



Année 2018/2019

N°

## Thèse

Pour le  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
Diplôme d'État  
par

**Mély Roulet**

Né(e) 20/09/1992 à Hô Chi Minh Ville (Vietnam) (99)

---

**APPORT DES EXPERIENCES ETRANGERES DANS LA  
CONSTRUCTION D'UN OUTIL DE CLASSIFICATION A VISEE  
TARIFAIRE DANS LE SECTEUR SSR EN FRANCE**

---

Présentée et soutenue publiquement le **14 octobre 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de médecine – Tours

Membres du Jury :

- Professeur Béatrice TROMBERT, Santé publique, Faculté de médecine – Saint-Etienne
- Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU, Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition, Faculté de Médecine – Tours
- Docteur Pierre METRAL, Santé publique – Lyon

**Directeur de thèse : Docteur Devailly Jean-Pascal, MPR, AP-HP, Paris.**

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD –  
P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P.  
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI –  
P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILLMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y.  
LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.  
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.  
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDILLE – J.J. SANTINI – D.  
SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|                                       |                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| ANDRES Christian.....                 | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| ANGOULVANT Denis .....                | Cardiologie                                                     |
| AUPART Michel.....                    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BABUTY Dominique .....                | Cardiologie                                                     |
| BAKHOS David.....                     | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| BALLON Nicolas.....                   | Psychiatrie ; addictologie                                      |
| BARILLOT Isabelle.....                | Cancérologie ; radiothérapie                                    |
| BARON Christophe .....                | Immunologie                                                     |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....        | Pharmacologie clinique                                          |
| BERNARD Anne .....                    | Cardiologie                                                     |
| BERNARD Louis .....                   | Maladies infectieuses et maladies tropicales                    |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..... | Biologie cellulaire                                             |
| BLASCO Hélène.....                    | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique .....     | Physiologie                                                     |
| BRILHAULT Jean.....                   | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BRUNEREAU Laurent .....               | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BRUYERE Franck.....                   | Urologie                                                        |
| BUCHLER Matthias.....                 | Néphrologie                                                     |
| CALAIS Gilles.....                    | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| CAMUS Vincent.....                    | Psychiatrie d'adultes                                           |
| COLOMBAT Philippe.....                | Hématologie, transfusion                                        |
| CORCIA Philippe.....                  | Neurologie                                                      |
| COTTIER Jean-Philippe .....           | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| DE TOFFOL Bertrand .....              | Neurologie                                                      |
| DEQUIN Pierre-François.....           | Thérapeutique                                                   |
| DESOUBEAUX Guillaume.....             | Parasitologie et mycologie                                      |
| DESTRIEUX Christophe .....            | Anatomie                                                        |
| DIOT Patrice.....                     | Pneumologie                                                     |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....  | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri.....           | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition                      |
| DUMONT Pascal.....                    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| EL HAGE Wissam.....                   | Psychiatrie adultes                                             |
| EHRMANN Stephan .....                 | Réanimation                                                     |
| FAUCHIER Laurent .....                | Cardiologie                                                     |
| FAVARD Luc.....                       | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| FOUGERE Bertrand .....                | Gériatrie                                                       |
| FOUQUET Bernard .....                 | Médecine physique et de réadaptation                            |
| FRANCOIS Patrick.....                 | Neurochirurgie                                                  |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle .....          | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine.....          | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière                   |
| GOUPILLE Philippe .....               | Rhumatologie                                                    |
| GRUEL Yves.....                       | Hématologie, transfusion                                        |
| GUERIF Fabrice.....                   | Biologie et médecine du développement et de la reproduction     |
| GUYETANT Serge .....                  | Anatomie et cytologie pathologiques                             |
| GYAN Emmanuel.....                    | Hématologie, transfusion                                        |
| HAILLOT Olivier.....                  | Urologie                                                        |
| HALIMI Jean-Michel.....               | Thérapeutique                                                   |
| HANKARD Régis.....                    | Pédiatrie                                                       |
| HERAULT Olivier .....                 | Hématologie, transfusion                                        |
| HERBRETEAU Denis .....                | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| HOURIOUX Christophe.....              | Biologie cellulaire                                             |
| LABARTHE François.....                | Pédiatrie                                                       |
| LAFFON Marc .....                     | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert.....                     | Chirurgie infantile                                             |
| LARIBI Saïd.....                      | Médecine d'urgence                                              |
| LARTIGUE Marie-Frédérique.....        | Bactériologie-virologie                                         |
| LAURE Boris.....                      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| LECOMTE Thierry.....                  | Gastroentérologie, hépatologie                                  |
| LESCANNE Emmanuel.....                | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| LINASSIER Claude .....                | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| MACHET Laurent .....                  | Dermato-vénéréologie                                            |
| MAILLOT François .....                | Médecine interne                                                |
| MARCHAND-ADAM Sylvain .....           | Pneumologie                                                     |
| MARRET Henri .....                    | Gynécologie-obstétrique                                         |

---

|                               |                                                    |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| MARUANI Annabel .....         | Dermatologie-vénéréologie                          |
| MEREGHETTI Laurent .....      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière     |
| MITANCHEZ Delphine .....      | Pédiatrie                                          |
| MORINIERE Sylvain .....       | Oto-rhino-laryngologie                             |
| MOUSSATA Driffa .....         | Gastro-entérologie                                 |
| MULLEMAN Denis .....          | Rhumatologie                                       |
| ODENT Thierry .....           | Chirurgie infantile                                |
| OUAISSI Mehdi .....           | Chirurgie digestive                                |
| OULDAMER Lobna .....          | Gynécologie-obstétrique                            |
| PAINTAUD Gilles .....         | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric .....          | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| PERROTIN Dominique .....      | Réanimation médicale, médecine d'urgence           |
| PERROTIN Franck .....         | Gynécologie-obstétrique                            |
| PISELLA Pierre-Jean .....     | Ophtalmologie                                      |
| PLANTIER Laurent .....        | Physiologie                                        |
| REMERAND Francis .....        | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe .....      | Biologie cellulaire                                |
| ROSSET Philippe .....         | Chirurgie orthopédique et traumatologique          |
| RUSCH Emmanuel .....          | Epidémiologie, économie de la santé et prévention  |
| SAINT-MARTIN Pauline .....    | Médecine légale et droit de la santé               |
| SALAME Ephrem .....           | Chirurgie digestive                                |
| SAMIMI Mahtab .....           | Dermatologie-vénéréologie                          |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....  | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... | Pédiatrie                                          |
| TOUTAIN Annick .....          | Génétique                                          |
| VAILLANT Loïc .....           | Dermato-vénéréologie                               |
| VELUT Stéphane .....          | Anatomie                                           |
| VOURC'H Patrick .....         | Biochimie et biologie moléculaire                  |
| WATIER Hervé .....            | Immunologie                                        |

---

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

---

#### PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

---

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive  
BERHOUE Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie  
DENIS Frédéric.....Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie  
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
GATAULT Philippe.....Néphrologie  
GUILLEUX Valérie.....Immunologie  
GUILLON Antoine.....Réanimation  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HOARAU Cyrille.....Immunologie  
IVANES Fabrice.....Physiologie  
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
LEFORT Bruno.....Pédiatrie  
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses  
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques

|                                    |                                                    |
|------------------------------------|----------------------------------------------------|
| MOREL Baptiste .....               | Radiologie pédiatrique                             |
| PIVER Eric .....                   | Biochimie et biologie moléculaire                  |
| REROLLE Camille .....              | Médecine légale                                    |
| ROUMY Jérôme .....                 | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| SAUTENET Bénédicte .....           | Thérapeutique                                      |
| TERNANT David .....                | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure ..... | Génétique                                          |
| ZEMMOURA Ilyess .....              | Neurochirurgie                                     |

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

|                                |                                                       |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... | Neurosciences                                         |
| BOREL Stéphanie .....          | Orthophonie                                           |
| MONJAUZE Cécile .....          | Sciences du langage – orthophonie                     |
| NICOGLU Antonine .....         | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald .....          | Biologie cellulaire                                   |
| RENOUX-JACQUET Cécile .....    | Médecine Générale                                     |

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| RUIZ Christophe ..... | Médecine Générale |
| SAMKO Boris .....     | Médecine Générale |

#### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

|                               |                                                 |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|
| BOUAKAZ Ayache .....          | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| CHALON Sylvie .....           | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| COURTY Yves .....             | Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100      |
| DE ROCQUIGNY Hugues .....     | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259    |
| ESCOFFRE Jean-Michel .....    | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253    |
| GILOT Philippe .....          | Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282        |
| GOUILLEUX Fabrice .....       | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001     |
| GOMOT Marie .....             | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253   |
| HEUZE-VOURCH Nathalie .....   | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100   |
| KORKMAZ Brice .....           | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100    |
| LAUMONNIER Frédéric .....     | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253    |
| MAZURIER Frédéric .....       | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001   |
| MEUNIER Jean-Christophe ..... | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259    |
| PAGET Christophe .....        | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100    |
| RAOUL William .....           | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001      |
| SI TAHAR Mustapha .....       | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire .....           | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253   |

#### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

##### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| DELORE Claire .....    | Orthophoniste         |
| GOUIN Jean-Marie ..... | Praticien Hospitalier |

##### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| MAJZOUB Samuel ..... | Praticien Hospitalier |
|----------------------|-----------------------|

##### ***Pour l'Ethique Médicale***

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice ..... | Praticien Hospitalier |
|------------------------|-----------------------|

# REMERCIEMENTS

Au Professeur Fougère, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Professeur Trombert, au Professeur Ducluzeau, au Docteur Métral pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Au Docteur Devailly, pour m'avoir accompagnée ces deux dernières années dans le cadre de cette thèse. Merci pour le temps que vous avez pris pour moi et pour les éclairages que vous m'avez apportés.

A mes Maîtres de stage universitaire Dr Cluzeau, Dr Lyon, Dr Robert pour m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Au Dr Hirsch et à son équipe, pour leur bienveillance et leurs conseils de communications avisés.

A l'équipe du CETD de Tours, pour les enseignements que vous m'avez apportés et le temps que vous m'avez laissé pour terminer cette thèse.

A mes amis pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant ces neuf ans d'études.

A mes parents biologiques, pour m'avoir laissé la chance d'être devenue ce que je suis aujourd'hui.

A ma mère, pour m'avoir permis et encouragée à réaliser mes rêves. Merci pour tes relectures et corrections pour cette thèse.

A Clément, pour ton soutien durant ces années difficiles. Merci pour tout le travail que tu as fourni pour cette thèse.

A ceux qui ne sont plus, pour avoir cru en moi.

A notre Ticha, même si tu n'es pas encore là.

## Résumé en français

**Introduction :** Les SSR sont engagés dans une réforme de leur financement dans un contexte de crise des dépenses de santé. Le choix d'aboutir à un paiement au séjour fondé sur un paiement prospectif par cas semble difficile à mettre en œuvre. Nous avons étudié différents exemples internationaux afin d'éclairer des pistes d'évolution pour le financement du secteur SSR en France.

**Méthode :** Nous avons effectué une revue de la littérature sur le financement dans le secteur de soins post-aigus aux Etats-Unis, en Angleterre, en Australie et en France. Nous avons comparé la segmentation fonctionnelle et institutionnelle, la classification à visée tarifaire, son périmètre et son unité de groupage, ainsi que les outils de recueil des données cliniques.

**Résultats :** Contrairement à la France et à l'Angleterre, les soins de réadaptation américains et australiens ont une segmentation fonctionnelle et institutionnelle proche des nomenclatures internationales. Le secteur de réadaptation dispose alors d'un *case-mix* spécifique. Dans ce cas des paiements au séjour peuvent être construits sur des prises en charge cliniques similaires. Sans une telle segmentation, c'est un paiement à la séquence fondé sur une classification à la journée pondérée qui est choisi. La tendance à l'uniformisation des systèmes d'informations et des paiements post-aigus incite à l'hybridation des systèmes de paiement face à l'hétérogénéité extrême des prises en charge.

**Discussion :** Trois scénarios sont évoqués pour la France : une modification mineure des outils de statut fonctionnel et du CSARR, la refonte des GME dans une optique de paiement à la séquence reliée aux finalités et enfin un scénario d'intégration des prestataires SSR lié à un paiement à l'épisode de soins. Quel que soit le scénario, des outils robustes et validés doivent pouvoir discriminer les finalités principales de soins, dans le domaine des soins médicaux, de la réadaptation, de la dépendance et des facteurs socio-environnementaux.

**Mots clefs :** Réadaptation, tarification à l'activité, groupes médico-économiques, SSR, paiement prospectif, soins post-aigus

# Abstract

**Introduction:** The post-acute care (SSR) in France is involved in a financial reform in a context of health expenses crisis. The choice to reach a payment by clinical problem based on PPS seems difficult to achieve. We have studied different international examples in order to find an evolution to finance the SSR sector in France.

**Method:** We have made a literature review to find the way to finance post-acute care in USA, UK, Australia and France. We have compared the functional, institutional segmentation, the case mix build and payment unity and the tools to get clinical data.

**Result:** Contrary to France and UK, the American and Australian rehabilitation has a specific functional and institutional segmentation close to the international nomenclature. The rehabilitation has a specific case-mix. In this case, payments for clinical problem can be built on similar clinical minimum fare. Without this segmentation it's a payment for each sequence based on a daily classification that is chosen.

The tendency to standardize information system and post-acute care incites to the hybridization of payment system facing the extreme heterogeneity of minimum fare.

**Discussion:** Three scenarios imagined for France: a minor modification of functional tools and of CSARR, the reorganization of GME to reach a payment for each sequence and at last an integration of the health providers bound to a bundled payment.

Whatever the scenario may be, strong and ratify tools must be able to distinguish the main cure aims in the medical cure fields, rehabilitation, dependence and socio-environmental factors.

**Key words:** Rehabilitation, case-mix, PPS, post-acute care

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.**

# Glossaire

ACO

Accountable Care Organization

ADL

Activity of Daily living

AME

Aide Médicale d'Etat

AN-SNAP

Australian National Subacute and Non-Acute Patient

AROC

Australian Rehabilitation Outcomes Collaborative

ARS

Agence Régionale de Santé

ATIH

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVC

Accident Vasculaire Cérébral

AVQ

Activité de la Vie Quotidienne

CFS

Cognitive Function Scale

CIF

Classification Internationale du Fonctionnement

CIM

Classification Internationale des Maladies

CMG

Case Mix Group

CMS

Center for « Medicare » and « Medicaid » Service

CMU

Couverture Médicale Universelle

CNAM

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CSARR

Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation

DAF

Dotation Anuelle de Financement

DMS

Durée Moyenne de Séjour

DRG

Diagnosis Related Group

ENC

Echelle Nationale des Coûts

GHM

Groupe Homogene de Malades

GME

Groupes Médico-Economiques

HHA

Home Health Agency

HHR

Home Health Ressources

HRG

Healthcare Ressource Group

HTP

Hospitalisation à Temps Partiel

ICHA

International Classification of Health Accounts

IRF

Inpatient Rehabilitation Facilities

IRF-PAI

Inpatient Rehabilitation Facility Patient Assessment Instrument

ISHA

International System of Health Accounts

LTCH

Long Term Care Hospital

MAF

Mesure de l'Adaptation Fonctionnelle

MDS

Minimum Data Set

MIF

Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle  
MSA  
Mutualité Sociale Agricole

NHS  
National Health System

NPDS  
Northwick Park Dependency Scale

NPTDA  
Northwick Park Therapy Dependency  
Assessment

NTA  
Non-Therapy Ancillary

OASIS  
Outcome and Assessment Information  
Set

OCAM  
Organisme Complementary d'Assurance  
Maladie

OCDE  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques

OMS  
Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM  
Objectif National de Dépenses  
d'Assurance Maladie

PAC  
Post-Acute Care

PDPM  
Patient Driven Payment Model

PIB  
Produit Interieur Brut

PMSI  
Programme de Médicalisation des  
Systemes d'Information

PPS  
Prospective Payment System

RCS  
Rehabilitation Complexity Score

RHS  
Résumé Hebdomadaire Standardisé

RR  
Rééducation-Réadaptation

RSI  
Régime Social des Indépendants

RUG  
Ressource Utilization Group

SHA  
System of Health Accounts

SNF  
Skilled Nursing Facilities

SPADEs  
Standardized Patient Assessment Data  
Elements

SSR  
Soins de Suite et de Réadaptation

T2A  
Tarification à l'Activité

UKROC  
United Kingdom Rehabilitation  
Outcomes Collaborative

USA  
United States Of America

# Plan

|                                                                 |          |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. INTRODUCTION</b>                                          | <b>1</b> |
| <b>2. METHODE</b>                                               | <b>3</b> |
| 2.1. STRATEGIE DE RECHERCHE                                     | 3        |
| 2.2. SELECTION DES ETUDES                                       | 4        |
| <b>3. RESULTATS</b>                                             | <b>7</b> |
| 3.1. METHODE                                                    | 7        |
| 3.2. POLITIQUE DE SANTE ET PROTECTION SOCIALE                   | 8        |
| 3.2.1. SYSTEME FRANÇAIS                                         | 9        |
| 3.2.1.1. Généralités                                            | 9        |
| 3.2.1.1. Organisation des soins de réadaptation                 | 11       |
| 3.2.2. SYSTEME AMERICAIN                                        | 13       |
| 3.2.2.1. Généralités                                            | 13       |
| 3.2.2.1.1. Le financement public(13)                            | 13       |
| 3.2.2.1.2. Le financement privé                                 | 14       |
| 3.2.2.1.3. Programmes de soins                                  | 14       |
| 3.2.2.2. Organisation du secteur institutionnel de réadaptation | 15       |
| 3.2.2.2.1. Inpatient Rehabilitation Facilities, ou IRF          | 15       |
| 3.2.2.2.2. Skilled Nursing Facilities ou SNF                    | 16       |
| 3.2.2.2.3. Home Health Agency ou HHA                            | 16       |
| 3.2.2.2.4. Long Term Care Hospital ou LTCH                      | 16       |
| 3.2.3. SYSTEME ANGLAIS                                          | 16       |
| 3.2.3.1. Généralités                                            | 16       |
| 3.2.3.2. Organisation des soins de réadaptation.                | 17       |
| 3.2.3.2.1. Les services de niveau 1                             | 17       |
| 3.2.3.2.2. Les services de niveau 2                             | 17       |
| 3.2.3.2.3. Les services de niveau 3                             | 18       |
| 3.2.4. SYSTEME AUSTRALIEN                                       | 18       |
| 3.2.4.1. Généralités                                            | 18       |
| 3.2.4.2. Organisation des soins de réadaptation                 | 19       |
| 3.3. SYSTEME DE COMPTABILITE HOSPITALIERE                       | 19       |
| 3.3.1. SYSTEME COMPTABLE                                        | 19       |
| 3.3.2. TYPES DE PAIEMENT                                        | 20       |
| 3.3.2.1. Modèle prospectif                                      | 21       |
| 3.3.2.2. Modèle rétrospectif                                    | 22       |
| 3.3.3. MODALITES DE PAIEMENT                                    | 23       |
| 3.3.3.1. Paiement à l'activité                                  | 24       |
| 3.3.3.1.1. Paiement à l'acte                                    | 24       |
| 3.3.3.1.2. Paiement per diem                                    | 24       |
|                                                                 | 12       |

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.3.3.1.3. Paiement à la journée pondérée                                           | 24        |
| 3.3.3.1.4. Paiement par cas traité                                                  | 25        |
| 3.3.3.1.5. Paiement par cas, hybridé par la journée pondérée                        | 25        |
| 3.3.3.1.6. Paiement à l'épisode de soins                                            | 25        |
| 3.3.3.2. Paiement forfaitaire                                                       | 26        |
| 3.3.3.1. Paiement par capitation                                                    | 26        |
| 3.3.3.2. Paiement par dotation globale                                              | 26        |
| <b>3.4. SYSTEME D'INFORMATION ET FINANCEMENT</b>                                    | <b>27</b> |
| 3.4.1. SYSTEME FRANÇAIS                                                             | 27        |
| 3.4.2. SYSTEME AMERICAIN                                                            | 29        |
| 3.4.2.1. SNF                                                                        | 30        |
| 3.4.2.2. IRF                                                                        | 31        |
| 3.4.2.3. HHA                                                                        | 31        |
| 3.4.2.4. LTCH                                                                       | 32        |
| 3.4.3. SYSTEME ANGLAIS                                                              | 32        |
| 3.4.4. SYSTEME AUSTRALIEN AN-SNAP                                                   | 33        |
| <b>3.5. OUTIL DE DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET DE L'ACTIVITE</b> | <b>35</b> |
| 3.5.1. DIAGNOSTIC                                                                   | 35        |
| 3.5.2. OUTILS D'EVALUATION DU STATUT FONCTIONNEL                                    | 35        |
| 3.5.2.1. Indice de Barthel                                                          | 36        |
| 3.5.2.2. SMAF                                                                       | 36        |
| 3.5.2.3. Grille ADL de Katz                                                         | 36        |
| 3.5.2.4. Section GG                                                                 | 36        |
| 3.5.2.5. MIF                                                                        | 36        |
| 3.5.2.6. MAF                                                                        | 36        |
| 3.5.2.7. MIF-MAF                                                                    | 37        |
| 3.5.2.8. RAI – InterRAI                                                             | 37        |
| 3.5.3. OUTILS D'EVALUATION DES BESOINS DE READAPTATION                              | 37        |
| 3.5.3.1. RCS                                                                        | 37        |
| 3.5.3.2. CSARR                                                                      | 38        |
| 3.5.3.3. Section GG                                                                 | 38        |
| 3.5.3.4. RUG                                                                        | 38        |
| 3.5.4. FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX.                                             | 38        |

## **4. DISCUSSION** **40**

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.1. FORCES ET LIMITES</b>                                | <b>40</b> |
| 4.1.1. DES ETUDES INCLUSES                                   | 40        |
| 4.1.2. DE LA METHODOLOGIE                                    | 40        |
| 4.1.2.1. Forces                                              | 40        |
| 4.1.2.2. Limites                                             | 40        |
| <b>4.2. ANALYSE DES RESULTATS</b>                            | <b>41</b> |
| 4.2.1. HISTORIQUE                                            | 41        |
| 4.2.2. CADRE CONCEPTUEL DE LA READAPTATION                   | 42        |
| 4.2.2.1. Cadre OMS                                           | 42        |
| 4.2.2.2. Cadre OCDE                                          | 42        |
| 4.2.2.3. Relations entre fonction de production et stratégie | 43        |

|             |                                                                                 |           |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.2.3.      | SEGMENTATION                                                                    | 44        |
| 4.2.3.1.    | Segmentation diachronique                                                       | 44        |
| 4.2.3.2.    | Segmentation synchronique                                                       | 45        |
| 4.2.3.3.    | Segmentation fonctionnelle                                                      | 46        |
| 4.2.3.4.    | Gradation des soins                                                             | 46        |
| 4.2.4.      | CLASSIFICATION                                                                  | 47        |
| 4.2.4.1.    | Algorithme de classification                                                    | 47        |
| 4.2.4.2.    | Analyse comparative des groupes médico-économiques                              | 49        |
| 4.2.4.3.    | Choix du paiement par incitation                                                | 51        |
| 4.2.4.4.    | Choix de l'unité de paiement                                                    | 53        |
| 4.2.4.4.1.  | Choix internationaux                                                            | 53        |
| 4.2.4.4.2.  | Pistes de réflexion                                                             | 54        |
| 4.2.4.4.3.  | Paieement à la séquence                                                         | 54        |
| 4.2.5.      | SYSTEME D'INFORMATION                                                           | 55        |
| 4.2.5.1.    | Accès aux données                                                               | 55        |
| 4.2.5.2.    | Système d'information spécifique ou uniforme                                    | 56        |
| 4.2.6.      | OUTIL DE RECUEIL                                                                | 57        |
| 4.2.6.1.    | Les outils                                                                      | 57        |
| 4.2.6.2.    | Catalogue des actes CSARR                                                       | 58        |
| 4.2.6.3.    | Prise en compte des facteurs socio-environnementaux                             | 58        |
| <b>4.3.</b> | <b>SCENARIOS</b>                                                                | <b>59</b> |
| 4.3.1.      | SCENARIO 1 : STATU QUO                                                          | 59        |
| 4.3.2.      | SCENARIO 2 : UN FINANCEMENT FONDE SUR DES SEQUENCES CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVES | 60        |
| 4.3.3.      | SCENARIO 3 : INTEGRATION SELON L'EPISODE DE SOINS                               | 60        |

## **5. CONCLUSIONS** **62**

## **6. ANNEXES** **63**

|             |                                                                                |           |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>6.1.</b> | <b>GRILLE DE LECTURE</b>                                                       | <b>63</b> |
| <b>6.2.</b> | <b>OUTILS D'EVALUATION DE LA QUALITE</b>                                       | <b>64</b> |
| 6.2.1.      | NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE CASE CONTROL STUDIES               | 64        |
| 6.2.2.      | NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE COHORT STUDIES                     | 66        |
| 6.2.3.      | ECHELLE R-AMSTAR                                                               | 68        |
| 6.2.4.      | ECHELLE DRUMMOND 10 ITEMS                                                      | 71        |
| 6.2.5.      | THE BLAXTER (1996) CRITERIA FOR THE EVALUATION OF QUALITATIVE RESEARCH PAPERS. | 72        |
| <b>6.3.</b> | <b>TABLEAU DE RESULTATS</b>                                                    | <b>75</b> |
| <b>6.4.</b> | <b>LISTE DES OUTILS D'EVALUATION</b>                                           | <b>83</b> |
| <b>6.5.</b> | <b>IRF-PAI VERSION AU 1ER OCTOBRE 2019</b>                                     | <b>84</b> |

### **Table des Illustrations**

|                                                                 |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|
| Figure 1 : Flow Chart .....                                     | 6 |
| Figure 2 : Dépenses de santé par habitant en 2016 .....         | 8 |
| Figure 3 : Dépenses de santé en pourcentage du PIB en 2016..... | 8 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 4 : Répartition de l'ONDAM en France .....                                                                                                                                                                                                                                        | 10 |
| Figure 5 : Répartition du nombre de séjours par autorisations en 2018 (1 <sup>ère</sup> figure : Hospitalisation complète. 2 <sup>ème</sup> figure : hospitalisation partielle). Source : ScanSanté .....                                                                                | 11 |
| Figure 6 : Offre de soins des structures d'hospitalisation en France .....                                                                                                                                                                                                               | 12 |
| Figure 7 : Différentes modalités de financement. Tiré du rapport Aubert, ma santé 2022 .....                                                                                                                                                                                             | 13 |
| Figure 8 : Répartition de la couverture santé aux USA .....                                                                                                                                                                                                                              | 14 |
| Figure 9 : Répartition des sorties des patients après hospitalisation aiguë aux Etats-Unis .....                                                                                                                                                                                         | 15 |
| Figure 10 : Organisation du système post-aigu anglais en fonction de la complexité de la prise en charge (adapté du schéma de L.Turner-Stokes) .....                                                                                                                                     | 18 |
| Figure 11 : Type de paiements et d'enveloppes (adapté de « <i>A typology for provider payment systems in health care</i> (26)» .....                                                                                                                                                     | 21 |
| Figure 12 : Implication sur le soin et les activités en fonction des modèles utilisés (adapté de « <i>A typology for provider payment systems in health care</i> » .....                                                                                                                 | 23 |
| Figure 13: Paiement variable, risques. Adapté et traduit de Averill et al. <i>Achieving Cost Control, Care Coordination, and Quality Improvement Through Incremental Payment System Reform</i> , Ambulatory Care Manage Vol. 33, No. 1, pp. 2–23. Traduit par Jean-Pascal Devailly ..... | 24 |
| Figure 14: Algorithme de classification GME en France .....                                                                                                                                                                                                                              | 28 |
| Figure 15 : Variables pour la classification dans les SNF.....                                                                                                                                                                                                                           | 30 |
| Figure 16 : Gradation des patients par les outils d'évaluation, traduit de la figure de L.Turner-Stokes .....                                                                                                                                                                            | 33 |
| Figure 17 : Algorithme de classification en Australie. AN-SNAP V4.....                                                                                                                                                                                                                   | 34 |
| Figure 18 : Théorie de l'agence, par Marie Houssel(76) .....                                                                                                                                                                                                                             | 52 |
| Figure 19: Proposition de séquences, adapté de Gilles Rode, article soumis à parution Jean-Pascal Devailly.....                                                                                                                                                                          | 55 |
| Tableau 1 : Equations de recherche .....                                                                                                                                                                                                                                                 | 4  |
| Tableau 2 : Calcul du coefficient Kappa .....                                                                                                                                                                                                                                            | 5  |
| Tableau 3 : Critères inclusion et d'exclusion .....                                                                                                                                                                                                                                      | 5  |
| Tableau 4 : Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux 2016(7) .....                                                                                                                                                                                           | 11 |
| Tableau 5 : Répartition des différentes pathologies dans les IRF en 2013 .....                                                                                                                                                                                                           | 16 |
| Tableau 7 : Les différents types de tarification .....                                                                                                                                                                                                                                   | 27 |
| Tableau 6 : Fragmentation du système de soins post-aigus en Amérique (adapté de « <i>KCE health system : rehabilitation and research center 2002</i> ») .....                                                                                                                            | 29 |
| Tableau 8: Relation entre cadre OCDE et cadre OMS.....                                                                                                                                                                                                                                   | 43 |
| Tableau 9 : Segmentation des soins aux USA .....                                                                                                                                                                                                                                         | 44 |
| Tableau 10: Liste des <i>case-mix</i> "AVC" par pays .....                                                                                                                                                                                                                               | 50 |

# **1. INTRODUCTION**

« Le modèle du financement à l'activité comme l'alpha et l'oméga du financement du système hospitalier et des soins de ville a abouti à des excès. Dans certains cas, il a même conduit à perdre de vue un élément essentiel de tout système de santé : la pertinence des soins. Il a pu aussi conduire à une coordination insuffisante voire à une qualité insatisfaisante ». Voici ce que déclare dans son discours Monsieur Jean-Marc Aubert<sup>1</sup>, rapporteur du dernier groupe de travail sur le financement du système de santé français. Il a été remis à Madame la Ministre Agnès Buzin le 29 janvier 2019.

Ce rapport soutient qu'il est nécessaire de réformer le financement actuel du système de santé qui n'est plus efficient. La tarification à l'activité comporte des effets pervers. Chaque structure de la chaîne de soins cherche la rentabilité au détriment de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins pour le patient.

Le vieillissement de la population s'accompagne de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, des polyopathologies et des altérations fonctionnelles multiples. La médecine d'hier n'est plus adaptée aujourd'hui.

Depuis plusieurs décennies, elle est intégrée dans un modèle linéaire de diagnostic, solution thérapeutique et guérison. Ce modèle étiopathogénique et curatif a permis de modéliser la production de l'hôpital sous forme des DRG aux Etats-Unis. Il s'agit d'un financement prospectif par cas traité dont dérive notre système de financement. Il se fonde sur le PMSI et la tarification à l'activité telle que développée en France.

Les pathologies devenues curables ont introduit un nouveau type de patients : les patients chroniques, au tableau clinique complexe avec de nombreux facteurs de comorbidité et des limitations de fonctions à l'origine de situations de handicap dont certaines sont évitables.

Le système de santé n'est actuellement plus adapté à la complexité de situations requérant l'hospitalisation et doit donc évoluer. Le rapport Véran(1) affirme qu'il faut maintenant prendre en compte la complexité biopsychosociale des patients souffrant d'affections chroniques. Le prochain système de financement devra prendre en compte ces aspects pour réaliser les bons groupements homogènes de malades.

La réadaptation est, d'après l'OMS(2), d'abord une stratégie de santé que chaque pays a le devoir de mettre en œuvre. Le rapport de l'OMS de 2011(3) définit la réadaptation comme un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement.

La réadaptation est une fonction de production au sens des comptes de la santé et un ensemble institutionnel qui recouvre en général les prestataires de soins post-aigus. En France la réadaptation, considérée dans son sens institutionnel, est assimilée aux SSR. Ce secteur est actuellement engagé dans une réforme de son organisation et de son financement dans un contexte de crise des dépenses de santé(4). Contrastant avec les critiques actuelles de la T2A, la volonté politique affichée par les pouvoirs publics est de mettre en place un paiement prospectif par cas au séjour dans le secteur des SSR. Les parties prenantes jugent la classification actuelle inadaptée.

L'objectif de cette thèse est d'étudier la pertinence de ces choix de financement au regard de la littérature internationale.

Il s'agit ensuite d'étudier les modèles de financement à l'activité en secteur post-aigu ainsi que les résultats obtenus afin de proposer des recommandations pour le financement des SSR en France. Dans cette optique, nous effectuerons une comparaison du système français avec les pays anglo-saxons suivants : les Etats-Unis, l'Angleterre et l'Australie.

---

<sup>1</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/remise-du-rapport-de-jean-marc-aubert>

A la lumière des expériences étrangères, nous étudierons les conditions nécessaires pour construire un système de financement à visée tarifaire efficient dans le secteur SSR en France.

## 2. Méthode

Cette recherche propose une revue systématique de la littérature. Les données ont été extraites d'articles ou de données écrites existantes et aucun contact n'a été nécessaire avec des patients. La revue a été conduite selon les critères PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis*). La recherche a été menée de décembre 2017 à mai 2018.

### 2.1. Stratégie de recherche

Après une recherche rapide, également appelée « scoping research », quatre bases de données ont été interrogées : PUBMED, COCHRANE, Science Directe et EBSCO.

L'équation de recherche a été conçue comme présentée dans le tableau suivant. A cela il faut ajouter une recherche manuelle sur internet et l'utilisation de la technique « boule de neige » afin de relever des articles publiés et non publiés par les voies traditionnelles.

| Base de données       | Syntaxe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Filtres                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PubMed</b>         | ("Economics"[Mesh] OR "Health Planning"[Mesh] OR "Organizations"[Mesh]) AND ("Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Rehabilitation Centers/classification"[Mesh:noexp] OR "Rehabilitation Centers/economics"[Mesh:noexp] OR "Rehabilitation Centers/organization and administration"[Mesh:noexp] OR "Rehabilitation Nursing/economics"[Mesh] OR "Rehabilitation Nursing/organization and administration"[Mesh] OR "Subacute Care"[Mesh]) AND ("United States"[Mesh] OR "France"[Mesh] OR "Australia"[Mesh] OR "United Kingdom"[Mesh]) | <u>Langue</u> : anglais et français<br><u>Date</u> : 2005 – avril 2018<br><u>Population</u> : humain                                                                                  |
| <b>Science Direct</b> | TITLE-ABSTR-KEY(economics) and TITLE-ABSTR-KEY(rehabilitation)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Champs de recherche</u> : Médecine et dentisterie<br><u>Date</u> > 2004                                                                                                            |
| <b>EBSCO</b>          | (economics) (rehabilitation) (health planning)- (pediatrics - psychiatric - (mental health))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Date</u> > 2005<br><u>Langue</u> : français et anglais<br><u>Champs de recherche</u> : santé publique et soins médicaux<br><u>Catalogue</u> : articles, thèses, ressources, revues |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Cochrane</b> | MeSH descriptor: [Economics] explode all trees<br>OR MeSH descriptor: [Health Planning] explode all trees<br>OR MeSH descriptor: [Organizations] explode all trees<br><br>AND MeSH descriptor: [Rehabilitation Centers] this term only and with qualifier(s): [Classification - CL, Economics - EC, Organization & administration - OG]<br>OR MeSH descriptor: [Rehabilitation] this term only<br>OR MeSH descriptor: [Rehabilitation Nursing] explode all trees and with qualifier(s): [Economics - EC, Organization & administration - OG]<br>OR MeSH descriptor: [Subacute Care] explode all trees<br><br>AND MeSH descriptor: [France] explode all trees<br>OR MeSH descriptor: [Canada] explode all trees<br>OR MeSH descriptor: [United Kingdom] explode all trees<br>OR MeSH descriptor: [United States] explode all trees<br>OR MeSH descriptor: [Australia] explode all trees | Pas de filtres |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|

Tableau 1 : Equations de recherche

Les articles recueillis ont été traités et conservés grâce au logiciel ZOTERO.

## 2.2. Sélection des études

Deux étapes ont été nécessaires afin d'inclure les articles dans l'étude. L'inclusion des articles s'est d'abord faite par les titres et résumés. La première sélection est donc celle des articles potentiellement intéressants dans le cadre de l'étude.

Dans un second temps, le texte intégral de chaque article a été récupéré afin d'appliquer les critères d'inclusion et d'exclusion. A chacune de ces étapes, les articles ont été identifiés par deux chercheurs de manière indépendante et en cas de désaccord, une discussion a été réalisée. Une tierce personne, a été mandatée pour trancher si le désaccord subsistait. Le coefficient Kappa de Cohen<sup>2</sup> a été calculé. Le taux de 0,70 a été retenu pour la validité des choix, c'est-à-dire qu'un score inférieur ou égal à 0,70 traduisait pour nous un écart trop important entre les résultats des deux chercheurs, rendant ce travail peu qualitatif.

