des produits en fin de chaîne pratiqués dans l'industrie ? Si une telle perspective semble peu réaliste du fait de la

⁶¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

multiplicité des facteurs externes influençant le résultat d'une prise en charge hospitalière, c'est à dire la guérison, il apparaît urgent que l'élasticité de la demande de l'Assurance Maladie à la qualité des produits s'accroisse, adjoignant ainsi aux incitations à plus de productivité contenue dans le mécanisme de tarification, des incitations à la qualité. Parallèlement à la compétition fictive sur les coûts, se développerait donc une compétition réelle des producteurs sur la qualité des soins.

Toutefois, l'Assurance Maladie a-t-elle les moyens de développer une fonction achat de soins assortie d'un contrôle de la qualité ? La mise en place d'un contrôle ex ante de la qualité par l'accréditation, et son évolution logique vers une concurrence ex ante entre producteurs sur le modèle du National Health Service anglais ou NHS, n'est pas sans difficulté. Créé en 1948 pour mettre à disposition de la population des services de santé entièrement gratuits, le NHS est un modèle centralisé de fonctionnement et de production des soins qui génère encore aujourd'hui 88% des dépenses de santé. Le niveau national étant trop éloigné, ce sont les cabinets ou General Practitioner Fundholder qui négocient donc avec les hôpitaux la prise en charge de leurs patients au meilleur rapport qualité-prix. Les hôpitaux se retrouvent alors en situation de concurrence ex ante sur la qualité et les prix. Cependant la mise en concurrence sur la qualité pose, tout comme la concurrence fictive sur les coûts, le problème de l'observabilité du processus de production.

Le régulateur doit également veiller à ce que les gains de productivité réalisés par les producteurs en concurrence résultent d'une rationalisation du processus productif et non de phénomènes de sélection des patients selon leur niveau de risque. Un contrôle minimum des Etablissements, sous l'égide des DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales) ou des DRASS (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales), est donc indispensable pour éviter de telles dérives.

C) Les instances de régulation.

L'asymétrie d'information portant à la fois sur la variable efficacité productive et la variable qualité, se pose la question de savoir s'il est dans l'intérêt de la tutelle de déléguer à plusieurs superviseurs la responsabilité de la régulation. Ce fut le choix des responsables du Medicare qui est régulés par deux instances : l'une déterminant les prix, l'autre fixant les normes de qualité.

En outre, si un cadrage général peut être envisagé au niveau national pour assurer une cohérence d'ensemble, il est en revanche fondamental que la régulation se fasse effectivement au niveau régional afin de tenir compte des contraintes de

planification. C'est à l'Agence Régionale d'Hospitalisation de définir les modalités pratiques de cette régulation en considération de la politique régionale et de ses enjeux afin de lier stratégie, régulation et responsabilité des établissements. Ainsi, dans les limites de leur enveloppe, les ARH pourraient négocier les tarifs opposables aux établissements de leur ressort, compte tenu de la stratégie régionale à mettre en œuvre, des caractéristiques du bassin de population, et ce dans le respect des objectifs fixés par les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Néanmoins, il pourrait être opportun d'encadrer cette faculté de négociation des tarifs selon des modalités fixées au niveau national afin d'éviter des écarts trop importants entre les tarifs appliqués aux établissements (qui tiennent compte de leurs particularités) et les tarifs nationaux (issus de la mise en concurrence fictive des établissements de l'échantillon ENC). De même, il incomberait aux ARH de répartir les crédits afférents aux missions d'intérêt général sur la base d'une contractualisation avec les établissements concernés et au vu d'indicateurs à définir.

Ces conditions de réussite réunies, la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie non seulement permettra la maîtrise des dépenses, mais sera également facteur de restructuration de l'activité de soins de suite-réadaptation au niveau des établissements producteurs puis au niveau régional.

3.2 Les perspectives offertes par la tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation.

Au-delà de la maîtrise des dépenses de santé, la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie constitue une opportunité de réallocation des moyens aussi bien en interne qu'entre les producteurs de soins de suite et de réadaptation. Pour cela, les établissements doivent se doter d'outils d'analyse de leur activité et le régulateur initier progressivement la fongibilité des enveloppes publique et privée.

3.2.1 Les outils nécessaires.

Afin de pouvoir saisir toutes les opportunités de restructuration offertes par le passage à la tarification à la pathologie, les établissements doivent se doter d'un système d'information adapté à l'analyse de leur activité. Parallèlement, le régulateur doit définir les conditions de fongibilité des enveloppes publique et privée.

A) Le système d'information hospitalier.

Le système d'information hospitalier doit permettre le développement de la comptabilité analytique, la mise en place de la CCAM et du chaînage des séjours afin de pouvoir à la fois analyser l'activité de l'établissement et identifier les possibles complémentarités avec les autres producteurs.

Afin de pouvoir concentrer leurs efforts sur les unités fonctionnelles peu productives, les managers doivent tout d'abord mettre en œuvre une comptabilité analytique. Alors que la comptabilité générale recense des charges classées selon la nomenclature des partenaires extérieurs à la firme, la comptabilité analytique classe elle les charges par destination. L'hôpital n'est plus ainsi considéré comme une entité uniforme mais comme un assemblage complexe de moyens, de techniques et de responsabilités. Or le degré de mise en œuvre de la comptabilité analytique demeure en France très variable selon les hôpitaux, ce qui empêche certains gestionnaires de connaître leur structure de coûts, d'identifier les GHJ sur lesquels appuyer leurs efforts et donc de faire preuve de réactivité.

Le système d'information doit ensuite permettre le recensement des actes médicaux conformément à la CCAM. La Classification Commune des Actes Médicaux remplace les deux nomenclatures actuelles : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour le secteur libéral et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) pour le secteur hospitalier public. Ces deux classifications étaient incompatibles à 80% tant leurs modalités de construction différaient. L'entrée en vigueur d'une classification transversale aux secteurs ambulatoires et hospitaliers est donc l'opportunité de créer de nouvelles complémentarités.

Cette opportunité pourrait de plus se développer grâce au chaînage des séjours. Cette technique consiste à regrouper des informations sur les séjours d'un patient dans un même établissement afin de disposer d'une vision exhaustive de ses prises en charge. Si un chaînage des informations entre le court et le moyen séjour est aujourd'hui impossible dans le respect des standards de la CNIL et diminue les possibilités de gestion des filières de soins, la **circulaire DHOS-PMSI n°106** relative au chaînage des séjours en établissement hospitalier constitue une première étape d'analyse de la trajectoire des patients à partir des données PMSI. Un numéro d'anonymisation, différent du numéro de sécurité sociale, permet de passer du Résumé Hebdomadaire Standardisé au Résumé Hebdomadaire Anonymisé et ainsi de garantir la confidentialité des données. Ce numéro

est en outre constant. L'analyse des trajectoires de soins pourra donc être réalisée au sein d'un même établissement puis d'un établissement à l'autre.

Enfin, le Réseau Santé Social (RSS) constitue une première tentative de système d'information reliant plusieurs producteurs de soins. Développé dans le cadre d'une concession de service public, il a pour objectif d'améliorer la transmission d'informations entre professionnels de santé en chiffrant des messages transitant à haut débit dans des circuits protégés. Il est accessible aux professionnels authentifiés à l'aide de cartes à crypto processeur de la famille des cartes CPS (Carte de Professionnel de Santé). Il permet ainsi le suivi des filières de patients grâce à la transmission sécurisée des feuilles de soins électroniques du médecin de ville au pharmacien et aux établissements de santé.

Les établissements doivent donc se doter d'un système d'information leur permettant d'optimiser le recueil des actes au plus près de leur lieu de production pour être en mesure d'alimenter le PMSI, mais aussi de communiquer avec les autres producteurs de soins afin d'initier des complémentarités. Les modalités de mise en oeuvre demeurent à inventer selon la taille, l'activité de l'établissement et le nombre d'intervenants. Il s'agit pour un établissement d'un projet d'envergure, impliquant l'ensemble du personnel. Un lourd travail de mise en cohérence des représentations médico-administratives doit être effectué en amont au risque d'engendrer des dérives au niveau des dépenses et de la qualité.

B) La fongibilité des enveloppes publique et privée.

Une régulation globale des secteurs public et privé supposerait que les tarifs soient uniques et les règles de gestion comparables. Une fongibilité systématique des enveloppes publiques et privées apparaît donc dans un premier temps difficile. Elle serait en effet préjudiciable aux hôpitaux publics compte tenu de leurs contraintes de service public et de la rigidité des règles auxquelles ils sont soumis.

Le principe de deux enveloppes séparées se justifie en outre par souci de lisibilité.

Cependant, ce principe ne doit pas être considéré comme un facteur de cloisonnement rigide. Il n'est pas incompatible avec la possibilité qui pourrait être donnée aux ARH d'appliquer une fongibilité entre les deux enveloppes en tant que besoin pour tenir compte des enjeux locaux. Une fongibilité progressive des deux enveloppes en fonction des résultats qui seront observés lors de la généralisation de la tarification à

l'activité est également envisageable. Elle permettrait, à condition d'un assouplissement des règles de gestion des établissements publics, de sortir du carcan du statut pour une allocation plus optimale des ressources.

Ces préalables réunis, la tarification à la pathologie devrait permettre une réorganisation de l'allocation des ressources, aussi bien en interne qu'en externe.

L'avenir de la tarification à la pathologie réside t'il cependant dans un paiement à la trajectoire, à charge ensuite pour l'acheteur d'optimiser le parcours du patient dans la filière de soins ?

3.2.2 Vers une allocation optimale des moyens.

Si la tarification à la pathologie permet théoriquement l'amélioration de l'efficacité productive du système de soins, elle doit être également saisie comme l'opportunité d'améliorer l'efficacité allocative des ressources, aussi bien en interne qu'entre les établissements.

A) La contractualisation interne.

Le mouvement actuel de décentralisation budgétaire pourrait connaître un nouvel élan dans le cadre du passage à la tarification à la pathologie. A condition d'une description cohérente des mouvements des patients, le système d'information hospitalier peut permettre le développement des centres de responsabilité rémunérés selon leur activité grâce à l'ENC. A leur charge ensuite d'acquérir auprès des services prestataires comme le plateau médico-technique (laboratoire, radiographie, balnéothérapie, ...), grâce à la détermination de prix de cession interne, des soins pour leurs patients.