<sup>2</sup> <https://www.easycalculation.com/statistics/cohens-kappa-index.php>

| <b>Etape 1</b>                | <b>Inclus par chercheur 1</b> | <b>Exclus par chercheur 1</b> | <b>Total</b> |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| <b>Inclus par chercheur 2</b> | 70                            | 25                            | 95           |
| <b>Exclus par chercheur 2</b> | 13                            | 1017                          | 1030         |
| <b>Total</b>                  | 83                            | 1042                          | 1125         |

Kappa = 0,76

| <b>Etape 2</b>                | <b>Inclus par chercheur 1</b> | <b>Exclus par chercheur 1</b> | <b>Total</b> |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| <b>Inclus par chercheur 2</b> | 22                            | 3                             | 25           |
| <b>Exclus par chercheur 2</b> | 6                             | 67                            | 73           |
| <b>Total</b>                  | 28                            | 70                            | 98           |

Kappa = 0,77

Tableau 2 : Calcul du coefficient Kappa

### Critères inclusion et d'exclusion

|                     | <b>Inclusion</b>                                                                                                                                                                                          | <b>Exclusion</b>                                                       | <b>Justification</b>                                                                                                                                                                         |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Population</b>   | Système de classification tarifaire.<br>Etude des systèmes de financement.<br>Mise en œuvre des lois de santé publique sur le financement.<br>Etudes des « <i>case-mix</i> ». France, USA, UK, Australie. | Autres pays.<br>Date <2005.                                            | Pays ayant une expérience de la tarification à l'activité et des DRG.<br>Langue comprise par les chercheurs.<br>Date : > 2005 car réforme de la tarification en France.                      |
| <b>Intervention</b> | Amélioration du financement dans le but d'améliorer la qualité des soins et l'optimisation financière.<br>Conséquence sur les soins.<br>Impact socio-économique.                                          | Etude de coût d'intervention ou de pathologie spécifique.              | Etude macroscopique du fonctionnement des lois de santé dans un pays.                                                                                                                        |
| <b>Contexte</b>     | Secteur de la rééducation, de la réadaptation, services de soins post-aigus.<br>Ambulatoire ou hospitalier.                                                                                               | Secteur psychiatrique.<br>Secteur pédiatrique.<br>Vétérans américains. | Secteurs globaux.<br>Financement spécifique en psychiatrie et fonctionnement institutionnel particulier.<br>Pas d'équivalent « vétérans » dans les autres pays.<br>Législations différentes. |

Tableau 3 : Critères inclusion et d'exclusion

Le schéma suivant, basé sur une méthodologie d'analyse systématique<sup>3</sup>, montre les étapes qui ont été nécessaires pour obtenir les 25 articles qui seront utilisés par la suite.

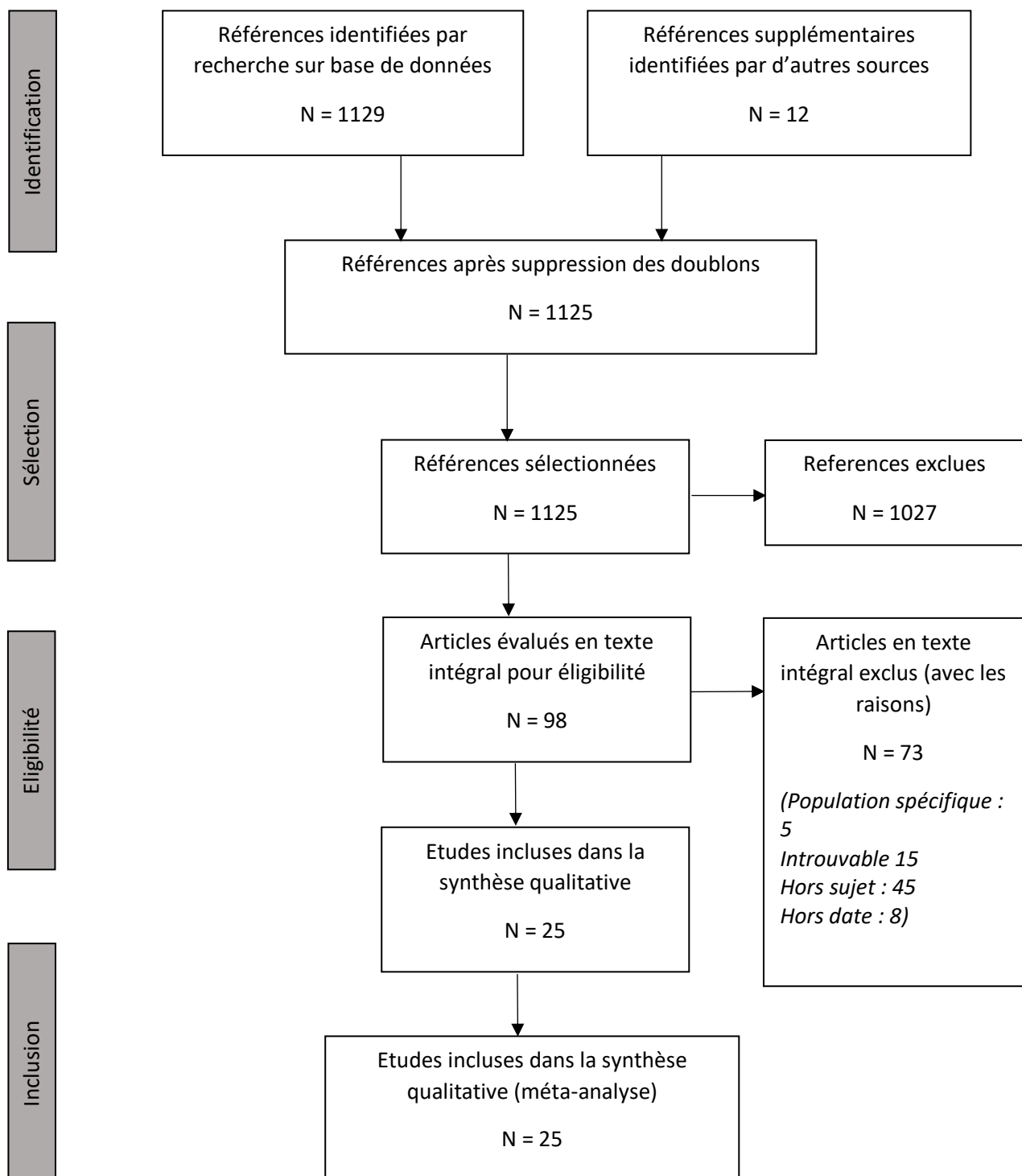


Figure 1 : Flow Chart

<sup>3</sup> <https://study.sagepub.com/doingasystematicreview2e>

### **3. Résultats**

#### **3.1.Méthode**

Les articles choisis ont été étudiés grâce à une grille de lecture (annexes). Les principaux résultats ont été consignés dans un tableau (annexes).

Pour chaque article, hors revues narratives, une grille qualitative spécifique à chaque type d'article a été réalisée. Pour les revues narratives, nous n'avons pas trouvé de grille d'évaluation qualitative reconnue pour évaluer les articles de ce type.

Chacune des grilles d'évaluation choisie a été reconnue comme valable pour l'évaluation qualitative des articles. Les grilles d'évaluation sont présentes en annexe.

- Essai randomisé contrôlé, il a été utilisé la grille de New Castle Ottawa.

La grille est conçue en trois parties : sélection, compatibilité et exposition. Le score maximum correspondant est de neuf points.

- Revue de la littérature, la grille R-AMSTAR a été choisie.

Cette grille se compose de onze questions comportant chacune un nombre spécifique de critères. Le score va de onze à quarante-quatre points.

- Evaluation économique, l'échelle de DRUMMOND a été utilisée.

Nous avons choisi d'utiliser la version dix items pour plus de simplicité, un point par question soit un total de dix points.

- Etude qualitative, l'échelle de BLAXTER a été choisie.

Elle comprend vingt items, un point par item soit un total de vingt points.

### 3.2. Politique de santé et protection sociale

Les deux schémas suivants nous montrent les dépenses de santé des pays de l'OCDE (*Organisation de Coopération et de Développement Economiques*) par habitant en 2016 ainsi le pourcentage du PIB qu'elles représentent(5).

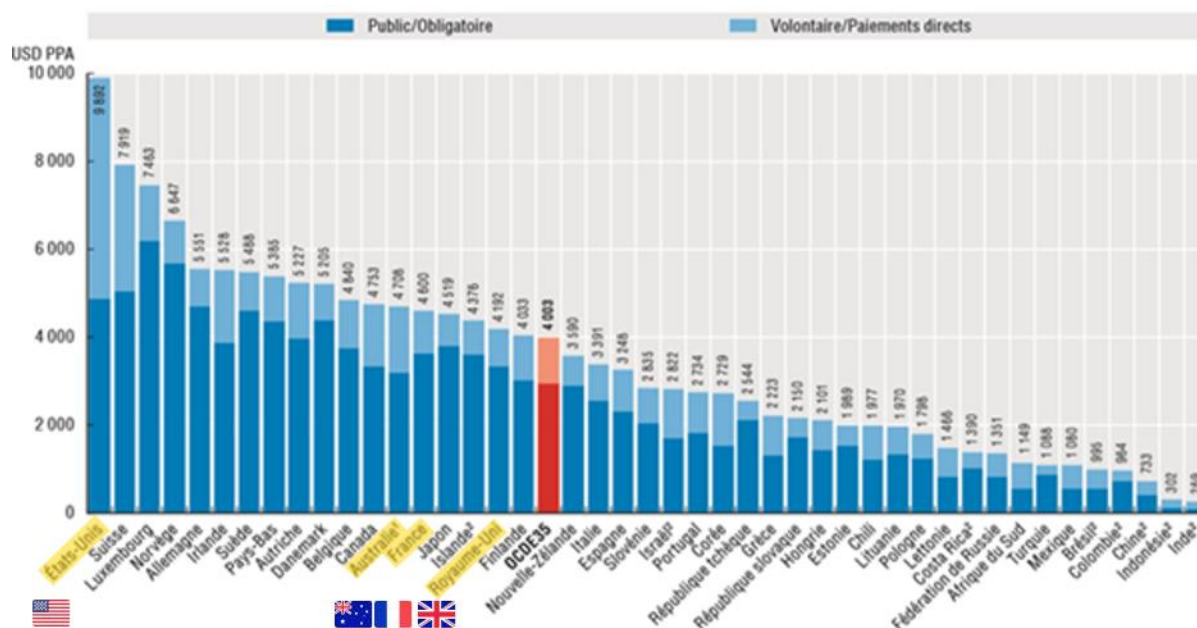


Figure 2 : Dépenses de santé par habitant en 2016

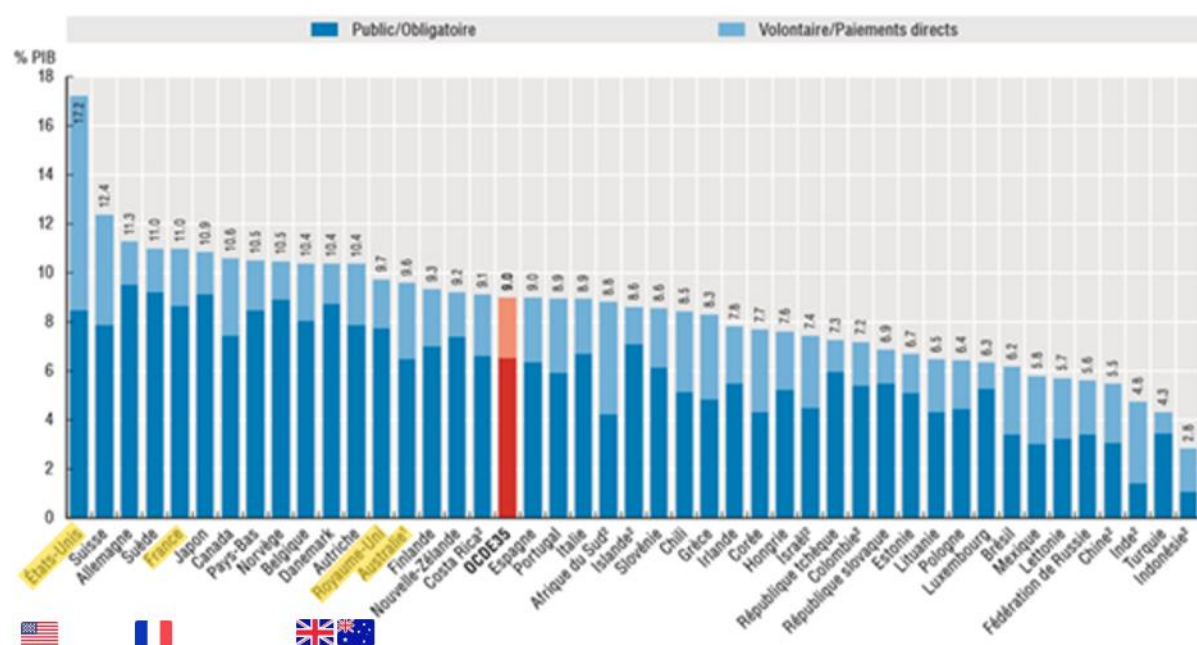


Figure 3 : Dépenses de santé en pourcentage du PIB en 2016

### 3.2.1. Système Français

#### 3.2.1.1. Généralités

Le système de santé français est réparti sur trois échelons.

- Au niveau national, le système de santé français est piloté par les pouvoirs publics, le Ministère de la santé et la CNAM (*Caisse Nationale de l'Assurance Maladie*). L'Etat intervient dans le financement ainsi que dans l'organisation de l'offre de soins. Il veille notamment au pilotage et à la mise en œuvre des politiques de santé, à la supervision des établissements et des professionnels de santé ainsi qu'à la maîtrise des différents coûts de santé.

L'équilibre des comptes sociaux est géré en partie par le Parlement qui, depuis 1996, vote les lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) Cette loi fixe notamment l'objectif national de dépenses (ONDAM).

- Au niveau régional, les ARS (*Agence Régionale de Santé*) sont responsables de la gestion des ressources et de leur juste répartition sur le territoire pour garantir un accès aux soins de qualité pour tous. Elles sont garantes du respect de l'ONDAM. Il s'agit d'un plafond annuel de dépenses à ne pas dépasser dans une optique de maîtrise des coûts des soins. L'idée originale était de faire payer le dépassement de l'enveloppe de l'ONDAM par les établissements et les professionnels de santé. Cela n'a toutefois jamais été mis en place, et l'ONDAM a pu être dépassé certaines années. Il a, au final, un rôle plus indicatif que limitatif.
- Au niveau local, sous la supervision des ARS, se répartissent les différents établissements et professionnels de santé travaillant en coordination à travers le territoire. Ils se composent de structures de ville, d'établissements hospitaliers et d'établissements médico-sociaux. Les établissements de santé se découpent en structures publiques, structures privées à but non lucratif et structures privées à but lucratif.

Le système de protection sociale en France a été refondé à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Il est basé sur un principe d'égalité de protection et de répartition des ressources. Ainsi tous les français ont le droit d'avoir une protection sociale. La CMU (*Couverture Médicale Universelle*) introduite en 2010 renforce ce dispositif pour les plus démunis.

L'ensemble de ce système représente 32% du PIB. La protection sociale recouvre plusieurs risques dont la santé par la branche maladie(11% du PIB)(6).

Les prestations liées à la santé(7) couvrent 28% des prestations sociales. De 2010 à 2015, la croissance des coûts de santé est passée de 4.5% à 2.3%, ceci est dû notamment à un resserrement et un suivi plus serré de l'ONDAM(7).

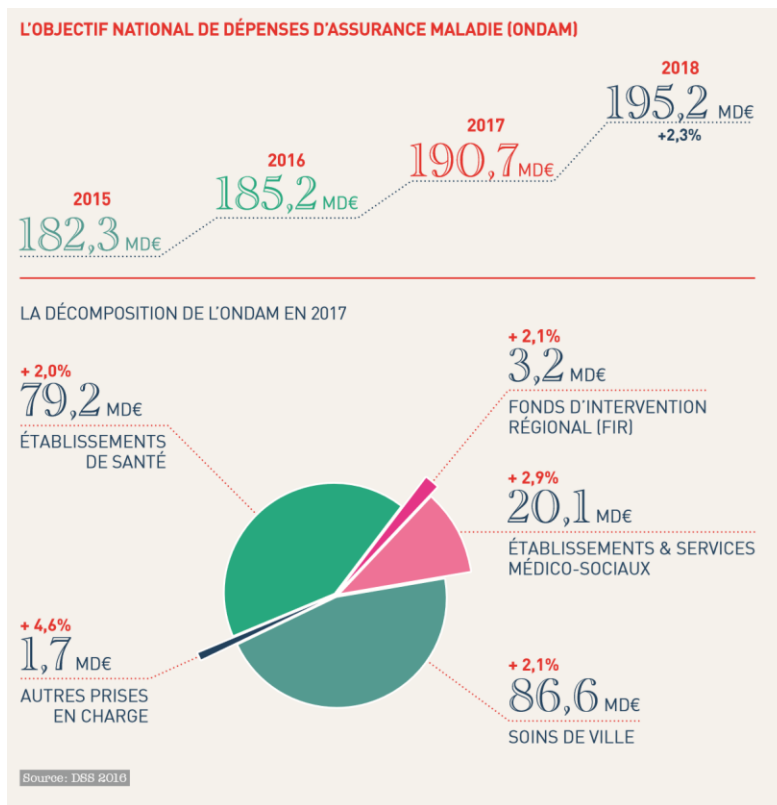


Figure 4 : Répartition de l'ONDAM en France

Quatre agents participent au financement de la protection sociale.

- L'assurance maladie obligatoire, assurée par la Sécurité Sociale. Le régime obligatoire couvre tous les Français ; cela peut être le régime général ou d'autres régimes liés à des professions particulières (RSI, MSA), voués à disparaître d'ici 2020 afin d'harmoniser les régimes. L'assurance maladie est financée majoritairement par les cotisations sociales représentant 61% du total des ressources de la protection sociale et est en augmentation de 2,2%(8) par an en 2016. Les impôts et taxes, notamment la CSG (*Contribution Sociale Généralisée*) représentent 24%. Le reste est financé par les collectivités territoriales(7).
- Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) complètent la couverture de la Sécurité Sociale. Le complément de financement peut venir de couvertures maladies complémentaires privées comme les mutuelles, les assurances privées et les prévoyances santé. La participation des OCAM est très variable selon le type de soins.
- Les ménages français financent eux-mêmes le reste à charge. Il s'agit des soins non remboursés par l'assurance maladie et les OCAM (ticket modérateur, dépassements d'honoraires, forfait hospitalier ou avance des frais).
- L'Etat finance directement l'AME (*Aide Médicale d'Etat*) et une partie de la CMU.

|                                        | En %         | En Million     |
|----------------------------------------|--------------|----------------|
| <b>Sécurité sociale (1)</b>            | 76,8         | 148172         |
| <b>État et CMU-C org. de base</b>      | 1,4          | 2701           |
| <b>Organismes complémentaires (2)</b>  | 13,3         | 25660          |
| <i>Dont mutuelles</i>                  | 7,0          | 13575          |
| <i>Dont sociétés d'assurances</i>      | 3,7          | 7138           |
| <i>Dont institutions de prévoyance</i> | 2,6          | 5016           |
| <b>Ménages</b>                         | 8,4          | 16206          |
| <b>Total</b>                           | <b>100,0</b> | <b>192 933</b> |

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics et les régimes Alsace Moselle et CAMIEG.

(2) y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.

Tableau 4 : Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux 2016(7)

### 3.2.1.1. Organisation des soins de réadaptation

Concernant la réadaptation en France, le secteur des soins de réadaptation institutionnel post-aigus est très hétérogène.

En effet la réadaptation peut être définie selon trois dimensions : comme une stratégie de santé publique au sens de l'OMS, comme une fonction de production de la santé au sens de l'OCDE et comme prestataire au sens institutionnel, qui s'applique au secteur des SSR en France(3,9). Les soins de suite ou de réadaptation, ancienne appellation des SSR, ont été créés en 1991. En avril 2008(10), deux décrets sont publiés, relatifs au fonctionnement et à l'implantation des nouveaux SSR (soins de suite et de réadaptation). Ils se classent maintenant en structures polyvalentes ou à mentions spécialisées (affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections cardio-vasculaires, affections respiratoires, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques, affections liées aux conduites addictives, affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance, affections des brûlés).

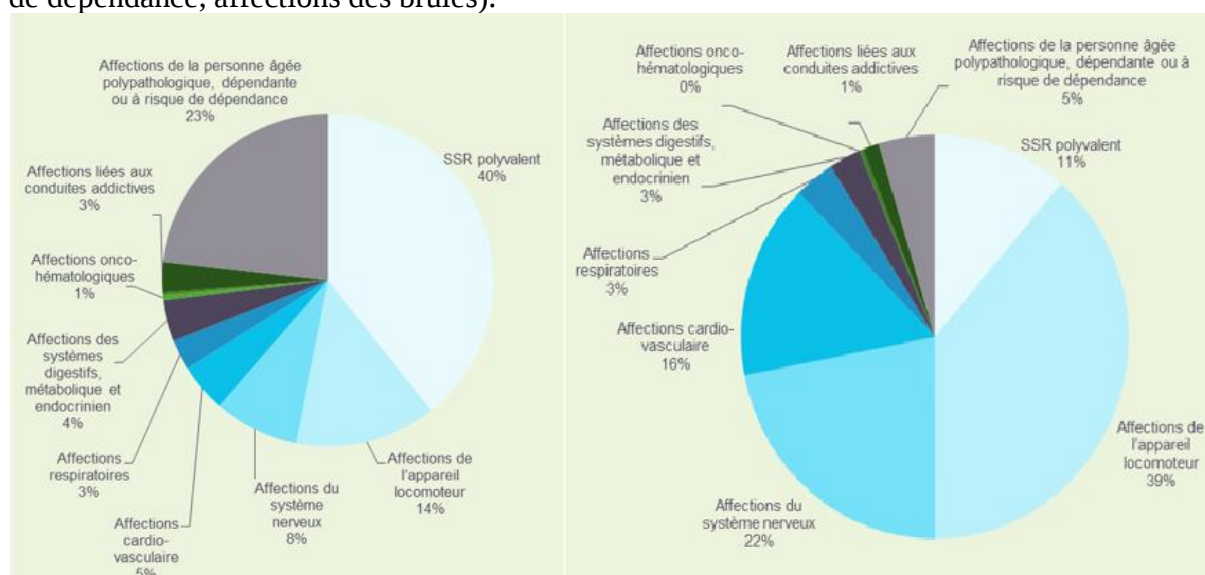


Figure 5 : Répartition du nombre de séjours par autorisations en 2018 (1<sup>ère</sup> figure : Hospitalisation complète. 2<sup>ème</sup> figure : hospitalisation partielle). Source : ScanSanté

En 2016, il y avait 1847 structures de SSR en France.

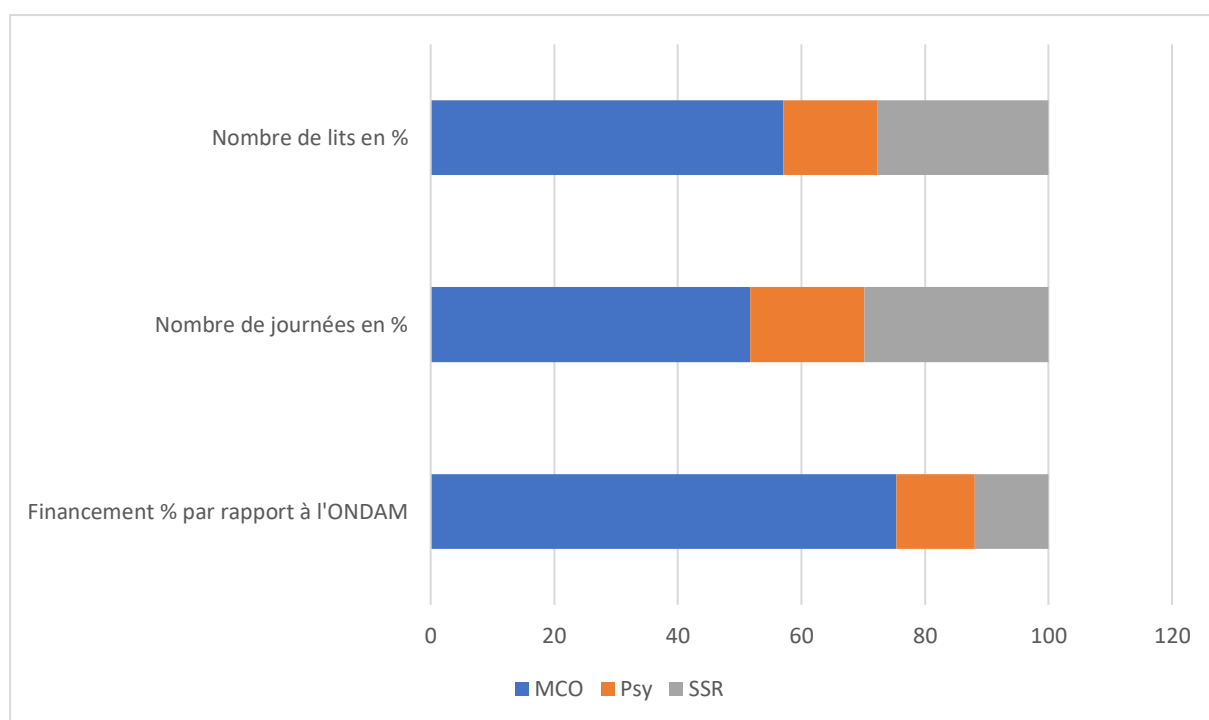


Figure 6 : Offre de soins des structures d'hospitalisation en France

L'hospitalisation peut être complète (à temps plein en hospitalisation, y compris en hospitalisation de semaine), soit la majorité des cas, ou partielle (en hospitalisation de jour ou de nuit). L'HAD (*Hospitalisation A Domicile*) est parfois orientée vers la réadaptation mais ne fait pas partie des SSR.

En dehors du secteur hospitalier, il se développe en réadaptation un secteur ambulatoire et un secteur à domicile, le plus souvent pris en charge par des professionnels de santé libéraux.

Les structures de SSR sont composées de nombreux professionnels comme des médecins, des équipes de soins infirmiers, des aides-soignants et des professionnels de la réadaptation. La définition des métiers de réadaptation est extrêmement large en France avec 32 métiers codeurs contrastant avec le nombre limité des métiers pris en compte comme thérapie de réadaptation à l'étranger. La fonction publique hospitalière ne distingue que sept métiers de la rééducation : pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, orthoptistes et ergothérapeutes.

Selon les décrets de 2008, les SSR dispensent des soins de rééducation et de réadaptation, des actes de prévention et d'éducation thérapeutique ainsi que la préparation et l'accompagnement familial.

Ils sont progressivement soumis à un financement à l'activité nommé dotation modulée à l'activité (DMA)(11), sous une forme encore très limitée, pendant une phase dite transitoire, avant de parvenir à un modèle cible dont la date d'application est encore incertaine.

La mise en place de ce nouveau mode de financement est prévue entre 2017 et 2022(12).

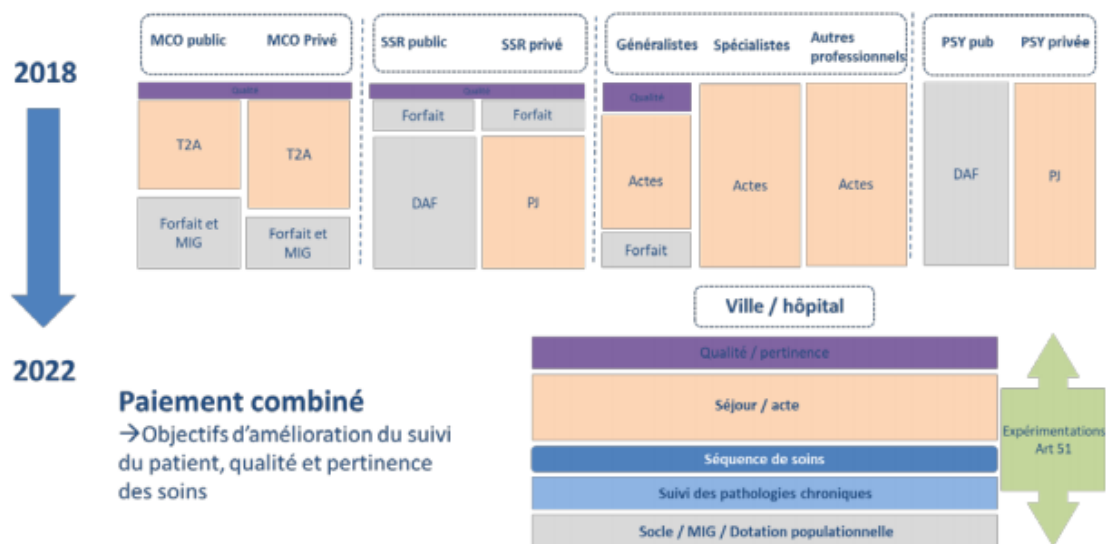


Figure 7 : Différentes modalités de financement. Tiré du rapport Aubert, ma santé 2022

### 3.2.2. Système Américain

#### 3.2.2.1. Généralités

Le système de santé américain est celui qui dépense le plus d'argent. Il représente environ 17% du PIB américain. La couverture sociale des américains se divise en deux parties.

##### 3.2.2.1.1. *Le financement public(13)*

Le financement public bénéficie à 37% de la population américaine. Ce financement concerne les personnes de plus de 65 ans, les personnes handicapées et les personnes en insuffisance rénale terminale, appelée « *medicare* ». Le programme est financé par les taxes prélevées sur les citoyens américains, sur les employeurs ainsi que sur les mensualités prélevées sur les utilisateurs du système. Le reste est financé à hauteur de 75% par le budget fédéral correspondant à 13% du budget total et 25% des dépenses nationales de santé. A cela s'ajoute le programme « *medicaid* » couvrant les personnes les plus défavorisées financé à 50/50 entre le budget fédéral et le budget des Etats.

Il existe plusieurs niveaux de couverture concernant « *medicare* ».

- Couverture type A (hospitalière) : finance principalement les soins hospitaliers post-aigus.
- Couverture type B (services médicaux) : finance les actes de prévention et de diagnostic ainsi que les soins psychiatriques. Elle finance certains équipements médicaux.
- Pas de couverture pour : les soins dentaires, les soins de longue durée, les examens de vue.

La gestion des finances publiques de santé est gérée par le *Département of Health and Human Service* (HHS) qui reçoit ses instructions de la Maison Blanche et du Congrès américain. Cette agence gère plusieurs organisations dont le CMS (*Center for « Medicare » and « Medicaid » service*). Les assurances privées ont également un droit de regard sur les décisions du Congrès. « *Medicare* » est géré au niveau national tandis que « *medicaid* » est géré au niveau des Etats. Chaque Etat gère donc son programme « *medicaid* » comme il le souhaite. Le plafond de revenus et la couverture donnée peuvent être différents d'un Etat à un autre.

### 3.2.2.1.2. Le financement privé

Le financement privé est assuré par les ménages eux-mêmes et concerne 67% de la population. Il est devenu obligatoire avec l'*Obama care*. Chaque personne s'assure comme elle le souhaite pour les risques qui lui conviennent. Les employeurs peuvent aussi proposer une assurance à leurs employés et il n'est pas rare que les personnes cumulent assurance de l'employeur et assurance privée. Les assurances proposent généralement des parcours de soins au sein de leurs réseaux partenaires, à des coûts plus intéressants pour les assurés. Il s'agit principalement des HMO (*Health Maintenance Organization*), des POS (*Preferred Providers Organizations*) et des PPO (*Points of Service Plan*), chacun ayant leurs particularités propres.

Cela permet aux fournisseurs de soins de contenir les coûts. Si le patient souhaite choisir lui-même le lieu et les professionnels pour sa prise en charge alors le reste à charge sera d'autant plus important. L'Etat est présent en tant que garant de la qualité. Il existe une offre de soins basée sur la tarification à l'acte où l'assurance rembourse le praticien en fonction du service rendu.

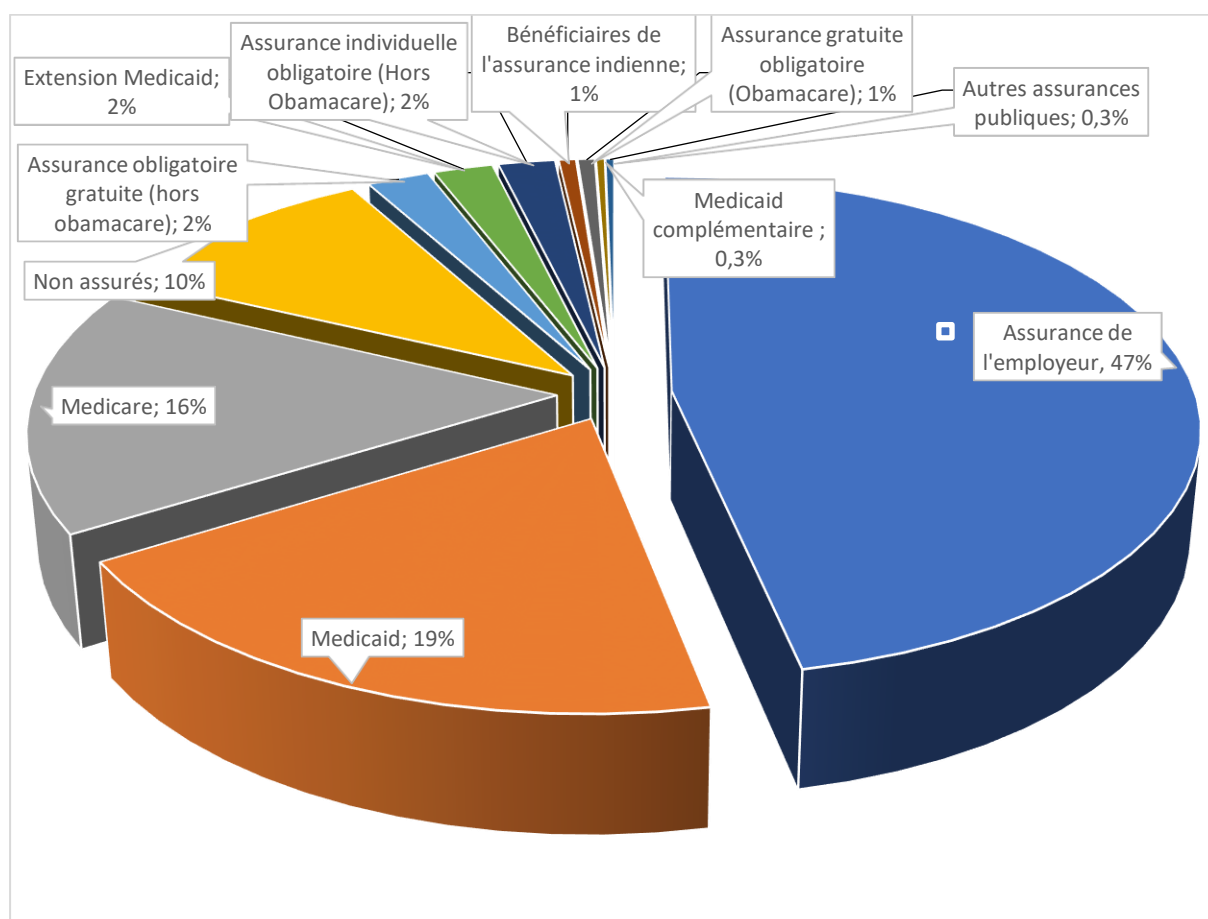


Figure 8 : Répartition de la couverture santé aux USA

### 3.2.2.1.3. Programmes de soins

Les bénéficiaires de « *medicare* » peuvent rentrer dans des programmes de réseaux de soins où le prix a été négocié avec l'Etat. Ces programmes ont permis l'amélioration de l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité et le contrôle des coûts(14).

De nouveaux programmes sont également à l'étude, dont « *medicaring*(14,15) ». Il s'agit d'un programme destiné aux personnes de plus de 60 ans aux Etats-Unis. Il permet un suivi médical et psychosocial rapproché. Il a pour but d'améliorer la qualité des soins et le suivi des personnes

âgées. Ce modèle incorporerait de nombreux acteurs : médecins, travailleurs sociaux, infirmiers, diverses structures de soins, etc.

Ce mode de financement permettrait de réduire les hospitalisations complètes des personnes âgées avec l'augmentation de l'hospitalisation à temps partiel (HTP) et du maintien à domicile. En suivant cette dynamique, une réduction des coûts de santé pour cette population peut être envisagée.

Cependant ce modèle nécessite la participation des acteurs privés, non affiliés à l'assurance maladie. Il n'y a actuellement pas d'étude de coûts concernant l'impact financier et la répartition public/privé de « *medicaring* ». Le reste à charge fluctue grandement (15) en raison du nombre très variable de partenaires privés intervenant dans les prises en charge.

Le plus souvent les assurances privées ou publiques ne couvrent pas tous les frais de santé, il existe une franchise de 10 à 40%.