Cette responsabilisation financière des services initierait une première rationalisation de l'offre de soins au niveau de l'établissement, l'objectif demeurant une rationalisation globale de l'offre de soins.

B) L'optimisation de la trajectoire du patient entre les différents producteurs de soins.

L'utilisation de la tarification à l'activité peut être l'occasion, comme nous l'avons vu précédemment, de valoriser au moyen de « primes de santé publique » le développement d'activités prioritaires.

La bonne utilisation de ce système permettrait dans un premier temps de redynamiser le système de réseau de soins mis en place par l'ordonnance de 1996.

*« Le réseau de soins est un ensemble d'acteurs organisés, en liaison ou non avec un ou plusieurs établissements de santé. Il associe des personnes physiques ou morales, dispersées sur des zones géographiques données, de compétences différentes et complémentaires agissant selon des références partagées, pour optimiser la prise en charge des patients ».*⁶²

A ce jour, les principaux réseaux actifs sont les réseaux de prise en charge de la périnatalité, du cancer et du diabète. Or la valorisation à son coût d'opportunité de l'hospitalisation à domicile relancerait cette organisation et notamment les réseaux hôpital-ville, d'initiative hospitalière et ciblés sur des pathologies lourdes et chroniques, telles celles prises en charge en soins de suite et de réadaptation.

La formation de tels réseaux sur la base des complémentarités entre les producteurs de soins, qu'ils soient publics ou privés, permettrait d'optimiser la trajectoire⁶³ du patient, i.e. l'ensemble des points de contacts du patient avec le système de soins (chaque contact est situé dans le temps et se caractérise par la nature du ou des professionnels impliqués, par la structure concernée ainsi que par l'ensemble des biens et services délivrés). La fongibilité des enveloppes rationaliserait de même l'utilisation des ressources entre les prestataires de soins. La mise en oeuvre de la tarification à la pathologie favoriserait ainsi à terme une meilleure répartition des ressources entre les établissements.

Se dirige t'on pour autant vers un paiement à la trajectoire ? Les Etats Unis délaissent aujourd'hui le paiement prospectif au DRG au profit d'une réflexion plus générale sur le paiement à la trajectoire. La mise en oeuvre de la tarification à la pathologie permettra certes progressivement une meilleure connaissance des coûts de traitement global d'une pathologie donnée. Il serait donc imaginable de passer d'une rémunération à l'activité, i.e. au GHJ, à une vraie tarification à la pathologie, soit une tarification à la trajectoire de soins. Si cette solution apparaît comme la panacée, il faut

⁶² Réseaux Ile de France n°1, Lettre d'information de l'ARH et de l'URCAM d'Ile de France, septembre 1999.

⁶³ Définition de la trajectoire de soins : CREDES et IMAGE « L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations », Questions d'économie de la santé, N°37, juin 2001.

cependant veiller à ne pas reproduire les erreurs du passé et chercher à copier en France un système étranger sans au préalable s'interroger, comme nous l'avons fait ici pour la tarification à la pathologie, sur ses fondements théoriques et ses conditions d'application. En effet ce mode d'allocation ne peut fonctionner que si le régulateur dispose d'informations précises sur chacun des patients. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le système français se caractérise par les asymétries d'information et l'inobservabilité des conditions de production. Le niveau national apparaît alors trop élevé pour un tel mode de financement, l'Assurance Maladie n'ayant pas à disposition de système d'information suffisamment efficace. En Grande Bretagne, c'est par conséquent le médecin généraliste ou *General Practitioner* qui joue le rôle de *Gate Keeper*, c'est à dire de porte d'entrée du système et qui achète des soins aux hôpitaux. Une telle révolution dans le fonctionnement du système de soins français est-elle toutefois envisageable ?

CONCLUSION

L'objet du mémoire était de mettre en lumière la logique présidant à la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation.

Le système de santé se caractérisant par de nombreuses asymétries d'information, la mise en concurrence par comparaison des producteurs permet au principal de pallier son déficit informationnel afin de parvenir à une situation optimale de second rang au regard d'une situation pareto-optimale où l'information circulerait librement. En confrontant les producteurs à un prix fixe, prospectif et paramétrique, le système de tarification à la pathologie renoue le lien entre la rémunération des hôpitaux et leur activité, incite les producteurs à la diminution de leurs coûts, et met fin aux rentes de situation en accroissant la concurrence entre les établissements.

Cependant, la traduction empirique du modèle de mise en concurrence fictive est aujourd'hui trop peu différenciée et basée sur des critères simplistes qui conduisent à sa mise en cause. Le choix de l'exemple du secteur de soins de suite et de réadaptation a permis de souligner ces défaillances dans l'application du modèle. Les deux principaux outils, le PMSI SSR et l'ENC ne sont pas encore performants. La classification peine à traduire toute la complexité de l'activité de réadaptation, et notamment son volet social. La tarification doit elle trouver un équilibre entre paiement prospectif, remboursement et dotation forfaitaire pour les missions d'intérêt général. Par conséquent, le passage du système d'enveloppe globale à une rémunération à l'activité risque d'engendrer des dérives telles qu'un report vers la rééducation de ville, le secteur médico-social ou enfin les familles.

Ce constat est généralisable à l'ensemble du secteur sous le régime de la dotation globale qui doit, à partir d'outils encore non exhaustifs, obéir à des impératifs de service public. Les défaillances dans la traduction empirique du modèle théorique se retrouvent en effet dans l'expérimentation MCO. Si les séjours sont plus homogènes et l'outil PMSI plus développé, la qualité demeure inobservable alors même qu'il s'agit d'un élément déterminant de variation des coûts. De même, les choix quant à la rémunération des missions d'intérêt général, des urgences, de la recherche ou de la précarité n'ont toujours pas été clairement exprimés pour ce secteur.

Le risque est donc grand que des comportements stratégiques n'émergent et n'empêchent la réforme du financement d'atteindre son objectif premier, la maîtrise des dépenses de santé. Il est en outre envisageable que la recherche d'une plus grande

productivité ne se fasse au détriment d'une offre de soins conforme à l'intérêt général, soit une offre assurant l'égalité d'accès aux soins, leur continuité et enfin leur adaptabilité⁶⁴.

Le principe d'égalité devant le service public hospitalier interdit en effet que les soins soit prodigués de façon différenciée selon les usagers. Contrairement aux établissements privés à but lucratif, les hôpitaux publics et PSPH assument une mission de service public leur interdisant de sélectionner leurs patients et les pathologies qu'ils souhaitent prendre en charge. Comment cependant, dans le cadre de la tarification à la pathologie, assurer la prise en charge des patients aux pathologies peu rémunératrices ?

La jurisprudence a en outre consacré les exigences du principe de continuité, soit un fonctionnement régulier des services sans interruption autres que celles prévues par la réglementation en vigueur. Or comment le producteur de soins rémunéré à l'activité peut-il garantir le maintien d'une activité si elle n'est pas rentable ?

Le fonctionnement des hôpitaux et leur offre de soins doivent enfin s'adapter à l'évolution des besoins collectifs et aux exigences de l'intérêt général. Or comment mener des travaux dans un service si celui-ci, ne produisant temporairement pas de soins, n'est pas rémunéré ? Les professionnels qui y sont affectés seront-ils au chômage technique ?

Si la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie ne rencontre donc a priori pas d'obstacles dans le secteur privé, lequel ne représente en outre qu'une minorité des lits en soins de suite et de réadaptation, elle se heurte cependant dans le secteur sous le régime de la dotation globale aux contraintes de service public. L'état-régulateur doit donc intervenir pour à la fois crédibiliser l'engagement de l'Assurance Maladie à la maîtrise des coûts et aménager les conditions de la concurrence pour les hôpitaux souffrant de surcoûts structurels ou prenant en charge des activités prioritaires en termes de santé publique. A lui donc de définir les modalités d'application de la tarification à la pathologie dans chaque secteur de soins par la définition d'incitations complémentaires et de contrôles. A cette condition, la tarification à la pathologie sera un véritable facteur restructurant de l'offre de soins, obligeant les établissements à une maîtrise des coûts, puis, dans un second temps, initiant une réallocation des ressources par la formalisation des complémentarités dans le cadre de réseaux de soins.

⁶⁴ « Lois de Rolland » consacrant les principes du service public.

Face aux échéances de plus en plus pressantes, il conviendra donc dans un premier temps de s'assurer de la validité des prérequis. La poursuite des travaux d'amélioration du PMSI-SSR visant à le rendre plus exhaustif et de la réflexion sur la définition des tarifs est impérative, tout comme l'instauration de contrôles de qualité et des phénomènes de sélection.

Ces conditions réunies, la mise en place de la tarification à la pathologie permettra, outre l'amélioration de l'efficacité productive, l'amélioration de l'efficacité allocative du système de santé. Le redéploiement des moyens entre les producteurs, qu'ils soient publics ou privés constitue alors une opportunité d'optimiser la trajectoire du patient dans l'hôpital voire dans l'ensemble du système de soins.

L'avenir de la tarification à la pathologie réside t'il cependant à terme dans la tarification à la trajectoire de soins ? Quelles en seraient les conséquences sur le système de santé français ?

Bibliographie

1. **Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T.**, « Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile », Questions d'économie de la santé, N°67, juin 2003.
2. **Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation**, « Rapport de l'Etude de coûts, soins de suite et de réadaptation (données 2000) », publié le 18/03/2003, <http://www.le-pmsi.org>
3. **Bac C., Balsan D.**, "Modélisation des dépenses d'Assurance Maladie", Document de travail de la DREES, N°19, octobre 2001.
4. **Berki S.E.**, "The Design of Case-Based Hospital Payment System", Medical Care, January 1983, Vol. 21, N° 1, p1-13.
5. **Bocognano, A. Couffinhal, M. Grignon, R. Mahieu et D. Polton**, « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel, une revue des expériences étrangères en matière de santé », Economie et Statistiques, n°328, 1999-8, p21-36.
6. **Choné P., Lesur R.**, « Hétérogénéité des établissements de santé et tarification à la pathologie », Revue d'Economie Politique, Janvier-Février 2002, p40-48.
7. **Code de la Santé Publique**, Arrêté du 29 juillet 1998, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale, Article L. 710-6 et L. 710-7.
8. **Collège des Economistes de la Santé**, La Lettre du Collège, Mars 2003, N°1, 14^{ème} année.
9. **Demil B., Bourgeon L.**, "Slack organisationnel et innovation: application au secteur hospitalier public", AIMS, 26-27-28 Mai 1999.
10. **DREES**, Actes du colloque, « La tarification à la pathologie, les leçons de l'expérience étrangère » Dossiers Solidarité et Santé, Hors série Juillet 2002, La documentation française.
11. **DREES**, «Des comptes de la santé par pathologie, un prototype sur l'année 1998 », Etudes et résultats, N°188, Septembre 2002.
12. **Ellis R.P., Mc Guire T.G.**, «Optimal Payment Systems for Health Services», Journal of Health Economics, Vol. 9, 1990, p375-396.
13. **Feder J., Hadley J., Zuckerman S.**, "How did Medicare's PPS: The victim of aggravation bias?" Review of Economics and Statistics, Vol.74, N°1, p185-191.
14. **Fetter R.B.**, « Les DRGs, le PMSI, et l'expérience DRGs dans le monde », Journal d'économie médicale, 1986, T. 4, N°5, p 265-273.

15. **Grignon M., F. Midy**, « La notion de coût dans les évaluations médico-économiques », Journal d'économie médicale, Vol. 20, N°2, p105-117.
16. **Hartmann L., Karine Moschetti**, L. Rochaix-Ranson, « La tarification à la pathologie aux Etats-Unis », Dossiers Solidarité et Santé, DREES, 01-03/2001, N°1, p17-31.
17. **Henriet D.**, « Paiements prospectifs, tarification à la pathologie », Concurrence par comparaison : Fondements théoriques, Dossiers Solidarité et Santé, N°1, 2001, p 11-16.
18. **Holstein J. et alii**, « Analyse des données PMSI en S.S.R et présentation de OAP S.S.R. », Gestions Hospitalières, Août-Septembre 2002, p527-532.
19. **Hôpital National de Saint Maurice**, Direction des Finances, Rapport d'Activité, 2002.
20. **Keeler E.B.**, « What proportion of hospital cost differences is justifiable? », Journal of Health Economics, 1990, Vol. 9, p 359-365.
21. **Kitous B.**, « Les bénéfiques de l'adversité pour l'hôpital », L'hôpital réformateur de l'hôpital, sous la direction de R. Dalmaso et J.J. Romatet, Action Santé, Erès 2000.
22. **Lee M.L.**, « A conspicuous production theory of hospital behavior », Southern Economic Journal », 1978, N°38, Vol.1, p 48-58.
23. **Le Pen C.**, « Pour en finir avec le hasard moral », Lettre du Collège des Economistes, Mars 2002.
24. **Leroux V.**, "Le PMSI S.S.R.: contraintes et opportunités pour l'Etablissement", Gestions Hospitalières, Janvier 1999, p42-44.
25. **LIU K., C. Baseggio and alii**, "Long term care Hospitals under Medicare: Facility-Level Characteristics", Health care Financing review, Winter 2001, Vol 23, N° 2, p 1-18.
26. **MA Ching-To Albert**, "Health Care "Payment Systems: Cost and Quality incentives" Journal of Economics and management Strategy, Spring 1994, Vol 3, N°1, p 93 -112.
27. **Marrot B., Gilardi H.**, Mission d'expérimentation, « Expérimentation d'une tarification à la pathologie des établissements de santé, Rapport d'étape », Avril 2002.
28. **Dr Mayeux D.**, « Extension de l'utilisation du PMSI aux soins de suite et de réadaptation », Technologie et Santé, N°39, Novembre 1999, p 40-51.
29. **Ministère de l'Emploi et de la solidarité**, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, « Guide méthodologique de production des résumés

- hebdomadaires standardises – PMSI soins de suite ou de réadaptation », Bulletin Officiel Solidarité santé - fascicule spécial n° 97-5bis.
30. **Ministère de l'Emploi et de la solidarité**, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, « Manuel des groupes homogènes de journées – PMSI soins de suite ou de réadaptation – Vol I », Bulletin Officiel Solidarité santé - fascicule spécial n° 97-8bis.
 31. **Ministère de l'Emploi et de la solidarité**, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Circulaire N° DH/PMSI/98/153 du 9 mars 1998 relative à la généralisation dans les établissements de santé sous dotation globale et ayant une activité de soins de suite et de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (Résumé Hebdomadaire Standardisé) ; calendrier de montée en charge pour l'année 1998.
 32. **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, « Catalogue des activités de rééducation – PMSI soins de suite ou de réadaptation », Bulletin Officiel Solidarité santé - fascicule spécial n°2000-13bis.
 33. **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission PMSI, « Manuel Etude de coûts Soins de suite et de réadaptation », 2^{ème} Edition, Novembre 2001.
 34. **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Circulaire DHOS PMSI 2001 N°105 du 22 Février 2001 relative aux évolutions du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité de soins de suite et de réadaptation des établissements financés sous dotation globale.
 35. **Ministère de la Santé et des Personnes Handicapées**, Dossier tarification à la pathologie, www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/index.htm
 36. **Ministère de la Santé et des Personnes Handicapées**, « Guide Méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, le calcul des coûts par activités », Bulletin officiel N°2003/1bis, Fascicule spécial.
 37. **Morrissey M., Sloan F., Valbona J.**, "Medicare Prospective Payment and posthospital transfers to subacute care", Medical care, Vol. 26, 1987, p 685- 693.
 38. **Mougeot M.**, 1996, « Systèmes de Santé et concurrence », Economica.
 39. **Mougeot M.**, « Régulation du système de santé », La Documentation Française, 1999.
 40. **Mougeot M. , Naegelen F.**, « La régulation contractuelle de l'offre de soins », Cahiers de Recherches de la MIRE, N° 3, octobre 1998, p 17-21.

41. **Mougeot M., Naegelen F.**, « Asymétrie d'information et financement des hôpitaux, Une comparaison des modes d'organisation du système de santé », Revue économique, Vol. 49, N° 5, septembre 1998, p 1323-1343.
42. **Mougeot M.**, « Concurrence et incitations dans le système hospitalier », Revue française d'Economie, Vol. 8, N° 2, printemps 1993, p 109-131.
43. **Newcomer R.J., Estes C.L.**, « La tarification hospitalière sur la base des GHM : effets sur la prise en charge extra-hospitalière des malades », Commissariat Général au Plan, Système de Santé : Pouvoirs publics et financeurs, qui contrôle quoi ?, La Documentation Française 1987.
44. **Newhouse J.P.**, "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus selection", Journal of Economic Literature, Vol. 34, September 1996, p 1236-1263.
45. **Newhouse J.P., Byrne D.J.**, « Dis Medicare's PPS cause length of stay to fall? » Journal of Health Economics, 7, 1988, p 413-416.
46. **Pope G.C.**, « Hospital competition and Medicare reimbursement policy », Journal of Health Economics, Vol.8, N°2, 1989, p147-172.
47. **Pope G.C.**, « Hospital specific costs improve fairness of prospective reimbursement », Journal of Health Economics, 9, 1990, p 237-251.
48. **Reiss J.B.**, « A conceptual model of case based payment scheme for New Jersey hospitals", Health Services Research, 1980, p1 et s.
49. **Rochaix L.**, « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », Economie et Prévision, N°129-130, 1997, p 11-24.
50. **Shleifer A.**, "A Theory of Yardstick Competition", Rand Journal of Economics, Vol. 16, N°3, Autumn 1985, p 319-327.
51. **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**, volet soins de suite et de réadaptation, Ile de France, 1997.
52. **Schlenker R.E., Shaughnessy P.W.** « Casemix, quality, and cost relationships in Colorado nursing homes », Health Care financing review, winter 1984, Vol 6, N°2, p 61-71.
53. **Vallancien G., Perrin A., Debrosse D.**, "Hôpital 2007, Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale", publié le 3 avril 2003.
54. **Yu-Shu S.**, "The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals", Journal of Health Economics, 2003, N°22, p 243-269.
55. **Zwanziger J., Melnick G.A.**, « The effects of hospital competition and the PPS program on hospital cost behavior in California", Journal of Health Economics, Vol. 7, 1988, p301-320.

Entretiens et Conférences

56. **Collège des Economistes de la Santé**, Séminaire tarification à la pathologie, Vendredi 7 mars, Hôpital St Antoine.
57. **Henriet D.**, Entretien du 21 Février 2003, Université de la Méditerranée.
58. **Grandjean M.**, Entretien du 25 Mars 2003, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
59. **Legars M., Technicienne d'Information Médicale, V. Leroux, Médecin**, Entretien du 14 mars 2003, Département d'Information Médicale, Hôpital National de Saint Maurice.
60. **Les Amphis de la Santé**, « La réforme du financement des Etablissements de Santé : Tarification à la pathologie », Mardi 24 juin 2003, Association des Cadres de l'Industrie Pharmaceutique, Essec Santé et Décision & Stratégie Santé.
61. **Marrot B.**, Entretien du 13 Mars 2003, IGAS.

Liste des annexes

1	Glossaire	II
2	Circuit de l'information	VI
3	Classification en GHM	VII
4	Case mix de l'H.N.S.M.	VIII
5	Les 27 métiers intervenant en S.S.R.	XIV
6	Echelle de dépendance	XV
7	Liste des établissements participant à l'ENC – annexe non publiée -	XVI
8	Echelle nationale de coûts	XVII
9	Environnement socio-sanitaire des établissements de s.S.R.	XXVIII

ANNEXE N°1, GLOSSAIRE⁶⁵

Actes médicaux classants : Environ 70 actes du Catalogue des Actes Médicaux peuvent être recueillis dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Dans le cadre de l'exploitation de la base de données, constituée initialement pour construire la classification des GHJ, ces actes se sont avérés "classants", c'est-à-dire marqueurs d'une discrimination statistique de la consommation des ressources.