### 3.2.2.2. Organisation du secteur institutionnel de réadaptation

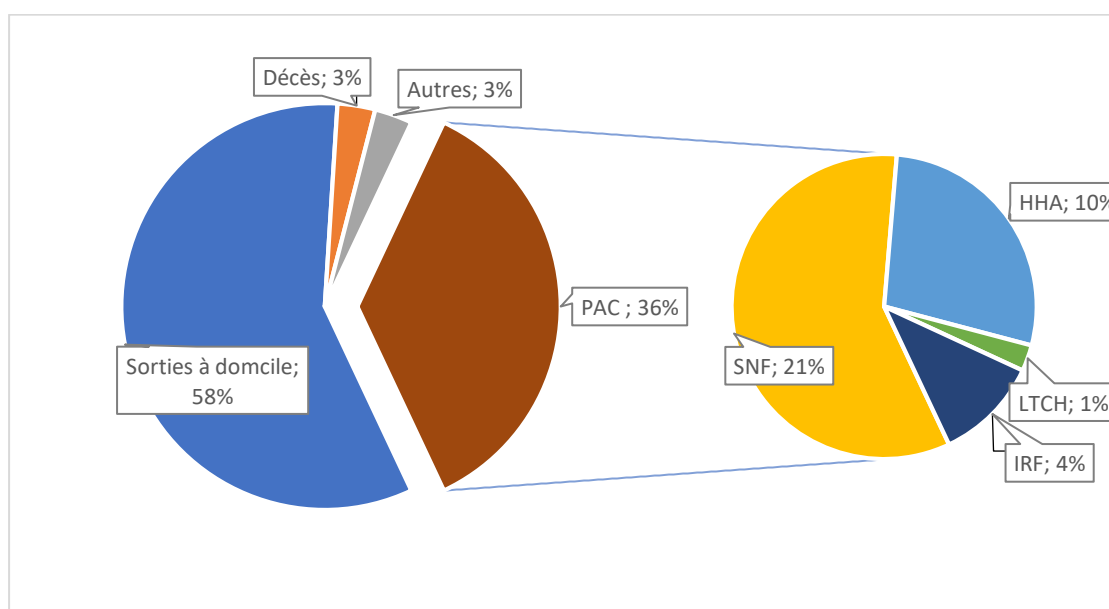


Figure 9 : Répartition des sorties des patients après hospitalisation aiguë aux Etats-Unis

Le secteur des soins post-aigus est bien défini aux Etats-Unis. Quatre entités sont inscrites dans les « *Post-Acute Care* » ou PAC. Il s'agit des IRF (*Inpatient Rehabilitation Facilities*), des SNF (*Skilled Nursing Facilities*), des HHA (*Home Health Agency*) et des LTCH (*Long Term Care Hospital*). Il est à noter que 70% des patients(13) soignés dans les structures du PAC bénéficient de « *medicare* ». Contrairement à la France, le financement par « *medicare* » est spécifique à chaque type de structures(16).

#### 3.2.2.2.1. *Inpatient Rehabilitation Facilities, ou IRF*

Le plus souvent basées près d'un hôpital, ces structures proposent des services de réadaptation intensive. Pour être éligibles, les patients doivent, entre autres, avoir plus de trois heures effectives de rééducation par jour. Il faut que 60% des patients répondent à un des treize critères diagnostics pour que l'établissement ne reçoive pas de pénalités financières. C'est la « *60% rule* ». Cela permet de garder un aspect « intensif » à ces structures.

| Pathologie                                             | Pourcentage |
|--------------------------------------------------------|-------------|
| AVC (Accident Vasculaire Cérébral)                     | 19,3%       |
| Fracture des extrémités inférieures                    | 12,5%       |
| Troubles neurologiques                                 | 12,4%       |
| Démence                                                | 10,2%       |
| Prothèse totale d'une articulation du membre inférieur | 9,0%        |
| Traumatisme crânien                                    | 8,2%        |
| Autres troubles orthopédiques                          | 7,7%        |
| Troubles cardiaques                                    | 5,4%        |
| Traumatisme de la moelle épinière                      | 4,6%        |
| Autres                                                 | 10,6%       |

Tableau 5 : Répartition des différentes pathologies dans les IRF en 2013

#### 3.2.2.2.2. *Skilled Nursing Facilities ou SNF*

Il s'agit le plus souvent de structures indépendantes de l'hôpital, composées d'infirmiers, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et orthophonistes. Les coûts d'hospitalisation au bout du 100ème jour sont à la charge totale du patient dans le cas d'une prise en charge par « *medicare* ». Ce sont des soins mixtes, essentiellement infirmiers et de rééducation, à domicile et en institution. Il est nécessaire d'avoir besoin d'un infirmier 24h/24. C'est une prise en charge de longue durée avec des patients venant du domicile ou d'un service aigu. Cela permet d'évaluer, de maintenir ou d'optimiser le niveau fonctionnel.

#### 3.2.2.2.3. *Home Health Agency ou HHA*

Ce sont les soins de rééducation à domicile. Ils permettent la même efficacité, en moins onéreux, que les soins en SNF.

Il y a certaines conditions pour pouvoir bénéficier de ce service, notamment le fait de ne pas pouvoir quitter la maison et de nécessiter des soins de réadaptation. La structure peut faire intervenir à domicile des services de soins infirmiers et d'aide à la personne ainsi que des services de rééducation.

#### 3.2.2.2.4. *Long Term Care Hospital ou LTCH*

Ils concernent les soins médicaux et de rééducation de haut niveau. Ils prennent en charge les patients aux situations cliniques complexes dans un établissement. La durée moyenne de séjour doit être supérieure à 25 jours.

### 3.2.3. Système anglais

#### 3.2.3.1. Généralités

Il est question ici uniquement du système anglais et non de celui du Royaume Uni. Le Pays-de-Galle, l'Ecosse et l'Irlande du Nord ont chacun leur propre mode de fonctionnement dont certains aspects diffèrent par rapport au système anglais.

Ce dernier est national<sup>(17)</sup>. Il est basé sur des principes d'universalité, d'égalité et de gratuité. Il est financé par les impôts et les cotisations nationales. Tous les citoyens anglais bénéficient d'une couverture maladie.

Les dépenses de santé représentent environ 9% du PIB. La santé est gérée par la NHS (*National Health Service*) dépendante uniquement de l'Etat sans intervention des partenaires sociaux.

Le budget est voté par le parlement a priori dans une enveloppe fermée. Puis il est délégué dans les régions qui ont pour rôle de répartir l'argent dans leurs différents secteurs.

Concernant l'offre de soins, celle-ci est majoritairement publique. Les praticiens et les établissements de santé sont conventionnés par l'Etat ce qui permet la gratuité des soins pour le patient.

L'offre de soins privée ne cesse de se développer(17), il s'agit le plus souvent de consultations et de petites interventions chirurgicales. Ils ne prennent pratiquement pas en charge les maladies chroniques et les maladies graves. Le coût est entièrement à la charge du patient. Des assurances privées permettent de réduire ces dépenses. Elles sont souscrites par 12% des anglais.

#### 3.2.3.2. Organisation des soins de réadaptation.

L'organisation des soins de réadaptation en Angleterre est découpée selon trois catégories en fonction du niveau de complexité de réadaptation(18,19). En réalité, l'organisation institutionnelle de la réadaptation en Angleterre est relativement floue. En effet, la BSRM (*British Society of Rehabilitation Medicine*) donne des recommandations de pratique qui ne sont respectées que de manière très partielle en fonction des régions(20). De plus elles concernent essentiellement le secteur de la neuro-réadaptation.

Les services sont le plus souvent intégrés dans les hôpitaux gérés par la NHS. Cela peut être un service de réadaptation simple ou un service de réadaptation à domicile.

Chaque patient nécessitant de la réadaptation est classé dans une des quatre catégories suivantes :

- les patients de catégorie A sont les patients les plus complexes, nécessitant un haut niveau de rééducation,
- les patients de catégorie B ont un niveau de rééducation modéré,
- les patients de catégorie C ont le plus généralement un diagnostic spécifique avec un objectif de restauration fonctionnelle,
- les patients des catégories D ont généralement une situation clinique stable.

La classification du patient dans un groupe est réalisée par un outil d'aide, le PACT (*Patient Categorized Tool*). A partir de cet outil, les patients sont dirigés vers les différents services de réadaptation qui leurs sont adaptés(18,21).

##### 3.2.3.2.1. *Les services de niveau 1*

Les services de niveau 1 sont ceux faisant face aux prises en charge les plus complexes. Il y en a un par million d'habitants. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires accréditées par l'Etat réalisant des séances de rééducation intensive et de réadaptation par des moyens techniques et technologiques. Il y a généralement plus de quatre prises en charge journalières sur une durée de quatre mois à un an. 80% des patients de catégorie A bénéficient de ces services.

##### 3.2.3.2.2. *Les services de niveau 2*

Les services de niveau 2 ont une densité d'un centre pour 350 000 habitants. Ils sont spécialisés et dirigés par des médecins rééducateurs. Il y a entre deux et quatre soins journaliers sur une durée de six semaines à six mois. Le but principal est de permettre un retour au travail pour le patient. Ces structures ne sont pas homogènes et se divisent comme ci-dessous.

- Services 2a : services mixtes, prenant en charge les patients de catégorie B et A si l'éloignement géographique est trop important. Ils sont retrouvés en zone rurale ou péri-urbaine.
- Services 2b : ils prennent en charge uniquement les patients de catégorie B.

### 3.2.3.2.3. Les services de niveau 3

Les services de niveau 3 fonctionnent comme ceux de niveau 2. La principale différence réside dans la simplification de leur mode de fonctionnement. Comme précédemment deux types de structures existent.

- Services 3a : ils sont dirigés par des médecins non-rééducateurs ou des services hospitaliers spécialisés de prise en charge aigüe, comme la traumatologie ou la neurologie par exemple. Les patients sont de catégorie C.
- Services 3b : ils accueillent les patients de catégorie D. Il n'y a souvent pas d'équipe de rééducation dédiée.

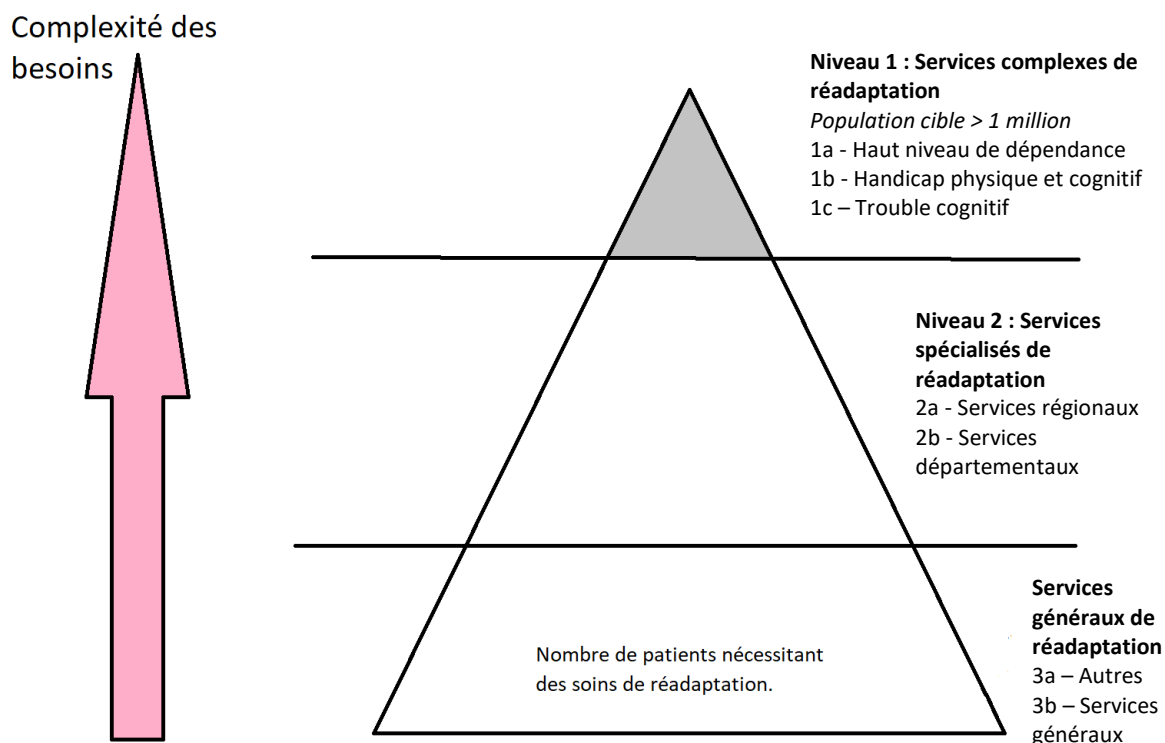


Figure 10 : Organisation du système post-aigu anglais en fonction de la complexité de la prise en charge (adapté du schéma de L.Turner-Stokes)

### 3.2.4. Système australien

#### 3.2.4.1. Généralités

Le système de santé australien est divisé en structures publiques et structures privées.

La partie publique se compose de « *medicare* », système fédéral assurant à tout citoyen une couverture sociale et une prise en charge à 100% des soins dans le cadre d'une consultation sur un site public. Le praticien est donc imposé par l'Etat. Si le patient souhaite consulter dans le privé, « *medicare* » prend en charge 75% des soins, le reste devant être couvert par une assurance privée ou directement par le patient(17). 30% des australiens adhèrent à une assurance privée.

Le financement de « *medicare* » est effectué par des prélèvements sur salaire, soit environ 2% du revenu. Le budget de la Sécurité Sociale est voté annuellement par le Trésor Public puis est

réparti par un organisme social public « *centrelink* ». Les états et territoires sont responsables du financement et de l'organisation de l'offre de soins. Il y a un budget alloué à l'hôpital public réévalué tous les 5 ans.

#### 3.2.4.2. Organisation des soins de réadaptation

Le système post-aigu en Australie est défini par les termes « *sub acute* » et « *non acute* ». Il comprend cinq grandes catégories(22) :

- les soins de gériatrie, ou GEM (*Geriatric Evaluation and Management* soit évaluation et programmes de soins),
- les soins palliatifs,
- les soins de réadaptation, représentant 50% des soins « *sub acute* »,
- les soins de psychogériatrie,
- les soins de maintien de fonction (lorsque les incapacités fonctionnelles sont stabilisées) ou « *non acute* » : ils ne nécessitent pas de prises en charge complexes. Ces soins peuvent être faits sur une longue période.

Les soins sont le plus souvent dispensés au sein d'hôpitaux publics ou privés pour l'hospitalisation complète. Il existe également des services de soins à domicile ou d'hospitalisation partielle.

Ce sont surtout des services de réadaptation générale ou de réadaptation spécifique définis par un diagnostic précis (AVC ou amputation par exemple).

### 3.3. Système de comptabilité hospitalière

#### 3.3.1. Système comptable

La comptabilité hospitalière est un point important dans la maîtrise des coûts des soins. Chaque pays a un système de comptabilité plus ou moins proche du système international des comptes de santé. En 2011 est paru le rapport SHA (*System of Health Accounts*)(23), décrivant les flux financiers des différents coûts de santé. Il est utilisé comme base de données pour la collecte des données pour l'OCDE concernant les dépenses de santé.

Il segmente les soins dans une triple classification.

Il définit tout d'abord la nomenclature fonctionnelle des soins de santé ICHA-HC (*International Classification of Health Care Functions*). Elle distingue notamment les rubriques suivantes : HC1 (soins curatifs), HC2 (soins de réadaptation) et HC3 (soins de longue durée).

La partie HC2 se définit par le maintien de la fonction optimale pour une qualité de vie décente et l'inclusion dans la société. Cela peut être aigu, chronique, congénital ou acquis et concerne tous les âges. Elle comporte quatre catégories.

- HC 2.1, soins de réadaptation en milieu hospitalier,
- HC 2.2, soins de réadaptation en hôpital de jour,
- HC 2.3, soins de réadaptation ambulatoire,
- HC 2.4, soins de réadaptation à domicile.

On retrouve ensuite une dimension institutionnelle avec les producteurs de soins définis en HP (*Health Providers*). La partie comprend entre autres.

- HP 1.1, hôpitaux généraux (sauf psychiatrie) : il s'agit d'établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés en raison d'une maladie ou d'un problème de santé déterminés. Ils dispensent également des soins de longue durée aux malades chroniques

comprenant des services de réadaptation et des services convexes aux personnes physiquement diminuées ou handicapées.

- HP 1.3, hôpitaux spécialisés, dont les hôpitaux de réadaptation.
- HP 2.1, « *nursing home* » ou maisons médicalisées. Il s'agit d'établissements portant l'appellation d'hôpitaux mais dont l'activité principale consiste à dispenser des soins infirmiers et de réadaptation aux personnes en convalescence.
- HP 3, soins ambulatoires.

La troisième classification est celle des systèmes de financement HF (*Health Financial*), en fonction de leur provenance : gouvernementale, assureurs, patients, etc.

Grâce à cette classification, il est aisé de comparer les pays et le coût de la réadaptation en fonction de différents paramètres sur une base commune.

En France, selon le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, un établissement de santé doit gérer différents coûts(24).

- Coûts directs : c'est à dire les coûts directement liés à la rééducation ou aux soins. Cela peut être le salaire des agents, les consommables, le coût des équipements et leurs coûts de fonctionnement. Ces coûts peuvent être fixes ou variables.
- Coûts indirects : ce sont des coûts fixes, nécessaires au bon fonctionnement du service comme les charges administratives ou les autres charges externes.

Les coûts sont analysés selon une enquête nationale : ENC (*Echelle Nationale des Coûts*)(25). Les coûts du secteur SSR sont découpés selon leur fonction(24) :

- fonction clinique : selon les autorisations,
- fonction médico-technique : plateau technique simple (imagerie, laboratoire), plateau technique spécialisé, métier RR (compétences métier de rééducation - réadaptation),
- fonction spécifique : matériel roulant, appareillage, suivi pré/post hospitalisation,
- fonction logistique : la logistique médicale (LM), la logistique et gestion générale (LGG) et la structure.

La comptabilité hospitalière considère la réadaptation (rééducation-réadaptation) sous forme d'une fonction médico-technique transversale, non comme une fonction clinique, à la différence du système international.

### 3.3.2. Types de paiement

Il existe différents modes de paiement pour le financement des établissements de santé.

Il y a la notion d'enveloppe fermée ou ouverte. Dans le cas d'une enveloppe fermée, le budget est en général voté à l'année et n'est pas extensible. Une enveloppe ouverte, au contraire, peut avoir une part variable.

|       |                                                                                                                                                      |                                                                                           |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Micro | Enveloppe fermée                                                                                                                                     | Enveloppe ouverte                                                                         |
|       | Paiement fixe<br><br>Critères : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrées</li> <li>- Sorties</li> <li>- Combinés</li> <li>- Autres</li> </ul> | Paiement Variable<br><br><div>Unité d'activité</div> Acte<br>Journée<br>Cas<br>Capitation |
| Macro | Prospectif                                                                                                                                           | Rétrospectif                                                                              |

Figure 11 : Type de paiements et d'enveloppes (adapté de « *A typology for provider payment systems in health care* (26)»

### 3.3.2.1. Modèle prospectif

Le paiement prospectif, le plus utilisé actuellement, dérive du système américain « *Prospective Payment System* », ou PPS. Il s'agit du modèle de DRG (*Diagnosis Related Group*) de Fetter(27) qui a été développé à la fin des années 70 à l'université de Yale. Il s'agissait de décrire la fonction de production de l'hôpital. Les produits hospitaliers sont définis sous forme de groupes homogènes rémunérés par des tarifs forfaitaires.

Il a été décliné en France en paiement prospectif par cas lors de la réforme de la Sécurité Sociale de 2005.

Le paiement prospectif est basé sur des tarifs prédéterminés ; le risque pèse sur le fournisseur de soins(28–31). Selon certains auteurs, il n'est pas adapté aux enveloppes fixes(32).

Les articles étudiés ont rapporté divers avantages et inconvénients concernant l'effet du PPS en PAC depuis sa mise en place. Le système permet de maîtriser les dépenses dont les effets pervers nécessitent des mécanismes correcteurs robustes(21).

#### - Effet sur le coût.

Les études sont unanimes concernant l'effet du PPS, il a permis une réduction globale des coûts des soins (28,30,33–35). Cependant, les cas les plus lourds sont les plus coûteux ; le financement dans ce cas précis est quasi systématiquement en deçà du coût réel des soins prodigués.

#### - Effet sur la qualité.

La qualité des soins n'est pas définie par un score spécifique. Cependant les auteurs s'accordent sur les points suivants : pourcentage de réadmission, taux de mortalité, taux d'autonomie fonctionnelle, satisfaction des soignants et des patients.

Certains articles retrouvent un effet positif avec une amélioration globale de la qualité(36) : rapidité de délivrance des soins, amélioration de l'accès aux soins, amélioration de la satisfaction.

Ce résultat est à nuancer car une diminution de la qualité à long terme est observée(30,37) : il existe une augmentation des réadmissions et de la mortalité à long terme.

#### - Effet sur les fournisseurs de soins.

On remarque que le PPS par cas a eu un effet global sur la réduction du nombre de lits contrastant avec l'augmentation du nombre de prises en charge(28). Il y a un effet de

surproduction de soins. Il existe un recours aux prestataires extérieurs plus important avec une externalisation de certains soins et un transfert de charges vers l'aval(37).

Il apparaît également une sélection des patients par les fournisseurs de soins avec l'intention d'admettre les patients les plus rentables, ce qui entraîne une diminution d'accès aux soins pour les patients les plus lourds(30).

- Effet sur les DMS (*Durée Moyenne de Séjour*).

Les études concernant les DMS sont relativement contradictoires(30,32). Cependant la DMS n'est pas plus longue depuis la mise en place du PPS. Les DMS sont soit stables(28), soit moins longues(36). Lors des sorties précoces, il existe une augmentation des réadmissions et de la mortalité(28,30,31,34). Il serait intéressant d'évaluer l'impact de la prise en compte des réadmissions précoces.

- Effet sur la charge administrative.

Nous retrouvons globalement une augmentation de la charge administrative(34,38). Cela implique entre autres un temps de soins réduit pour les soignants ou la nécessité d'embauche de personnels supplémentaires pour effectuer les tâches administratives permettant le financement des structures.

Le temps dédié à l'optimisation du codage est une charge importante(34).

#### 3.3.2.2. Modèle rétrospectif

Dans un modèle rétrospectif, le fournisseur de soins est remboursé a posteriori sur la base du coût réel du soin. Le risque pèse sur le payeur(26).

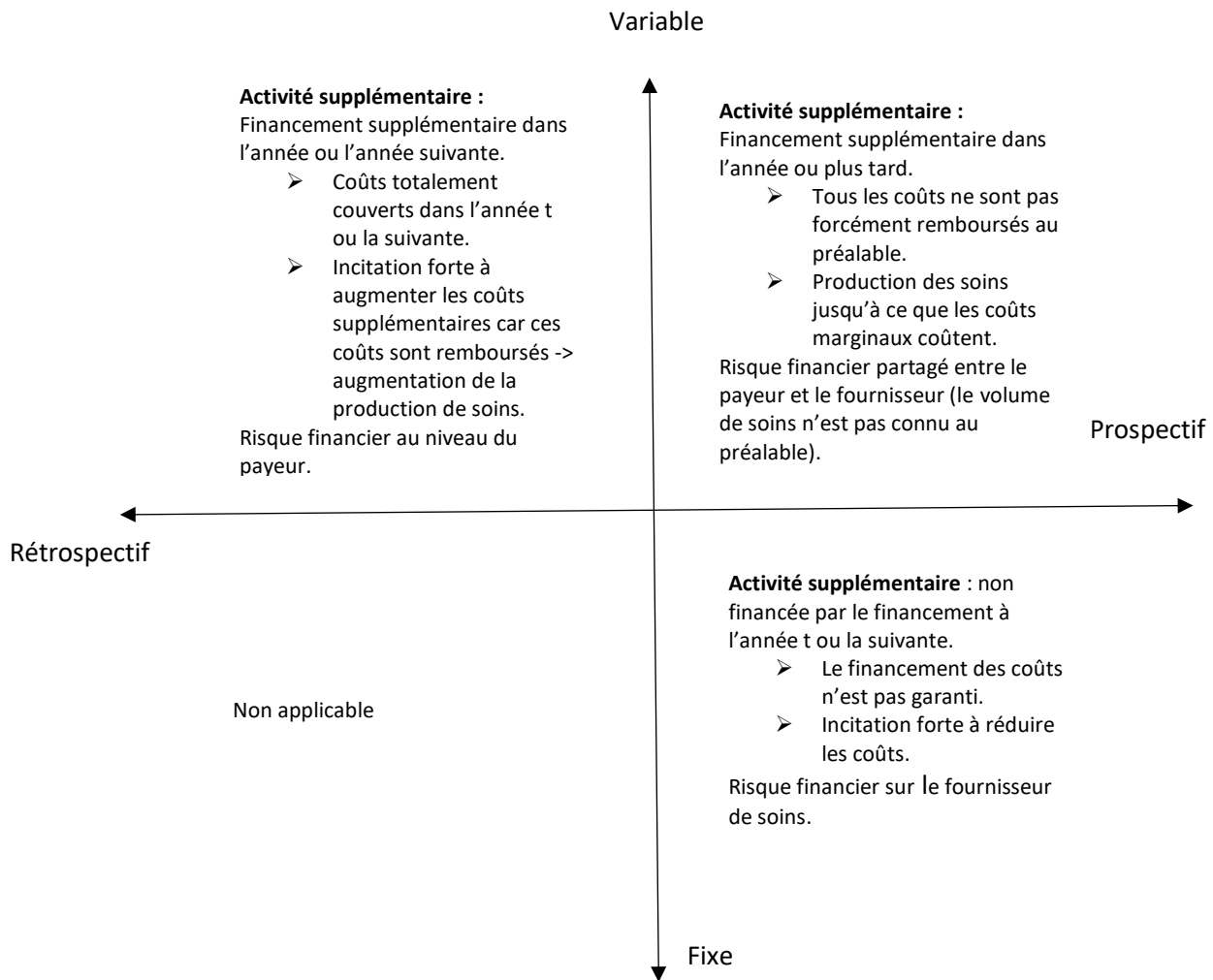


Figure 12 : Implication sur le soin et les activités en fonction des modèles utilisés (adapté de « *A typology for provider payment systems in health care* »)

### 3.3.3. Modalités de paiement

Chaque type de paiement pose un risque différent entre le financeur et le fournisseur de soins. Il faut pouvoir choisir le juste milieu de risque en jouant sur le type et l'unité de paiement. Le plus souvent il existe une hybridation des modèles de paiement(39,40).

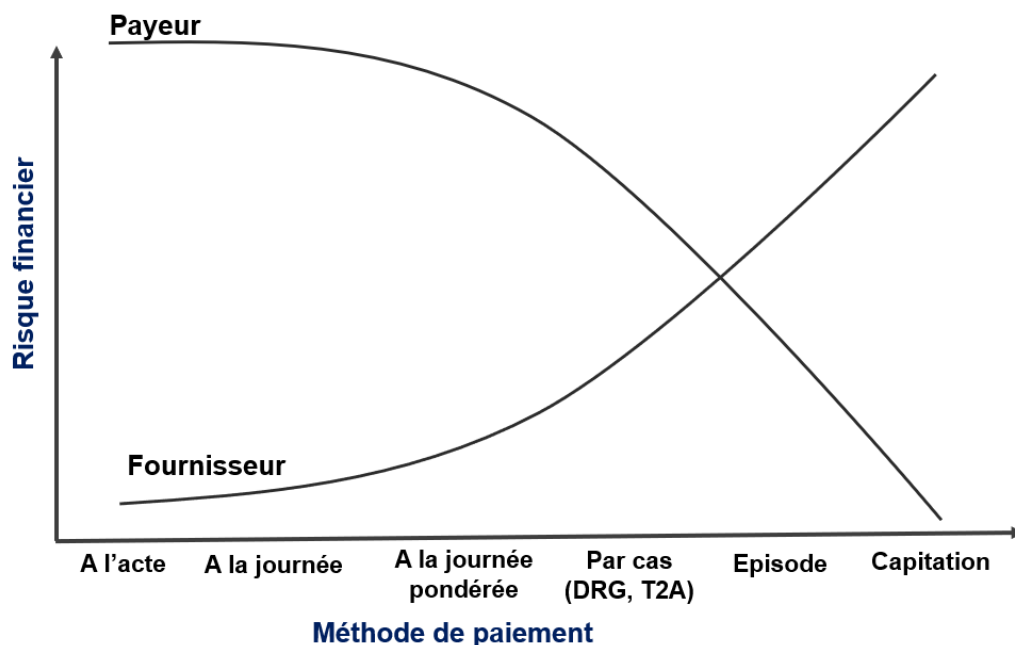


Figure 13: Paiement variable, risques. Adapté et traduit de Averill et al. *Achieving Cost Control, Care Coordination, and Quality Improvement Through Incremental Payment System Reform*, Ambulatory Care Manage Vol. 33, No. 1, pp. 2–23. Traduit par Jean-Pascal Devailly

#### 3.3.3.1. Paiement à l'activité

La France et d'autres pays dits « développés » ont suivi l'exemple des Etats-Unis et ont migré vers la tarification à l'activité. Le but étant de payer le même tarif pour une même activité(41). Il est utilisé majoritairement dans les actes ambulatoires en France et dans les services hospitaliers aigus. Il n'est pas encore totalement fonctionnel dans les SSR mais il se généralise d'année en année.

##### 3.3.3.1.1. *Paiement à l'acte*

Le fonctionnement est le suivant : chaque activité a une base tarifaire ; si l'activité n'existe pas dans la grille de cotation, elle n'est pas rémunérée. Aujourd'hui ce mode de fonctionnement favorise les activités techniques au détriment des activités et des prises en charge plus complexes(38). Il permet de garantir des actes de qualité, variés et totalement pris en charge. Mais cela a favorisé la surconsommation des actes(29,41). Il peut exister des pratiques de sur-intervention dans le seul but d'augmenter le bénéfice pouvant entraîner un surcoût de la prise en charge globale mais aussi des risques inutiles pour le patient.

##### 3.3.3.1.2. *Paiement per diem*

Il s'agit du paiement à la journée fixe. Le tarif reste le même quelles que soient les ressources utilisées et les caractéristiques du patient. C'est par exemple le cas des établissements SSR privés à but lucratif financés par discipline médico-tarifaire. Ce système favorise une augmentation des DMS(40). Il peut être hybridé avec un paiement par cas.

##### 3.3.3.1.3. *Paiement à la journée pondérée*

Il s'agit souvent d'un paiement variable servant de pondération dans d'autres types d'unités de paiement(21).

Il s'agit d'un paiement journalier forfaitaire pondéré par l'activité réalisée. L'idée est de réaliser un paiement pour chaque journée par patient en fonction de ses caractéristiques et de

son intensité de traitement. C'est le cas par exemple dans les RUG ou dans le nouveau type de paiement pour les SNF aux Etats-Unis.

#### 3.3.3.1.4. *Paiement par cas traité*

C'est un paiement au séjour ou sur des épisodes plus courts ou plus longs que le séjour.

Une classification par cas définit des groupes de patients dont les prises en charge sont cliniquement significatives et utilisent des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables.

Les patients sont répartis dans les différents groupes grâce à des outils informatiques et des outils d'évaluation. Ces *case-mix* sont construits différemment selon les pays et sont donc spécifiques. Les groupes homogènes de malades ne sont pas transposables entre les pays du fait de la différence de segmentation des soins post-aigus et des différences socio-culturelles.

Le problème actuel des *case-mix* est leur mode de classement(29,31,41). Ils se fondent principalement sur le diagnostic. Il s'agit d'un indicateur non prédictif du coût des soins contrairement au secteur aigu. Il y a de nombreux autres aspects à prendre en compte(41) comme la nature et l'intensité des traitements et le degré des altérations fonctionnelles.

L'utilisation du paiement par cas peut rarement être la seule voie de financement en soins post-aigus.

#### 3.3.3.1.5. *Paiement par cas, hybridé par la journée pondérée*

C'est un paiement au séjour, c'est-à-dire par cas, hybridé à un paiement à la journée pondérée. Cela permet de mieux financer les séjours lorsque les finalités et l'intensité des traitements varient et sont peu prévisibles.

Il est notamment utilisé en Australie où paiement à la journée pondérée est corrélé à la durée moyenne de séjour des patients. En France la journée est pondérée selon le score RR du CSARR.

#### 3.3.3.1.6. *Paiement à l'épisode de soins*

Il s'agit de décloisonner le social et le médical pour améliorer la coordination entre les différentes parties. Il favorise la coordination entre la ville et l'hôpital. Cela associe différentes sources de paiement avec un partage des risques financiers entre les différents acteurs (fournisseurs de soins et financeurs). Il permet de responsabiliser l'ensemble des acteurs dans le coût global des soins(42).

Cette unité de paiement est en expérimentation aux Etats-Unis sous le nom de « *Bundled Payment* ». L'idée étant de réaliser un paiement selon l'épisode de soins, de sa prise en charge aigüe jusqu'à la fin de la prise en charge. Le patient bénéficie d'une enveloppe globale initiale fixe pour une affection spécifique.

Cette formule aurait l'avantage de la diminution des coûts(35,43) avec une augmentation de la qualité de soins(44). Cependant ce principe de forfait peut induire des dysfonctionnements au niveau administratif(42) pour le paiement entre les différents services et professionnels intervenant au cours de la prise en charge. Cela peut induire un risque financier plus important pour le patient(35,42).

De la même manière il existe des risques de dysfonctionnement(44) dans la succession de structures de soins intervenant chroniquement au cours d'un même épisode de soins. La communication inter-structures est primordiale pour une meilleure prise en charge du patient et une bonne équité de financement(45).

Les « *Accountable Care Organization* », ou ACO, aux États-Unis peuvent répondre à ces problématiques. Le paiement varie en fonction des contrats passés avec les assureurs. Dans le cas de « *medicare* », le paiement se fait à l'acte avec des bonus à la performance.

Les patients bénéficiant de l'ACO diminuent les dépenses de manière significative(46) avec une amélioration de la qualité des soins. Cependant les prises en charge intégrées dans les ACO augmentent le temps de travail des praticiens.

Il peut y avoir un biais de confusion avec une meilleure attention à la performance et un effet de contagion des différentes structures. Aujourd'hui, le recul n'est pas assez important pour conclure à un réel gain d'efficacité sur les soins.

#### 3.3.3.2. Paiement forfaitaire

Il s'agit d'un paiement réservé à certaines maladies chroniques avec un financement pour une période de soins donnée, par exemple sur une année. C'est un paiement forfaitaire fixe qui ne prend généralement en charge que les traitements de première ligne et les traitements directement liés à la maladie. Si une affection intercurrente vient se greffer, le paiement forfaitaire ne s'applique pas.

Le risque pèse sur l'organisation qui gère le financement. Il nécessite d'importants moyens de coordination.

#### 3.3.3.1. Paiement par capitation

Il s'agit d'un paiement par patient. Le fournisseur de soins est payé en fonction du nombre de patients par cas qu'il possède dans sa liste pour une certaine période. Le paiement est indépendant du volume de soins pratiqués. Il couvre les soins liés à un problème de santé ou un à problème psychosocial. Ce paiement est pondéré par l'âge, le lieu géographique et d'autres caractéristiques socio-économiques.

Cela permet de diminuer les coûts par patient et d'éliminer les cas ne rentrant pas dans la liste. Il permet de prévoir les coûts. Ce mode de rémunération est peu approprié pour les services spécialisés.

#### 3.3.3.2. Paiement par dotation globale

C'est un paiement sur un financement global. Cette dotation est reconduite généralement périodiquement. Tous les pays étudiés ont une dotation par structure ou par segmentation de soins. Il s'agit de la DAF (*Dotation Annuelle de Financement*) pour la France. Il n'est pas en lien avec les patients et le type de traitement. Il est soumis à des impératifs politiques. Cela peut causer des problèmes vis-à-vis de l'équité entre les établissements.

### 3.4. Système d'information et financement

| Pays      | Segmentation et gradation | Système de données | Outil de recueil      | Classification à visée tarifaire | Tarification                                        |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|
| USA       | IRF<br>SNF                | IRF-PAI<br>MDS     | SPADES                | CMG                              | Par cas<br>A la journée pondérée                    |
| UK        | 3 niveaux                 | UK-ROC             | RSC<br>NPDS-<br>NPTDA | HRG                              | Paieement à la journée en fonction de la complexité |
| France    | SSR par autorisation      | PMSI               | Dépendance PMSI       | GME                              | Au séjour ajusté à la journée pondérée              |
| Australie | AN-SNAP : 5 types         | AROC               | MIF                   | Case-mix                         | Au séjour ajusté à la journée                       |

Tableau 6 : Les différents types de tarification

#### 3.4.1. Système Français

En France le système global d'information est le PMSI, il est géré par l'ATIH. Il s'agit d'un système d'information fonctionnel pour les soins aigus et les soins de SSR depuis 2003. C'est un outil utilisé dans tous les établissements.

Chaque établissement a le devoir de remplir le PMSI. Les données sont ensuite exportées et combinées afin d'orienter les patients dans les GME. Le financement de la structure découle directement de ces données.

Le remplissage du PMSI se fait grâce à plusieurs éléments(47).

- La CIM10 (*Classification Internationale des Maladies*) ainsi que certains actes médicaux du recueil CCAM (*Classification Commune des Actes Médicaux*) par le médecin.
- Une échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) complétée par l'équipe soignante.
- Les actes du CSARR (*Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation*) remplis par différents professionnels de santé. Il mesure la consommation de ressources. Il comporte 544 items pouvant être codés par 32 professionnels ou codeurs différents. Ceci contraste avec le petit nombre de thérapeutes dans les pays étrangers.
- L'âge.
- Les indicateurs post-chirurgicaux.

Chaque acte est pondéré et contribue au score dit RR de rééducation-réadaptation, calculé à la fin du séjour. Ces données sont recueillies dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Il s'agit d'un recueil d'activités permettant le financement selon les groupes médico-économiques des patients. Le RHS doit être complété chaque semaine. Un séjour peut donc comporter plusieurs RHS.

La classification en GME se fait selon un arbre décisionnel en quatre niveaux hiérarchiques. La première étape est une orientation dans une des 15 catégories majeures. Ces catégories correspondent le plus souvent à un appareil ou une discipline. Il existe ensuite une orientation dans un des 92 groupes nosologiques puis dans un des 273 GME en fonction de l'âge, de la

dépendance physique, de la dépendance cognitive, d'un indice post-chirurgical, du score RR et d'actes marqueurs si nécessaire. A la fin, les patients sont classés dans un des 743 GME selon les comorbidités et complications.

Il existe différents niveaux de GME.

Le niveau 0 correspondant à des séjours d'une durée d'une seule journée. Le niveau 1 correspond à des patients de faible risque avec peu de comorbidité. Le niveau 2 correspond aux séjours avec au moins un marqueur de sévérité.

Pour chaque GME sont définies trois zones. Une première zone pour la tarification à la journée pondérée, une deuxième zone de tarification au séjour et une troisième zone de tarification mixte au séjour et à la journée.

Il y a une difficulté à créer des GME permettant de financer les soins au juste coût(47).

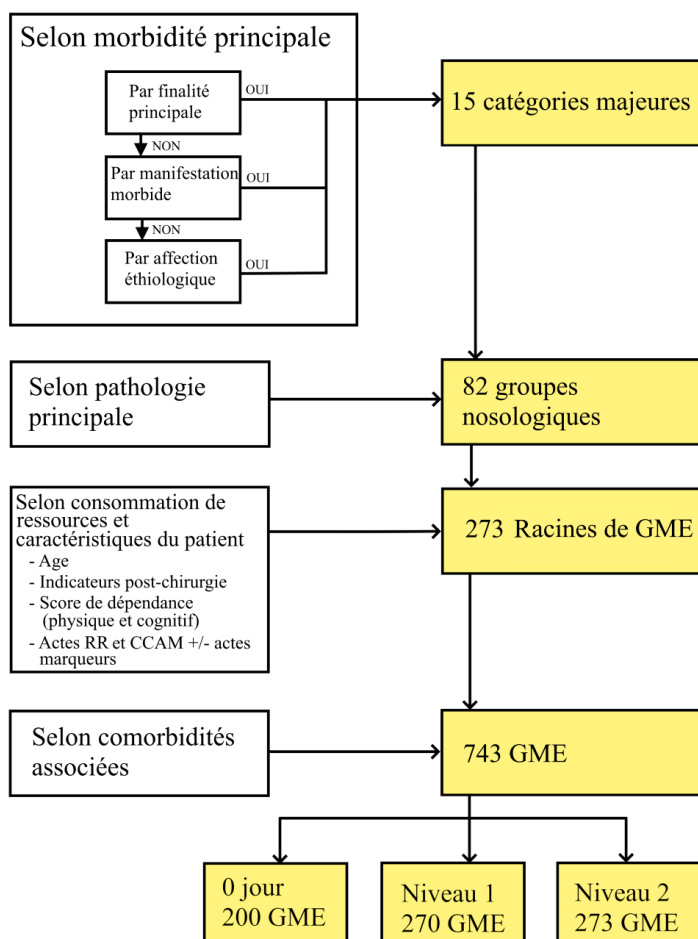


Figure 14: Algorithme de classification GME en France

Le financement est directement lié à la codification des actes. Elle prend 4.5% du temps soignant et est souvent considérée comme chronophage(29).

Le rapport Veran(1) propose de simplifier le CSARR. Il est trop complexe selon les professionnels de santé(48). Ils estiment que le PMSI-SSR actuel ne peut refléter la lourdeur de la prise en charge de réadaptation. Le périmètre du CSARR dépasse largement les thérapies de réadaptation au sens international. Leur proposition est de recentrer le codage sur un périmètre plus étroit, autour des métiers de la rééducation en réduisant le nombre de codeurs.

Il s'agirait de limiter aussi bien le nombre de codeurs que le nombre d'items existants pour fluidifier la saisie de données. Il fait aussi mention d'une possibilité d'évaluation par la mesure des temps de rééducation.

Le financement des SSR se divise ainsi.

- Une partie « activité », divisée en compartiment socle (pendant la période transitoire) et un compartiment sur l'activité en cours.
  - Pendant la période transitoire, le socle correspond aux modalités antérieures de financement (DAF et prix de journée).
  - Dans le modèle cible, le socle devait être calculé sur l'activité des années antérieures mais les dernières évolutions de la réforme étudient d'autres modalités pour la partie socle.
- Une partie complémentaire comprenant :
  - les plateaux techniques spécialisés bénéficiant d'un financement spécifique forfaitaire avec un seuil de déclenchement,
  - les molécules onéreuses,
  - la qualité,

les missions d'intérêt général.

### 3.4.2. Système américain

Contrairement à la France, le système américain a un système de collecte de données et un type de paiement différent selon le type de structures(49). Chaque système d'évaluation possède différentes sections qui peuvent être communes ou différentes selon l'outil. Il s'agit de questionnaires pouvant être remplis à différents moments de la prise en charge, débouchant sur une classification en *case-mix*.

Les taux de base de paiement par *case-mix* peuvent être pondérés selon la zone géographique.

| Type                         | IRF             | SNF                   | LTCH                              | HHA                  | Ambulatoire |
|------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------|
| <b>Heures/jours</b>          | 3h/j            | 0,5-2h/j              | /                                 | 0,5-1h/j             | 0,5-2h/j    |
| <b>Jours/semaines</b>        | 5-7 j/sem       | 5-7j/sem              |                                   | 3j/sem               | 3j/sem      |
| <b>Type de paiement</b>      | Au séjour       | A la journée pondérée | Au séjour et par période 60 jours | Par période 60 jours | A l'acte    |
| <b>Outil d'évaluation</b>    | IRF-PAI         | MDS                   | LTCH-CARE                         | OASIS                | /           |
| <b>Echelle fonctionnelle</b> | FIM puis SPADEs | ADL puis SPADEs       | SPADEs                            | SPADEs               |             |

Tableau 7 : Fragmentation du système de soins post-aigus en Amérique (adapté de « KCE health system : rehabilitation and research center 2002 »)

Le questionnaire est soumis aujourd'hui à une grande réforme. En effet l'*Impact Act* de 2014(50) a notifié des changements importants. L'outil devra être standardisé au niveau des quatre structures du PAC dans le but :

- d'améliorer la qualité des soins,
- d'avoir une validité et comparabilité inter-structures,
- de pouvoir être utilisé en *case-mix* pour le paiement.

Le partage des données serait possible entre les différentes structures sans perte de temps(34,37). Cela correspondrait à un fichier unique de données utilisable par les structures hospitalières et de villes.

Chaque structure devra se conformer au nouveau système d'évaluation à l'horizon 2020. Il comprend une évaluation :

- de l'état cutané,
- du statut fonctionnel et cognitif,

- des fonctions mentales,
- des événements indésirables,
- de la douleur,
- des services et traitements spéciaux,
- des réadmissions précoces (<30 jours),
- des préférences de soins et de la conciliation médicamenteuse.

#### 3.4.2.1. SNF

L'outil d'évaluation des SNF est actuellement le *Minimum Data Set* (MDS 3.0). Il s'agit d'un outil comprenant entre autres une partie diagnostic, une partie ADL, une partie fonctionnelle appelée « section GG » ainsi qu'un score de cognition, le CFS (*Cognitive Function Scale*). L'outil historique a été modifié pour la mise en œuvre du PDPM (*Patient Driven Payment Model*), remplaçant les RUG (*Ressource Utilization Group*). Il définit un nouveau système de classification avec un mode de paiement qui reste à la journée pondérée(51). Il doit être fonctionnel au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Pour les thérapies de réadaptation, les patients sont ainsi classés en cinq *case-mix* différents ajustés pour chaque type de professionnel. La classification repose sur l'intégration des patients dans une des dix catégories cliniques choisies puis repose sur cinq variables :

- utilisation de la kinésithérapie, ou PT,
- utilisation de l'ergothérapie, ou OT,
- utilisation de l'orthophonie, ou SLP,
- utilisation des soins infirmiers et sociaux,
- utilisation des thérapies liées aux comorbidités, ou NTA (*Non-Therapy Ancillary*).

Le patient est groupé dans un *case-mix* dans chacune de ces variables. Il existe une pondération selon la durée de séjour pour les variables PT, OT et NTA.

| Profession-nels           | Kinési-thérapie                                   | Ergo-thérapie                                     | Orthophonie                                                                                                                                           | Soins infirmiers                                                                                                | Thérapies auxiliaires                      |
|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Recueil</b>            | Raison principale du soin.<br>Statut fonctionnel. | Raison principale du soin.<br>Statut fonctionnel. | Raison principale du soin.<br>Statut cognitif.<br>Présence de trouble de la déglutition ou mécanique altérant l'alimentation.<br>Autres comorbidités. | Informations cliniques.<br>Statut fonctionnel.<br>Services supplémentaires.<br>Dépression.<br>Soins infirmiers. | Comorbidités.<br>Services supplémentaires. |
| <b>Outil d'évaluation</b> | CIM<br>Section GG                                 | CIM<br>Section GG                                 | CFS<br>Autres                                                                                                                                         | RUG-like                                                                                                        |                                            |
| <b>Nombre de CMG</b>      | 16                                                | 16                                                | 12                                                                                                                                                    | 25                                                                                                              | 6                                          |
| <b>Paiement</b>           | Journée pondérée                                  | Journée pondérée                                  |                                                                                                                                                       |                                                                                                                 | Journée pondérée                           |

Figure 15 : Variables pour la classification dans les SNF

Il doit être rempli obligatoirement au cinquième jour de la prise en charge et le jour de la sortie. Il peut exister une évaluation intermédiaire si le patient a un changement significatif dans sa prise en charge.

Chaque variable comporte des items précis à remplir. Concernant le score d'aptitude fonctionnelle, celui-ci n'est plus corrélé aux minutes de traitement comme c'était le cas dans le RUG. Il est dorénavant évalué selon le diagnostic et les informations cliniques précises. Il n'y a plus de relation entre le paiement et la dépendance. L'outil est standardisé pour la mesure du statut fonctionnel et des thérapies nécessaires.

Le financement est basé sur un système de paiement prospectif individuel couplé à une tarification à la journée basée sur les ressources utilisées. Il possède également un paiement variable concernant certains types de thérapies spécifiques et clairement identifiées. Le paiement est, pour certaines variables, dégressif selon le nombre de journées.

#### 3.4.2.2. IRF

Concernant les IRF, l'outil de description et d'évaluation est l'IRF-PAI (*Inpatient Rehabilitation Facility Patient Assessment Instrument*). Il permet la classification des patients dans plus de 87 CMG. L'IRF-PAI (présent en annexe) a été récemment mis à jour dans son contenu. La version 3.0 est prévue pour une mise en service en octobre 2019. Les changements ont lieu notamment dans la mesure de la FIM (*Functional Independence Measure*) dans un souci de gain de temps de codification pour les praticiens.

Son contenu actuel comporte une partie diagnostic et une partie fonctionnelle identique à celle utilisée dans les SNF (voir précédemment). Cet outil est rempli par différents professionnels à l'admission et à la sortie des patients.

Il existe une notion de temps de thérapie hebdomadaire, pour les semaines une et deux pour les prises en charge en kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie. C'est un outil simple et rapide à remplir(52). Il peut être utilisé par plusieurs professionnels, en présence du patient ou non.

Le paiement se fait quant à lui selon un modèle prospectif et selon leur appartenance au *case-mix*, modulé selon les comorbidités et le niveau de sévérité. Le paiement est réalisé au séjour. En cas de dépassement du séjour, il existe une tarification supplémentaire fixe(53).

#### 3.4.2.3. HHA

L'outil d'évaluation dans le cas des HHA est l'OASIS (*Outcome and Assessment Information Set*). Ce questionnaire doit être rempli obligatoirement à trois périodes :

- au début de la prise en charge, dans les 5 jours suivant le début (SOC : *Start of care*),
- 5 jours avant la fin de la période de 60 jours,
- 48h après le retour à domicile ou dans son lieu de vie (ou ROC : *Resumption Of Care*).

Il peut être également rempli s'il y a un changement dans la condition du patient.

Il comporte un outil diagnostic, un descriptif des conditions actuelles du patient, un outil d'évaluation des ADL, les thérapies attendues et l'outil d'évaluation fonctionnelle standardisé aux Etats-Unis.

A l'issue de la passation, les patients sont classés selon 153 HHR, (*Home Health Ressource*). Ils restent dans ces groupes pendant 60 jours par épisode de soins. En cas de durée de séjour différente ou de traitements supplémentaires, un paiement pondéré peut être mis en place :

- en minoration de paiement si le séjour est plus court,
- en majoration s'il est très long ou très coûteux, soit supérieur à 80% des coûts moyens du *case-mix*(54).

A noter qu'en janvier 2020 se mettra en place le *Patient-Driven Groupings Model* qui fera passer la durée des séjours de 60 jours à 30 jours. Les modalités de classement dans les *case-mix* seront également changés. Chaque patient sera classé dans un des 432 HHR selon plusieurs variables dont le diagnostic, une évaluation fonctionnelle et les comorbidités.

#### 3.4.2.4. LTCH

Les LTCH utilisent les *case-mix* DRG (*Diagnosis Related Group*) pour leur système de paiement, basé sur le diagnostic et les performances fonctionnelles. Les indices correspondant à la durée moyenne de séjour sont revus chaque année.

L'outil d'évaluation est le LTCH-CARE « *Long-Term Care Hospital Continuity Assessment Record and Evaluation Data Set* ». Il est rempli à l'admission et à la sortie. Il permet une évaluation du patient en fonction du diagnostic, de l'âge, du sexe et des performances globales. Il existe une pondération des séjours comme dans les HHA(55).

#### 3.4.3. Système anglais

Le système anglais fonctionne à l'aide d'un tarif national basé sur un paiement au séjour. Ce tarif se base sur la classification HRG (*Healthcare Resource Group*). Ces *case-mix* sont réalisés grâce à la classification diagnostique CIM ainsi qu'à une codification des procédures et interventions nommée OPCS (*Classification of Interventions and Procedures*). Le paiement est réalisé au séjour avec une majoration fixe selon les HRG en cas de séjour plus long.

Un débat est en cours concernant le financement de la réadaptation. En effet la classification actuelle ne correspond pas au coût réel des soins(56). Le projet est piloté par l'UK-ROC(19) (*UK-Rehabilitation Outcome Center*) dans le secteur de la réadaptation dans la droite lignée de l'AROC (*Australian Rehabilitation Outcome Center*). Il s'agit d'une collection nationale de données dans les services de niveau 1 et 2. Ces données sont collectées à l'admission et à la sortie par l'UK-ROC dataset. Elles se classent de la façon suivante :

- RCS (*Rehabilitation Complexity Score*), montrant la complexité de la prise en charge. Il se divise en quatre catégories : soins, soins infirmiers, traitements et soins médicaux,
- NPDS (*Northwick Park Dependency Scale*), mesurant les soins de base et les soins infirmiers,
- NPTDA (*Northwick Park Therapy Dependency Assessment*), permettant de mesurer la durée globale des thérapies.

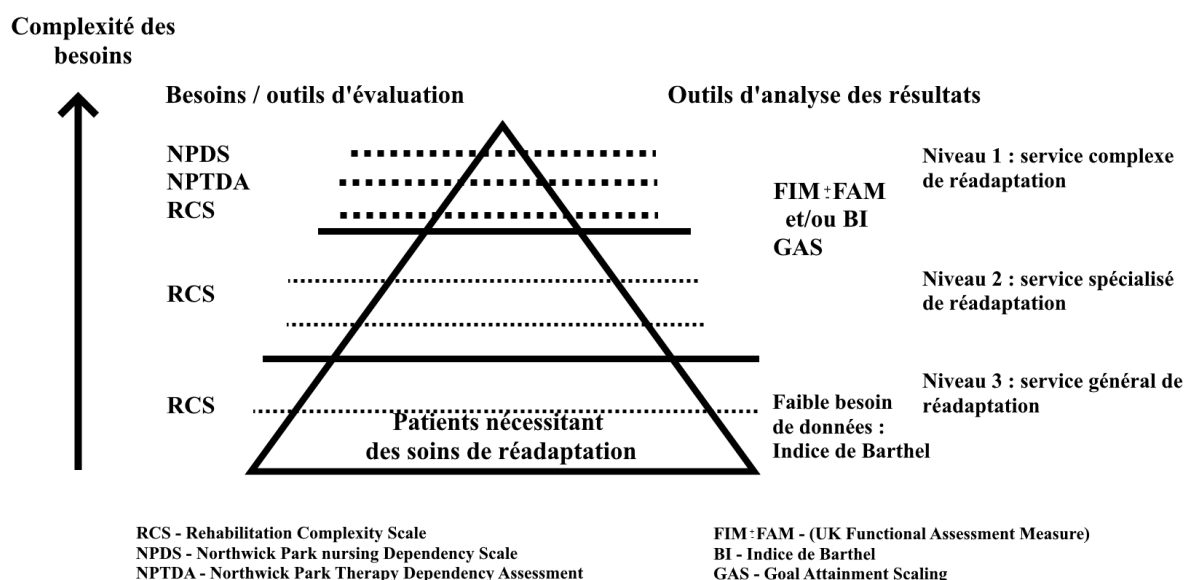


Figure 16 : Gradation des patients par les outils d'évaluation, traduit de la figure de L.Turner-Stokes

Le but de ce projet est de pouvoir comparer les différentes structures sur des critères de qualité et de performances. Cela donnera lieu à la création de *case-mix* spécifiques, pour un paiement à la journée ajusté à la complexité de la prise en charge.

Dernièrement un financement à la performance selon le poids tarifaire d'un lit dans le secteur de la neuro-réadaptation est apparu.

#### 3.4.4. Système Australien AN-SNAP

Le paiement de cette catégorie de soins est basé sur une classification en *case-mix*.

Il s'agit d'un recueil d'informations au cours du séjour basé sur trois critères :

- les diagnostics spécifiques selon la liste de la grille AROC,
- le score MIF, moteur ou cognitif, en fonction du diagnostic,
- l'âge du patient.

Pour le classement dans le cadre du système AN-SNAP, chaque cas est divisé en deux branches : patients hospitalisés (hospitalisation complète ou partielle) et patients en ambulatoire. Une fois ce tri effectué, ils sont classés dans les *case-mix*.

Le paiement est réalisé au séjour avec un ajustement pouvant se faire à la journée. L'avantage étant de pouvoir obtenir des données standardisées, d'améliorer l'accès aux soins et d'autonomiser les structures(57).

Si le patient sort avant l'échéance définie par le *case-mix*, on parle de :

- sortie prématurée dans le cas d'une sortie entre le 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> jour, donnant lieu à un tarif spécifique,
- sortie précoce après le 3<sup>ème</sup> jour.

En cas de sortie précoce ou de sortie tardive (après l'échéance donnée par le *case-mix*), le tarif est pondéré à la journée en plus ou en moins. Dans le cas d'une très longue durée de séjour, supérieure à 90 jours, un nouveau séjour commence. Un nouveau séjour peut également commencer quand le patient ne satisfait plus aux critères de groupage.

Pour les soins *non-acute*, ceux-ci sont financés différemment.

Il s'agit d'un recueil de l'âge, puis d'une durée de séjour présumé, soit supérieure, soit inférieure, à 91 jours. Les patients sont ensuite classés selon l'âge et un score ADL.

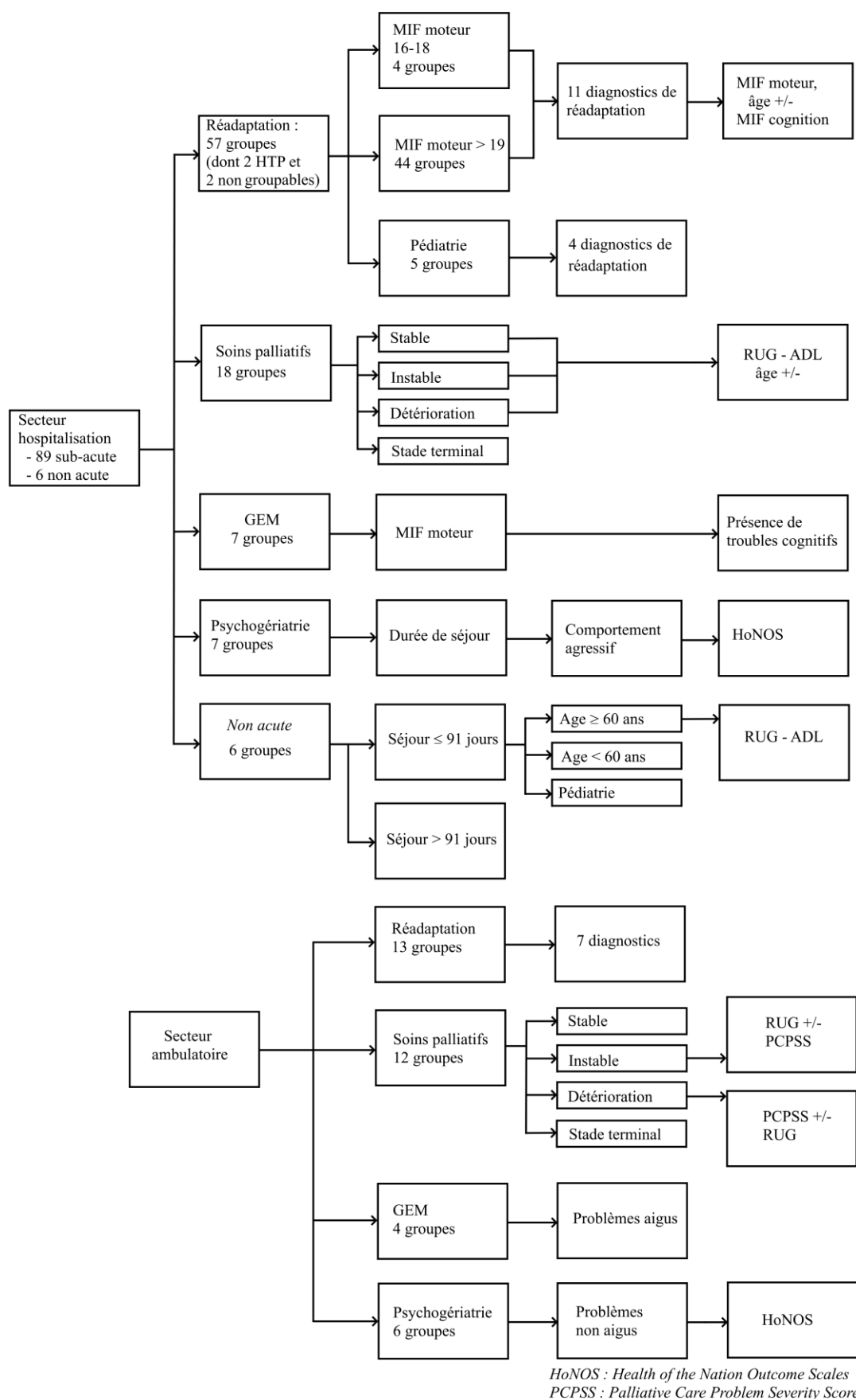


Figure 17 : Algorithme de classification en Australie. AN-SNAP V4

### 3.5.Outil de description des caractéristiques des patients et de l'activité

Le recueil des données dans la classification à visée tarifaire est un élément extrêmement important(58). Dans le secteur de la réadaptation, le diagnostic seul n'est pas un bon indicateur des procédures et des coûts et doit être associé à un outil de statut fonctionnel(43,59). En l'absence d'un outil global applicable à tous les soins post-aigus, les outils de description combinent un diagnostic de réadaptation par domaine de prestations associé à des données d'évaluation fonctionnelle et une mesure des besoins de réadaptation.

Certains auteurs(44,49,58) mettent donc l'accent sur la création d'un outil d'évaluation complet et global. Ce nouvel outil doit également respecter certaines contraintes comme par exemple, une difficulté et un temps de passation correcte. Ces modèles sont encore en réflexion, notamment aux Etats-Unis où une grille d'évaluation est en cours de test (SPADEs : *Standardized Patient Assessment Data Elements*).

Celle-ci devra nécessiter plusieurs volets distincts permettant d'analyser et de classer le plus finement les différents cas.

Il faut noter que les groupes de cas ne peuvent être transposables d'un pays à l'autre. En effet, chaque pays devrait pouvoir créer ses différents groupes homogènes de malades. Les différences socio-culturelles et historiques pesant beaucoup sur ces classifications(29,31,59).

#### 3.5.1. Diagnostic

En général, l'outil de description diagnostic des patients se fonde sur la CIM10 qui est la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Elle est gérée par l'OMS et mise à jour tous les ans. Dans le cas des pays anglo-saxons, elle est utilisée comme telle. Pour la France, elle est révisée par l'ATIH afin d'avoir une traduction fiable et d'être compatible avec l'outil PMSI. Il s'agit d'une classification utilisable en soins aigus ou post-aigus.

L'Australie, quant à elle, utilise la grille AROC. En effet, la classification DRG de base ne contenait que trois codes de réadaptation. Elle n'a pas été jugée applicable car il n'y avait pas de diagnostics spécialisés en réadaptation.

Celle-ci a été finalisée en 2002. Le projet a inclus 30 000 épisodes de soins sur trois mois. Les données collectées étaient la MIF, la durée moyenne de séjour et la qualité des soins. Il a permis de créer des diagnostics spécifiques de réadaptation.

La collecte de données est toujours d'actualité et utilise les données AN-SNAP afin d'évaluer les différentes structures et d'améliorer la qualité des soins de réadaptation.

L'Angleterre, tend aussi à la création d'une base de données, l'UK-ROC en partenariat avec l'Australie. Ceci pour créer des diagnostics spécifiques de réadaptation.

#### 3.5.2. Outils d'évaluation du statut fonctionnel

Un outil d'évaluation fonctionnelle est indispensable pour mesurer objectivement le niveau fonctionnel d'une personne dans des domaines variés(28,34,58,59). Il doit pouvoir prédire la relation entre le niveau de thérapie nécessaire et la réponse du patient en prenant en compte le coût. Il faut qu'il puisse documenter les changements entre le début, le milieu et la fin de la prise en charge. Il doit permettre de mesurer les résultats en fonction du niveau de thérapie nécessaire.

#### 3.5.2.1. Indice de Barthel

Il s'agit d'un outil de « *screening* » des performances dans l'activité quotidienne. Il comprend dix items avec une cotation permettant d'obtenir un score de 0 à 100. C'est un test fiable, sensible et reproductible(56), mais qui ne permet pas d'évaluer le statut cognitif de la personne. Il indique le besoin d'assistance de la personne en matière de soins.

Il est très facile à utiliser et ne requiert pas de compétences particulières. Il est utilisé en Angleterre dans le cas des réadaptations simples.

#### 3.5.2.2. SMAF

Il s'agit d'un outil non cité dans le document mais qui paraît intéressant à décrire. Il est utilisé surtout au Canada où il a été validé. Il est aussi utilisé dans certaines régions de France. Il permet de mesurer l'autonomie fonctionnelle de la personne. Il prend en compte l'environnement des personnes dans toutes ses sphères des activités de la vie quotidienne.

#### 3.5.2.3. Grille ADL de Katz

Elle a été adaptée pour l'intégration dans le PMSI afin d'évaluer la dépendance. Elle est également utilisée pour l'évaluation dans la partie *non acute* de l'AN-SNAP.

Elle définit six variables de dépendance avec trois niveaux de cotation. Ce n'est pas une échelle fonctionnelle.

#### 3.5.2.4. Section GG

Il s'agit de la section d'évaluation fonctionnelle standardisée aux Etats-Unis. Elle est maintenant comprise dans tous les outils d'évaluation du PAC. Elle comprend divers items d'évaluation fonctionnelle concernant les AVQ (*Activité de la Vie Quotidienne*) et les fonctions motrices. Elle doit être remplie par observation directe si possible. Elle est codée selon le niveau de dépendance de la personne, sa mobilité et sa propension à s'occuper d'elle-même.

Son développement s'est fait grâce à un panel d'experts et à une concertation publique.

La grande nouveauté par rapport aux autres outils est le fait qu'elle permet de coter un objectif de rééducation du patient.

En complément, il existe des sections qui décrivent les fonctions cognitives et sensorielles.

#### 3.5.2.5. MIF

La MIF (*Mesure de l' Indépendance Fonctionnelle*) est l'outil le plus utilisé en réadaptation(43,56). Il est composé de dix-huit items basés sur l'observation ou sur un entretien. Il est rapide, fiable et aisé à utiliser. Il a cependant une mauvaise performance si les cas sont complexes(36,43). Il permet de mesurer les limitations d'activités en cas de lésions cérébrales ou musculo-squelettiques. Les items sont cotés selon le degré d'assistance requis pour le patient afin qu'il puisse réaliser une activité. Il comprend six domaines fonctionnels. Il existe deux sous échelles : la MIF moteur et la MIF cognitive.

#### 3.5.2.6. MAF

Développée dans les années 90 aux USA, l'outil a été développé dans le but de compléter la MIF. Il comprend douze items ne pouvant être utilisés seuls. Il est plus subjectif et inclut des

items sur le cognitif, les émotions et la communication. Il est plus utile dans le cas des traumatismes crâniens.

#### 3.5.2.7. MIF-MAF

C'est le score principal utilisé en Angleterre pour l'évaluation des lésions neurologiques dans les cas de prises en charge complexes. Il est adapté de la MAF. En effet, une validation spécifique a été réalisée pour ajuster l'outil au système de santé anglais. La MIF reste, elle, inchangée. La MAF adaptée ajoute surtout des items de cognition et de performances psychosociales que la MIF n'intègre pas.

Cet outil est utilisé pour l'admission dans les dix premiers jours ainsi qu'à la sortie du service. Il est basé sur une observation directe du patient. Il évalue la dépendance dans diverses activités de la vie quotidienne.

#### 3.5.2.8. RAI – InterRAI

Cet outil a été développé par un groupe collaboratif international pour le développement de *case-mix* pour les personnes âgées et les personnes handicapées(56). Le but étant de produire des informations de données exploitables à grande échelle.

L'idée est de réaliser des *case-mix* de type RUG avec une partie clinique divisée selon une grille d'analyse des activités de la vie quotidienne. Le classement se fait en cinq groupes, en fonction du niveau de sévérité. Les *case-mix* sont créés grâce à des outils comme le MDS par exemple.

Un outil unique d'évaluation du statut fonctionnel faciliterait l'évaluation des besoins afin de mieux définir des politiques de santé et d'orienter les patients vers le programme de soins le plus adapté. Le but affiché, outre la tarification, est d'évaluer la pertinence des soins dans différents lieux, à différents moments du parcours de soins, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution.

### 3.5.3. Outils d'évaluation des besoins de réadaptation

Ces outils permettent de mesurer la consommation de ressources. Les besoins de réadaptation sont complexes à évaluer, ils dépendent de beaucoup de facteurs peu objectivables(29,37,38). Le temps et la complexité de la rééducation sont directement corrélés au coût des soins(43).

#### 3.5.3.1. RCS

L'outil capable d'évaluer cela est le RCS, utilisé en Angleterre. En effet les outils fonctionnels décrits ci-dessus ne sont pas performants lors de cas complexes nécessitant des thérapies spécialisées. Le RCS permet d'attribuer des temps de soins aux différentes spécialités nécessaires dans le programme de rééducation du patient. C'est un outil simple, pratique et rapide à utiliser(43).

Il est utilisé en vue d'implémenter un nouveau paiement dans la réadaptation neurologique en Angleterre pour distinguer les patients nécessitant une prise en charge dans des services de niveau 1 et d'une partie des niveau 2.

### 3.5.3.2. CSARR

En France, le catalogue des actes permet une cotation des actes de rééducation selon le professionnel impliqué. Il est centré sur certains métiers spécifiques de la rééducation. Chaque acte a théoriquement une durée moyenne d'exécution, dans la réalité les durées de mesure de certains actes sont très hétérogènes pouvant aller de quinze minutes à deux heures. Les inconvénients principaux sont la complexité du codage, l'impossibilité de coder le même acte pour deux professions différentes et le temps nécessaire à l'utilisation et au codage(29).

### 3.5.3.3. Section GG

En plus d'une évaluation du statut fonctionnel à l'admission, il permet de coter un objectif de rééducation par item.

### 3.5.3.4. RUG

Il s'agit de la mesure des temps de rééducation. La mesure du temps est réalisée après les soins tout comme le CSARR. Cela permet d'évaluer la consommation de ressources. Il est utilisé dans le secteur *non acute* et des soins palliatifs en Australie. C'est l'outil d'évaluation historique des SNF.

## 3.5.4. Facteurs socio-environnementaux.

Le contexte social est important, en effet, de nombreux patients en SSR sont atteints de maladies chroniques et le handicap social est inversement corrélé au niveau socio-économique. La notion de handicap social est définie comme des personnes en difficulté sociale. Celle-ci a été introduite par la loi du 17 novembre 1974. Il fait augmenter le coût des soins entraînant un surcoût hospitalier expliqué par une durée de séjour augmentée et l'intervention d'autres professionnels de santé (assistante sociale, organisation de la sortie). L'augmentation du coût moyen est de 12% en France(60). Une étude américaine plus ancienne montrait une augmentation des coûts de 16%(61).

L'évaluation du contexte social peut se faire selon différents outils.

- L'échelle de handicap social, par l'INSEE (*Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*). Il s'agit d'un questionnaire de deux cent treize items repartis en différents domaines d'analyse. Les patients sont ensuite classés selon quatre catégories selon leur degré de handicap social. Il est couplé au PMSI mais reste long et complexe à remplir.
- Le score EPICES (*Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour le CES*) est un questionnaire de quarante-deux items, donnant un gradient de précarité aboutissant à un score entre 0 et 100. C'est un indicateur de la précarité individuelle.
- Intermed : ce score permet d'évaluer la complexité bio-psycho-sociale et d'identifier les patients complexes avec un haut degré de comorbidité(62). Il est constitué de vingt variables évaluées de manière quantitative dans un entretien semi-structuré. Il inclut une approche biologique, psychologique et sociale en relation avec les systèmes de soins. Il possède une fidélité inter-praticiens de toutes disciplines.

Concernant les soins post-aigus, ces scores permettraient de prévoir les patients nécessitant de la coordination précoce, de prédire les séjours prolongés et les impasses hospitalières(63). Ils permettent de stratifier les besoins et les niveaux d'intervention. Ceux-ci devraient être réalisés idéalement dès les soins aigus.

En France, le PMSI n'est pas adapté à la prise en charge du surcoût lié aux facteurs socio-environnementaux(29,60,64). Le score CSARR sur le codage spécifique « assistant social » ne permet pas de palier suffisamment cela. Il existe une enveloppe intitulée « missions d'intérêt général » permettant de compenser en partie ces surcoûts. Il y a une prise en compte insuffisante de la dimension socio-environnementale en partie du fait que le financement des services sociaux nécessaire relève du secteur de l'action sociale et médico-social.

## 4. Discussion

Cette thèse est une revue de la littérature étudiant les différents systèmes de financement et de classification des patients dans divers pays afin d'en tirer des conclusions et recommandations en France dans le secteur des SSR.

### 4.1. Forces et limites

#### 4.1.1. Des études incluses

Il existe des biais dans cette étude. La plupart des articles étudiés concernent les Etats-Unis et nous avons vu que les modèles étaient difficilement transposables entre eux en raison des différences dans la structuration des systèmes de santé.

Nous avons également trouvé peu de littératures avec des niveaux de preuves élevés et aux critères de qualité importants. Nombre d'articles sont des revues narratives sans critères de qualité objectifs.

Cependant, dans un domaine comme celui-ci en pleine évolution, il a été intéressant de pouvoir comparer les différents avis d'experts qui travaillent sur le terrain. Dans ce sens, nous avons choisi de n'inclure que les études à partir de 2005. En effet, nous pensons que quinze ans sont déjà très longs dans le contexte actuel.

Un point à noter est le fait que les objectifs politiques économiques(65) ne sont pas identiques à nos préoccupations et objectifs en tant que soignant. Nous voyons avec nos propres idées et notre propre jugement sans toujours connaître l'impact d'un changement au niveau d'une responsabilité gouvernementale. Il s'agit d'un sujet très complexe soumis à notre jugement qui n'entrevoit peut-être qu'une partie du problème sans ses conséquences sur d'autres pans politiques.

#### 4.1.2. De la méthodologie

##### 4.1.2.1. Forces

Nous avons effectué ici une revue de la littérature. Il s'agit d'un sujet d'actualité politique fort. De nombreux avis et de nombreux rapports sont publiés dans différents pays pour commenter et appréhender l'avenir financier du soin. Nous avons pris le parti de nous intéresser au secteur SSR, secteur peu étudié mais pourtant très important. Dans la littérature actuelle il n'y a pas d'articles récents portant sur les comparaisons internationales.