Activités / Actes de rééducation-réadaptation : Douze "Activités de rééducation-réadaptation" sont recensées dans le recueil d'information standard PMSI SSR. Chaque "Activité de rééducation-réadaptation" est définie par une liste fermée d'"actes", qui eux ne sont pas recensés. Les "Activités de rééducation-réadaptation", ainsi que les "actes" rattachés à chacune d'entre elles, sont présentés dans le Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation.

Affection étiologique : "L'Affection étiologique" constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle décrit l'affection à l'origine de l'altération ou du problème fonctionnel (ou organique) présenté par le patient et motivant sa prise en charge en SSR.

Algorithme de la classification, arbre de décision : L'algorithme de la classification est représenté par l'ensemble des tests successifs réalisés par le "logiciel groupeur" sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé dans une Catégorie Majeure Clinique puis dans un Groupe Homogène de Journées. Pour chaque Catégorie Majeure Clinique, il existe un arbre de décision spécifique. L'ensemble des arbres de décision par CMC constitue l'algorithme de la classification des GHJ. La plupart des variables du recueil d'information standard PMSI

⁶⁵ Etabli à partir du Glossaire PMSI soins de suite et de réadaptation de l'ATIH, communiqué par le Dr M. Grandjean

SSR sont utilisées dans l'algorithme de la classification pour discriminer les Groupes Homogènes de Journées.

Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) : Les actes médicaux classant qui peuvent être recueillis dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé sont extraits du Catalogue des Actes Médicaux.

Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation (CdARR) : Les activités de rééducation-réadaptation recensées dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé sont définies et décrites dans le Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation publié au Bulletin Officiel (fascicule n° 97/6 *bis*).

Catégorie Majeure Clinique (CMC) : Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans l'une des 14 Catégories Majeures Cliniques de la classification PMSI SSR. Au nombre de 14, les Catégories Majeures Cliniques permettent de classer chaque RHS en fonction de l'orientation de la prise en charge du patient (poursuite de soins médicaux et rééducation, attente de placement, soins palliatifs etc...) et de la localisation ou du type de la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge de celui-ci (cardio-vasculaire et respiratoire, neuro-musculaire etc...).

Classification des Groupes Homogènes de Journées : La classification des Groupes Homogènes de Journées, spécifique au secteur des soins de suite ou de réadaptation, comporte, dans sa version 1, 14 Catégories Majeures Cliniques et 280 Groupes Homogènes de Journées. Elle constitue un outil permettant de classer chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé, en fonction des informations qu'il contient, dans un et un seul Groupe Homogène de Journées, rattaché à une Catégorie Majeure Clinique. La classification des Groupes Homogènes de Journées est publiée au Bulletin Officiel (fascicule n° 97/8 *bis* - Volume 1 : Principes de construction de la classification ; Volume 2 : Description de la classification).

Classification Internationale des Maladies (CIM) : Publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette classification est utilisée dans sa dixième révision (CIM-10) pour coder la morbidité dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Dans le cadre de ce recueil, sont utilisés les volumes 1 et 3 de la CIM10. Le volume 1, ou "table analytique" présente la classification tandis que le volume 3, ou "index alphabétique", contient l'index assorti d'instructions détaillées pour son utilisation.

Diagnostics associés significatifs : Les "Diagnostics associés significatifs" constituent l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Ils décrivent les motifs de prise en charge et/ou pathologies associées à la "Finalité principale de la prise en charge" du patient et/ou à la "Manifestation morbide principale" de celui-ci. Jusqu'à 5 "Diagnostics associés significatifs" peuvent être décrits dans un RHS.

Finalité principale de prise en charge : La "Finalité principale de prise en charge" constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle précise "comment" le malade est pris en charge au cours de la semaine observée.

Groupe Homogène de Journées (GHJ) : Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans un et un seul groupe homogène du point de vue clinique et du point de vue de la consommation des ressources. Au nombre de 280, les Groupes Homogènes de Journées permettent de classer chaque RHS en fonction d'un certain nombre de caractéristiques du patient au cours de la semaine observée : son âge, sa morbidité, son état de dépendance, l'existence de certaines prises en charge cliniques ou de rééducation-réadaptation.

Manifestation morbide principale : La "Manifestation morbide principale" constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle décrit l'altération ou le problème fonctionnel ou organique principalement pris en charge au cours de la semaine observée.

Prise en charge Clinique Lourde (PCL) / Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) : Dans le cadre de l'exploitation de la base de données recueillie initialement pour construire la classification des Groupes Homogènes de Journées, certaines prises en charge cliniques se sont avérées statistiquement discriminantes en matière de consommation de ressources. La classification des GHJ comporte ainsi dans chaque Catégorie Majeure Clinique des groupes spécifiques de Prise en charge Clinique Lourde (PCL) et de Prise en Charge Clinique Très Lourde (PCTL) afin de distinguer ces situations. Un Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans un groupe de PCL ou de PCTL s'il présente un diagnostic ou un acte médical classant appartenant à une liste

fermée. Il existe deux listes d'actes médicaux et de diagnostics classant, l'une pour les PCL et l'autre pour les PCTL.

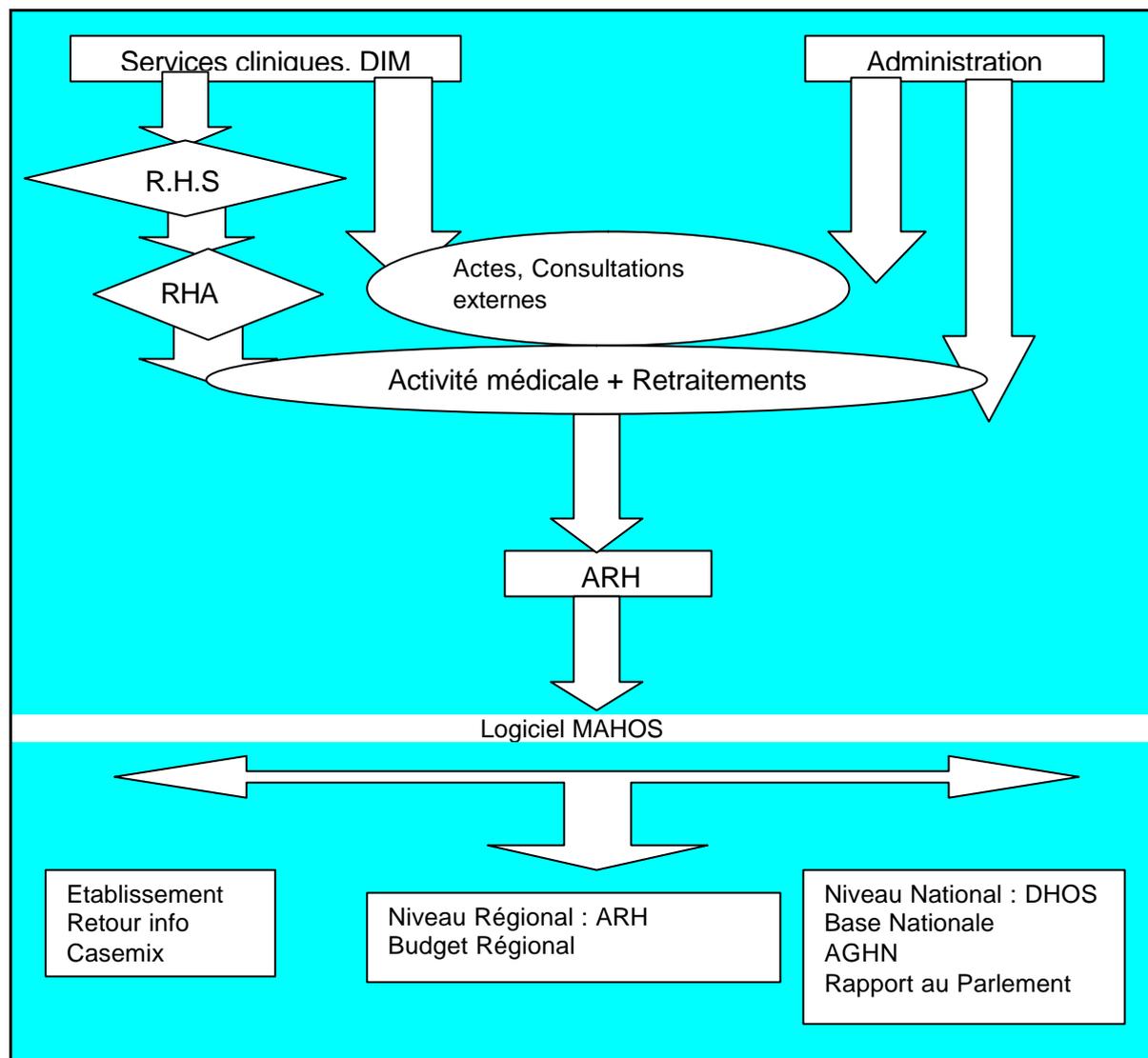
Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information trouve un fondement légal dans l'article L.710-6 du Code de la Santé Publique qui dispose que "les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins."

Recueil d'information standard PMSI SSR : Ce recueil constitue le dénominateur commun de l'information médicalisée en soins de suite ou de réadaptation. Il est composé d'un volet "Identifiant patient", d'un volet "Mouvements" et de "n" "Résumés Hebdomadaires Standardisés".

Résumé Hebdomadaire Anonyme (RHA) : Le Résumé Hebdomadaire Anonyme (RHA) permet la transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci, par anonymisation du Résumé Hebdomadaire Standardisé. Le format des RHA, les modalités et délais de transmission aux services déconcentrés de l'État seront définis ultérieurement par arrêté.