Nous avons essayé d'effectuer un travail de recherche avec une méthodologie fiable et solide. En effet, chaque article a été sélectionné selon les recommandations en vigueur. Deux examinateurs indépendants ont été interrogés pour le choix des articles et chaque article a été étudié selon une échelle de qualité validée pour chaque type d'articles.

##### 4.1.2.2. Limites

Nous avons volontairement fait le choix de ne prendre que des articles en anglais ou en français. En effet, nous ne pouvions réaliser une étude fiable avec d'autres langues sans les maîtriser. Cela entraîne le fait que nous n'avons étudié qu'un petit nombre de pays, par manque de temps et de compétences linguistiques.

Malgré cela la littérature a été dense et nous avons décidé de ne pas inclure dans les résultats de rapports gouvernementaux ou d'écrits émanant d'autres organisations comme les cabinets de conseil. Nous les avons intégrés pour illustrer ou appuyer certains propos.

## 4.2. Analyse des résultats

Quatre composantes de l'organisation et du financement des soins post-aigus ne peuvent être dissociées : la segmentation des prestataires définissant les missions et les moyens, la classification supportant un paiement prospectif par cas, l'unité de groupage et l'outil de recueil des caractéristiques des patients et de l'activité.

Face à des systèmes de santé très différents dans leur organisation et leur financement, nous utiliserons comme base de travail les cadres internationaux de l'OMS et de l'OCDE.

Un bref historique des choix français est nécessaire pour replacer ceux-ci dans leurs contextes afin d'expliquer les choix et les perspectives possibles pour la France.

### 4.2.1. Historique

Comme nous l'avons déjà souligné, la France ne parvient pas à construire une classification acceptée par les acteurs notamment cliniciens et les fédérations hospitalières du fait de son incapacité à capter les besoins de réadaptation. Le modèle français des SSR tend à homogénéiser les rôles des établissements sans prendre en compte les programmes de soins, les finalités et la consommation de ressources diagnostiques et thérapeutiques. De ce fait la classification ne permet pas de financer les prises en charge lourdes, intensives et complexes.

Dans le but de comprendre cette situation, il est important de décrire les choix politiques successifs concernant le domaine de la réadaptation et des SSR.

Dans la période d'après-guerre, la réadaptation était considérée comme un axe stratégique de la politique de santé publique française. Le concept de réadaptation hospitalière figure dans les ordonnances de 1958. A l'époque il existait une commission nationale de la rééducation et de la réadaptation.

A partir de 1970, en lien avec la loi portant réforme hospitalière, la France acte la scission entre le secteur sanitaire et le secteur de l'action sociale. La réadaptation perd alors son statut d'axe stratégique de santé publique.

En 1991, la loi portant réforme hospitalière prévoit notamment la création des SSR (*Soins de Suite ou de Réadaptation*) issus des anciens lits de moyen séjour. Une différence persiste entre les autorisations de rééducation fonctionnelle et de soins de suite. Toutefois on constate l'extrême hétérogénéité des prises en charge, des missions et des objectifs dévolus à ces structures ainsi regroupées.

Les années 90 ont vu l'apparition de la comptabilité analytique hospitalière (CAH). La réadaptation était alors définie comme une fonction médico-technique transversale et n'était donc pas considérée comme une activité majeure. Elle n'est pas cohérente avec la classification de l'ISHA, qui n'apparaîtra qu'en 2000. L'objectif principal de certaines prises en charge n'était pas pris en compte, expliquant l'absence de stratégie nationale de réadaptation.

Entre 1993 et 1996, se met en place le PMSI-SSR. Il n'y a pas de distinction entre les autorisations de soins de suite et de rééducation fonctionnelle. La finalité principale de prise en charge peut être codée mais elle n'est pas suffisamment informative. Les classifications ne peuvent mettre en lien les finalités principales de soins avec les coûts hospitaliers, en particulier pour les prises en charge à forte densité de réadaptation. C'est pour répondre à ce problème que le CdARR (*Catalogue des Activités de Rééducation – Réadaptation*) puis le CSARR ont été mis en place afin de capter a posteriori l'intensité de la réadaptation par la consommation de ressources.

En 2008 la réforme des autorisations acte la fusion entre la rééducation fonctionnelle et les soins de suite. Les SSR deviennent les soins de suite et de réadaptation. Les missions de ces établissements sont segmentées par les catégories pathologiques de l'aigu et l'âge des patients mais non suivant leur état fonctionnel. Il persiste bien une gradation entre soins de suite polyvalents et mentions spécialisées mais les conditions de fonctionnement sont trop peu exigeantes pour les différencier(47,66).

En 2012 la classification à visée tarifaire au séjour s'applique à tous les SSR sous forme de groupes médico-économiques, ou GME. Il s'agit là de la dernière grande réforme ayant abouti au fonctionnement actuel de la prise en charge en SSR.

#### 4.2.2. Cadre conceptuel de la réadaptation

##### 4.2.2.1. Cadre OMS

L'OMS définit des stratégies fondamentales de santé qui sont : les soins de prévention, les soins curatifs, les soins de réadaptation, les soins d'assistance et les soins palliatifs. Ces stratégies doivent se décliner sous forme de planification, budgétisation, allocations de ressources et systèmes de régulations spécifiques.

Concernant les soins de réadaptation, nous prendrons ici la définition de l'OMS. La réadaptation est un élément à part entière des services de santé visant à garantir que les personnes puissent réaliser pleinement leur potentiel fonctionnel.

Actuellement dans « l'appel à l'action réadaptation 2030(9) » de l'OMS, celui-ci prône des mesures de promotion de la réadaptation dans tous les pays et particulièrement pour les signataires de la convention internationale des droits des personnes handicapées. C'est la santé fonctionnelle qui est en jeu. Elle correspond aux dimensions de la CIF. Sur le plan épidémiologique, l'objectif est l'espérance de vie sans incapacité (EVSI).

La réadaptation peut être entendue comme :

- une stratégie de santé ou axe prioritaire de santé publique,
- une fonction ou une finalité fondamentale comme dans le cadre de l'ICHA-HC,
- un ensemble de structures ayant une finalité principale de réadaptation.

La réadaptation comporte trois parties : la médecine de la réadaptation, les professionnels paramédicaux ou d'autres domaines de la réadaptation et les produits d'assistance. La réadaptation est une fonction qui ne se limite pas au secteur institutionnel des SSR.

##### 4.2.2.2. Cadre OCDE

Ce cadre a abouti à la classification de l'ISHA. Le modèle a tenté de réaliser une synthèse des modèles de comptabilité internationaux dans les soins de santé.

Ce système permet la comparaison des pays entre eux en comptabilité pour des fonctions et des structures comparables. Ce modèle établit une segmentation claire entre les différents prestataires de soins HP ainsi que les différents objectifs de soins HC. Cette classification permet de segmenter les différents champs de la santé à l'échelle mondiale.

#### 4.2.2.3. Relations entre fonction de production et stratégie

| <b>Nomenclature ICHA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Stratégie de santé OMS</b>                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HC1 : soins curatifs.</b><br>Ce sont les soins de chirurgie, d'obstétrique et de médecine. Ils permettent de traiter, diminuer les symptômes, réduire la sévérité et lutter contre l'aggravation ou les complications. Ce sont également les actes diagnostiques et thérapeutiques.                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Soins curatifs/Stratégie curative.</b><br>L'amélioration de la performance de ces soins a permis l'augmentation des maladies chroniques et des comorbidités multiples.                                                                            |
| <b>HC2 : soins de réadaptation.</b><br>Ce sont les soins médicaux prodigués après un traumatisme ou un accident et dont le but est d'améliorer ou de restaurer du mieux que possible la situation fonctionnelle du patient : les fonctions organiques, les activités et la participation selon la CIF.                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Soins de réadaptation/Stratégie de réadaptation.</b><br>La réadaptation et l'adaptation ont pour but de permettre aux personnes handicapées de jouir de manière optimale de leurs fonctions physiques, sensorielles, intellectuelles et sociales. |
| <b>HC3 : soins de longue durée.</b><br>Ce sont les soins d'assistance pour réaliser les activités élémentaires de la vie quotidienne. Ils sont souvent associés à une aide en matière de soins médicaux élémentaires tels que les pansements, la gestion de la douleur, la prise de médicaments, le suivi de la santé, la prévention, la rééducation ou les services de soins palliatifs. Ils sont assurés en établissements ou à domicile, le plus souvent par des infirmiers.<br><br>La frontière est complexe avec l'action médico-sociale et sociale. | <b>Soins d'assistance/Stratégie d'aide à la vie quotidienne.</b>                                                                                                                                                                                     |
| <b>HC.6 : Services de prévention et de santé publique.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Soins de prévention/Stratégie de prévention.</b>                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Fonction de production composite.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Soins palliatifs/Stratégie palliative.</b>                                                                                                                                                                                                        |

Tableau 8: Relation entre cadre OCDE et cadre OMS

Les comptes publics de la santé nous montrent que la France n'a pas de ligne comptable dédiée au secteur de la réadaptation. La prise en charge est intégrée au secteur MCO (*Médecine, Chirurgie, Obstétrique*) aussi appelé « secteur HC1 ».

En France, l'absence de nomenclature fonctionnelle fait que la réadaptation n'est envisagée que sous la forme de soins « transversaux » décrits par des sections d'analyse médico-technique (SAMT plateau technique et SAMT rééducation-réadaptation).

Ceci explique, au moins en partie, que la France n'a pas été capable de fournir les données HC2 à l'ISHA<sup>4</sup>. Le dispositif actuel empêche l'élaboration des stratégies de soins centrées sur la réadaptation.

#### 4.2.3. Segmentation

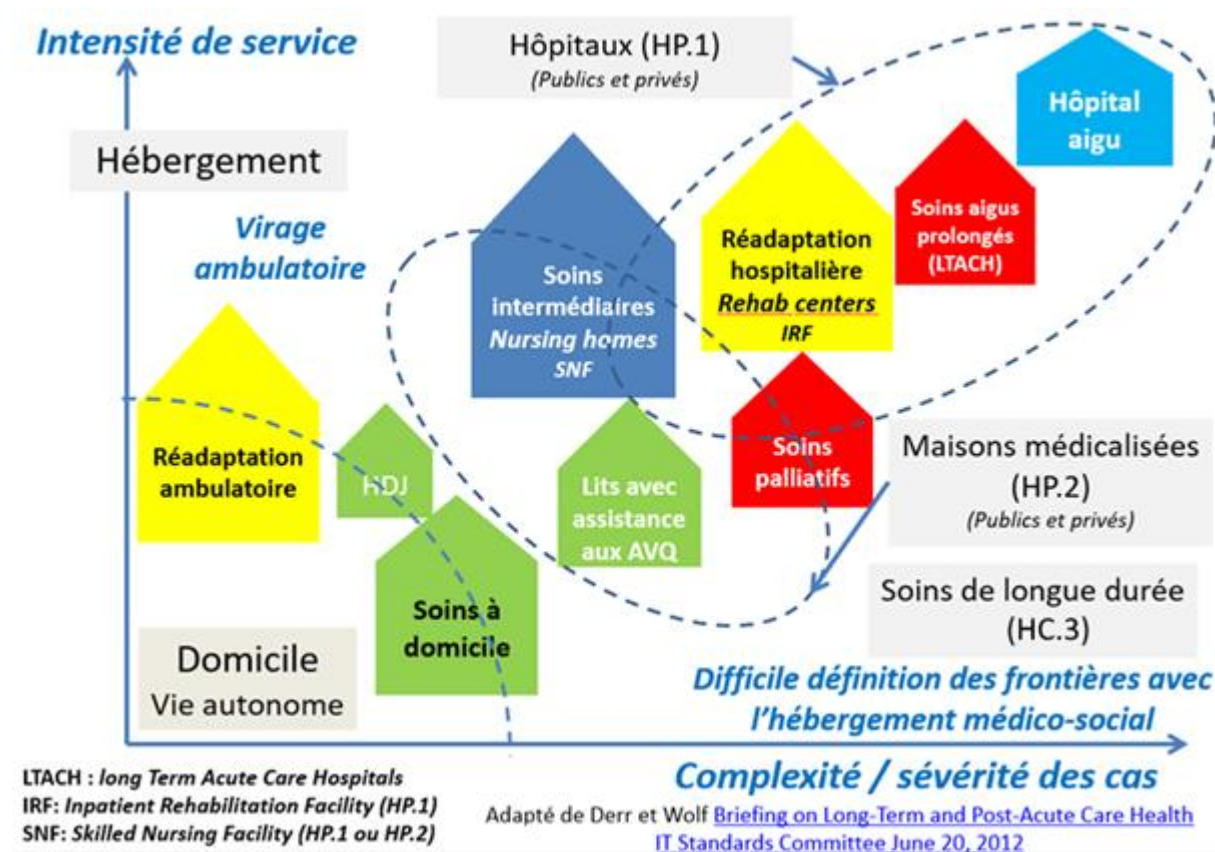


Tableau 9 : Segmentation des soins aux USA

##### 4.2.3.1. Segmentation diachronique

Il s'agit de réfléchir sur une possible segmentation temporelle tout au long de la chaîne de soins ; faire la différence entre soins aigus et soins post-aigus en termes de temporalité. A quel moment se termine le secteur aigu et à quel moment se termine le secteur post-aigu ?

Il est possible de segmenter une intervention en réadaptation :

- en fonction de la durée de séjour : court, moyen ou long séjour,
- en fonction du stade de la prise en charge hospitalière de la maladie : aiguë, post-aiguë ou chronique,
- en fonction de l'acuité des soins délivrés : soins aigus, sub aigus ou non aigus,
- en fonction de l'objectif principal de la prise en charge : curative, de réadaptation ou de maintien de fonction,
- en fonction du niveau d'exercice des soins : hôpitaux, maisons médicalisées ou soins ambulatoires.

<sup>4</sup> <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Toutes ces logiques sont bien évidemment intriquées. Actuellement la France prend en compte la durée du séjour, le stade de la prise en charge et l'objectif principal. Dans un contexte de diminution des durées moyennes de séjour en aigu, le secteur post-aigu peut être compris comme un secteur de dégagement des structures de soins et non comme secteur ayant un rôle propre de soins spécialisés.

En France, le champ SSR est enchâssé dans les filières amont/aval entre les soins aigus et chroniques. La Cours des Comptes(67) met en exergue la fragmentation institutionnelle mais aussi la dépendance du secteur SSR vis-à-vis des secteurs en amont et en aval de la prise en charge.

La pression sur les lits aigus met en opposition les logiques de fluidité en aval de l'aigu et la pertinence des soins en SSR. Les objectifs spécifiques de réadaptation, définis par les catégories majeures de diagnostic, entrent souvent en contradiction avec les besoins de dégagement des lits d'amont au sein des structures hospitalières du fait du dysfonctionnement des filières. De ce fait, les services spécialisés dans la réadaptation ne répondent plus à leur fonction principale. Par exemple, le service situé en amont, pressé par l'obligation de diminution des DMS, transfère de plus en plus tôt ses patients dans les services de réadaptation, entraînant un surcoût de complexité clinique en SSR. L'identification de véritables séquences de réadaptation intensive est d'autant plus nécessaire que le bornage de la fin de prise en charge de réadaptation n'est pas clairement défini.

#### 4.2.3.2. Segmentation synchronique

La segmentation institutionnelle prend en compte la segmentation selon les rubriques de la classification ICHA-HP. Il s'agit de grader les prises en charge des patients ainsi que les domaines de prestations selon des critères définis à l'avance. La gradation en niveaux primaires, secondaires ou tertiaires obéit à une triple logique géographique, technique et parfois financière (si le niveau primaire contrôle l'accès aux niveaux supérieurs). En SSR, un tel modèle de gradation implique qu'il y ait eu des critères d'orientation vers les différents niveaux de réadaptation. Aux niveaux secondaires et tertiaires s'effectue une spécialisation qui décrit les domaines de prestations (réadaptation locomotrice, neurologique, cardiaque, respiratoire, etc.).

L'organisation des hôpitaux est très hétérogène et dépend de l'histoire propre à chaque pays. Certains pays ne mettent pas en place de secteurs post-aigus ou d'hôpitaux de soins de longue durée. Les segmentations des séjours hospitaliers divergent également.

L'hétérogénéité des structures des soins post-aigus tient à la distinction variable entre les lits hospitaliers (HP1) et les maisons médicalisées (HP2)(68). Le terme de « *nursing home* » peut être traduit par « maisons médicalisées ». Selon les pays, elles peuvent tout aussi bien concerner le secteur post-aigu que les soins de longue durée lorsqu'ils existent. Elles regroupent les maisons de convalescence et les maisons de repos. Il s'agit d'un ensemble de structures extrêmement hétérogènes, répondant à des missions de réadaptation, des missions de maintien de fonction et des missions palliatives.

Les SSR comportent de nombreux lits qui seraient classés dans la catégorie HP2 à l'étranger. L'absence de cette segmentation institutionnelle questionne d'emblée la possibilité d'un système de paiement appliqué uniformément à un ensemble aussi hétérogène. La réadaptation peut se faire uniquement dans des hôpitaux spécialisés à niveau de soins élevés. Il est envisageable dans une logique de gradation des soins de réaliser des prises en charge en réadaptation dans des maisons médicalisées avec une complexité moindre, tout en réservant l'accès aux services hospitaliers pour des patients plus complexes, nécessitant un plateau technique spécialisé.

La segmentation institutionnelle comme dans le cas des autorisations françaises définit les missions des différents types de structures du secteur post-aigu avec les exigences minimales de moyens à mettre à disposition des patients(69).

#### 4.2.3.3. Segmentation fonctionnelle

Il s'agit des objectifs fondamentaux des prestations qui ne s'appliquent pas seulement au secteur post-aigu mais aussi à l'aigu, à l'ambulatoire, au domicile ainsi qu'aux secteurs d'hébergement liés à l'action sociale. Les finalités principales correspondent à la nomenclature fonctionnelle de l'ISHA.

Les soins de longue durée entrent, en terme fonctionnel, dans la rubrique HC3 et s'entendent comme assistance aux activités de la vie quotidienne. Cette rubrique ne doit pas être confondue avec les unités de soins longue durée qui, en France, sont hospitalières et à l'étranger qui peuvent être hospitalières ou non. Ils peuvent être considérés comme des *nursing home* ce qui rend la comparabilité des systèmes encore plus complexe.

Ces soins de longue durée ne sont pas forcément distingués des soins de réadaptation, ni en terme fonctionnel, ni en terme institutionnel, dans les autres pays. Aux USA et en Australie ils sont compris dans les soins post-aigus (LTCH).

#### 4.2.3.4. Gradation des soins

Il est difficile de grader les prises en charge sans avoir défini les fonctions de production et les activités homogènes qui les constituent. En France, il n'existe pas dans le système d'information de critères d'orientation vers les différents niveaux de prise en charge. Des patients dans une même situation clinique peuvent, selon les contraintes pesant sur les équipes en aigu, être dirigés en service polyvalent ou en service spécialisé. Des prises en charge aussi hétérogènes ne respectent pas les principes d'accessibilité, de qualité et de continuité de soin.

Dans la plupart des pays la réadaptation est divisée en plusieurs niveaux : spécialisée ou très spécialisée. Le traitement des lésions médullaires par exemple est considéré dans quasiment tous les pays comme un soin hautement spécialisé.

La gradation s'effectue selon l'intensité des besoins de réadaptation mais parfois également selon la complexité médicale des soins (LTCH aux USA).

Cela correspond en France à la création de fait, même si elle n'est pas identifiée dans les autorisations, de soins de suite polyvalents lourds. Ces structures sont parfois identifiées comme « réadaptation polyvalente pour personnes polypathologiques » ou encore comme « réadaptation de médecine interne » (présentes en Suisse).

Les modèles australiens et américains se fondent sur une gradation institutionnelle et fonctionnelle (IRF hospitalières et SNF *nursing home*). Chaque patient est dirigé vers le service le plus approprié en fonction de la nature et de l'intensité de ses besoins de réadaptation.

Le modèle anglais est organisé de manière différente. En l'absence de secteur post-aigu clairement identifié, la segmentation fonctionnelle s'inscrit dans une logique de spécialisation et de gradation des soins, avec une définition claire de celle-ci. La segmentation est faite par grands domaines de prestations ou d'activités homogènes (réadaptation neurologique, locomotrice, etc.). Il vient ensuite une deuxième segmentation par gradation selon les besoins de réadaptation, efficiente dans le secteur de la réadaptation neurologique mais qui sera bientôt généralisée aux autres domaines de la réadaptation.

L'absence de segmentation des grands types de prises en charge, de paramètres robustes d'indications des soins post-aigus et l'impossibilité qui en résulte de modéliser les coûts des

processus thérapeutiques rendent aujourd'hui très difficile la construction d'un système de classification médicalement signifiant.

#### 4.2.4. Classification

Au vu de l'évolution des dépenses de santé et de la protection sociale de ces dernières décennies, un financement totalement personnalisé et unique couvrant l'intégralité des besoins d'un patient n'est pas possible. Pour cela il faut développer une méthode de financement plus adaptée. L'allocation des ressources se fonde aujourd'hui largement sur des paiements prospectifs par cas qui ont l'inconvénient de promouvoir un financement en silo où chaque acteur cherche sa propre rentabilité au détriment de la continuité du parcours de santé. Le financement à l'activité doit donc être assorti de mesures de la qualité des soins en veillant à éviter les incitations perverses inhérentes à ce modèle.

Les classifications *case-mix* sont utilisées afin de répartir les patients dans des groupes homogènes et de leur attribuer un tarif précis. Ils portent des noms différents suivant le pays étudié. En fonction de la stratégie de réadaptation des pays, ils peuvent être appliqués à tout le secteur post-aigu ou de manière spécifique.

La France a fait le choix d'une classification en GME communs pour tous les secteurs quels que soient la spécialisation et le niveau d'intensité des soins.

A l'inverse, les Etats-Unis ont réalisé des GME par grande catégorie de structures post-aigües. Il faut noter que l'introduction de l'*Impact Act*, tend à harmoniser et uniformiser la classification dans l'objectif de disposer d'un système d'information capable de soutenir un paiement prospectif commun.

##### 4.2.4.1. Algorithme de classification

Les *case-mix* sont réalisés grâce à un algorithme de classification. On sait d'ores et déjà que le diagnostic seul n'est pas prédictif du coût des soins en SSR. La nature des traitements requis et le degré des limitations fonctionnelles évaluées par le statut fonctionnel le sont bien davantage. Il faut utiliser les diagnostics efficacement tout en adoptant une approche holistique puisqu'il s'agit de répondre à des problèmes de pronostic vital, fonctionnel et social. La réalisation d'un algorithme de classification doit se faire selon ces conditions. Elle doit également être applicable dans le réseau institutionnel existant du pays concerné.

Aux Etats-Unis, les patients sont tout d'abord classés selon leurs besoins de rééducation et la durée des soins en fonction d'un jugement clinique qui fera l'objet d'un contrôle (*60% rule*). L'évaluation fonctionnelle intervient ensuite.

En Australie, il s'agit globalement du même système avec un classement selon les besoins de rééducation avec des codes spécifiques puis un classement selon l'outil MIF.

L'Angleterre n'a pas adopté une classification de type DRG mais est fondée sur le type et le domaine de prestations. Pour l'instant il s'agit plutôt d'un classement par pathologie puis d'une évaluation des besoins de réadaptation. Cependant, l'Angleterre tend vers une évolution vers le système australien, surtout dans le secteur de la réadaptation neurologique. La création de groupes de réadaptation est en cours. Pour les autres cas, une base simple de diagnostic et des codes de procédures sont utilisés. Un changement est envisagé mais les modalités de mise en place sont très longues.

La plupart des systèmes étrangers classent d'abord selon le jugement clinique. Les patients sont regroupés en fonction du niveau de besoins de réadaptation pour les orienter vers des activités homogènes reflétées par des groupes nosologiques qui sont spécifiques de chaque domaine de prestations par exemple « AVC » ou « AVC avec hémiplégie ». Une fois ce premier classement clinique effectué, à partir du système d'information, un travail statistique vérifie la cohérence de ces groupes nosologiques au regard des coûts et affine la classification en groupes homogènes en utilisant les diagnostics, le niveau des limitations fonctionnelles et d'autres informations variables selon les pays.

La tendance générale dans la recherche d'un paiement par cas est d'utiliser des caractéristiques des patients ex ante plus que la mesure de consommation de ressources ex post comme les temps de thérapie de réadaptation.

Autrement dit, dans le secteur des soins post-aigus, aucun pays n'est aujourd'hui capable, à partir du seul système d'information et sans intervention d'un jugement clinique, de :

- déterminer les critères d'orientation de patients vers les différents types de prestataires post-aigus,
- déterminer les niveaux de soins curatifs, de réadaptation et d'assistance aux AVQ requis,
- s'assurer de la qualité des soins,
- prédire les coûts de la prise en charge.

L'arborescence du système français ne considère pas les besoins de réadaptation en premier. Il s'agit de classer les patients dans une catégorie majeure semblable à celle de l'aigu, puis en groupes nosologiques. Le choix a été de prioriser le diagnostic par rapport à la nature des traitements requis et du statut fonctionnel.

Ce choix a été fait en l'absence de consensus(47) de la part des cliniciens. En effet, lors de la création des GME, chaque partie avait un avis sur la façon de définir le coût par rapport aux besoins des patients. Sans consensus précis, le diagnostic clinique, soit la façon la plus simple de procéder, a été choisi de telle sorte que le couple diagnostic-dépendance du PMSI finance essentiellement les soins à la perte d'autonomie stabilisée mais pas les soins de réadaptation centrés sur l'optimisation de la fonction. Il a été fait le choix de repérer les besoins de réadaptation à posteriori par le CSARR.

L'ATIH(47) note qu'il est impossible de construire des groupes de prises en charge similaires mais seulement des groupes de consommation de ressources similaires à partir des données de durée de séjour et de coûts. Cette situation ne respecte pas les principes d'un classement par cas traité et devrait aboutir à une tarification à la journée pondérée, associée à une fréquence de recueil suffisante pour capter les changements significatifs de l'état et des besoins du patient.

En résumé, si l'arbre décisionnel est certes spécifique aux SSR, il reste celui des catégories du secteur aigu et est non adapté à la gradation des soins des activités de rééducation. Par exemple, la dépendance PMSI n'est qu'un outil de screening, globalement très peu performant pour la quantification de rééducation. Le CSARR est, comme nous l'avons dit précédemment, peu adapté car mesurant ex post les ressources consommées dans un périmètre important et sans corrélation robuste avec les temps de thérapie de réadaptation.

Les facteurs personnels et socio-environnementaux ainsi que leurs impacts sur les limitations d'activités et les restrictions de participation sociale ne sont guère pris en compte par les systèmes d'information. Cela peut sembler contradictoire avec le surnombre de codeurs potentiels du CSARR. Des professionnels externes à la définition internationale de la réadaptation, parfois non reconnus comme professionnels de santé, peuvent coder de très nombreux actes sans distinction claire entre soins de réadaptation proprement dits, soins de bien-être, soins d'assistance aux AVQ et actes de médecine complémentaire.

Il est légitime s'interroger sur la pertinence de la construction de ces GME. La prise en compte des facteurs socio-environnementaux ne peut se faire dans la multiplication à outrance des

intervenants directs. Les thérapies de réadaptation sont, à l'étranger, limitées à quelques métiers dont la mission est d'optimiser la fonction (kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie).

#### 4.2.4.2. Analyse comparative des groupes médico-économiques

Il existe deux types de modèles, un modèle prenant en compte les besoins de réadaptation ex ante comme c'est le cas pour les USA (par objectif) et un modèle prenant en compte les besoins de réadaptation ex post comme pour la France.

Nous avons pris pour exemple les différents GME associés à l'AVC pour les quatre pays qui nous intéressent.

|                           |      |                               |                                                       |
|---------------------------|------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Australie<br/>(22)</b> | 4AA1 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 51-91, FIM cognition 29-35 |
|                           | 4AA2 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 51-91, FIM cognition 19-28 |
|                           | 4AA3 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 51-91, FIM cognition 5-18  |
|                           | 4AA4 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 36-50, Age $\geq$ 68       |
|                           | 4AA5 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 36-50, Age $\leq$ 67       |
|                           | 4AA6 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 19-35, Age $\geq$ 68       |
|                           | 4AA7 | Admitted Adult Rehabilitation | Stroke, weighted FIM motor 19-35, Age $\leq$ 67       |

*Stroke: AVC, Weighted FIM motor: Poids MIF moteur, FIM cognition: MIF cognition*

|                        |            |                                                                                                             |
|------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>France<br/>(70)</b> | GME 0146A0 | Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie - zéro jour                                                |
|                        | GME 0146A1 | Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie - niveau 1                                                 |
|                        | GME 0146A2 | Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie - niveau 2                                                 |
|                        | RGME 0147A | Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié, score phy $\leq$ 8, score rr $\leq$ 90                     |
|                        | RGME 0147B | Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié, score phy $\geq$ 9, score cog $\leq$ 4, score rr $\leq$ 90 |
|                        | RGME 0147C | Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié, score phy $\geq$ 9, score cog $\geq$ 5, score rr $\leq$ 90 |
|                        | RGME 0147D | Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié, score phy $\leq$ 8, score rr $\geq$ 91                     |
|                        | RGME 0147E | Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié, score phy $\geq$ 9, score cog $\leq$ 4, score rr $\geq$ 91 |
|                        | RGME 0147F | Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié, score phy $\geq$ 9, score cog $\geq$ 5, score rr $\geq$ 91 |

*Score phy : score physique, Score cog : score cognitif, score RR ; score rééducation-réadaptation*

|               |       |                            |
|---------------|-------|----------------------------|
| <b>UK(71)</b> | AA35A | Stroke with CC Score 16+   |
|               | AA35B | Stroke with CC Score 13-15 |
|               | AA35C | Stroke with CC Score 10-12 |
|               | AA35D | Stroke with CC Score 7-9   |
|               | AA35E | Stroke with CC Score 4-6   |
|               | AA35F | Stroke with CC Score 0-3   |

CC : score complexité-comorbidité.

|                |     |                                       |
|----------------|-----|---------------------------------------|
| <b>IRF(72)</b> | 101 | Stroke M>51.05                        |
|                | 102 | Stroke M>44.45 and M<51.05 and C>18.5 |
|                | 103 | Stroke M>44.45 and M<51.05 and C<18.5 |
|                | 104 | Stroke M>38.85 and M<44.45            |
|                | 105 | Stroke M>34.25 and M<38.85            |
|                | 106 | Stroke M>30.05 and M<34.25            |
|                | 107 | Stroke M>26.15 and M<30.05            |
|                | 108 | Stroke M<26.15 and A>84.5             |
|                | 109 | Stroke M>22.35 and M<26.15 and A<84.5 |
|                | 110 | Stroke M<22.35 and A<84.5             |

M : Section motrice, C : Section Cognitive, A : Age

Tableau 10: Liste des *case-mix* "AVC" par pays

Les scores phy (physiques) et cog (cognitifs) en France prennent en compte la dépendance. Le score RR est associé au catalogue des actes. Le terme AVC est ici très générique mais précisé par la déficience principale du patient.

Il n'existe pas, et ce par choix politique(66), de GME spécifiques de réadaptation par type de prestataire et de niveaux de soins.

Le rapport de l'ATIH (25) indique que le premier groupe nosologique (GN) du séjour est à 98% du temps le même que les autres GN indexés. Les actes de rééducation-réadaptation ont une influence faible sur la durée de séjour et sur le coût journalier. Le raisonnement peut paraître circulaire puisque les acteurs n'ont aucun intérêt aujourd'hui à modifier les codes au cours du séjour. Ce constat résulte en partie de l'hétérogénéité de la rigueur de codage suivant les professionnels mais avant tout des faiblesses intrinsèques du PMSI pour capter les coûts de la réadaptation, tout comme ceux des soins curatifs prolongés et complexes.

Le RHS, qui comporte un mode de captation ex post des besoins de réadaptation, ne capte que la quantité de ressources que les équipes peuvent consommer. C'est contraire aux principes d'un paiement par cas. Le CSARR n'est pas discriminatif des niveaux de réadaptation, en plus d'être chronophage pour les équipes.

Le choix de GME par activités homogènes, comme aux Etats-Unis, permet en l'état actuel des systèmes d'information, une meilleure prédiction du coût des soins. Les CMG des IRF ont une évaluation du statut fonctionnel (moteur, sensoriel, cognitif et comportemental) et tiennent compte de l'âge. Les besoins de rééducation ont été définis en amont grâce à la structure dans laquelle le patient est orienté.

Un autre point frappant est le nombre de GME en France par rapport aux autres pays. En effet « RGME » signifie « Racine de GME » qui associe d'autres GME selon les comorbidités du patient. La France reste très patho-centrée.

L'Australie fonctionne comme les Etats-Unis avec une classification par groupes de réadaptation. Même si « stroke » semble avoir la même définition que « AVC » en France, l'Australie a une définition des groupes de « *rehabilitation for stroke* » par les groupes AROC.

Le score fonctionnel défini après est robuste avec un score MIF, outil validé de manière internationale.

Le choix anglais est délicat à évaluer car en cours d'implémentation. Pour la réadaptation neurologique, il s'agit d'adosser le financement à un système de prestataires gradé sur trois niveaux. Les outils sont différents selon les niveaux et le financement est réalisé par un paiement à la journée pondérée séquencée et multigradé. Les besoins de réadaptation sont évalués ex ante par un score de complexité-comorbidité que la France n'intègre pas.

S'il n'y a pas d'orientation clinique des patients en amont des SSR, le diagnostic et l'évaluation fonctionnelle ne sont pas suffisants pour prédire les coûts. Lorsque les patients sont sélectionnés, même dans les pays ayant développé des groupes reliés à la fonction, la tendance est à l'évaluation des besoins de réadaptation ex ante (nouvelle section GG aux USA).

L'utilisation d'un outil unique pour tous les SSR nécessite des changements radicaux en termes de repérage d'objectifs de soins.

Il faut toutefois insister sur les mécanismes de substituabilité des orientations et d'intégration verticale induites par les incitations économiques. Les pouvoirs publics ont la volonté de développer les prises en charge sans hébergement et le système de paiement pourrait comporter des incitations financières vis-à-vis de l'hospitalisation à temps partiel.

#### 4.2.4.3. Choix du paiement par incitation

L'effet pervers de l'incitation financière dans un paiement prospectif par cas peut être expliqué par la théorie de l'agence (1976)(73,74). Il s'agit d'une théorie concernant les risques économiques dans les relations entre différents agents.

Elle a été à l'origine appliquée dans le domaine de l'entreprise mais peut être utilisée dans l'organisation d'un système de santé. Même si son application au domaine de la santé est critiquée, nous pouvons nous en servir comme illustration car elle permet d'expliquer les effets pervers d'une tarification insuffisamment robuste et contrôlée en SSR.

La théorie initiale décrit les relations entre un agent principal, souvent un investisseur, et un agent secondaire. L'économie classique repose sur un système d'offre et de demande. La théorie de l'agence repose sur cette dualité pervertie par une asymétrie d'information et l'incomplétude des contrats.

Le principal cherche à maximiser sa fonction d'utilité, mais n'ayant pas l'information « expert », il va déléguer l'action à un agent. L'agent secondaire poursuit des objectifs différents (*l'outcome* pour le patient en termes de résultats et *l'output* pour l'agent principal) tout en ignorant des informations détenues par l'agent principal (par exemple des données sur les concurrents).

L'asymétrie d'information intervient lorsque l'agent secondaire détient une information que l'agent principal ne connaît pas. Il va utiliser à son avantage cette information.

Afin de réguler cela et de réduire l'opportunisme de son agent secondaire, l'agent principal va élaborer des stratégies d'incitations financières de contrôle.

On peut appliquer cette théorie économique à la santé comme l'a fait en 1997 Lisa Rochaix(75). Le médecin est lui-même soumis à une double relation d'agence. En effet, il est l'agent secondaire des administrations financières qui lui demandent de produire certains résultats et celui du patient qui lui fait confiance. L'administration financière délègue le rôle de l'expert en savoir médical mais en tentant de contrôler son action par des incitations financières (T2A). Il est également l'agent du patient, le patient déléguant le soin à l'expert médecin qui connaît la

maladie. L'incitation n'est pas uniquement financière dans ce cas-là, mais plus déontologique vis-à-vis du patient.

En pratique, les administrations financières souhaitent optimiser les performances sur des indicateurs à court terme tandis que le patient souhaite des soins optimaux à long terme. Le médecin est donc dans un conflit déontologique entre l'intérêt du patient tel qu'il le perçoit et le contrôle exercé par l'agent principal (les administrations).

Il persiste effectivement une asymétrie d'information entre le patient et le médecin mais aussi entre le médecin et les administrations. Les mécanismes incitatifs sont censés limiter les comportements opportunistes des agents qui sont source de sous-efficience du point de vue du principal. Notons que les directeurs d'établissements sont en position de principal vis-à-vis des médecins mais sont eux-mêmes agents secondaires des niveaux supérieurs de la hiérarchie. Ces relations en chaîne sont inhérentes au processus d'agentification propre au Nouveau Management Public.

La critique principale de cette gouvernance par les incitatifs est de substituer aux motivations intrinsèques des soignants des motivations extrinsèques dénuées de sens pour eux. De plus les incitations extrinsèques s'exercent souvent sous forme d'injonctions paradoxales (soyez rentables, réduisez les durées de séjour et les coûts mais travaillez en réseau dans l'intérêt de la continuité des soins pour le patient).