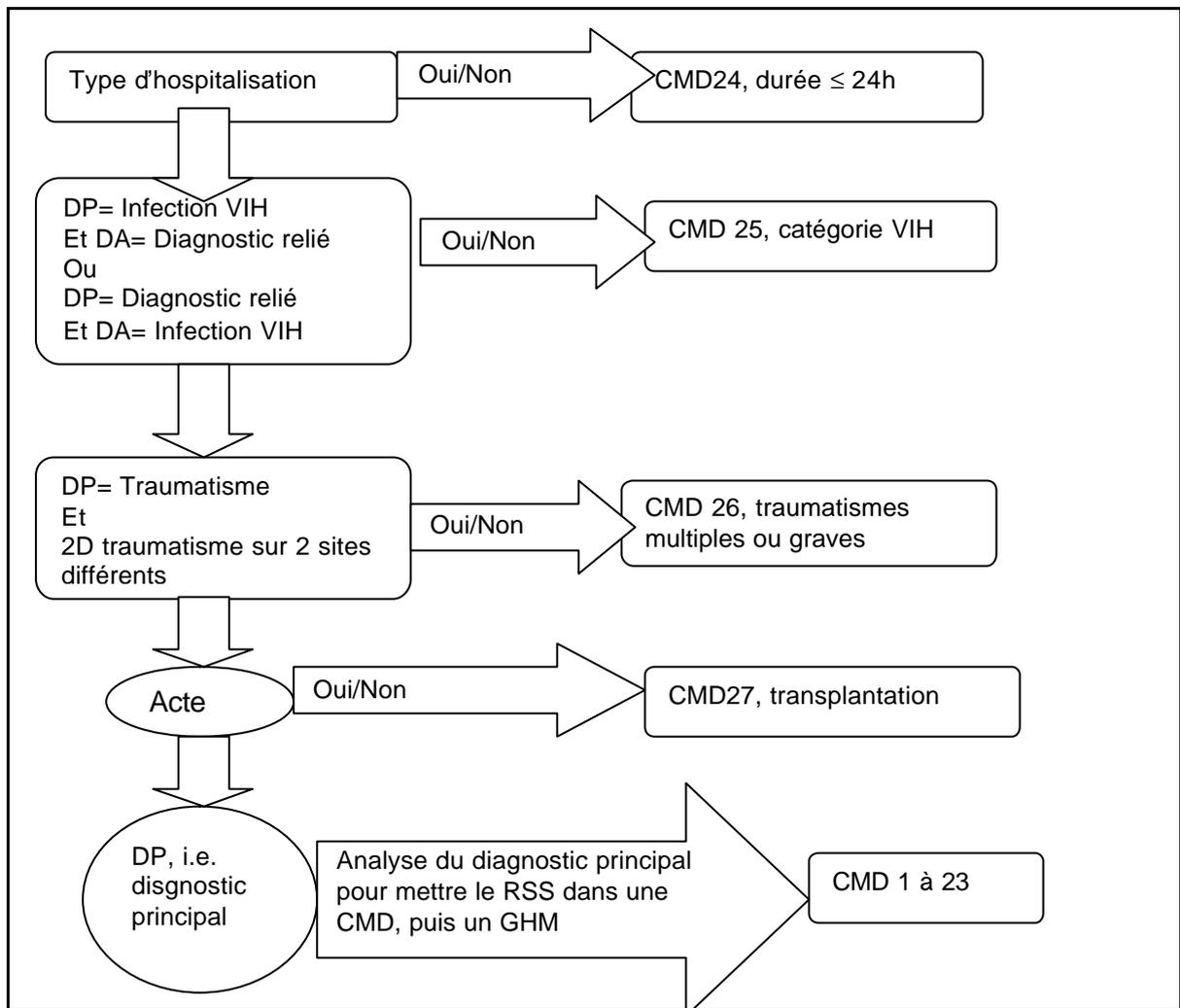
Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) : Sur chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé, figurent les caractéristiques de morbidité et de dépendance du patient ainsi que certains actes médicaux et activités de rééducation-réadaptation, caractéristiques de la lourdeur de sa prise en charge hospitalière, en termes de consommation de ressources, au cours d'une semaine observée. Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé fait l'objet d'un classement dans un Groupe Homogène de Journées.

ANNEXE N°2, CIRCUIT DE L'INFORMATION⁶⁶



⁶⁶ Elaboré à partir de « le PMSI : outil de description et de mesure de l'activité hospitalière » Intervention du Dr Joelle Dubois – Mission PMSI – DHOS, à l'ENSP le 11 février 2003.

ANNEXE N°3, CLASSIFICATION EN GHM PAR ALGORITHME DE GROUPEAGE⁶⁷



⁶⁷ Elaboré à partir de «Le PMSI : outil de description et de mesure de l'activité hospitalière »
Intervention du Dr Joelle Dubois – Mission PMSI – DHOS, à l'ENSP le 11 février 2003.

ANNEXE 4, CASEMIX 2002, HOPITAL NATIONAL DE SAINT MAURICE

GHJ	RHS (n)	%	J Prés.(n)	%
132 - Age>=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique<=12	4 713	26.15	24 661	28.42
027 - Age<16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	1 637	9.08	7 625	8.79
131 - Age>=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Prises en charge de Rééducation- Réadaptation	738	4.10	4 257	4.91
162 - Age>=16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique<=12	658	3.65	3 356	3.87
029 - Age<16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique>12	600	3.33	2 358	2.72
165 - Age>=16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique<=12	594	3.30	2 935	3.38
028 - Age<16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique<=12	514	2.85	1 648	1.90
022 - CMC Neuro-musculaire - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	431	2.39	2 257	2.60
044 - CMC Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	423	2.35	1 343	1.55
023 - CMC Neuro-musculaire - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	400	2.22	1 493	1.72
123 - Age<16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique<=12	331	1.84	1 459	1.68
122 - Age<16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	278	1.54	1 472	1.70
069 - CMC Santé mentale - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	256	1.42	1 027	1.18
049 - Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique<=12	231	1.28	521	0.60
061 - CMC Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	224	1.24	836	0.96
138 - Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Dépendance physique<=12	212	1.18	714	0.82
039 - CMC Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	202	1.12	897	1.03
040 - CMC Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	200	1.11	611	0.70
066 - CMC Santé mentale - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	194	1.08	950	1.09
024 - Age<16 ans - Tétraplégies - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	191	1.06	975	1.12
048 - Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	179	0.99	766	0.88
126 - CMC Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	177	0.98	862	0.99
120 - CMC Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	176	0.98	689	0.79
129 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	147	0.82	888	1.02
177 - Age>=16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - Dépendance physique<=12	147	0.82	857	0.99
150 - CMC Post-traumatique - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	143	0.79	675	0.78
153 - Age<16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique<=12	140	0.78	683	0.79
060 - CMC Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	136	0.75	650	0.75
135 - Age>=16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physique<=12	134	0.74	659	0.76

030 - Age<16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	126	0.70	613	0.71
174 - Age>=16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Dépendance physique<=12	119	0.66	719	0.83
144 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Suites post-chirurgicales - Dépendance physique<=12	113	0.63	652	0.75
125 - CMC Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Autres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	112	0.62	664	0.77
152 - Age<16 ans - Traumatismes simples - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	109	0.60	574	0.66
124 - Age<16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique>12	101	0.56	579	0.67
033 - Age<16 ans - Paraplégies - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	100	0.55	505	0.58
159 - CMC Post-traumatique - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	95	0.53	605	0.70
130 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	89	0.49	370	0.43
055 - Age>=16 ans - Paraplégies - Dépendance physique<=12	89	0.49	203	0.23
043 - CMC Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	86	0.48	396	0.46
164 - Age>=16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - PRR	83	0.46	483	0.56
161 - Age>=16 ans - Traumatismes simples - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	80	0.44	469	0.54
050 - Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique>12	72	0.40	209	0.24
031 - Age<16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique<=12	72	0.40	280	0.32
034 - Age<16 ans - Paraplégies - Dépendance physique<=12	72	0.40	325	0.37
133 - Age>=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique>12	71	0.39	414	0.48
160 - CMC Post-traumatique - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	68	0.38	374	0.43
176 - Age>=16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	64	0.36	419	0.48
178 - Age>=16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - Dépendance physique>12	59	0.33	383	0.44
147 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	54	0.30	307	0.35
156 - CMC Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	54	0.30	270	0.31
223 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	52	0.29	212	0.24
232 - Age>=16 ans - Désavantages - Dépendance physique>12	49	0.27	340	0.39
062 - CMC Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	49	0.27	269	0.31
127 - CMC Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	49	0.27	274	0.32
026 - Age<16 ans - Tétraplégies - Sans utilisation d'un fauteuil roulant ou assimilé	48	0.27	180	0.21
155 - CMC Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	46	0.26	258	0.30
180 - CMC Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	46	0.26	237	0.27
163 - Age>=16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique>12	45	0.25	309	0.36
238 - CMC Soins nutritionnels -Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	44	0.24	119	0.14
173 - Age>=16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	44	0.24	294	0.34

146 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Autres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	44	0.24	299	0.34
025 - Age<16 ans - Tétraplégies - Utilisation d'un fauteuil roulant ou assimilé	42	0.23	153	0.18
112 - CMC Viscéral - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	41	0.23	232	0.27
134 - Age>=16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	41	0.23	259	0.30
141 - Age>=16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique<=12	41	0.23	234	0.27
226 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	40	0.22	139	0.16
224 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	40	0.22	191	0.22
166 - Age>=16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique>12	40	0.22	266	0.31
148 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	37	0.21	242	0.28
145 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Suites post-chirurgicales - Dépendance physique>12	37	0.21	247	0.28
154 - Age<16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique>12	37	0.21	180	0.21
054 - Age>=16 ans - Paraplégies - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	36	0.20	101	0.12
183 - CMC Amputations - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	33	0.18	147	0.17
175 - Age>=16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Dépendance physique>12	33	0.18	215	0.25
140 - Age>=16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	31	0.17	190	0.22
270 - CMC Autres situations - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	29	0.16	171	0.20
092 - CMC Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	26	0.14	157	0.18
041 - CMC Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	25	0.14	71	0.08
143 - CMC Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Suites post-chirurgicales - PRR	24	0.13	152	0.18
121 - CMC Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	24	0.13	87	0.10
228 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	22	0.12	150	0.17
045 - Age>=16 ans - Tétraplégies - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	21	0.12	70	0.08
189 - CMC Amputations - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	21	0.12	139	0.16
070 - CMC Santé mentale - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	21	0.12	123	0.14
065 - CMC Santé mentale - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	20	0.11	70	0.08
271 - CMC Autres situations - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	19	0.11	83	0.10
137 - Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	18	0.10	104	0.12
117 - CMC Viscéral - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	17	0.09	86	0.10
058 - Age>=16 ans - Monoplégies - Dépendance physique<=12	16	0.09	55	0.06
104 - CMC Viscéral - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	16	0.09	94	0.11
225 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	15	0.08	41	0.05
186 - CMC Amputations - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	15	0.08	67	0.08