Chaque protagoniste du système de santé poursuit donc ses propres intérêts avec ses propres informations qu'il ne partage pas forcément avec les autres ; par souhait ou par oubli. Il y a une dualité majeure entre les politiques, les administrations hospitalières, les soignants et les patients.

Cette théorie montre avant tout l'impact des asymétries et incomplétudes de l'information. Si le système d'information ne prend pas en compte la dimension psycho-sociale et les facteurs socio-environnementaux, a fortiori si les établissements sont soumis à des contraintes d'amont et d'aval variables selon les secteurs et les territoires, il y a fort à parier que les classifications ne respecteront pas le principe d'homoscédasticité et que les agents sauront parfaitement en jouer face au principal et ce, à tous les niveaux de gouvernance.

En outre elle part du principe que chaque décision de chaque protagoniste est rationnelle, ce qui ne peut être le cas dans le soin du fait des rationalités limitées des acteurs et des conflits entre motivations intrinsèques et extrinsèques. Faut-il se baser sur une théorie économique orthodoxe alors que la santé ne présente pas les caractéristiques d'un marché où les théories de la firme pourraient être appliquées sans précautions ?

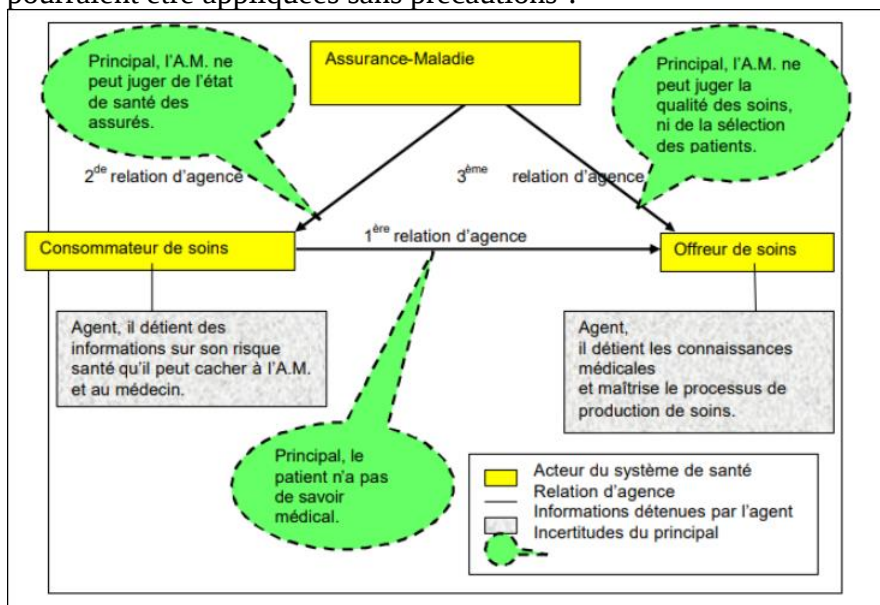


Figure 18 : Théorie de l'agence, par Marie Houssel(76)

Un autre reproche peut être fait sur les effets pervers de la T2A. Il s'agit de la double utilisation des outils en tant qu'outil de description (mesure) et en tant qu'indicateur relié au financement. Or lorsque l'outil de mesure sert également d'objectif à atteindre, la loi de Goodhart(77) indique que la mesure perdra ses qualités propres.

L'Etat, en fonctionnant ainsi, a de manière indirecte incité les hôpitaux à coder le maximum d'actes même si pour cela il fallait effectuer des actes inutiles.

Ces incitations financières peuvent avoir un effet pervers, décrites en termes d'aléa moral (réduction de la qualité des soins et sélection des patients rentables) et de sélection adverse (avant l'établissement des contrats ; par exemple ne pas choisir, dans la contractualisation avec l'ARS, de s'occuper de patients dont la prise en charge est jugée risquée).

En effet, l'agent secondaire peut maximiser son résultat financier par des rentes d'informations (ce que le principal ne voit pas), l'encourageant à augmenter certains actes ou prises en charge financièrement intéressants. Plus l'incitation pèse sur l'agent secondaire et plus le poids des incitations extrinsèques l'incitera à éloigner ses pratiques de l'intérêt du patient ; le patient est alors le perdant, la qualité des soins dont il bénéficie risquant de s'en trouver dégradée. En principe l'évaluation de la qualité et la certification sont censées prémunir d'une telle dérive, parfois comparée au fonctionnement d'un marché de voitures d'occasion (théorie : *the market of lemons*)(78).

Dans le soin, l'évaluation et la certification sont pilotées par l'HAS. Le programme IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) est introduit en 2017 dans les SSR. Le but était d'adopter un nouveau type de paiement à la qualité et ainsi de favoriser la mixité des paiements.

#### 4.2.4.4. Choix de l'unité de paiement

Nous ne parlerons pas ici des compartiments annexes de financement ni des autres modes de financement, bien que ces mécanismes compensateurs soient strictement indispensables du fait des imperfections des classifications françaises et internationales.

Nous mettons à part le paiement par période et par capitation qui ne sont pas des financements à l'activité. Ce système présente le moins de risques pour le financeur. Plus développé dans les pays anglo-saxons, il consiste à financer directement le thérapeute d'un surcoût des prises en charge par un tarif forfaitaire propre à certaines pathologies sur une période de temps donnée. Bien que pouvant se révéler efficace, il ne peut être utilisé que dans un contexte libéral et/ou ambulatoire. La réadaptation en France étant basée sur des structures de soins, ces systèmes de paiement ne sont que très peu envisageables dans le cas français et particulièrement des SSR. De plus aucun des pays étudiés n'a utilisé cette unité de paiement pour le secteur post-aigu. D'une certaine façon l'ONDAM, qui est un objectif plus qu'une enveloppe budgétaire strictement fermée, se rapproche de la logique de capitation.

##### 4.2.4.4.1. *Choix internationaux*

Nous nous appuyons sur le financement des structures ayant la finalité de soins HC2 en objectif principal selon le modèle de l'ISHA.

Lorsqu'un objectif et une stratégie de réadaptation sont bien définis, pour une catégorie de prises en charge relativement courtes et prévisibles (AVC ou rééducation orthopédique), un paiement au séjour peut être utilisé. Lorsqu'il s'agit d'une structure où la durée de soins n'est pas aisément prévisible (patients instables et dont les fluctuations de la prise en charge et l'évolution sont assez peu prévisibles) le choix du paiement à la journée pondérée semble plus pertinent.

Aux USA, le paiement est fait au séjour en réadaptation ou à la journée pondérée dans les *nursing home*. Cela permet d'avoir différents types de paiement en fonction de la typologie des patients tout en finançant au coût le plus juste les groupes de réadaptation intensive.

Pour l'Australie il s'agit du séjour payé par cas traité mais le paiement est hybridé par la journée pondérée en début et fin de séjour. Il se découpe en plusieurs forfaits selon le dépassement du séjour. Il permet de bien décrire les patients complexes ou moins complexes selon une durée de séjour statistique. Ce système ne peut s'appliquer qu'à des patients ayant les mêmes caractéristiques de prévisibilité des programmes.

L'Angleterre a fait le choix de réaliser une tarification au séjour. Dans le cas de la réadaptation complexe, ils proposent un paiement à la journée pondérée séquencée et multigradé s'appuyant sur une gradation institutionnelle des prestataires de réadaptation.

En France la classification est faite au séjour en fonction de forfaits de durées distinctes, si le GME est jugé forfaitisable, ou non distincts, permettant de discriminer trois zones de séjour. Il est hybridé avec un paiement à la journée par GME pour la première et troisième zone. Cela permet de pallier l'impossibilité de décrire des prises en charge similaires que l'ATIH avait signalé lors de ses travaux sur les GME.

#### 4.2.4.4.2. *Pistes de réflexion*

Le système unique de classification au séjour n'est pas adapté en France. La définition des fonctions de production et des activités homogènes, orientées patients, qui les constituent sont un préalable à la réforme du financement. Des principes fondamentaux préalables à ce type de classification ne sont pas respectés.

Le financement au séjour complet ne permet pas de repérer les variations cliniques du patient. Il n'est pas adapté aux patients complexes. Cela peut fonctionner dans les autres pays car il y a un regroupement des profils identiques en raison de la classification au préalable des patients. Dans ce cas, le choix de l'unité de paiement est adapté selon les différentes segmentations fonctionnelles et institutionnelles. Cela permet de construire des GME et des paiements différents en fonction de la gradation des soins et des objectifs finaux de soins de réadaptation d'un patient. Il est donc nécessaire d'utiliser différentes unités de groupage.

Les SSR correspondent à des structures de type HP1 ou HP2 avec des niveaux de soins très hétérogènes. Il est contraire aux principes de la littérature de vouloir appliquer une tarification par cas au séjour uniforme pour cet ensemble de structures. Pour le financement de la réadaptation en maison médicalisée, il peut être préférable de financer à la journée pondérée du fait de l'impossibilité de décrire des prises en charge homogènes. Il s'agit de patients dont les objectifs de réadaptation ne sont pas déterminants dans les coûts.

Le choix d'une tarification au séjour dans le cas d'une prise en charge en structures spécialisées permet de couvrir des soins de réadaptation complexes. Les objectifs doivent être clairement définis avec des programmes dont la nature et l'intensité des traitements sont prévisibles, permettant de sécuriser les financeurs. Une tarification au séjour nécessite d'être complétée par une tarification à la journée pondérée comme sur le modèle australien.

#### 4.2.4.4.3. *Paiement à la séquence*

Le paiement à la séquence est un outil de groupage intéressant à étudier, même si le choix du paiement au séjour cristallise actuellement toutes les attentions(4). Ce type de paiement peut être nuancé en choisissant un paiement à la séquence. Nous parlerons ici de la séquence selon la définition de Gilles Rode(79), comme partie du séjour avec une même finalité. La finalité

principale serait le premier nœud de l'arborescence fondé sur le jugement clinique qui aboutirait à un groupe nosologique spécifique à chaque objectif.

La séquence a comme avantage de pouvoir découper le séjour selon des activités homogènes et des niveaux de soins différents. Les caractéristiques et besoins d'un patient changent. Il peut aller mieux et coûter moins cher ou se complexifier et coûter plus cher.

On peut envisager un financement à la séquence, avec des groupes de réadaptation qui ne seraient utilisables que dans certaines structures autorisées pour des missions de réadaptation de type hospitalières (multidisciplinaires, médicalisées, spécialisées ou intensives en termes de ressources humaines, techniques et financières) avec les exigences minimales de moyens décrites par la réglementation.

Pour certains patients, plusieurs séquences peuvent se succéder au cours d'un séjour.

Il convient de définir la fin et le début d'une séquence par une fréquence de description fixe et/ou adaptée au repérage des changements significatifs de l'état du patient.

Pour cela l'outil de recueil doit pouvoir différencier précisément les niveaux de soins dans les différentes finalités et avoir une sensibilité suffisante.

Le paiement à la séquence peut être représenté selon le schéma suivant.

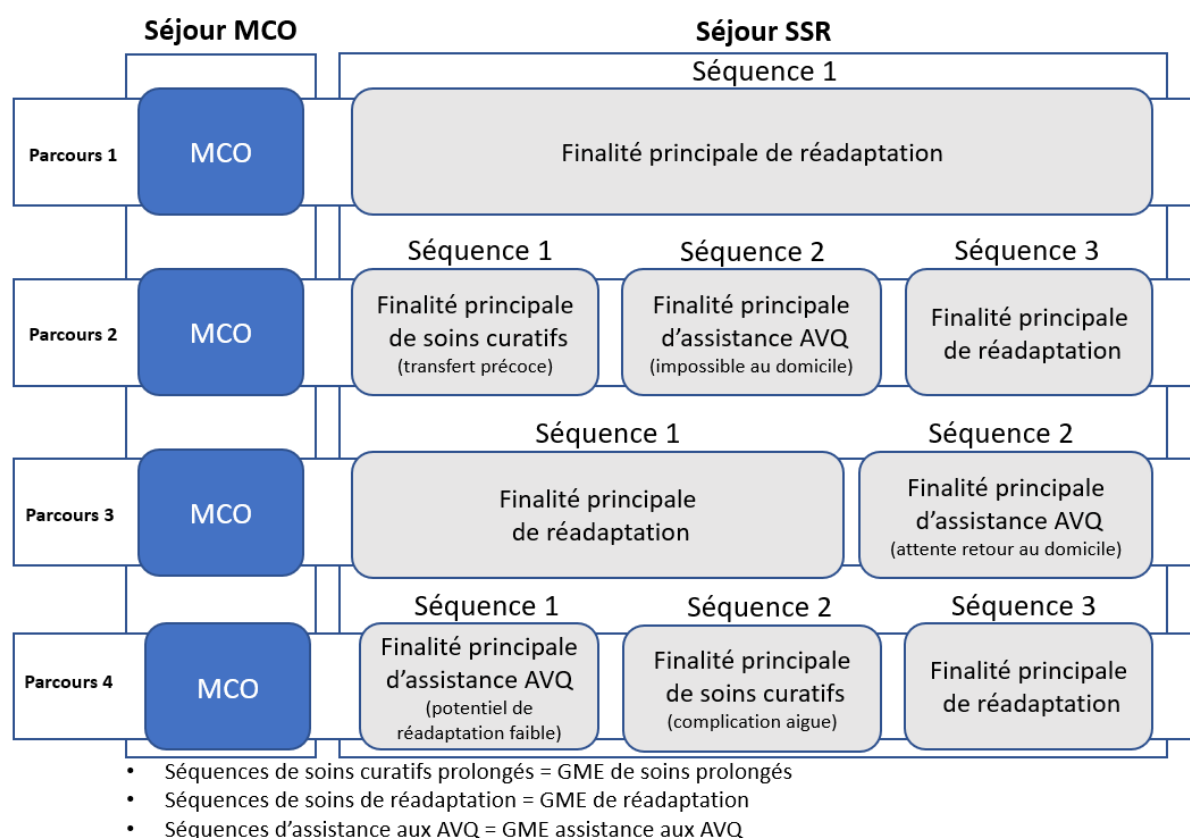


Figure 19: Proposition de séquences, adapté de Gilles Rode, article soumis à parution Jean-Pascal Devailly

#### 4.2.5. Système d'information

##### 4.2.5.1. Accès aux données

Pour étudier le système d'information, il faut pouvoir y avoir accès. Or, en France, les données sont peu accessibles au grand public ce qui rend la comparaison des tarifications extrêmement

complexe. La surabondance de strates administratives participe à cette opacité. Le phénomène de « mille-feuille administratif » n'est néanmoins pas spécifique à notre situation mais empêche de promouvoir la démocratisation de l'accès aux données. L'analyse de l'activité de l'établissement peut se faire GME par GME, mais il est difficile de comparer les données entre établissements pour un ensemble de GME sans accès privilégié.

Les autres pays ont une culture de la transparence plus prononcée. L'accès aux données d'activité et aux chiffres se fait de manière bien plus simple avec un accès pour le public facilité.

L'amélioration de la performance du système de santé nécessite une réforme en profondeur de la comptabilité analytique hospitalière. Pour cela, il faut pouvoir avoir un accès partagé aux données pouvant être consultées par n'importe quel acteur des soins. Chacun doit pouvoir comprendre les implications financières que ses soins produisent. Inversement, chaque décideur financier ou politique doit pouvoir comprendre l'impact des changements sur les restructurations. Il faut que la logique clinique et gestionnaire puisse trouver consensus. Cette compréhension par tous est d'une importance capitale pour la coordination des soins et la préservation de sa qualité ; elle est nécessaire pour la définition d'une stratégie de soins alignant la pertinence clinique et la pertinence financière.

La question des données et de leur accès soulève un autre point. Afin de s'engager dans un système de classification à l'américaine ou à l'australienne, les données et caractéristiques des séjours et des patients en termes de caractéristiques initiales et de résultats doivent être disponibles, ce qui n'est pas le cas pour le moment. Le système d'information PMSI pourrait être amélioré de façon radicale puisqu'il ne permet pas cela à ce jour. Idéalement il faudrait mettre en œuvre un projet tel que l'AROC ou l'UKROC.

#### 4.2.5.2. Système d'information spécifique ou uniforme

Le modèle américain avait fait le choix de créer un système d'information différent pour chacune de ses structures de PAC. Cependant l'*Impact Act* de 2014 a initié une réforme afin d'aboutir à un système uniforme de données pour ses structures de PAC. Il s'agit d'une partie commune qui conserve encore des parties spécifiques par structure en fonction des besoins. Le SPADEs se met en place progressivement et il est en cours d'évaluation. Cet outil permettra de réaliser de nouveaux *case-mix* de classification de patients afin d'obtenir une tarification équitable et commune entre les établissements.

L'outil a également d'autres fonctions comme l'évaluation de la qualité de soins et l'orientation vers la structure la plus appropriée pour un patient.

L'AROC et UKROC, structures identiques, permettent de centraliser les données des séjours et des tarifs de tout le territoire. Ces outils ont permis la création de *case-mix* efficaces et efficaces dans le secteur de la réadaptation. L'outil est très apprécié en Australie et est en cours de finalisation en Angleterre.

Comme aux USA, avec l'AN-SNAP, les patients sont déjà classés en fonction du niveau de réadaptation dans le cadre d'un algorithme simple et efficace qui permet de financer les patients. Le modèle français a priorisé d'emblée un outil uniforme pour toutes les structures du PAC : le PMSI-SSR, un outil qui sert à tous les secteurs de soins quelles que soient les autorisations.

L'avantage d'un outil unique est qu'il peut être adapté à tous les champs. Il permet d'utiliser des caractéristiques de description communes pour tous les patients et de comparer les différentes structures.

Si cet outil inter-champs est trop simple il ne sera pas capable de décrire les besoins complexes. Dans ce cas, il n'y a pas de description précise assez fine de la nature des prises en charge requises et pas de repérage des niveaux de réadaptation.

L'outil peut être uniforme à condition de pouvoir bien observer les changements de finalité et d'état du patient, ce que le PMSI ne fait pas actuellement. Rappelons qu'aucun système international n'est capable de se substituer au jugement clinique pour orienter les patients dans les PAC. Il en résulte que les outils de mesures hospitalières ou d'aide à l'orientation et au suivi des orientations comme « Trajectoire » ne peuvent pallier l'absence de segmentation définissant clairement les finalités des SSR.

#### 4.2.6. Outil de recueil

##### 4.2.6.1. Les outils

Pour ajuster au mieux le financement des soins de manière générale il faut avoir accès à des données fiables et exhaustives. Schématiquement trois types de données sont retrouvées :

- les données administratives, comprenant la situation civile, familiale et socio-économique,
- les données diagnostiques des déficiences, basées sur la CIM10 comme recommandé par l'OMS,
- les données fonctionnelles et la nature des traitements requis, qui peuvent être analysées par le prisme de la CIF (déficiences, limitations d'activités et restrictions de participation).

C'est sur ce dernier point que s'articule une grande partie de la prise en charge en réadaptation.

Le recueil des données administratives prend en compte l'âge du patient. Il existe des données différentes en fonction du contexte historique et socio-culturel de chaque pays. Par exemple aux USA, l'ethnie est une donnée importante. En Angleterre, c'est le lieu géographique en raison de leur stratégie de gradation des soins de réadaptation.

Concernant le diagnostic clinique, tous, sauf l'Australie, ont opté pour un recueil des pathologies par la CIM.

L'Angleterre, de par sa façon de grader les soins, permet l'utilisation d'un outil différent en fonction de la complexité. Cela permet d'adapter l'outil aux niveaux de prises en charge dans les structures. Ce système est fonctionnel car les patients sont déjà classés en fonction de certains critères de complexité.

Les données fonctionnelles sont récoltées à l'aide d'outils d'évaluation fonctionnelle robustes tels que la MIF, la MAF, le RAI ou la section GG. Ils sont peu nombreux mais ils sont généralement validés et reconnus pour leur qualité d'évaluation. Ces outils peuvent être associés à un score de besoins de réadaptation : le score RCS, le temps de réadaptation dans les SNF ou à un score de comorbidité associé dans le SPADEs (douleurs, ulcères, NTA...)

La période de description du recueil ne doit être ni trop longue, car elle perdrait ses qualités de description fine, ni trop courte pour capter les changements de l'état du patient.

Une chose à noter concernant la section GG aux Etats Unis, est le fait qu'un objectif de réadaptation soit estimé à l'aide d'un score allant de un à six. Pour l'instant il n'est pas utilisé en l'état, mais c'est une piste à étudier pour définir ex ante les finalités du patient.

Cette approche permet de mieux prédire les ressources de réadaptation mais elle n'est pour l'instant pas intégrée à un système de paiement à performance.

#### 4.2.6.2. Catalogue des actes CSARR

En France, le PMSI repose essentiellement sur les diagnostics, le score de dépendance et les actes de rééducation et de réadaptation. Le choix a été fait sur une mesure de la consommation des ressources à l'aide du catalogue CSARR. Certains actes CCAM sont pondérés et peuvent intervenir dans les scores d'activité RR.

Le CSARR est jugé par les acteurs trop complexe et son périmètre est mal défini au regard des équivalents internationaux puisqu'il comporte trente-deux codeurs.

On peut s'interroger sur les limites du concept de la réadaptation. Dans le périmètre de codage du CSARR il n'est pas rare de retrouver des soins que l'on pourrait appeler de confort, de bien-être ou de médecine complémentaire (ostéopathie, chiropraxie, etc.). Cette définition floue contribue à une vision « compassionnelle(80) » de la médecine et de la réadaptation.

Nous pouvons argumenter que ces soins à première vue non orientés vers l'optimisation du statut fonctionnel peuvent apporter une amélioration de la prise en charge, catalysant en quelques sortes les prises en charge plus conventionnelles. Cette vision compassionnelle de la réadaptation suppose un accès à tous les types de soins, pour tous, sans distinguer les thérapeutiques pertinentes. Certains soins ne relèvent pas de la réadaptation selon la définition internationale et ils sont difficilement finançables dans le panier de soins dans un contexte de crise de santé. Cela ne signifie pas qu'il faut supprimer ces prises en charge ; cela suppose qu'elles ont un coût d'opportunité qu'il faut soupeser au regard du maintien des thérapeutiques validées. Intégrer en l'état toute cette variété de prises en charge en tant que « soins de réadaptation » ne peut amener qu'à une dispersion et à un manque d'efficacité de la prise en charge réadaptative.

Est-il vraiment nécessaire que l'acte « ZZR+145 - Séance individuelle de relaxation » soit assimilé dans le champ de la réadaptation ?

Tout cela impose un changement du PMSI. Il nécessite un recentrage des contours de ce que l'on considère comme acte de réadaptation. Dans l'état actuel des choses des ajustements doivent être faits afin d'être efficient dans la tarification des patients.

Un diagnostic de réadaptation ne peut se faire uniquement par les pathologies, très peu prédictives des ressources consommées. Il faut pouvoir associer aux pathologies la sévérité des comorbidités (biologiques ou autres), le niveau des aptitudes fonctionnelles, la nature et l'intensité des traitements requis. L'outil PMSI étant uniforme pour tout le secteur, il doit pouvoir explorer ces différentes dimensions. Les orientations vers les autorisations SSR ne peuvent à elles seules se substituer à une évaluation du patient.

Le CSARR doit être repérimétré selon une définition précise de la réadaptation en se limitant, comme à l'étranger, à quelques métiers spécifiques (kinésithérapie, orthophonie, etc.) vus précédemment. Il doit être centré sur la réadaptation seule et sur la stratégie politique qui la soutienne.

#### 4.2.6.3. Prise en compte des facteurs socio-environnementaux

La grande problématique commune à tous les pays cités précédemment est la difficulté majeure de prise en compte de la sphère des déterminants psycho-sociaux de l'hospitalisation. L'évaluation de l'impact des restrictions de participation ne peut pas encore être effectuée avec les outils actuels. A cet égard, l'utilisation des batteries opérationnelles (*core-set*) de la CIF commence à être étudiée(81).

Cet aspect est toutefois vécu différemment selon la façon dont chaque pays intègre la prise en charge sociale dans son système de santé. Bien que les hôpitaux français aient une mission

d'assistance aux populations fragiles, la fragmentation institutionnelle et financière entre secteur sanitaire et secteur de l'action sociale ne favorise pas les prises en charges globales. Cette fragmentation est à l'origine de la difficulté à introduire une mesure des déterminants sociaux de l'hospitalisation dans le PMSI. Il est avant tout fait pour financer les prises en charge sanitaires.

Il devient à l'heure actuelle nécessaire de revaloriser aussi bien la temporalité (durée, fréquence, intensité) que l'espace de la prise en charge (lieu, imbrication dans les sphères privées, sociales, professionnelles et économiques).

Retravailler cet « espace-temps », perçu très différemment entre les secteurs sanitaires et sociaux, permettrait de mieux appréhender les situations qui se complexifient pour mieux répondre aux besoins individuels des patients et aux impératifs sociaux et politiques en termes d'impact. C'est dans cette optique, qu'il est important de calquer la rémunération des acteurs sur l'évaluation et l'intervention dans cet « espace-temps » qui vise *l'outcome* (le résultat clinique pour le patient) plutôt que *l'output* (résultats à court terme).

### 4.3. Scénarios

#### 4.3.1. Scénario 1 : Statu quo

Le premier scénario serait celui qui semble le plus simple à réaliser et le moins coûteux à court terme. Il se traduirait par des changements minimes dans la réforme des autorisations et du système d'information et ne nécessiterait pas d'études complémentaires importantes.

Les pouvoirs publics persisteraient dans leur volonté d'un paiement au séjour en modifiant à minima l'algorithme de classification. Même si elles sont pour le moment rejetées par les acteurs, une modification de la dépendance PMSI, une simplification du CSARR et l'utilisation d'un nouvel indice de lourdeur médico-économique sont envisagées.

Aucune segmentation fonctionnelle au sens de l'ISHA ne permettrait de définir des activités homogènes dans le cadre des autorisations qui ne seraient donc ni spécifiées, ni gradées selon les finalités.

Le paiement au séjour semble illusoire dans ce scénario puisque, de l'aveu même de l'ATIH, le système d'information n'est pas en mesure d'identifier des prises en charge similaires. Il ne permet d'identifier que des groupes de ressources similaires en termes de durée de séjour et de coûts.

Le paiement à la journée pondérée serait préférable en gardant une fréquence de description suffisante pour capter les variations significatives de l'état du patient. Mais un paiement à la journée pondérée basé sur le PMSI actuel, en l'absence de réforme profonde des autorisations, semble difficilement applicable de façon uniforme dans un secteur aussi hétérogène.

Cette situation ne répondrait pas aux nouveaux besoins épidémiologiques comme le vieillissement de la population, les polypathologies, les maladies chroniques et les altérations fonctionnelles multiples engendrant des besoins toujours croissants en réadaptation. Le manque de segmentation et de gradation des SSR ne permettrait pas de les financer. Cela mettrait en péril la qualité des soins pour les patients les plus complexes et les plus vulnérables qui ne pourraient plus bénéficier du niveau de soins requis. Les services spécialisés et très spécialisés ne pourraient pas recevoir le financement adéquat faute d'identification des besoins.

Le risque serait d'abaisser le niveau des prestations de réadaptation par moyennage entre structures de type HP1 et HP2.

Dans ce cadre restreint de ce scénario 1, il importe avant tout d'améliorer les outils du PMSI. Il faut se laisser l'opportunité de remplacer l'outil de dépendance par un outil d'évaluation fonctionnelle robuste mais qui restera insuffisant à lui seul pour évaluer les besoins de réadaptation. Cela permettrait de disposer d'outils mieux prédictifs. La simplification et le recentrage du CSARR ne résoudront pas la question de la nécessité de capter les besoins de réadaptation dans les caractéristiques du patient.

#### 4.3.2. Scénario 2 : Un financement fondé sur des séquences cliniquement significatives

Le deuxième scénario suppose de respecter des principes fondamentaux d'une tarification à l'activité. Le but est de recentrer les soins de réadaptation dans un modèle de pertinence des soins en échappant au modèle compassionnel. Une vision partagée de la pertinence entre prestataires et payeurs est indispensable à la réalité politique actuelle.

Les fonctions de production des SSR doivent être définies selon la classification internationale. Il est nécessaire de réaliser une mise à l'agenda politique de la santé fonctionnelle sous tendue par une vraie fonction comptable des soins de réadaptation. Cela permettrait de clarifier la situation actuelle qui souffre de l'absence d'identification claire des ressources reliées à la réadaptation.

Un paiement à la séquence, fondé sur les finalités de prises en charge ainsi redéfinies et les niveaux de soins nécessaires, permettrait d'envisager une classification en GME avec un paiement par cas ou à la journée pondérée en fonction des types de patients. La création et l'inclusion des GME ne pourraient être faites que si un outil robuste d'évaluation des besoins pouvait être mis en place avec un temps de passation clinique supportable pour les équipes.

La tendance internationale, qu'il s'agisse de financement par cas ou à la journée pondérée, est d'avoir un d'outil de mesure de consommation des ressources dans une évaluation ex ante des caractéristiques des patients incluant les besoins de réadaptation.

De plus, pour que le paiement soit le plus équitable entre les établissements, il faudrait également pouvoir ajuster les financements en fonction de variables, aujourd'hui mal captées, comme les facteurs socio-environnementaux.

#### 4.3.3. Scénario 3 : Intégration selon l'épisode de soins

Il s'agit d'un modèle présenté actuellement comme prometteur. Il s'agit de financer des périodes plus larges que le séjour hospitalier incluant séjour en aigu, séjour en SSR et phase ambulatoire. Des tests sont effectués en France et aux Etats-Unis mais les résultats ne sont pas encore probants.

En France, ils concernent des actes chirurgicaux comme la ligamentoplastie de genou, la pose de prothèse totale de hanche ou de prothèse totale de genou ou encore la chirurgie colorectale. Les tests doivent continuer pendant encore quatre à cinq ans avant de pouvoir fournir assez de données de résultats.

Le paiement à l'épisode incite à des regroupements d'organisations sur le modèle des ACO aujourd'hui promus en France à la fois par la mise en place des GHT (*Groupements Hospitaliers de Territoire*) et des CPTS (*Communautés Professionnelles Territoriales de Santé*). Cette intégration verticale de l'offre de soins peut éventuellement conduire à la prise du contrôle de l'offre par les assurances maladies.

Il apparaît quelques limites ou points sensibles qu'il faut surveiller.

- Ce mode de financement fait peser le risque principal sur le fournisseur de soins. Selon certains auteurs ce financement peut aussi faire peser le risque sur le patient. Le patient bénéficiant d'une enveloppe globale pour toute sa prise en charge, le risque que les soins initiaux consomment l'entièreté du budget censé couvrir les frais jusqu'à la fin de la réadaptation est important.
- Un paiement à l'épisode peut convenir pour un parcours de soins relativement standardisé et prévisible mais il ne financera pas l'instabilité et les complications qui emmaillent les parcours complexes.
- La fragmentation des prestataires hospitaliers et ambulatoires rend difficile la mise en place de cibles de financement. Qui touchera l'enveloppe ? Qui décidera du cheminement du patient dans le parcours ? Quelle sera la clef de répartition des ressources dans les différents éléments de la chaîne ? Il faut être attentif à la péréquation des coûts et des recettes au sein de la chaîne de valeur.
- Les données médicales doivent être communes et partagées pour tous les intervenants tout en respectant les règles de sécurité pour les patients. Le développement des GHT et des CPTS devrait faciliter les échanges de données et l'interopérabilité des systèmes d'information. Mais il n'y a que peu de vision de l'impact des GHT et des CPTS pour le moment.

## 5. Conclusions

Pour conclure nous pouvons affirmer que la littérature fait consensus autour d'un phénomène touchant la France, l'Angleterre, l'Australie et les Etats-Unis : les pouvoirs publics poussent à la recherche d'un financement à l'activité opérationnel dans le secteur de la réadaptation. L'objectif principal est que l'argent puisse suivre le patient. Il devra à la fois présenter le risque financier le plus faible pour le financeur tout en garantissant une prise en charge de qualité. L'impact de la crise économique de ces dernières décennies oblige les Etats à avoir un système de financement performant, pour financer le juste soin au juste coût.

La première étape est la formation de groupes homogènes de patients, ou *case-mix*, permettant de classer afin d'orienter les prises en charge en fonction des problèmes cliniques rencontrés. Celle-ci devant répondre à l'évolution des besoins épidémiologiques nécessitant une approche bio-médico-sociale mieux intégrée. Pour cela il est indispensable de s'appuyer sur un modèle systémique de la santé tel que développé par la CIF qui permet de distinguer les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation sociale.

En France deux pistes d'amélioration apparaissent.

- La première est une réforme ambitieuse des autorisations et du PMSI-SSR qui pourrait supporter un financement par cas à la séquence ou à la journée pondérée. L'outil PMSI présente des carences majeures au regard des systèmes d'informations internationaux. Il mesure très mal la sévérité des limitations fonctionnelles. Il est dans l'incapacité de capter spécifiquement les besoins de réadaptation dans la définition internationale en tant que fonction de production. Il mesure une consommation de ressources ex post quand la tendance est à la description ex ante des caractéristiques des patients. La réforme du PMSI ne se conçoit qu'en corrélation avec la réforme des autorisations.
- La seconde piste est celle d'une intégration qui estomperait les limites des SSR au sein de nouvelles organisations de soins de type ACO soutenues par un financement à l'épisode de soins avec la nécessité de coordonner de manière profonde, durable et automatique les soins entre les responsables politiques, les structures de soins et les professionnels de santé.

Avec toutes les obligations que doit respecter un système de santé moderne, le secteur de la réadaptation va se retrouver au centre de la stratégie globale de santé des prochaines décennies. Il doit être considéré comme un champ d'intervention à part entière et ne doit pas être uniquement dépendant du secteur de prises en charge aigües dans une perspective de fluidité. Le secteur de la réadaptation doit rester accessible et gradé pour la pertinence des soins.

Définir une stratégie nationale de réadaptation visant la budgétisation, la planification, l'allocation des ressources et la régulation spécifique de cette fonction essentielle au système de santé est indispensable pour réussir une transition efficace pour le financeur, les professionnels et les usagers. Tel est le sens de l'appel à l'action 2030 de l'OMS.

L'organisation et le financement des SSR sont aujourd'hui dans une impasse. Les insérer avec les soins aigus, les soins ambulatoires et le secteur de l'action sociale dans un même schéma réflexif, intégrant la nouvelle chronicité des parcours de soins, permettra d'élaborer le réseau de soins de demain. Il faut cependant veiller à ne pas mettre en concurrence les différents acteurs de la prise en charge.

Redéfinir la réadaptation au sein des stratégies fondamentales de santé est indispensable à une réforme ambitieuse de ce secteur qui ne peut survenir sans un pilotage politique cohérent des démarches de la DGOS, de l'ATIH, de la CNAM et de la CNSA<sup>5</sup> pour ne citer que quelques parties prenantes.

---

<sup>5</sup> Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

## 6. ANNEXES

### 6.1. Grille de lecture

Nom et auteurs

Pays de l'étude :

Date de l'étude :

Champs de l'étude :

- Objectif :
- Contexte :

Méthode

- Type d'étude :
- Type de population :

Description :

Résultats :

Limites et biais :

Conclusion :

Commentaires :

## 6.2. Outils d'évaluation de la qualité

### 6.2.1. Newcastle - Ottawa Quality Assessment Scale Case Control Studies<sup>6</sup>

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.

#### **Selection**

##### 1) Is the case definition adequate?

- ☆ a) Yes, with independent validation
- ☆ b) Yes, eg record linkage or based on self-reports
- c) No description

##### 2) Representativeness of the cases

- ☆ a) Consecutive or obviously representative series of cases
- b) Potential for selection biases or not stated

##### 3) Selection of Controls

- ☆ a) Community controls
- b) Hospital controls
- c) No description

##### 4) Definition of Controls

- ☆ a) No history of disease (endpoint)
- b) No description of source

#### **Comparability**

##### 1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis

- ☆ a) Study controls for \_\_\_\_\_ (Select the most important factor.)
- ☆ b) Study controls for any additional factor (These criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

#### **Exposure**

##### 1) Ascertainment of exposure

- ☆ a) Secure record (eg surgical records)
- ☆ b) Structured interview where blind to case/control status
- c) Interview not blinded to case/control status

---

<sup>6</sup> [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)

d) Written self-report or medical record only

e) no description

2) Same method of ascertainment for cases and controls

☆ a) Yes

b) No

3) Non-Response rate

☆ a) Same rate for both groups

b) Non respondents described

c) Rate different and no designation

### 6.2.2. Newcastle - Ottawa Quality Assessment Scale Cohort Studies

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Outcome categories. A maximum of two stars can be given for Comparability

#### **Selection**

##### 1) Representativeness of the exposed cohort

- ☆ a) truly representative of the average \_\_\_\_\_ (describe) in the community
- ☆ b) somewhat representative of the average \_\_\_\_\_ in the community
- c) selected group of users eg nurses, volunteers
- d) no description of the derivation of the cohort

##### 2) Selection of the non-exposed cohort

- ☆ a) drawn from the same community as the exposed cohort
- b) drawn from a different source
- c) No description of the derivation of the non-exposed cohort

##### 3) Ascertainment of exposure

- ☆ a) secure record (eg surgical records)
- ☆ b) structured interview
- c) written self-report
- d) no description

##### 4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study

- ☆ a) yes
- b) no

#### **Comparability**

##### 1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis

- ☆ a) study controls for \_\_\_\_\_ (select the most important factor)
- ☆ b) Study controls for any additional factor (These criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

#### **Outcome**

##### 1) Assessment of outcome

- ☆ a) independent blind assessment
- ☆ b) record linkage

- c) Self-report
- d) no description

2) Was follow-up long enough for outcomes to occur

- ☆ a) yes (select an adequate follow up period for outcome of interest)
- b) no

3) Adequacy of follow up of cohorts

- ☆ a) complete follow up - all subjects accounted for
- ☆ b) subjects lost to follow up unlikely to introduce bias - small number lost - > \_\_\_\_ % (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost)
- c) follow up rate < \_\_\_\_ % (select an adequate %) and no description of those lost
- d) no statement

### 6.2.3. Echelle R-AMSTAR<sup>7</sup>

1/ Was an “a priori” design provided ?