012 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	15	0.08	90	0.10
151 - CMC Post-traumatique - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	15	0.08	67	0.08
046 - Age>=16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique<=12	14	0.08	35	0.04
075 - Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique<=12	14	0.08	81	0.09
272 - CMC Autres situations - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	13	0.07	66	0.08
019 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Autres - Dépendance physique<=12	13	0.07	58	0.07
280 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - Patients opérés depuis moins de 21 jours	12	0.07	60	0.07
035 - Age<16 ans - Paraplégies - Dépendance physique>12	12	0.07	41	0.05
230 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	12	0.07	75	0.09
278 - CMC Gériatrie aiguë - Autres - Dépendance physique>12	9	0.05	48	0.06
014 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	9	0.05	57	0.07
157 - CMC Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	9	0.05	60	0.07
068 - Age<16 ans - Troubles du comportement - Dépendance physique>12	8	0.04	24	0.03
094 - CMC Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	8	0.04	51	0.06
115 - CMC Viscéral - Age>=16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique<=12	8	0.04	48	0.06
222 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	8	0.04	23	0.03
202 - CMC Soins palliatifs - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	7	0.04	38	0.04
072 - CMC Santé mentale - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	7	0.04	32	0.04
231 - Age>=16 ans - Désavantages - Dépendance physique<=12	7	0.04	40	0.05
185 - CMC Amputations - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	6	0.03	32	0.04
277 - CMC Gériatrie aiguë - Autres - Dépendance physique<=12	5	0.03	24	0.03
032 - Age<16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique>12	5	0.03	20	0.02
199 - CMC Soins palliatifs - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	5	0.03	24	0.03
067 - Age<16 ans - Troubles du comportement - Dépendance physique<=12	5	0.03	6	0.01
076 - Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique>12	5	0.03	11	0.01
087 - Age<16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique<=12	5	0.03	5	0.01
179 - CMC Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	5	0.03	29	0.03
229 - CMC Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	4	0.02	10	0.01
220 - CMC Attente de placement - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	4	0.02	24	0.03
056 - Age>=16 ans - Paraplégies - Dépendance physique>12	4	0.02	16	0.02
101 - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	4	0.02	20	0.02
074 - CMC Santé mentale - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	3	0.02	21	0.02

091 - CMC Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Très Lourdes	3	0.02	21	0.02
018 - Age<=16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique>12	3	0.02	15	0.02
011 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Très Lourdes	3	0.02	16	0.02
136 - Age>=16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physique>12	3	0.02	21	0.02
116 - CMC Viscéral - Age>=16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique>12	3	0.02	13	0.01
099 - Age<=16 ans - Autres troubles sensoriels - Dépendance physique<=12	3	0.02	18	0.02
110 - CMC Viscéral - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	3	0.02	8	0.01
057 - Age>=16 ans - Monoplégiés - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	3	0.02	15	0.02
233 - Age>=16 ans - Réadaptation - Dépendance physique<=12	3	0.02	5	0.01
251 - CMC Soins nutritionnels -Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Très Lourdes	3	0.02	19	0.02
081 - CMC Santé mentale - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	2	0.01	11	0.01
268 - CMC Autres situations - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	2	0.01	2	0.00
118 - CMC Viscéral - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	2	0.01	4	0.00
109 - CMC Viscéral - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	2	0.01	12	0.01
077 - Age>=16 ans - Dépressions - Dépendance physique<=12	2	0.01	10	0.01
219 - CMC Attente de placement - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	2	0.01	11	0.01
037 - Age<16 ans - Monoplégiés - Dépendance physique<=12	2	0.01	2	0.00
064 - CMC Santé mentale - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	2	0.01	2	0.00
010 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12	2	0.01	9	0.01
168 - Age>=16 ans - Traumatismes de la Main - Dépendance physique<=12	2	0.01	12	0.01
276 - Episodes majeurs - Dépendance physique>12	2	0.01	8	0.01
102 - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12	2	0.01	10	0.01
275 - Episodes majeurs - Dépendance physique<=12	2	0.01	9	0.01
020 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Autres - Dépendance physique>12	2	0.01	4	0.00
073 - CMC Santé mentale - Age>=16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	1	0.01	2	0.00
241 - Age<16 ans - Anomalies du métabolisme - Dépendance physique<=12	1	0.01	1	0.00
086 - CMC Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	1	0.01	1	0.00
085 - CMC Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes	1	0.01	1	0.00
267 - CMC Autres situations - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	1	0.01	1	0.00
052 - Age>=16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique<=12	1	0.01	1	0.00
047 - Age>=16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique>12	1	0.01	5	0.01
100 - Age>=16 ans - Autres troubles sensoriels - Dépendance physique>12	1	0.01	6	0.01

002 - CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age<16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes	1	0.01	6	0.01
167 - Age>=16 ans - Traumatismes de la Main - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	1	0.01	7	0.01
192 - Age>=16 ans - Comorbidités Associées - Dépendance physique<=12	1	0.01	7	0.01
191 - Age>=16 ans - Comorbidités Associées - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	1	0.01	6	0.01
201 - CMC Soins palliatifs - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12	1	0.01	1	0.00
036 - Age<16 ans - Monoplégiés - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation	1	0.01	1	0.00
216 - Age>=16 ans - Problèmes neurologiques - Dépendance physique>12	1	0.01	4	0.00
Totaux	18 021	100.00	86 787	100.00

ANNEXE N°5,

LES METIERS INTERVENANT EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION⁶⁸

Masseur-kinésithérapeute
Ergothérapeute
Orthoprothésiste
Orthophoniste
Orthoptiste
Pédicure-podologue
Podo-orthésiste
Manipulateur d'électro-radiologie
Médecin
Psychologue
Neuropsychoreéducateur
Psychomotricien
Diététicien
Educateur spécialisé
Educateur de jeunes enfants
Educateur sportif
Animateur
Ergonome
Moniteur d'atelier
Moniteur éducateur
Psychotechnicien
Assistant de service social
Conseiller en économie sociale et familiale
Enseignant
Instituteur spécialisé
Documentaliste
Moniteur auto-école

⁶⁸ BO N°2000/13 bis

ANNEXE N° 6, COTATION DE LA DEPENDANCE DANS LE PMSI S.S.R.⁶⁹

6 VARIABLES DE DEPENDANCE :

- Habillage
- Déplacement + Locomotion
- Alimentation
- Continence
- Comportement
- Relation

4 niveaux de cotation :

1. Indépendance

- Complète : le patient est totalement autonome
- Modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement
- Ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable
- Ou il le fait avec un risque acceptable

2. Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais il n'y a aucun contact physique avec le patient. Exception : mise en place et ablation d'une orthèse ou prothèse

3. Assistance partielle

Nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser partiellement au moins une action

4. Assistance totale

Nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité au moins d'une action

⁶⁹ BO N°97/5bis

ANNEXE N° 8, TARIFS ENC

CMC	GHU	Nb de RHA	Coût moyen en euros	Coef de variation	Libellé
11	1	259	355	44%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PCTL
11	2	279	385	29%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PCL
11	3	37	215	22%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PRRC
11	4	96	235	37%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PRR
11	5	13	240	31%	Age<16 ans - Mucoviscidoses - Dép. physique <= 12
11	6	-	.	.	Age<16 ans - Mucoviscidoses - Dép. physique> 12
11	7	-	.	.	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <= 12
11	8	3	395	6%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique> 12
11	9	451	190	38%	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
11	10	89	390	19%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - Autres - Dépendance physique> 12
11	11	463	265	24%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age >= 16 ans - PCTL
11	12	1 007	250	35%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - PCL
11	13	241	215	21%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - PRRC
11	14	2 332	200	23%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - PRR
11	15	588	170	26%	Age>=16 ans - Affections respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - Dépendance physique<=12
11	16	99	255	28%	Age>=16 ans - Affections respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - Dépendance physique>12
11	17	2 244	180	22%	Age>=16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique<=12
11	18	423	265	29%	Age>=16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique>12
11	19	7 562	165	21%	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Autres - Dépendance physique<=12
11	20	561	255	31%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Autres - Dépendance physique>12
12	21	143	380	23%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - PCTL

12	22	711	315	28%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - PCL
12	23	806	310	40%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - PRRC
12	24	464	250	31%	Age<16 ans - Tétraplégies - PRR
12	25	633	250	31%	Age<16 ans - Tétraplégies – Utilis. fauteuil roulant ou assim.
12	26	131	205	38%	Age<16 ans - Tétraplégies - Sans fauteuil roulant ou ...
12	27	1 612	250	29%	Age<16 ans - Déficiences cérébrales non trauma. - PRR
12	28	1 196	190	33%	Age<16 ans - Déficience cérébr non trauma. - Dép.phy. <=12
12	29	675	225	25%	Age<16 ans - Déficiences cérébr. non trauma. – Dép.phy.>12
12	30	46	250	22%	Age<16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - PRR
12	31	14	225	26%	Age<16 ans - Déficiences cérébr. trauma - Dép.phy <=12
12	32	7	400	29%	Age<16 ans - Déficiences cérébr. traumatiques – Dép.phy>12
12	33	129	305	28%	Age<16 ans - Paraplégies - PRR
12	34	174	240	34%	Age<16 ans - Paraplégies - Dépendance physique<=12
12	35	70	305	30%	Age<16 ans - Paraplégies - Dépendance physique>12
12	36	-	.	.	Age<16 ans - Monoplégies - PRR
12	37	-	.	.	Age<16 ans - Monoplégies - Dépendance physique<=12
12	38	-	.	.	Age<16 ans - Monoplégies - Dépendance physique>12
12	39	1 116	220	27%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - PRR
12	40	1 319	190	35%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Dép. physique<=12
12	41	564	210	29%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Dép. physique>12
12	42	588	295	30%	Neuro-musculaire - Ages>=16 ans - PCTL
12	43	7 694	320	28%	Neuro-musculaire - Ages>=16 ans - PCL
12	44	3 268	315	27%	Neuro-musculaire - Ages>=16 ans - PRRC
12	45	1 004	295	31%	Ages>=16 ans - Tétraplégies - PRR
12	46	750	205	30%	Ages>=16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique<=12
12	47	1 098	290	29%	Ages>=16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique>12

12	48	5 226	275	27%	Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - PRR
12	49	3 358	205	31%	Age>=16 ans - Déficience cérébr. non trauma – Dép.phy<=12
12	50	2 484	270	28%	Age>=16 ans - Déficiences cérébr. non trauma - Dép phy>12
12	51	568	295	30%	Age>=16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - PRR
12	52	437	230	32%	Age>=16 ans - Déficiences cérébr. trauma - Dép phy<=12
12	53	220	295	36%	Age>=16 ans - Déficiences cérébrales trauma. - Dép phy >12
12	54	925	250	35%	Age>=16 ans - Paraplégies - PRR
12	55	1 478	210	33%	Age>=16 ans - Paraplégies - Dépendance physique<=12
12	56	558	255	31%	Age>=16 ans - Paraplégies - Dépendance physique>12
12	57	110	215	24%	Age>=16 ans - Monoplégies - PRR
12	58	238	200	28%	Age>=16 ans - Monoplégies - Dépendance physique<=12
12	59	14	270	25%	Age>=16 ans - Monoplégies - Dépendance physique>12
12	60	1 296	255	32%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - PRR
12	61	3 375	200	32%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres – Dép. phy<=12
12	62	1 436	265	31%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy >12
13	63	-	.	.	Santé mentale - Age<16 ans - PCTL
13	64	65	280	9%	Santé mentale - Age<16 ans - PCL
13	65	74	210	18%	Santé mentale - Age<16 ans - PRRC
13	66	376	210	20%	Santé mentale - Age<16 ans - PRR
13	67	247	200	26%	Age<16 ans - Troubles du comportement - Dép. physique<=12
13	68	267	240	17%	Age<16 ans - Troubles du comportement - Dép. physique>12
13	69	355	180	42%	Santé mentale - Age<16 ans - Autres - Dép. physique<=12
13	70	91	230	22%	Santé mentale - Age<16 ans - Autres - Dép. physique>12
13	71	10	300	24%	Santé mentale - Age>=16 ans - PCTL
13	72	37	285	32%	Santé mentale - Age>=16 ans - PCL
13	73	103	345	27%	Santé mentale - Age>=16 ans - PRRC

13	74	252	255	41%	Santé mentale - Age>=16 ans - PRR
13	75	1 562	195	32%	Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique<=12
13	76	660	260	28%	Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique>12
13	77	2 312	135	19%	Age>=16 ans - Dépressions - Dépendance physique<=12
13	78	128	245	28%	Age>=16 ans - Dépressions - Dépendance physique>12
13	79	1 446	130	10%	Age>=16 ans - Pb liés à l'alcool et à la toxicomanie - Dép.Phys.<=12
13	80	10	285	20%	Age>=16 ans - Pb liés à l'alcool et à la toxicomanie - Dép.Phys.>12
13	81	217	200	33%	Santé mentale - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
13	82	90	185	34%	Santé mentale - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12
14	83	-	.	.	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PCTL
14	84	335	265	35%	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PCL
14	85	39	340	17%	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PRRC
14	86	75	290	22%	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PRR
14	87	-	.	.	Age<16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique<=12
14	88	7	195	35%	Age<16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique>12
14	89	71	235	44%	Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
14	90	29	340	26%	Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12
14	91	21	575	30%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PCTL
14	92	316	300	39%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PCL
14	93	28	310	22%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PRRC
14	94	278	295	28%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PRR
14	95	287	225	37%	Age>=16 ans - Ulcères de décubitus - Dépendance physique<=12
14	96	412	320	32%	Age>=16 ans - Ulcères de décubitus - Dépendance physique>12
14	97	17	240	18%	Age>=16 ans - Cécités - Dépendance physique<=12
14	98	7	250	8%	Age>=16 ans - Cécités - Dépendance physique>12
14	99	172	155	32%	Age>=16 ans - Autres troubles sensoriels - Dép. physique<=12

14	100	16	235	34%	Age>=16 ans - Autres troubles sensoriels - Dép. physiques>12
14	101	1 097	205	39%	Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
14	102	193	275	40%	Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12
15	103	53	570	12%	Viscéral - Age<16 ans - PCTL
15	104	229	390	25%	Viscéral - Age<16 ans - PCL
15	105	13	325	19%	Viscéral - Age<16 ans - PPRC
15	106	16	320	31%	Viscéral - Age<16 ans - PRR
15	107	11	265	9%	Viscéral - Age<16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <=12
15	108	15	385	17%	Viscéral - Age<16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique>12
15	109	344	180	35%	Viscéral - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
15	110	53	325	21%	Viscéral - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12
15	111	35	285	37%	Viscéral - Age>=16 ans - PCTL
15	112	471	205	45%	Viscéral - Age>=16 ans - PCL
15	113	-	.	.	Viscéral - Age>=16 ans - PPRC
15	114	15	195	22%	Viscéral - Age>=16 ans - PRR
15	115	951	155	37%	Viscéral - Age>=16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique<=12
15	116	146	220	28%	Viscéral - Age>=16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique>12
15	117	2 473	165	33%	Viscéral - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
15	118	502	245	33%	Viscéral - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12
16	119	32	305	54%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - PCTL
16	120	65	395	28%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - PCL
16	121	196	295	26%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - PPRC
16	122	579	270	26%	Age<16 ans - Malform, déform ou dystrophies - PRR
16	123	819	235	40%	Age<16 ans - Malform, déform ou dystroph - Dép phy<=12
16	124	334	305	30%	Age<16 ans - Malform, déform ou dystroph - Dép phy>12
16	125	330	270	26%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Autres - PRR

16	126	834	220	35%	Rhumato-ortho - Age<16 ans - Autres - Dép phy<=12
16	127	143	280	45%	Rhumato-ortho - Age<16 ans - Autres - Dép phy>12
16	128	5	260	27%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - PCTL
16	129	206	250	28%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - PCL
16	130	748	230	25%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - PRRC
16	131	3 727	185	28%	Age>=16 ans - Pathologies méca des membres - PRR
16	132	8 406	170	23%	Age>=16 ans - Patho méca des membres - Dép phy<=12
16	133	317	280	35%	Age>=16 ans - Patho méca des membres - Dép phy>12
16	134	165	215	34%	Age>=16 ans - Pathologies non méca des membres - PRR
16	135	504	180	32%	Age>=16 ans - Patho non méca des mbrs - Dép phy<=12
16	136	49	280	35%	Age>=16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physiques>12
16	137	1 363	210	34%	Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - PRR
16	138	2 900	185	30%	Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Dép. physique<=12
16	139	194	320	33%	Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Dép. physique>12
16	140	116	230	29%	Age>=16 ans - Malform, déformou dystrophies - PRR
16	141	304	185	24%	Age>=16 ans - Malform, déform ou dystro - Dép phy<=12
16	142	51	250	24%	Age>=16 ans - Malform, déform ou dystro - Dép phy>12
16	143	267	180	21%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Suites post-chir - PRR
16	144	781	190	29%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Suites post-chir - Dép phy<=12
16	145	68	270	31%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Suites post-chir - Dép phy>12
16	146	140	195	30%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Autres - PRR
16	147	561	170	30%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Autres - Dép phy<=12
16	148	214	255	25%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Autres - Dép phy>12
17	149	-	.	.	Post-traumatique - Age<16 ans - PCTL
17	150	321	320	43%	Post-traumatique - Age<16 ans - PCL
17	151	55	300	19%	Post-traumatique - Age<16 ans - PRRC

17	152	119	245	26%	Age<16 ans - Traumatismes simples - PRR
17	153	121	205	26%	Age<16 ans - Traumatismes simples - Dép. physique<=12
17	154	36	295	24%	Age<16 ans - Traumatismes simples - Dép. physiques>12
17	155	50	295	34%	Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - PRR
17	156	110	220	39%	Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Dép. phy<=12
17	157	21	305	36%	Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Dép. phy>12
17	158	8	430	35%	Post-traumatique - Age>=16 ans - PCTL
17	159	934	315	28%	Post-traumatique - Age>=16 ans - PCL
17	160	550	260	29%	Post-traumatique - Age>=16 ans - PRRC
17	161	1 363	195	31%	Age>=16 ans - Traumatismes simples - PRR
17	162	2 988	185	26%	Age>=16 ans - Traumatismes simples - Dép. phy<=12
17	163	540	250	30%	Age>=16 ans - Traumatismes simples - Dép. phy>12
17	164	956	220	32%	Age>=16 ans - Trauma complexes, compliqués ou polytrauma - PRR
17	165	1 859	205	27%	Age>=16 ans - Trauma complexes, compliqués ou polytrauma - Dépendance physique<=12
17	166	282	275	31%	Age>=16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique>12
17	167	42	200	24%	Age>=16 ans - Traumatismes de la main - PRR
17	168	70	175	21%	Age>=16 ans - Trauma de la main - Dép. phy<=12
17	169	35	245	31%	Age>=16 ans - Traum de la main - Dép. phy>12
17	170	90	285	26%	Age>=16 ans - Brûlures ou corrosions - PRR
17	171	237	250	22%	Age>=16 ans - Brûlures ou corrosions - Dép. phy<=12
17	172	15	355	14%	Age>=16 ans - Brûlures ou corrosions - Dép. phy>12
17	173	398	210	30%	Age>=16 ans - Prothèses Totales de Hanche - PRR
17	174	861	195	26%	Age>=16 ans - Prothèse Totale de Hanche - Dép. phy<=12
17	175	395	255	26%	Age>=16 ans - Prothèse Totale de Hanche - Dép. phy>12
17	176	294	215	32%	Age>=16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - PRR
17	177	659	195	23%	Age>=16 ans - Ostéosynthèses col fémur - Dép. Phy.<=12