*If it satisfies 3 of the criteria →4*

*If it satisfies 2 of the criteria →3*

*If it satisfies 1 of the criteria →2*

*If it satisfies 0 of the criteria →1*

A/ A clearly focused (PICO-based) question

B/ Description of inclusion criteria

C/ Study protocol is published and/or registered in advance

2/ Was there duplicate study selection and data extraction ?

*If it satisfies 3 of the criteria →4*

*If it satisfies 2 of the criteria →3*

*If it satisfies 1 of the criteria →2*

*If it satisfies 0 of the criteria →1*

A/ At least two persons independently extracted the data, explicitly stated

B/ Statement of consensus procedure for disagreements

C/ Disagreements among extractors resolved properly as stated or implied

3/ Was a comprehensive literature search performed ?

*If it satisfies 4 or 5 of the criteria → 4*

*If it satisfies 3 of the criteria → 3*

*If it satisfies 2 of the criteria →2*

*If it satisfies 1 or 0 of the criteria → 1*

A/ At least two electronic sources are searched

B/ Years and databases used are mentioned

C/ Key words and/or MESH terms are stated and where feasible the search strategy outline is provided

D/ Searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, registers and by reviewing the references in the studies found

E/ Journals are hand-searched or manual searched

4/ Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion ?

*If it satisfies 3 of the criteria →4*

*If it satisfies 2 of the criteria →3*

*If it satisfies 1 of the criteria →2*

*If it satisfies 0 of the criteria →1*

*(Grey literature is literature produced at all levels of government, academia, business and industry in print and electronic formats, but is not controlled by commercial publishers. Examples can be but not limited to dissertations, conference proceedings.) Here is an extra description of what grey literature is.*

A/ The authors state that they searched for reports regardless of their publication type.

B/ The authors state whether or not they excluded any reports based on their publication status, language etc.

---

<sup>7</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2948145/>

C/ “Non-English papers were translated «or readers sufficiently trained in foreign language

D/ No language restriction or recognition of non-English articles

5/ Was a list of studies (included and excluded) provided ?

*If it satisfies 4 of the criteria →4*

*If it satisfies 3 of the criteria →3*

*If it satisfies 2 of the criteria →2*

*If it satisfies 1 or 0 of the criteria → 1*

A/ Table/list/figure of included studies, a reference list does not suffice

B/ Table/list/figure of excluded studies either in the article or in a supplemental source

C/ Satisfactory/sufficient statement of the reason for exclusion of the seriously considered studies

D/ Reader is able to retrace the included and the excluded studies anywhere in the article bibliography, reference or supplemental source

6/ Were the characteristics of the included studies provided ?

*If it satisfies 3 of the criteria →4*

*If it satisfies 2 of the criteria →3*

*If it satisfies 1 of the criteria →2*

*If it satisfies 0 criteria → 1*

A/ In an aggregated form such as a table, data from the original studies are provided on the participants, interventions/exposure and outcomes

B/ Ranges are provided of the relevant characteristics in the studies analysed

C/ The information provided appears to be complete and accurate

7/ Was the scientific quality of the included studies assessed and documented ?

*If it satisfies 4 of the criteria →4*

*If it satisfies 3 of the criteria →3*

*If it satisfies 2 of the criteria →2*

*If it satisfies 1 or 0 of the criteria →1*

A/ A priori methods are provided

B/ The scientific quality of the included studies appears to be meaningful

C/ Discussion/recognition/awareness of level of evidence is present

D/ Quality of evidence is rated/ranked base on characterized instruments

8/ Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions ?

*If it satisfies 4 of the criteria →4*

*If it satisfies 3 of the criteria →3*

*If it satisfies 2 of the criteria →2*

*If it satisfies 1 or 0 of the criteria → 1*

A/ The scientific quality is considered in the analysis and the conclusions of the review

B/ The scientific quality is explicitly stated in formulating recommendations

C/ Conclusions integrated/drives towards practice guidelines

D/ Clinical consensus statement drives toward revision or confirmation of practice guidelines

9/ Were the methods used to combine the findings of studies appropriate ?

*If it satisfies 4 of the criteria → 4*

*If it satisfies 3 of the criteria → 3*

*If it satisfies 2 of the criteria → 2*

*If it satisfies 1 or 0 of the following criteria → 1*

A/ Statement of criteria that were used to decide that the studies analysed were similar enough to be pooled

B/ For the pooled results, a test is done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity

C/ a recognition of heterogeneity or lack of thereof is present

D/ If heterogeneity exists a 'random effects model' is used and/or the rationale of combining is taken into consideration

E/ If homogeneity exists, author state a rationale or a statistical test

10/ Was the likelihood of publication bias (a.k.a. "file drawer" effect) assessed ?

*If it satisfies 3 of the criteria → 4*

*If it satisfies 2 of the criteria → 3*

*If it satisfies 1 of the criteria → 2*

*If it satisfies 0 of the criteria → 1*

A/ Recognition of publication bias or file drawer effect

B/ Graphical aids (e.g. funnel plot)

C/ Statistical tests (e.g. Egger regression test)

11/ Was the conflict of interest stated ?

*If it satisfies 3 of the criteria → 4*

*If it satisfies 2 of the criteria → 3*

*If it satisfies 1 of the criteria → 2*

*If it satisfies 0 of the criteria → 1*

A/ Statement of sources of support

B/ No conflict of interest. This is subjective and may require some deduction or searching.

C/ An awareness/statement of support or conflict of interest in the primary inclusion studies

#### 6.2.4. Echelle Drummond 10 items<sup>8</sup>

1. Was a well-defined question posed in answerable form ?
2. Was a comprehensive description of the competing alternatives given (i.e. can you tell who did what to whom, where, and how often) ?
3. Was the effectiveness of the program or services established ?
4. Were all the important and relevant costs and consequences for each alternative identified ?
5. Were costs and consequences measured accurately in appropriate physical units (e.g. hours of nursing time, number of physician visits, lost work-days, gained life years) ?
6. Were the cost and consequences valued credibly ?
7. Were costs and consequences adjusted for differential timing ?
8. Was an incremental analysis of costs and consequences of alternatives performed ?
9. Was allowance made for uncertainty in the estimates of costs and consequences ?
10. Did the presentation and discussion of study results include all issues of concern to users ?

---

<sup>8</sup> Drummond M et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. Oxford. Oxford University Press. 1997

#### 6.2.5. The Blaxter (1996) criteria for the evaluation of qualitative research papers.<sup>9</sup>

1. Are the methods of the research appropriate to the nature question being asked ?  
*I.E does the research seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meaning s?*  
*Are the categories or groups being examined of a type which cannot be preselected or the possible outcomes cannot be specified in advance ?*  
*Could a quantitative approach haw address the issues better ?*
2. Is the connection to an existing body of knowledge or theory clear ?  
*I.e. is there adequate reference to the literature ?*  
*Does the work cohere with, or critically address, existing theory ?*

#### METHODS

3. Are the clear accounts of the criteria used for the selection of subjects for study and of the data collection and analysis ?
4. Is the selection of cases or participants theoretically justified ?  
*The unit of research may be people, or events, institutions, samples of natural behaviour, conversation, written material, etc. In any case, while random sampling may not be appropriate, is it nevertheless clear what population the sample refers to ?*  
*Is consideration given to whether the units chosen were unusual in some important way ?*
5. Does the sensibility of the methods match the needs of the research questions ?  
*Does the method accept the implications of an approach which respect the perceptions of those being studies ?*  
*To what extend are any definitions or agendas taken for granted, rather than being critically examined or left open ?*  
*Are the limitations of any structured interview method considered ?*
6. Has the relationship between fieldworkers and subjects been considered, and is there evidence about research was presented and explained to its subjects ?  
*If more than one worker was involved, has comparability been considered ?*  
*Is there evidence about subjects perceived the research ?*  
*Is there the evidence about how any group processes were conducted ?*
7. Was the data collection and record keeping systematic ?  
*E.g. were careful records kept ?*  
*Is the evidence available for independent examination ?*  
*Were full records or transcripts of conversation used if appropriate ?*

#### ANALYSIS

8. Is the reference made to accepted procedures for analysis ?  
*Is it clear how the analysis is done (detailed repetition of how to perform standard procedures ought not to be expected) ?*  
*Has its reliability been considered, ideally by independent repetition ?*

---

<sup>9</sup> Criteria For The Evaluation Of Qualitative Research Papers. Mildred Blaxter. Originally published in Medical Sociology News, Volume 22, Issue 1, 1996.

9. How systematic is the analysis ?

*What steps were taken to guard selectivity in the use of data ?*

*In research with individuals, is it clear that there has not been selection of some case and ignoring of less interesting ones ? In group research are all categories of opinion taken into account ?*

10. Is there adequate discussion of how themes, concepts and categories were derived from the data ?

*It is sometimes inevitable that externally given or predetermined descriptive categories are used, but have they been examined for their real meaning or any possible ambiguities ?*

11. Is there adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's agreements ?

*Is negative data given? Has there been any search for cases which might refute the conclusions ?*

12. Have measures been taken to test the validity of the findings ?

*For instance, have methods such as feeding them back to the respondents, triangulation, or procedures such as grounded theory been used ?*

13. Have any steps been taken to see whether the analysis would be comprehensible to the participants, if this is possible and relevant ?

*Has the meaning of their accounts been explored with respondents? Have apparent anomalies and contradictions been discussed with them, rather than assumptions being made?*

## PRESENTATION

14. Is the research clearly contextualised ?

*Is all the relevant information about the setting and subjects supplied ?*

*Are the cases or variables which are being studied integrated in their social context, rather than being abstracted or decontextualized ?*

15. Are the data presented systematically ?

*Are the quotations, field note etc. identified in a way enables the reader to judge the range of evidence being used ?*

16. Is a clear distinction made between the data and its interpretation ?

*Do the conclusions follow from data? (It should be noted that the phrases of research –data collection, analysis, discussion- are not usually separate and papers do not necessarily follow the quantitative pattern of methods, results, discussion) ?*

17. Is sufficient of the original evidence presented to satisfy the reader of the relationship between the evidence and the conclusion ?

*Thought the presentation of discursive data is always going to require more space than numerical data, is the paper as concise as possible ?*

18. Is the author's own position clearly stated ?

*Is the researcher's perspective described ?*

*Has the researcher examined their own role, possible bias, and influence of the research ?*

19. Are the results credible and appropriate ?

*Do they address the research question ?*

*Are they plausible and coherent ?*

*Are they important, either theoretically or practically, or trivial ?*

## ETHICS

20. Have ethical issues been adequately considered ?

*Is the issue of confidentiality (often particularly difficult in qualitative work) been adequately dealt with ?*

*Have the consequences of the research – including establishing relationships with the subjects, raising expectations, changing behaviour, etc. – been considered ?*

### 6.3. Tableau de résultats

|                                                                                                                |  |                                                                                                                                                   |                    |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>NOM</b> : Benhardt 2016                                                                                     |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                 | <b>Date</b> : 2013 | <b>Qualité</b> : 7/10 |
| <b>Type d'étude</b> : étude de coût.                                                                           |  | <b>Population</b> : personnes âgées > 65 ans.                                                                                                     |                    |                       |
| <b>Objectifs</b> : analyse de l'efficacité financière du projet : « <i>medicaring</i> ».                       |  | <b>Résultats</b> : Economie sur la réduction des hospitalisations complètes par augmentation de l'ambulatoire et des hospitalisations partielles. |                    |                       |
| <b>Recommandations</b> : étudier les coûts des partenaires privés.<br>Projet « <i>medicaring</i> » utilisable. |  | <b>Limites et biais</b> : Nécessité de partenaires privés dont les coûts ne sont pas étudiés.                                                     |                    |                       |

|                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>NOM</b> : Buntin 2007                                                               |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Date</b> : 2007 | <b>Qualité</b> : N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                 |  | <b>Population</b> : PAC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                      |
| <b>Objectifs</b> : étude du PPS.                                                       |  | <b>Résultats</b> : - augmentation des revenus,<br>- diminution d'accès aux soins pour les cas complexes,<br>- DMS inappropriées (sorties prématurées)<br>- les structures qui diminuent leurs dépenses, augmentent leur progression,<br>- pas d'augmentation de la mortalité ou des réadmissions à court terme, mais augmentation à long terme.<br>- à long terme, diminution de la qualité des soins. |                    |                      |
| <b>Recommandations</b> : des études doivent être faites pour regarder l'impact social. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                      |

|                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| <b>NOM</b> : Brock 2007                                                                                                                                                              |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Date</b> : 2007 | <b>Qualité</b> : 4-1-2/10 |
| <b>Type d'étude</b> : étude cohorte observationnelle.                                                                                                                                |  | <b>Population</b> : centre de rééducation, population AVC.                                                                                                                                                                                                                       |                    |                           |
| <b>Objectifs</b> : comparaison des résultats financiers et des résultats sur le soin avant et après l'introduction des « <i>case-mix</i> ».                                          |  | <b>Résultats</b> : - diminution des DMS mais variabilité toujours présente,<br>- diminution du score de la MIF,<br>- pas d'effet sur le gain de la MIF,<br>- pas de relation entre les DMS et le changement dans la MIF,<br>- PPS non efficient car financement fixe non adapté. |                    |                           |
| <b>Recommandations</b> : modèle qui doit permettre aux établissements de faire varier les coûts en fonction des besoins des patients,<br>- nécessité de souplesse selon la clinique. |  | <b>Limites et biais</b> : - score de dépendance différent selon les établissements,<br>- pas de suivi dans le temps,<br>- suivi uniquement médical.                                                                                                                              |                    |                           |

|                                                                                                                            |  |                                                                                                                                    |                    |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Chan 2007                                                                                                     |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                  | <b>Date</b> : 2007 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                     |  | <b>Population</b> : « <i>medicare</i> » post-acute payment.                                                                        |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : évaluation de l'impact du paiement par « <i>medicare</i> » (PPS) dans les PAC sur la qualité des soins. |  | <b>Résultats</b> : - diminutions des coûts,<br>- diminution du nombre de lits.                                                     |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - Plus de recherche concernant les différents coûts.                                              |  | <b>Limites et biais</b> : - Pas assez d'études (accessibilité et qualité des soins en fonction des caractéristiques des patients). |                    |                         |

|                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Dejong 2010                                                                                                                                                                                |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Date</b> : 2010 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                                  |  | <b>Population</b> : PAC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : étude du concept du « <i>bundled payment</i> ».                                                                                                                                      |  | <b>Résultats</b> : 7 clefs pour réussir :<br>- combiner aigu et post-aigu en 2 parties,<br>- laisser 30 jours après la sortie de l'aigu mais variable en fonction clinique,<br>- outil uniforme -> CARE,<br>- paiement à la performance et ajusté selon le patient,<br>- combiner les structures,<br>- choisir un outil d'évaluation de qualité,<br>- trouver de meilleurs « <i>case-mix</i> ». |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - trouver la définition aigu/post-aigu,<br>- augmenter l'autonomie des fournisseurs basée sur la qualité, le prix et la transparence,<br>- nécessite des études RCT mais long. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                         |

|                                                                                                                    |  |                                                                                                                                            |                    |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Dejoong 2014                                                                                          |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                          | <b>Date</b> : 2014 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                             |  | <b>Population</b> : PAC.                                                                                                                   |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : Etude du coût en fonction de la zone géographique.                                              |  | <b>Résultats</b> : - Manque d'un outil uniforme d'évaluation.<br>- Le moins de mouvement pour le patient est le mieux au niveau des coûts. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : « <i>Bundled payment</i> » est la solution à condition d'avoir un outil uniforme de test. |  | <b>Limites et biais</b> : Basé sur une évaluation personnelle avec planification du trajet.                                                |                    |                         |

|                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : De Pourville 2009                                                                                            |  | <b>Pays</b> : France                                                                                                                                                                                                               | <b>Date</b> : 2009 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                    |  | <b>Population</b> : établissements hospitaliers publics et privés.                                                                                                                                                                 |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : étudier le système T2A pour trouver un bon outil de classification.                                    |  | <b>Résultats</b> : - différence de convergence sur les tarifs hospitaliers privés et publics,<br>- impossible de se baser sur le modèle américain dont il s'est éloigné en raison de la différence des systèmes privés et publics. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - moyen de classification à modèle mixte fondé sur l'appel d'offre ou paiement à la performance. |  | <b>Limites et biais</b> : recrutement des différents des établissements.                                                                                                                                                           |                    |                         |

|                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Devailly 2008                                                                                                                                                               |  | <b>Pays</b> : France                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Date</b> : 2008 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                   |  | <b>Population</b> : SSR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : étude du financement en SSR.                                                                                                                                          |  | <b>Résultats</b> : - T2A : sélection des patients, perte de qualité, segmentations des séjours, diminution des soins de support,<br>- risques humains et financiers de la fragmentation des prises en charge complexes et défaut de coordination,<br>- mise en difficulté des SSR si T2A appliquée,<br>- intégrer la dimension sociale et médico-sociale. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - nécessité d'une définition de la réadaptation,<br>- développer un système de classification des patients,<br>- équipes mobiles d'évaluation et d'orientation. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                         |

|                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>NOM</b> : Durkin 2009                                                                                                                                                                |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Date</b> :<br>2004-2005 | <b>Qualité</b> :<br>16/20 |
| <b>Type d'étude</b> : étude descriptive qualitative.                                                                                                                                    |  | <b>Population</b> : 9 IRF.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                           |
| <b>Objectifs</b> : avis des fournisseurs de soins lors du changement au PPS.                                                                                                            |  | <b>Résultats</b> : - les hôpitaux ont eu davantage besoin de faire appel à des prestataires extérieurs,<br>- il faut des directeurs médicaux pour coter,<br>- différents moyens d'adaptation : acceptation compromis, évitement,<br>- le changement d'organisation est dépendant de l'établissement qu'il soit public ou privé, qu'il y ait un directeur ou non, de sa taille etc. |                            |                           |
| <b>Recommandations</b> : lors d'un changement de financement il faut le faire en fonction des critères socio-démographiques des établissements de santé sinon cela ne peut pas marcher. |  | <b>Limites et biais</b> : - petit échantillon,<br>- interview biaisée car les fournisseurs de soins ne voulaient pas dire de mal de l'organisation.                                                                                                                                                                                                                                |                            |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Grabowski 2012                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Date</b> : 2012 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>Population</b> : fee of service "medicare".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : étude du PPS.                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>Résultats</b> : paiement global et marginal :<br>- SNF : augmentation,<br>- HHA : diminution,<br>- IRF : augmentation du global, diminution du marginal,<br>- LTCH : augmentation paiement mais diminution DMS,<br>- peu d'impact sur le choix du patient,<br>- pas d'impact sur la mortalité ou la réadmission,<br>- augmentation SNF par rapport au domicile,<br>- augmentation des recours aux structures et fournisseurs extérieurs. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> :<br>- diminution de la qualité,<br>- pour la mortalité, besoin d'autres études,<br>- développer une base de données commune pour comparer,<br>- pour diminuer les dépenses, il faut prendre en compte l'environnement des patients. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                         |

|                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Hanning 2015                                                          |  | <b>Pays</b> :<br>Australie                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Date</b> : 2015 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                             |  | <b>Population</b> : AHSA : PAC privé.                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : test du modèle RAM (AN-SNAP model) dans les structures privées. |  | <b>Résultats</b> : - avantage : compensation des coûts, données standardisées, accès au soin sans distinction, autonomie,<br>- désavantage : petits cas ne rentrent pas dans les cases, lois du privé différentes,<br>- paiement basé sur le marché financier et la pratique clinique. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : utilisation possible dans le secteur privé.               |  | <b>Limites et biais</b> : conflits d'intérêts.                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                         |

|                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Holland 2008                                                                                                                                                                      |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                  | <b>Date</b> : 2008 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                         |  | <b>Population</b> : 4 structures du PAC.                                                                                                                                           |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : intérêt d'un outil standard pour les patients sortant d'hôpitaux vers le PAC.                                                                                               |  | <b>Résultats</b> : - utilisation et prédiction de ressources utilisées,<br>- décision du transfert des patients,<br>- éliminer la duplication des données,<br>- 1h30 de passation. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - développement de l'instrument CARE avec programme MDS 3.0 (regroupe OASIS et IRF-PAI).<br>- décrire les ressources utilisées tout au long de leur épisode de soins. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                             |                    |                         |

|                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                 |                         |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>NOM</b> : Huckfeldt 2013                                                                                                          |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                               | <b>Date</b> : 1991-2010 | <b>Qualité</b> : 9 /10 |
| <b>Type d'étude</b> : étude de coût.                                                                                                 |  | <b>Population</b> : HHA, SNF, IRF.                                                                                                                              |                         |                        |
| <b>Objectifs</b> : impact des reformes financières de « <i>medicaid</i> » aux fournisseurs de soins à la suite de maladies graves.   |  | <b>Résultats</b> : influence positive sur la rapidité de la délivrance des soins, le nombre de fournisseurs de soins, l'accès aux soins, la qualité et le coût. |                         |                        |
| <b>Recommandations</b> : considérer les impacts sur les patients lors de la modification des structures spécialisées dans les soins. |  | <b>Limites et biais</b> : pas d'intégration en mode vertical.                                                                                                   |                         |                        |

|                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| <b>NOM</b> : Johnston 2007                                                                                                                                                           |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Date</b> : 2007 | <b>Qualité</b> : 20/44 |
| <b>Type d'étude</b> : revue de la littérature.                                                                                                                                       |  | <b>Population</b> : 4 structures du PAC.                                                                                                                                                                                                                 |                    |                        |
| <b>Objectifs</b> : intérêt d'un outil standardisé dans le PAC.                                                                                                                       |  | <b>Résultats</b> :<br>- peut fournir des informations inestimables,<br>- intérêts : comparaison qualité des établissements, développement d'un modèle de financement, sorties des patients,<br>- pas de preuve de l'évaluation de l'intensité des soins. |                    |                        |
| <b>Recommandations</b> :<br>- nécessite des indicateurs qualité de l'outil fiables et reconnus,<br>- doit être validé par rapport aux différents types de patients et à leur sortie. |  | <b>Limites et biais</b> : centré sur des prérequis de l'évaluation.                                                                                                                                                                                      |                    |                        |

|                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                              |                    |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>NOM</b> : Kenneth integrated health care 2013                                                                      |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                            | <b>Date</b> : 2013 | <b>Qualité</b> : N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                |  | <b>Population</b> : système de soin dépendant du FFS (CMS).                                                                                                                                  |                    |                      |
| <b>Objectifs</b> : diminution des coûts et partage entre les structures.                                              |  | <b>Résultats</b> : - la diminution des coûts de soins augmenterait les coûts administratifs,<br>- risques : diminution du remboursement et augmentation du reste à charge pour les patients. |                    |                      |
| <b>Recommandations</b> : « <i>bundled payment</i> » avec ACO permet une meilleure collaboration entre les structures. |  | <b>Limites et biais</b> : sponsorisée par la « <i>Bank of America Merrill Lynch</i> ».                                                                                                       |                    |                      |

|                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>NOM</b> : Madden 2012                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Pays</b> : Australie                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Date</b> : 2012 | <b>Qualité</b> : N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                                                     |  | <b>Population</b> : outil de classification dans le PAC.                                                                                                                                                                                                                             |                    |                      |
| <b>Objectifs</b> : étude d'un outil de classification pour améliorer les « <i>case-mix</i> ».                                                                                                                              |  | <b>Résultats</b> : - classification du « <i>case-mix</i> » selon 4 niveaux de la CIF (score de réadaptation),<br>- inclusion des activités et des restrictions de participations augmenterait l'efficacité des « <i>case-mix</i> » et permettrait de mieux catégoriser les patients. |                    |                      |
| <b>Recommandations</b> : - nécessité d'un nouvel outil de classification en fonction des pertes fonctionnelles et des épisodes aigus,<br>- ne pas internationaliser un « <i>case-mix</i> » mais pouvoir comparer les pays. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                      |

|                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |                           |
|----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>NOM</b> : McWilliam 2015                                                |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Date</b> : 2009-2014 | <b>Qualité</b> : 4-2-2/10 |
| <b>Type d'étude</b> : RCT.                                                 |  | <b>Population</b> : patients utilisant les ACO.                                                                                                                                                                                                                            |                         |                           |
| <b>Objectifs</b> : étude de l'efficacité des ACO.                          |  | <b>Résultats</b> : - diminution des dépenses, des DMS et du nombre de SNF (en fonction du temps passé sous ACO),<br>- diminution des coûts en aigu, diminution des sorties vers le PAC en SNF,<br>- pas de diminution de la qualité,<br>- nécessite plus de temps médical. |                         |                           |
| <b>Recommandations</b> : faire des efforts de formation pour les médecins. |  | <b>Limites et biais</b> : participation volontaire pour ACO.                                                                                                                                                                                                               |                         |                           |

|                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                |                    |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| <b>NOM</b> : Shah 2005                                                                             |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                              | <b>Date</b> : 2004 | <b>Qualité</b> : 4-2-1/10 |
| <b>Type d'étude</b> : prospective, cohorte observationnelle.                                       |  | <b>Population</b> : 4 centres de réadaptation dans un Etat du Midwest.                                                                                         |                    |                           |
| <b>Objectifs</b> : examiner l'impact de la mise en place de PPS dans la satisfaction des patients. |  | <b>Résultats</b> : - augmentation de la satisfaction,<br>- diminution du DMS,<br>- score MIF et sortie à domicile sont corrélés à la satisfaction.             |                    |                           |
| <b>Recommandations</b> : pas de recommandations.                                                   |  | <b>Limites et biais</b> : pas de consensus concernant la satisfaction des patients. 4 centres différents dans leur prise en charge et leur niveau de standing. |                    |                           |

|                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>NOM</b> : Sood 2011                                                                                                                                                                                                      |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Date</b> : 2011 | <b>Qualité</b> : N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                                                      |  | <b>Population</b> : système de santé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                      |
| <b>Objectifs</b> : étude du « <i>bundled payment</i> ».                                                                                                                                                                     |  | <b>Résultats</b> : - Diminutions des coûts.<br>- diminution des sorties précoces,<br>- diminution des DMS,<br>- augmentation de la qualité,<br>- pas de paiement pour les services en plus,<br>- les hôpitaux qui ont le paiement doivent le gérer et l'utilisent davantage pour eux,<br>- choix limité des patients,<br>- diminution des structures,<br>- risque financier plus important et coût augmenté pour le patient. |                    |                      |
| <b>Recommandations</b> : - l'augmentation des DMS augmente la variabilité des coûts et donc le coût,<br>- nécessité d'un programme pour trouver les meilleurs DMS,<br>- trouver les bonnes conditions socio-démographiques. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                      |

|                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>NOM</b> : Sood 2013                                                                                                                 | <b>Pays</b> : USA | <b>Date</b> : 2001-2013                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Qualité</b> : 4-2-1/10 |
| <b>Type d'étude</b> : étude observationnelle rétrospective.                                                                            |                   | <b>Population</b> : IRF.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| <b>Objectifs</b> : analyse de l'effet du PPS dans les IRF.                                                                             |                   | <b>Résultats</b> : - l'intensité des traitements et le paiement marginal sont positivement liés,<br>- diminution des profits, si sortie trop tôt, augmentation des paiements et des admissions,<br>- diminution des coûts de traitements, diminution du paiement marginal et augmentation du paiement global. |                           |
| <b>Recommandations</b> : - affectation en fonction de la qualité et du statut fonctionnel,<br>- développement d'un schéma de paiement. |                   | <b>Limites et biais</b> : changement de statut des IRF en cours d'étude.                                                                                                                                                                                                                                      |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                  |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>NOM</b> : Sutherland 2008.                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Pays</b> : USA | <b>Date</b> : 2002-2005                                                                                                                                                                                          | <b>Qualité</b> : N/A |
| <b>Type d'étude</b> : étude de faisabilité.                                                                                                                                                                                                                                                       |                   | <b>Population</b> : secteur de la rééducation en Ontario.                                                                                                                                                        |                      |
| <b>Objectifs</b> : développement d'un système de classification à base de DRG et « case-mix ».                                                                                                                                                                                                    |                   | <b>Résultats</b> : - résultats non cohérents avec les résultats des USA,<br>- le score MIF diminue avec la diminution des ressources,<br>- diminution de la DMS,<br>- meilleure détection des différences d'âge. |                      |
| <b>Recommandations</b> :<br>- faire sa propre classification car population différente en fonction des pays,<br>- attention à la mise en concurrence des hôpitaux car données non étudiées et les CHU ont des cas plus difficiles,<br>- nécessité d'aligner les lits de réadaptions avec les DRG. |                   | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                           |                      |

|                                                                                                                                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>NOM</b> : Turner-Stokes 2007.                                                                                                     | <b>Pays</b> : UK | <b>Date</b> : 2007                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Qualité</b> : /10 |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                               |                  | <b>Population</b> : système de santé réadaptation.                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |
| <b>Objectifs</b> : démontrer l'efficacité de la gestion de coûts.                                                                    |                  | <b>Résultats</b> : - NHS mauvais manager donc trop cher,<br>- pour les cas complexes : pas de HRG,<br>- USA et Australie : MIF ou Barthel,<br>- UK : RSC : facile, utile pour distinguer 2 niveaux de services mais diminution de sensibilité si cas complexes,<br>- les services spécialisés sont déstabilisés au niveau coûts. |                      |
| <b>Recommandations</b> : - nécessite des centres de cas complexes. Groupement des cas complexes donc diminution des accès aux soins. |                  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |

|                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Turner-Stokes 2011                                                                                                              |  | <b>Pays</b> : UK                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Date</b> : 2011 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                       |  | <b>Population</b> : structures PAC.                                                                                                                                                                                                                       |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : développement « <i>case-mix</i> ».                                                                                        |  | <b>Résultats</b> : - diagnostic non efficace pour décrire les variations dans la réadaptation,<br>- MIF est le meilleur indicateur,<br>- PPS diminue les coûts mais nécessite d'un modèle plus sophistiqué -> « <i>bundled payment</i> » ou à la journée. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - nécessité d'améliorer les « <i>case-mix</i> »,<br>- pour les cas complexes : intervention médicale personnalisée. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                    |                    |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Turner-Stokes 2011                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Pays</b> : UK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Date</b> : 2011 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : méthode pour étude de coûts.                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Population</b> : neuro-réadaptation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : développement d'une méthode.                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Résultats</b> : - diagnostic : indicateur pauvre. IDE et MPR sont les meilleurs indicateurs de coûts,<br>- MIF adaptée mais mauvaise performance si cas complexes,<br>- pour augmenter la sensibilité chaque DRG doit être adapté aux cas complexes basé sur RCS. -> donc basé sur la complexité et le nombre de jours,<br>- RCS bon car simple et intuitif,<br>- multiniveaux de paiements. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : - développer un modèle de coût par rapport à la complexité,<br>- set de coût identique pour la même activité même si les services sont différents,<br>- comparer les coûts en fonction des thérapies et du temps soignant,<br>- besoin d'un data set : coûts directs et variables. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                |                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>NOM</b> : Zorowitz 2009.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>Pays</b> : USA                                                                                                                                                                                              | <b>Date</b> : 2009 | <b>Qualité</b> :<br>N/A |
| <b>Type d'étude</b> : revue narrative.                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Population</b> : IRF.                                                                                                                                                                                       |                    |                         |
| <b>Objectifs</b> : comment l'IRF a fait la transition avec le PPS et ce qu'on a appris 7 ans après.                                                                                                                                                                                                              |  | <b>Résultats</b> : - perte de temps pour remplir les dossiers et l'IRF-PAI,<br>- diminution des DMS,<br>- diminution des dépenses,<br>- augmentation des fournisseurs,<br>- pas de changement sur les sorties. |                    |                         |
| <b>Recommandations</b> : les IRF ont besoin d'avoir une bonne documentation concernant le diagnostic et les comorbidités. Dossiers médicaux bien tenus pour mettre les patients dans de bonnes cases.<br>L'entrée et le remboursement doivent être faits selon le statut fonctionnel et pas selon le diagnostic. |  | <b>Limites et biais</b> : non repérés.                                                                                                                                                                         |                    |                         |

#### 6.4. Liste des outils d'évaluation

| Outil              | Lien manuel de passation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lien de l'outil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ADL de Katz</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="https://library.unio-sante.fr/00/00/32/00003242-e7a701c7dbcb5584d108dab312fa205c/griille_adl.pdf">https://library.unio-sante.fr/00/00/32/00003242-e7a701c7dbcb5584d108dab312fa205c/griille_adl.pdf</a>                                                                                                                                                                                         |
| <b>IB</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="http://medicalcul.free.fr/barthel.html">http://medicalcul.free.fr/barthel.html</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Intermed</b>    | <a href="http://www.intermedconsortium.com/instrument/">http://www.intermedconsortium.com/instrument/</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <a href="http://www.intermedconsortium.com/instrument/">http://www.intermedconsortium.com/instrument/</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>IRF-PAI</b>     | <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/IRF-Quality-Reporting/IRF-PAI-and-IRF-QRP-Manual.html">https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/IRF-Quality-Reporting/IRF-PAI-and-IRF-QRP-Manual.html</a>                                                                                                                         | <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/IRF-Quality-Reporting/Downloads/Final-IRF-PAI-Version-30-Effective-October-1-2019-FY2020.pdf">https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/IRF-Quality-Reporting/Downloads/Final-IRF-PAI-Version-30-Effective-October-1-2019-FY2020.pdf</a>                                 |
| <b>EPICE</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="http://gemsto.free.fr/gemstoprecarite18dec07epicescalcul.pdf">http://gemsto.free.fr/gemstoprecarite18dec07epicescalcul.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>LTCH-CARE</b>   | <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/LTCH-Quality-Reporting/LTCH-CARE-Data-Set-and-LTCH-QRP-Manual.html">https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/LTCH-Quality-Reporting/LTCH-CARE-Data-Set-and-LTCH-QRP-Manual.html</a>                                                                                               | <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/LTCH-Quality-Reporting/LTCH-CARE-Data-Set-and-LTCH-QRP-Manual.html">https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/LTCH-Quality-Reporting/LTCH-CARE-Data-Set-and-LTCH-QRP-Manual.html</a>                                                                                     |
| <b>MDS 3.0</b>     | <a href="https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/nursinghomequalityinits/mds30raimanual.html">https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/nursinghomequalityinits/mds30raimanual.html</a>                                                                                                                                             | <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/Downloads/Archive-Draft-of-the-MDS-30-Nursing-Home-Comprehensive-NC-Version-1140.pdf">https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/Downloads/Archive-Draft-of-the-MDS-30-Nursing-Home-Comprehensive-NC-Version-1140.pdf</a> |
| <b>MIF</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="http://physiotherapytest.com/wp-content/uploads/2011/03/Mesure-de-lindépendance-fonctionnelle.pdf">http://physiotherapytest.com/wp-content/uploads/2011/03/Mesure-de-lindépendance-fonctionnelle.pdf</a>                                                                                                                                                                                       |
| <b>MIF-MAF</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/famform.pdf">https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/famform.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>NPDS</b>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/tools/npds-tool.pdf">https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/tools/npds-tool.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>NPTDA</b>       | <a href="https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/tools/nptda">https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/tools/nptda</a>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>OASIS</b>       | <a href="https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/homehealthqualityinits/hhqi-oasisusermanual.html">https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/homehealthqualityinits/hhqi-oasisusermanual.html</a>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>PACT</b>        | <a href="https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about/rehabilitation/v2-self-service-slides-for-pcat-3.pdf">https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about/rehabilitation/v2-self-service-slides-for-pcat-3.pdf</a>                                                                                                                                                                                                     | <a href="https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about/rehabilitation/the-patient-categorisation-tool-(pcat)-identifying-category-a-and-b-needs.pdf">https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about/rehabilitation/the-patient-categorisation-tool-(pcat)-identifying-category-a-and-b-needs.pdf</a>                                                                                                           |
| <b>RAI</b>         | <a href="https://www.francerai.fr/">https://www.francerai.fr/</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Non disponible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>RCS</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00552772/document">https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00552772/document</a>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>SMAF</b>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="http://www.sgca.fr/outils/SMAF.pdf">http://www.sgca.fr/outils/SMAF.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>SPADEs</b>      | <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Post-Acute-Care-Quality-Initiatives/IMPACT-Act-of-2014/-IMPACT-Act-Standardized-Assessment-National-Testing-.html">https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Post-Acute-Care-Quality-Initiatives/IMPACT-Act-of-2014/-IMPACT-Act-Standardized-Assessment-National-Testing-.html</a> | Non diffusé dans son état final                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## INPATIENT REHABILITATION FACILITY - PATIENT ASSESSMENT INSTRUMENT QUALITY INDICATORS

| ADMISSION                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Section B</b>                                                                                             | <b>Hearing, Speech, and Vision</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>BB0700. Expression of Ideas and Wants</b> (3-day assessment period)                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                        | <b>Expression of Ideas and Wants</b> (consider both verbal and non-verbal expression and excluding language barriers)<br>4. Expresses complex messages <b>without difficulty</b> and with speech that is clear and easy to understand<br>3. Exhibits some <b>difficulty</b> with expressing needs and ideas (e.g., some words or finishing thoughts) or speech is not clear<br>2. <b>Frequently</b> exhibits difficulty with expressing needs and ideas<br>1. <b>Rarely/Never</b> expresses self or speech is very difficult to understand |
| <b>BB0800. Understanding Verbal and Non-Verbal Content</b> (3-day assessment period)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                        | <b>Understanding Verbal and Non-Verbal Content</b> (with hearing aid or device, if used, and excluding language barriers)<br>4. <b>Understands:</b> Clear comprehension without cues or repetitions<br>3. <b>Usually Understands:</b> Understands most conversations, but misses some part/intent of message. Requires cues at times to understand<br>2. <b>Sometimes Understands:</b> Understands only basic conversations or simple, direct phrases. Frequently requires cues to understand<br>1. <b>Rarely/Never Understands</b>        |
| <b>Section C</b>                                                                                             | <b>Cognitive Patterns</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>C0100. Should Brief Interview for Mental Status (C0200-C0500) be Conducted?</b> (3-day assessment period) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Attempt to conduct interview with all patients.                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                        | 0. <b>No</b> (patient is rarely/never understood) → <i>Skip to C0900, Memory/Recall Ability</i><br>1. <b>Yes</b> → <i>Continue to C0200, Repetition of Three Words</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Brief Interview for Mental Status (BIMS)</b>                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>C0200. Repetition of Three Words</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                        | Ask patient: "I am going to say three words for you to remember. Please repeat the words after I have said all three. The words are: <b>sock, blue and bed</b> . Now tell me the three words."<br><br><b>Number of words repeated after first attempt</b><br>3. <b>Three</b><br>2. <b>Two</b><br>1. <b>One</b><br>0. <b>None</b><br><br>After the patient's first attempt, repeat the words using cues ("sock, something to wear; blue, a color; bed, a piece of furniture"). You may repeat the words up to two more times.               |

## Brief Interview for Mental Status (BIMS) - Continued

### C0300. Temporal Orientation (orientation to year, month, and day)

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enter Code<br><input type="text"/> | Ask patient: "Please tell me what year it is right now."<br><b>A. Able to report correct year</b><br>3. <b>Correct</b><br>2. <b>Missed by 1 year</b><br>1. <b>Missed by 2 - 5 years</b><br>0. <b>Missed by &gt; 5 years</b> or no answer |
| Enter Code<br><input type="text"/> | Ask patient: "What month are we in right now?"<br><b>B. Able to report correct month</b><br>2. <b>Accurate within 5 days</b><br>1. <b>Missed by 6 days to 1 month</b><br>0. <b>Missed by &gt; 1 month</b> or no answer                   |
| Enter Code<br><input type="text"/> | Ask patient: "What day of the week is today?"<br><b>C. Able to report correct day of the week</b><br>1. <b>Correct</b><br>0. <b>Incorrect</b> or no answer                                                                               |

### C0400. Recall

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enter Code<br><input type="text"/> | Ask patient: "Let's go back to an earlier question. What were those three words that I asked you to repeat?" If unable to remember a word, give cue (something to wear; a color; a piece of furniture) for that word.<br><b>A. Able to recall "sock"</b><br>2. <b>Yes, no cue required</b><br>1. <b>Yes, after cueing</b> ("something to wear")<br>0. <b>No</b> - could not recall |
| Enter Code<br><input type="text"/> | <b>B. Able to recall "blue"</b><br>2. <b>Yes, no cue required</b><br>1. <b>Yes, after cueing</b> ("a color")<br>0. <b>No</b> - could not recall                                                                                                                                                                                                                                    |
| Enter Code<br><input type="text"/> | <b>C. Able to recall "bed"</b><br>2. <b>Yes, no cue required</b><br>1. <b>Yes, after cueing</b> ("a piece of furniture")<br>0. <b>No</b> - could not recall                                                                                                                                                                                                                        |

### C0500. BIMS Summary Score

|                                     |                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enter Score<br><input type="text"/> | <b>Add scores</b> for questions C0200-C0400 and fill in total score (00-15)<br><b>Enter 99 if the patient was unable to complete the interview</b> |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### C0600. Should the Staff Assessment for Mental Status (C0900) be Conducted?

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enter Code<br><input type="text"/> | 0. <b>No</b> (patient was able to complete Brief Interview for Mental Status) → <i>Skip to GG0100, Prior Functioning: Everyday Activities</i><br>1. <b>Yes</b> (patient was unable to complete Brief Interview for Mental Status) → <i>Continue to C0900, Memory/Recall Ability</i> |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Staff Assessment for Mental Status

Do not conduct if Brief Interview for Mental Status (C0200-C0500) was completed.

### C0900. Memory/Recall Ability (3-day assessment period)

|                                                          |                                                         |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ↓ Check all that the patient was normally able to recall |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                 | <b>A. Current season</b>                                |
| <input type="checkbox"/>                                 | <b>B. Location of own room</b>                          |
| <input type="checkbox"/>                                 | <b>C. Staff names and faces</b>                         |
| <input type="checkbox"/>                                 | <b>E. That he or she is in a hospital/hospital unit</b> |
| <input type="checkbox"/>                                 | <b>Z. None of the above</b> were recalled               |

## ADMISSION

### Section GG

### Functional Abilities and Goals

**GG0100. Prior Functioning: Everyday Activities.** Indicate the patient's usual ability with everyday activities prior to the current illness, exacerbation, or injury.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Coding:</b><br>3. <b>Independent</b> - Patient completed the activities by him/herself, with or without an assistive device, with no assistance from a helper.<br>2. <b>Needed Some Help</b> - Patient needed partial assistance from another person to complete activities.<br>1. <b>Dependent</b> - A helper completed the activities for the patient.<br>8. <b>Unknown</b><br>9. <b>Not Applicable</b> | ↓ Enter Codes in Boxes                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>A. Self-Care:</b> Code the patient's need for assistance with bathing, dressing, using the toilet, or eating prior to the current illness, exacerbation, or injury.                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>B. Indoor Mobility (Ambulation):</b> Code the patient's need for assistance with walking from room to room (with or without a device such as cane, crutch, or walker) prior to the current illness, exacerbation, or injury. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>C. Stairs:</b> Code the patient's need for assistance with internal or external stairs (with or without a device such as cane, crutch, or walker) prior to the current illness, exacerbation, or injury.                     |
| <input type="checkbox"/> <b>D. Functional Cognition:</b> Code the patient's need for assistance with planning regular tasks, such as shopping or remembering to take medication prior to the current illness, exacerbation, or injury.                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |

**GG0110. Prior Device Use.** Indicate devices and aids used by the patient prior to the current illness, exacerbation, or injury.

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| ↓ Check all that apply                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>A. Manual wheelchair</b>                   |
| <input type="checkbox"/> <b>B. Motorized wheelchair and/or scooter</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>C. Mechanical lift</b>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>D. Walker</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>E. Orthotics/Prosthetics</b>               |
| <input type="checkbox"/> <b>Z. None of the above</b>                   |

| ADMISSION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Section GG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Functional Abilities and Goals                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>GG0130. Self-Care</b> (3-day assessment period)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Code the patient's usual performance at admission for each activity using the 6-point scale. If activity was not attempted at admission, code the reason. Code the patient's discharge goal(s) using the 6-point scale. Use of codes 07, 09, 10, or 88 is permissible to code discharge goal(s).</p> <p><b>Coding:</b><br/> <b>Safety and Quality of Performance</b> - If helper assistance is required because patient's performance is unsafe or of poor quality, score according to amount of assistance provided.<br/> <i>Activities may be completed with or without assistive devices.</i></p> <p>06. <b>Independent</b> - Patient completes the activity by him/herself with no assistance from a helper.<br/>           05. <b>Setup or clean-up assistance</b> - Helper sets up or cleans up; patient completes activity. Helper assists only prior to or following the activity.<br/>           04. <b>Supervision or touching assistance</b> - Helper provides verbal cues and/or touching/steadying and/or contact guard assistance as patient completes activity. Assistance may be provided throughout the activity or intermittently.<br/>           03. <b>Partial/moderate assistance</b> - Helper does LESS THAN HALF the effort. Helper lifts, holds or supports trunk or limbs, but provides less than half the effort.<br/>           02. <b>Substantial/maximal assistance</b> - Helper does MORE THAN HALF the effort. Helper lifts or holds trunk or limbs and provides more than half the effort.<br/>           01. <b>Dependent</b> - Helper does ALL of the effort. Patient does none of the effort to complete the activity. Or, the assistance of 2 or more helpers is required for the patient to complete the activity.</p> <p><b>If activity was not attempted, code reason:</b><br/>           07. <b>Patient refused</b><br/>           09. <b>Not applicable</b> - Not attempted and the patient did not perform this activity prior to the current illness, exacerbation, or injury.<br/>           10. <b>Not attempted due to environmental limitations</b> (e.g., lack of equipment, weather constraints)<br/>           88. <b>Not attempted due to medical condition or safety concerns</b></p> |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1.<br>Admission<br>Performance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2.<br>Discharge<br>Goal                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ↓ Enter Codes in Boxes ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>A. Eating:</b> The ability to use suitable utensils to bring food and/or liquid to the mouth and swallow food and/or liquid once the meal is placed before the patient.                                                           |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>B. Oral hygiene:</b> The ability to use suitable items to clean teeth. Dentures (if applicable): The ability to insert and remove dentures into and from the mouth, and manage denture soaking and rinsing with use of equipment. |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>C. Toileting hygiene:</b> The ability to maintain perineal hygiene, adjust clothes before and after voiding or having a bowel movement. If managing an ostomy, include wiping the opening but not managing equipment.             |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>E. Shower/bathe self:</b> The ability to bathe self, including washing, rinsing, and drying self (excludes washing of back and hair). Does not include transferring in/out of tub/shower.                                         |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>F. Upper body dressing:</b> The ability to dress and undress above the waist; including fasteners, if applicable.                                                                                                                 |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>G. Lower body dressing:</b> The ability to dress and undress below the waist, including fasteners; does not include footwear.                                                                                                     |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <b>H. Putting on/taking off footwear:</b> The ability to put on and take off socks and shoes or other footwear that is appropriate for safe mobility; including fasteners, if applicable.                                            |

## ADMISSION

### Section GG      Functional Abilities and Goals

#### GG0170. Mobility (3-day assessment period)

Code the patient's usual performance at admission for each activity using the 6-point scale. If activity was not attempted at admission, code the reason. Code the patient's discharge goal(s) using the 6-point scale. Use of codes 07, 09, 10, or 88 is permissible to code discharge goal(s).

##### Coding:

**Safety and Quality of Performance** - If helper assistance is required because patient's performance is unsafe or of poor quality, score according to amount of assistance provided.

*Activities may be completed with or without assistive devices.*

- 06. **Independent** - Patient completes the activity by him/herself with no assistance from a helper.
- 05. **Setup or clean-up assistance** - Helper sets up or cleans up; patient completes activity. Helper assists only prior to or following the activity.
- 04. **Supervision or touching assistance** - Helper provides verbal cues and/or touching/steadying and/or contact guard assistance as patient completes activity. Assistance may be provided throughout the activity or intermittently.
- 03. **Partial/moderate assistance** - Helper does LESS THAN HALF the effort. Helper lifts, holds or supports trunk or limbs, but provides less than half the effort.
- 02. **Substantial/maximal assistance** - Helper does MORE THAN HALF the effort. Helper lifts or holds trunk or limbs and provides more than half the effort.
- 01. **Dependent** - Helper does ALL of the effort. Patient does none of the effort to complete the activity. Or, the assistance of 2 or more helpers is required for the patient to complete the activity.

##### If activity was not attempted, code reason:

- 07. **Patient refused**
- 09. **Not applicable** - Not attempted and the patient did not perform this activity prior to the current illness, exacerbation, or injury.
- 10. **Not attempted due to environmental limitations** (e.g., lack of equipment, weather constraints)
- 88. **Not attempted due to medical condition or safety concerns**

| 1.<br>Admission<br>Performance                                                          | 2.<br>Discharge<br>Goal                                                                 |                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ↓ Enter Codes in Boxes ↓                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>A. Roll left and right:</b> The ability to roll from lying on back to left and right side, and return to lying on back on the bed.                                                                             |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>B. Sit to lying:</b> The ability to move from sitting on side of bed to lying flat on the bed.                                                                                                                 |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>C. Lying to sitting on side of bed:</b> The ability to move from lying on the back to sitting on the side of the bed with feet flat on the floor, and with no back support.                                    |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>D. Sit to stand:</b> The ability to come to a standing position from sitting in a chair, wheelchair, or on the side of the bed.                                                                                |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>E. Chair/bed-to-chair transfer:</b> The ability to transfer to and from a bed to a chair (or wheelchair).                                                                                                      |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>F. Toilet transfer:</b> The ability to get on and off a toilet or commode.                                                                                                                                     |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>G. Car transfer:</b> The ability to transfer in and out of a car or van on the passenger side. Does not include the ability to open/close door or fasten seat belt.                                            |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>I. Walk 10 feet:</b> Once standing, the ability to walk at least 10 feet in a room, corridor, or similar space.<br><i>If admission performance is coded 07, 09, 10, or 88 → Skip to GG0170M, 1 step (curb)</i> |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>J. Walk 50 feet with two turns:</b> Once standing, the ability to walk at least 50 feet and make two turns.                                                                                                    |
| <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | <b>K. Walk 150 feet:</b> Once standing, the ability to walk at least 150 feet in a corridor or similar space.                                                                                                     |

## ADMISSION

### Section GG

### Functional Abilities and Goals

#### GG0170. Mobility (3-day assessment period) - Continued

Code the patient's usual performance at admission for each activity using the 6-point scale. If activity was not attempted at admission, code the reason. Code the patient's discharge goal(s) using the 6-point scale. Use of codes 07, 09, 10, or 88 is permissible to code discharge goal(s).

##### Coding:

**Safety and Quality of Performance** - If helper assistance is required because patient's performance is unsafe or of poor quality, score according to amount of assistance provided.

*Activities may be completed with or without assistive devices.*

- 06. **Independent** - Patient completes the activity by him/herself with no assistance from a helper.
- 05. **Setup or clean-up assistance** - Helper sets up or cleans up; patient completes activity. Helper assists only prior to or following the activity.
- 04. **Supervision or touching assistance** - Helper provides verbal cues and/or touching/steadying and/or contact guard assistance as patient completes activity. Assistance may be provided throughout the activity or intermittently.
- 03. **Partial/moderate assistance** - Helper does LESS THAN HALF the effort. Helper lifts, holds or supports trunk or limbs, but provides less than half the effort.
- 02. **Substantial/maximal assistance** - Helper does MORE THAN HALF the effort. Helper lifts or holds trunk or limbs and provides more than half the effort.
- 01. **Dependent** - Helper does ALL of the effort. Patient does none of the effort to complete the activity. Or, the assistance of 2 or more helpers is required for the patient to complete the activity.

If activity was not attempted, code reason:

- 07. **Patient refused**
- 09. **Not applicable** - Not attempted and the patient did not perform this activity prior to the current illness, exacerbation, or injury.
- 10. **Not attempted due to environmental limitations** (e.g., lack of equipment, weather constraints)
- 88. **Not attempted due to medical condition or safety concerns**

| 1.<br>Admission<br>Performance                          | 2.<br>Discharge<br>Goal                                 |                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ↓ Enter Codes in Boxes ↓                                |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>L. Walking 10 feet on uneven surfaces:</b> The ability to walk 10 feet on uneven or sloping surfaces (indoor or outdoor), such as turf or gravel.                                                                                |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>M. 1 step (curb):</b> The ability to go up and down a curb and/or up and down one step.<br><i>If admission performance is coded 07, 09, 10, or 88 → Skip to GG0170P, Picking up object</i>                                       |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>N. 4 steps:</b> The ability to go up and down four steps with or without a rail.<br><i>If admission performance is coded 07, 09, 10, or 88 → Skip to GG0170P, Picking up object</i>                                              |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>O. 12 steps:</b> The ability to go up and down 12 steps with or without a rail.                                                                                                                                                  |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>P. Picking up object:</b> The ability to bend/stoop from a standing position to pick up a small object, such as a spoon, from the floor.                                                                                         |
|                                                         |                                                         | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <b>Q1. Does the patient use a wheelchair and/or scooter?</b><br>0. No → Skip to H0350, Bladder Contenance<br>1. Yes → Continue to GG0170R, Wheel 50 feet with two turns |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>R. Wheel 50 feet with two turns:</b> Once seated in wheelchair/scooter, the ability to wheel at least 50 feet and make two turns.                                                                                                |
|                                                         |                                                         | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <b>RR1. Indicate the type of wheelchair or scooter used.</b><br>1. Manual<br>2. Motorized                                                                               |
| <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <b>S. Wheel 150 feet:</b> Once seated in wheelchair/scooter, the ability to wheel at least 150 feet in a corridor or similar space.                                                                                                 |
|                                                         |                                                         | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <b>SS1. Indicate the type of wheelchair or scooter used.</b><br>1. Manual<br>2. Motorized                                                                               |

| Section H                                                                                                              | Bladder and Bowel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>H0350. Bladder Continence</b> (3-day assessment period)                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                                  | <b>Bladder continence</b> - Select the one category that best describes the patient.<br>0. <b>Always continent</b> (no documented incontinence)<br>1. <b>Stress incontinence only</b><br>2. <b>Incontinent less than daily</b> (e.g., once or twice during the 3-day assessment period)<br>3. <b>Incontinent daily</b> (at least once a day)<br>4. <b>Always incontinent</b><br>5. <b>No urine output</b> (e.g., renal failure)<br>9. <b>Not applicable</b> (e.g., indwelling catheter)               |
| <b>H0400. Bowel Continence</b> (3-day assessment period)                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                                  | <b>Bowel continence</b> - Select the one category that best describes the patient.<br>0. <b>Always continent</b><br>1. <b>Occasionally incontinent</b> (one episode of bowel incontinence)<br>2. <b>Frequently incontinent</b> (2 or more episodes of bowel incontinence, but at least one continent bowel movement)<br>3. <b>Always incontinent</b> (no episodes of continent bowel movements)<br>9. <b>Not rated</b> , patient had an ostomy or did not have a bowel movement for the entire 3 days |
| Section I                                                                                                              | Active Diagnoses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Comorbidities and Co-existing Conditions</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ↓ Check all that apply                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                               | <b>I0900. Peripheral Vascular Disease (PVD) or Peripheral Arterial Disease (PAD)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                               | <b>I2900. Diabetes Mellitus (DM)</b> (e.g., diabetic retinopathy, nephropathy, and neuropathy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                               | <b>I7900. None of the above</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Section J                                                                                                              | Health Conditions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>J1750. History of Falls</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                                  | Has the patient had two or more falls in the past year or any fall with injury in the past year?<br>0. <b>No</b><br>1. <b>Yes</b><br>8. <b>Unknown</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>J2000. Prior Surgery</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Enter Code<br><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                                  | Did the patient have major surgery during the <b>100 days prior to admission</b> ?<br>0. <b>No</b><br>1. <b>Yes</b><br>8. <b>Unknown</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Section K                                                                                                              | Swallowing/Nutritional Status                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>K0110. Swallowing/Nutritional Status</b> (3-day assessment period) Indicate the patient's usual ability to swallow. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ↓ Check all that apply                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                               | <b>A. Regular food</b> - Solids and liquids swallowed safely without supervision or modified food or liquid consistency.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                               | <b>B. Modified food consistency/supervision</b> - Patient requires modified food or liquid consistency and/or needs supervision during eating for safety.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                               | <b>C. Tube/parenteral feeding</b> - Tube/parenteral feeding used wholly or partially as a means of sustenance.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Section M</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Skin Conditions</b>                              |
| <b>Report based on highest stage of existing ulcers/injuries at their worst; do not "reverse" stage</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| <b>M0210. Unhealed Pressure Ulcers/Injuries</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Enter Code<br><input type="checkbox"/>                                                                  | <b>Does this patient have one or more unhealed pressure ulcers/injuries?</b><br>0. <b>No</b> → Skip to N2001, Drug Regimen Review<br>1. <b>Yes</b> → Continue to M0300, Current Number of Unhealed Pressure Ulcers/Injuries at Each Stage                                                                                                                                                                                          |                                                     |
| <b>M0300. Current Number of Unhealed Pressure Ulcers/Injuries at Each Stage</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>A. Stage 1:</b> Intact skin with non-blanchable redness of a localized area usually over a bony prominence. Darkly pigmented skin may not have a visible blanching; in dark skin tones only it may appear with persistent blue or purple hues.<br><b>1. Number of Stage 1 pressure injuries</b>                                                                                                                                 |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>B. Stage 2:</b> Partial thickness loss of dermis presenting as a shallow open ulcer with a red or pink wound bed, without slough. May also present as an intact or open/ruptured blister.<br><b>1. Number of Stage 2 pressure ulcers</b>                                                                                                                                                                                        |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>C. Stage 3:</b> Full thickness tissue loss. Subcutaneous fat may be visible but bone, tendon or muscle is not exposed. Slough may be present but does not obscure the depth of tissue loss. May include undermining and tunneling.<br><b>1. Number of Stage 3 pressure ulcers</b>                                                                                                                                               |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>D. Stage 4:</b> Full thickness tissue loss with exposed bone, tendon or muscle. Slough or eschar may be present on some parts of the wound bed. Often includes undermining and tunneling.<br><b>1. Number of Stage 4 pressure ulcers</b>                                                                                                                                                                                        |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>E. Unstageable - Non-removable dressing/device:</b> Known but not stageable due to non-removable dressing/device<br><b>1. Number of unstageable pressure ulcers/injuries due to non-removable dressing/device</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>F. Unstageable - Slough and/or eschar:</b> Known but not stageable due to coverage of wound bed by slough and/or eschar<br><b>1. Number of unstageable pressure ulcers due to coverage of wound bed by slough and/or eschar</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                     |
| Enter Number<br><input type="checkbox"/>                                                                | <b>G. Unstageable - Deep tissue injury</b><br><b>1. Number of unstageable pressure injuries presenting as deep tissue injury</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |
| <b>Section N</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Medications</b>                                  |
| <b>N2001. Drug Regimen Review</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Enter Code<br><input type="checkbox"/>                                                                  | <b>Did a complete drug regimen review identify potential clinically significant medication issues?</b><br>0. <b>No - No issues found during review</b> → Skip to O0100, Special Treatments, Procedures, and Programs<br>1. <b>Yes - Issues found during review</b> → Continue to N2003, Medication Follow-up<br>9. <b>NA - Patient is not taking any medications</b> → Skip to O0100, Special Treatments, Procedures, and Programs |                                                     |
| <b>N2003. Medication Follow-up</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Enter Code<br><input type="checkbox"/>                                                                  | <b>Did the facility contact a physician (or physician-designee) by midnight of the next calendar day and complete prescribed/ recommended actions in response to the identified potential clinically significant medication issues?</b><br>0. <b>No</b><br>1. <b>Yes</b>                                                                                                                                                           |                                                     |
| <b>Section O</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Special Treatments, Procedures, and Programs</b> |
| <b>O0100. Special Treatments, Procedures, and Programs</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| ↓ Check if treatment applies at admission                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <b>N. Total Parenteral Nutrition</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |

## BIBLIOGRAPHIE

1. Veran O. L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
2. OMS. Rehabilitation in health systems. Genève: OMS; 2017. Report No.: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Bank, éditeurs. Rapport mondial sur le handicap. Genève (Suisse): Organisation mondiale de la Santé; 2012. 359 p.
4. Aubert Jean Marc. Réformes des modes de financement et de régulation. Paris: DREES; 2019.
5. OCDE. Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE. OECD; 2017
6. Fabien Toutlemonde. Les établissements de santé - édition 2018. DREES;
7. Lucie Gonzalez, Romain Roussel, Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou et Carine Ferretti. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018. DREES; 2018.
8. Lucie Gonzalez, Romain Roussel, Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou et Carine Ferretti. La protection sociale en France et en Europe en 2016 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2018
9. OMS. Rehabilitation 2030: A Call for Action. 2017 fév.
10. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. SJSH0831003C, °DHOS/O1/2008/305 oct 3, 2008.
11. Ministère chargé de la santé. Les chiffres clés de l'offre de soins. 2018.
12. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation. ATIH; 2018.
13. Sandrine Chambaretaud Diane Lequet-Slama. Le système de santé américain. adsp n° 36. sept 2001;
14. Huckfeldt PJ, Sood N, Romley JA, Malchiodi A, Escarce JJ. Medicare payment reform and provider entry and exit in the post-acute care market. Health Serv Res. oct 2013;48(5):1557-80.
15. Bernhardt AK, Lynn J, Berger G, Lee JA, Reuter K, Davanzo J, et al. Making it safe to grow old: a financial simulation model for launching mediCaring communities for frail elderly Medicare beneficiaries. Milbank Q. 2016;94(3):597-625.
16. Crosson F. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Medpac; 2018 mars.

17. Carrin G, éditeur. Health systems policy, finance, and organization. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2009. 439 p.
18. Prof Lynne Turner-Stokes. Rehabilitation for patients in the acute care pathway following severe disabling illness or injury: BSRM core standards for specialist rehabilitation. 2014 oct.
19. Turner-Stokes L. The UK Rehabilitation Outcome Collaborative (UKROC) Database. NHS; 2016.
20. BSRM. Specialist neuro-rehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs. may 2019;
21. Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R, Eagar K. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation. Clin Rehabil. mars 2012;26(3):195-208.
22. The Australian National Subacute and Non-acute Patient Classification AN-SNAP V4 User Manual. University of Wollongong: Centre for Health Service Development; 2015.
23. OECD, Eurostat, World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition [Internet]. OECD; 2017
24. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. 2011.
25. ATIH. Guide de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENC). 2014 nov.
26. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy Amst Neth. juin 2002;60(3):255-73.
27. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. Med Care. févr 1980;18(2 Suppl):iii, 1-53.
28. Sood N, Huckfeldt PJ, Grabowski DC, Newhouse JP, Escarce JJ. The effect of prospective payment on admission and treatment policy: evidence from inpatient rehabilitation facilities. J Health Econ. sept 2013;32(5):965-79.
29. Devailly J-P, Josse L. Réformes de l'organisation et du financement des soins de suite et de réadaptation : la gestion des paradoxes en réadaptation. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. juill 2008;28(2):72-80.
30. Buntin MB. Access to postacute rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. nov 2007;88(11):1488-93.
31. Sutherland JM, Walker J. Challenges of rehabilitation case mix measurement in Ontario hospitals. Health Policy Amst Neth. mars 2008;85(3):336-48.
32. Brock KA, Vale SJ, Cotton SM. The effect of the introduction of a case-mix-based funding model of rehabilitation for severe stroke: an Australian experience. Arch Phys Med Rehabil. juill 2007;88(7):827-32.
33. Chan L. The State-of-the-Science: Challenges in Designing Postacute Care Payment Policy. Arch Phys Med Rehabil. nov 2007;88(11):1522-5.

34. Zorowitz RD. Inpatient rehabilitation facilities under the prospective payment system: lessons learned. *Eur J Phys Rehabil Med.* juin 2009;45(2):259-63.
35. Sood N, Huckfeldt PJ, Escarce JJ, Grabowski DC, Newhouse JP. Medicare's bundled payment pilot for acute and postacute care: analysis and recommendations on where to begin. *Health Aff Proj Hope.* sept 2011;30(9):1708-17.
36. Shah PK, Heinemann AW, Manheim LM. The effect of Medicare's Prospective Payment System on patient satisfaction: an illustration with four rehabilitation hospitals. *Am J Phys Med Rehabil.* mars 2007;86(3):169-75.
37. Grabowski DC, Huckfeldt PJ, Sood N, Escarce JJ, Newhouse JP. Medicare postacute care payment reforms have potential to improve efficiency of care, but may need changes to cut costs. *Health Aff Proj Hope.* sept 2012;31(9):1941-50.
38. Durkin EM, Deutsch A, Heinemann AW. Inpatient rehabilitation facilities: variation in organizational practice in response to prospective payment. *Med Care Res Rev MCRR.* avr 2010;67(2):149-72.
39. Kiekens Charlotte, Van Rie Katrien, Leys Mark, Cleemput Irina, Smet Mike, Kesteloot Katrien, et al. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2007. (KCE Reports). Report No.: 57B.
40. Lance J-M, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec), Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Le financement axé sur les patients: revue de littérature sur les expériences étrangères [Internet]. 2014 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/240181>
41. De Pourvoirville G. Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas: La mise en œuvre de la tarification à l'activité. *Rev Économique.* 2009;60(2):457.
42. Merrill KJ. Integrated Healthcare: Considering the Payment Implications. *Treas Risk.* 2014;
43. Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R. Healthcare tariffs for specialist inpatient neurorehabilitation services: rationale and development of a UK casemix and costing methodology. *Clin Rehabil.* mars 2012;26(3):264-79.
44. DeJong G. Bundling acute and postacute payment: from a culture of compliance to a culture of innovation and best practice. *Phys Ther.* mai 2010;90(5):658-62.
45. Bizard F. Evaluation médicoéconomique du paiement à l'épisode de soins. SOFCOT - LE BLOC; 2018 avr.
46. McWilliams JM, Gilstrap LG, Stevenson DG, Chernew ME, Huskamp HA, Grabowski DC. Changes in Postacute Care in the Medicare Shared Savings Program. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2017;177(4):518-26.
47. ATIH. Classification PMSI-SSR en groupe médicoéconomique ; rapport des travaux 2011, 2012. ATIH; 2013.
48. Metral P. En 15 ans de PMSI SSR, où sont les choix ? Journée du Grand sud; 2013; Ajaccio.

49. Holland DE. The Medicare post-acute care payment reform initiative: impact and opportunity for case management. *Prof Case Manag.* févr 2008;13(1):37-42.
50. Congress of United States of America. One Hundred Thirteenth Congress of the United States of America. H. R. 4994 2014.
51. CMS. SNF PPS: Patient Driven Payment Model. 2019.
52. Post-Acute Care Reform Plan. Policy Council Document;
53. MedPAC. Inpatient rehabilitation facilities payment system. Payment basics; 2016.
54. MedPAC. Home health care services payment system. payment basics, 2018
55. MedPAC. Long-term care hospitals payment system. Payment basics; 2018.
56. Turner-Stokes L. Politics, policy and payment--facilitators or barriers to person-centred rehabilitation? *Disabil Rehabil.* 30 nov 2007;29(20-21):1575-82.
57. Hanning B, Predl N. New activity-based funding model for Australian private sector overnight rehabilitation cases: the rehabilitation Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient (AN-SNAP) model. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* sept 2015;39(4):365-9.
58. Johnston MV, Graves D, Greene M. The Uniform Postacute Assessment Tool: Systematically Evaluating the Quality of Measurement Evidence. *Arch Phys Med Rehabil.* nov 2007;88(11):1505-12.
59. Madden R, Marshall R, Race S. ICF and casemix models for healthcare funding: use of the WHO family of classifications to improve casemix. *Disabil Rehabil.* juin 2013;35(13):1074-7.
60. Castiel D, Bréchat P-H. 2. Le handicap social face à la tarification à l'activité. In: *Solidarités, précarité et handicap social [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010*
61. Castiel D, Bréchat P-H, Mathieu-Grenouilleau M-C, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. *Santé Publique.* 2009;21(2):195.
62. Guitteny M. L'outil : INTERMED et la complexité bio-psycho-sociale. *Eur Psychiatry.* nov 2014;29(8):586.
63. Devailly J-P, Josse L. Le score Intermed permet-il de repérer les patients complexes en MPR ? *Ann Phys Rehabil Med.* mai 2014;57:e425.
64. Castiel D, Bréchat P-H, Grenouilleau M-C. De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital public. *Presse Médicale.* févr 2007;36(2):187-8.
65. Contandriopoulos A-P. La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique.* 2008;20(2):191.
66. Faucon Felix. *Courrier de la DGOS.* 2009.

67. Cours des comptes. Rapport de la cours des comptes, , Chapitre XII les activités de soins de suite et de réadaptation. 2012 p. 341-69.
68. HAS. Rapport d'évaluation : le recours à l'hôpital en Europe. Service évaluation économique et santé publique; 2009.
69. Yelnik A. Les textes réglementant l'activité en soins de suite et de réadaptation du décret du 9 mars 1956 aux décrets du 17 avril 2008. Place de la médecine physique et de réadaptation. Ann Réadapt Médecine Phys. juin 2008;51(5):415-21.
70. ATIH. Manuel des groupes médicoéconomique en soins de suite et de réadaptation. Volume 1 Présentation et annexes générales. Ministère des solidarité et de la santé; 2019 jui. Report No.: No 2019/1 bis.
71. Casemix Companion HRG4+ 2017/18 Local Payment Grouper. National Case mix office, NHS; 2017.
72. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. Medicare Program; Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System for Federal Fiscal Year 2019. Final rule. Fed Regist. 6 août 2018;83(151):38514-73.
73. Jensen MC, Meckling WH. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. J Financ Econ. oct 1976;3(4):305-60.
74. Sebai J. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins?: application aux systèmes de soins coordonnés. Santé Publique. 2016;28(2):223.
75. Rochaix L. Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats. Économie Prévision. 1997;129(3):11-24.
76. Houssel M. La tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation [Mémoire de l'école national de Santé Publique]. Rennes; 2003.
77. Goodhart, Charles. Problems of Monetary Management: The U.K. Experience. Anthony Courakis Ed. 1981;Inflation, Depression, and Economic Policy in the West (Rowman & Littlefield);116.
78. Akerlof GA. The Market for « Lemons »: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Q J Econ. août 1970;84(3):488.
79. Rode Gilles. Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Rev Hosp Fr. 2013;(555):60-4.
80. Alliance EP and RMB. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 3. A primary medical specialty: the fundamentals of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. mars 2018;(2).
81. Bickenbach J, éditeur. ICF core sets: manual for clinical practice. Cambridge, Mass.: Hogrefe; 2012. 141 p.

Vu, le Directeur de Thèse

Pours le 12 septembre 2019



Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

ROULET Mêly

Nombre de page : 114

Nombre de tableaux : 10

Nombre de figures : 19

**Introduction** : Les SSR sont engagés dans une réforme de leur financement dans un contexte de crise des dépenses de santé. Le choix d'aboutir à un paiement au séjour fondé sur un paiement prospectif par cas semble difficile à mettre en œuvre. Nous avons étudié différents exemples internationaux afin d'éclairer des pistes d'évolution pour le financement du secteur SSR en France.

**Méthode** : Nous avons effectué une revue de la littérature sur le financement dans le secteur de soins post-aigus aux Etats-Unis, en Angleterre, en Australie et en France. Nous avons comparé la segmentation fonctionnelle et institutionnelle, la classification à visée tarifaire, son périmètre et son unité de groupage, ainsi que les outils de recueil des données cliniques.

**Résultats** : Contrairement à la France et à l'Angleterre, les soins de réadaptation américains et australiens ont une segmentation fonctionnelle et institutionnelle proche des nomenclatures internationales. Le secteur de réadaptation dispose alors d'un *case-mix* spécifique. Dans ce cas des paiements au séjour peuvent être construits sur des prises en charge cliniques similaires. Sans une telle segmentation, c'est un paiement à la séquence fondé sur une classification à la journée pondérée qui est choisi. La tendance à l'uniformisation des systèmes d'informations et des paiements post-aigus incite à l'hybridation des systèmes de paiement face à l'hétérogénéité extrême des prises en charge.

**Discussion** : Trois scénarios sont évoqués pour la France : une modification mineure des outils de statut fonctionnel et du CSARR, la refonte des GME dans une optique de paiement à la séquence reliée aux finalités et enfin un scénario d'intégration des prestataires SSR lié à un paiement à l'épisode de soins. Quel que soit le scénario, des outils robustes et validés doivent pouvoir discriminer les finalités principales de soins, dans le domaine des soins médicaux, de la réadaptation, de la dépendance et des facteurs socio-environnementaux.

**Mots clefs en français** : Réadaptation, tarification à l'activité, groupes médico-économiques, SSR, paiement prospectif, soins post-aigus

**Mots clefs en anglais** : Rehabilitation, case-mix, PPS, post-acute

### **Jury :**

**Président du Jury** : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de médecine – Tours

**Membres du Jury** :

- Professeur Béatrice TROMBERT, Santé publique, Faculté de médecine – Saint-Etienne
- Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU, Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition, Faculté de Médecine – Tours
- Docteur Pierre METRAL, Santé publique – Lyon

Directeur de thèse : Docteur Devailly Jean-Pascal, MPR, AP-HP, Paris.

Date de soutenance : 14 octobre 2019