17	178	171	265	29%	Age>=16 ans - Ostéosynthèses col fémur - Dép.Phys.>12
17	179	379	205	27%	Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - PRR
17	180	1 057	185	22%	Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy<=12
17	181	403	250	31%	Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy>12
18	182	-	.	.	Amputations - Age<16 ans - PCTL
18	183	14	250	42%	Amputations - Age<16 ans - PCL
18	184	4	310	30%	Amputations - Age<16 ans - PRRC
18	185	14	240	13%	Amputations - Age<16 ans - PRR
18	186	9	205	21%	Amputations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique<=12
18	187	-	.	.	Amputations - Age<16 ans - Autres - Dép. physiques>12
18	188	-	.	.	Amputations - Age>=16 ans - PCTL
18	189	2 144	240	33%	Amputations - Age>=16 ans - PCL
18	190	41	265	22%	Amputations - Age>=16 ans - PRRC
18	191	75	225	28%	Age>=16 ans - Comorbidités Associées - PRR
18	192	191	235	38%	Age>=16 ans - Comorbidités Associées - Dép. physique<=12
18	193	109	340	38%	Age>=16 ans - Comorbidités Associées - Dép. physique>12
18	194	157	225	32%	Amputations - Age>=16 ans - Autres - PRR
18	195	316	190	28%	Amputations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique<=12
18	196	40	225	21%	Amputations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique>12
20	197	40	320	25%	Soins palliatifs - Age<16 ans
20	198	91	290	24%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - PCTL
20	199	247	290	38%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - PCL
20	200	30	220	12%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - VH
20	201	226	200	42%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
20	202	954	270	32%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12
30	203	-	.	.	Attente de placement - Age<16 ans - PCTL

30	204	-	.	.	Attente de placement - Age<16 ans - PCL
30	205	1	275	0%	Attente de placement - Age<16 ans - PRRC
30	206	13	235	6%	Attente de placement - Age<16 ans - PRR
30	207	-	.	.	Attente de placement - Age<16 ans - Autres - Dép phy<=12
30	208	20	215	7%	Attente de placement - Age<16 ans - Autres - Dép phy>12
30	209	31	225	22%	Attente de placement - Age>=16 ans - PCTL
30	210	1 550	215	25%	Attente de placement - Age>=16 ans - PCL
30	211	7	310	18%	Attente de placement - Age>=16 ans - PRRC
30	212	52	275	22%	Attente de placement - Age>=16 ans - PRR
30	213	216	210	27%	Age>=16 ans - Démenes - Dépendance physique<=12
30	214	102	255	27%	Age>=16 ans - Démenes - Dépendance physique>12
30	215	33	180	24%	Age>=16 ans - Problèmes neuro - Dép. phy<=12
30	216	56	210	16%	Age>=16 ans - Problèmes neuro - Dép. phy>12
30	217	-	.	.	Age>=16 ans - Pb sociaux ou alcool - Dép. Phy.<=12
30	218	2	335	0%	Age>=16 ans - Pb sociaux ou alcool - Dép. Phy.>12
30	219	103	190	27%	Attente de placement - Age>=16 ans - Autres - Dép phy<=12
30	220	23	220	47%	Attente de placement - Age>=16 ans - Autres - Dép phy>12
40	221	74	550	42%	Réadapation/Réinsertion - Age<16 ans - PCTL
40	222	19	385	66%	Réadapation/Réinsertion - Age<16 ans - PCL
40	223	75	355	28%	Réadapation/Réinsertion - Age<16 ans - PRRC
40	224	52	285	24%	Réadapation/Réinsertion - Age<16 ans - PRR
40	225	318	245	37%	Réadapation/Réinsertion - Age<16 ans - Autres - Dép. Phy.<=12
40	226	104	325	35%	Réadapation/Réinsertion - Age<16 ans - Autres - Dép. Phy.>12
40	227	11	295	48%	Réadapation/Réinsertion - Age>=16 ans - PCTL
40	228	116	350	29%	Réadapation/Réinsertion - Age>=16 ans - PCL
40	229	61	280	23%	Réadapation/Réinsertion - Age>=16 ans - PRRC

40	230	129	270	26%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - PRR
40	231	554	200	32%	Age>=16 ans - Désavantages - Dépendance physique<=12
40	232	318	250	26%	Age>=16 ans - Désavantages - Dépendance physique>12
40	233	377	240	34%	Age>=16 ans - Réadaptation - Dépendance physique<=12
40	234	39	330	26%	Age>=16 ans - Réadaptation - Dépendance physique>12
40	235	-	.	.	Réadaptation/Réinsér - Age>=16 ans - Autres - Dép.Phys.<=12
40	236	26	150	4%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - Autres - Dép.Phys.>12
50	237	22	540	15%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PCTL
50	238	93	345	28%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PCL
50	239	2	435	4%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PRRC
50	240	121	305	37%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PRR
50	241	37	195	46%	Age<16 ans - Anomalies du métabolisme - Dép. physique <=12
50	242	6	300	25%	Age<16 ans - Anomalies du métabolisme - Dép. physique>12
50	243	298	240	31%	Age<16 ans - Diabètes Insulino-dépendants - Dép. physique <=12
50	244	20	415	9%	Age<16 ans - Diabètes Insulino-dépendants - Dép. physique >12
50	245	1 384	145	43%	Age<16 ans - Obésités - Dépendance physique<=12
50	246	-	.	.	Age<16 ans - Obésités - Dépendance physique>12
50	247	6	115	9%	Age<16 ans - Anorexies mentales - Dépendance physique<=12
50	248	-	.	.	Age<16 ans - Anorexies mentales - Dépendance physique>12
50	249	54	120	18%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - Autres - Dép. physique <=12
50	250	5	365	27%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - Autres - Dép. physique >12
50	251	12	335	14%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PCTL
50	252	53	290	38%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PCL
50	253	-	.	.	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PRRC
50	254	7	275	41%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PRR
50	255	8	195	17%	Age>=16 ans - Dénutrition majeure - Dépendance physique<=12

50	256	54	255	27%	Age>=16 ans - Dénutrition majeure - Dépendance physique>12
50	257	267	190	35%	Age>=16 ans - Diabètes avec complications - Dép physique <=12
50	258	137	245	38%	Age>=16 ans - Diabètes avec complications - Dép physique >12
50	259	74	165	20%	Age>=16 ans - Diabètes simples, Obésités morbides - Dép phy <=12
50	260	2	220	5%	Age>=16 ans - Diabètes simples, Obésités morbides - Dép phy >12
50	261	389	170	36%	Age>=16 ans - Obésités - Dépendance physique<=12
50	262	5	295	6%	Age>=16 ans - Obésités - Dépendance physique>12
50	263	106	165	39%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - Autres - Dép. physique <=12
50	264	16	215	21%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - Autres - Dép. physique>12
60	265	-	.	.	Autres situations - Age<16 ans - PCTL
60	266	102	395	15%	Autres situations - Age<16 ans - PCL
60	267	413	235	47%	Autres situations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique <=12
60	268	222	260	51%	Autres situations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique >12
60	269	60	225	40%	Autres situations - Age>=16 ans - PCTL
60	270	205	240	41%	Autres situations - Age>=16 ans - PCL
60	271	889	185	33%	Autres situations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique<=12
60	272	482	255	38%	Autres situations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique>12
80	273	21	315	39%	Gériatrie aiguë - PCTL
80	274	44	335	35%	Gériatrie aiguë - PCL
80	275	18	220	28%	Episodes majeurs - Dépendance physique<=12
80	276	60	330	25%	Episodes majeurs - Dépendance physique>12
80	277	180	215	28%	Gériatrie aiguë - Autres - Dépendance physique<=12
80	278	249	285	29%	Gériatrie aiguë - Autres - Dépendance physique>12

ANNEXE 9, ENVIRONNEMENT SOCIO-SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Ce tableau a été réalisé à partir des données de l'enquête Santé et Protection Sociale (CreDES 1992-1995)

La typologie en onze classes de zones d'emploi ou « paysages socio-sanitaires » a été déterminée par V. Lucas- Gabrielli, F. Tonnelier et E. Vigneron⁷⁰ à partir d'une méthode de classification automatique sur les données de mortalité et d'environnement des 348 zones d'emploi en France .

⁷⁰ V. Lucas- Gabrielli, F. Tonnelier et E. Vigneron, « Une typologie des paysages socio-sanitaires en France », Questions d'Economie de la Santé, N°10, avril 1998

* Données non disponibles.

Classes	Population		Indice comparatif de mortalité ⁷¹	Taux de prévalence pondéré				Accès aux soins		Taux de consommateurs de kinésithérapie	Taux de renoncement aux soins ⁷²
	% de personnes >75 A	Taux de chômage en 1992		arthropathies	Mal de dos, hors arthrose du rachis	Arthrose périphérique et du rachis	Densité de généralistes / 100 000 habitants	Densité de spécialistes /100 000 habitants			
1-Paris	8,5%	11,3	87,1	10,7	6,5	*	88,7	257,5	7,4	18	
2- métropoles régionales	6,2%	10	97,9	*	*	*	87,2	103,3	9,8	17,1	
3- Banlieues résidentielles	4%	6,9	95,6	6	*	7,2	70,1	68,8	9,7	19,3	
4- Pôles secondaires	6,7%	-	101,3	6,5	*	7,4	77,7	58,9	8,3	16	
5- Est industriel	6,1%	-	119,7	*	12,5	11,1	81	49,6	8,2	13,2	
6- Bretagne	8,1%	10,2	115,7	*	6,1	7,6	82,4	53,6	9,4	8,4	
7- Nord- Lorraine	6,6%	12	116,3	8,6	5,6	10,3	81,5	46,1	8,2	14,8	
8- Provence	8,6%	11,7	93,4	*	*	*	110,8	105,6	11	18	
9- Sud-Ouest	9,8%	10,6	96,5	*	*	*	93,3	66,7	8,3	14,8	
10- Pôles ruraux	8,7%	8,9	99,7	8,5	*	*	81	31,3	7	14,7	
11 - Rural isolé	11,9%	9,2	99,6	10,7	*	12,5	95	24,7	10,3	9,2	
Moyenne	8,1%	9,7	102	7,7	6,2	9,2	86,7	58,6	9	15,9	

⁷¹ Mesure de la surmortalité ou de la sous-mortalité d'une zone géographique indépendamment de la structure par âge. Par exemple, un indice comparatif de 110 signifie que la mortalité est supérieure à 10% par rapport à la moyenne nationale.

⁷² Réponse à la question : « Vous est-il arrivé, au cours des douze derniers mois, de renoncer à certains soins pour des raisons financières ? »