



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Regards croisés sur le devenir des hôpitaux de jour de rhumatologie

Philippe Gaudin^{a,*,b}, Slim Lassoued^c, Isabelle Giraud^d, Pierre-Olivier Bard^e,
Arnaud Étienne^f



^a Service de rhumatologie, équipe GREPI-UGA EA7408, hôpital Sud, centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes, avenue de Kimberley, 38130 Échirolles, France

^b GREPI Université Grenoble Alpes, CNRS, Institute of Engineering, TIMC-IMAG CHU Grenoble Alpes, 38000 Grenoble cedex, France

^c Service de rhumatologie, centre hospitalier de Cahors, 335, rue du Président-Wilson, 46000 Cahors, France

^d Unité d'analyse médico-économique des processus de soins au département de l'information médicale, centre hospitalier universitaire de Montpellier, 191, avenue Doyen-Gaston-Giraud, 34090 Montpellier, France

^e Cabinet Santinel Conseil, La Peyrière Bas, 07320 Mars, France

^f Service des études et applications de l'information médicale, pôle de santé publique, groupe hospitalier de la région Mulhouse et Sud Alsace, 87, avenue d'Altkirch, 68100 Mulhouse, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 28 juin 2019

Disponible sur Internet le 4 juillet 2019

Mots clés :

Rhumatologie
Ambulatoire
Prestation
Facturation
Organisation
Innovation

RÉSUMÉ

Les hôpitaux de jour de rhumatologie ont principalement développé leur activité avec l'arrivée des biothérapies administrées par voie intraveineuse. Avec l'apparition d'autres voies d'administrations, ils ont étendu leur activité à diverses typologies de prise en charge. Les textes encadrant la tarification des hôpitaux de jour laissent des ambiguïtés d'interprétation, responsables d'une application hétérogène entre établissements et d'une insécurité financière. Ceci génère une inadéquation entre les besoins des patients et les lieux et modalités de prise en charge. En 2017, de nouveaux vecteurs de facturation ont été introduits pour accompagner la coordination pluriprofessionnelle autour de la maladie chronique, mais plusieurs freins empêchent leur mise en place. Pour contribuer au développement d'une rhumatologie ambulatoire proposant des prises en charge plus adaptées, le premier enjeu est de se saisir de ces nouveaux vecteurs de tarifications. Pour cela il conviendrait de penser de nouvelles structures de soins adaptées au parcours du patient pour l'accueil de toutes les venues sans nuitées, et de s'aider de réunions tripartites entre médecins rhumatologues, médecins du département d'information médicale et contrôle de gestion afin d'organiser les parcours présentant un équilibre médicoéconomique. Ce travail est le point de départ pour une réflexion encore plus poussée dans un environnement qui doit faire face à de nombreux enjeux. Le cadre expérimental proposé par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 est ainsi une opportunité de tester de nouveaux modèles de prise en charge, comme une rémunération périodique de suivi des patients.

© 2019 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

Dans les années 1980, différentes innovations médicales et techniques ont permis d'accélérer le développement des structures d'hospitalisations sans hébergement [1–3]. Dans un premier temps l'avènement des hôpitaux de jour (HDJ) a permis de diminuer le nombre d'hospitalisations complètes entraînant de ce fait une diminution de la durée moyenne de séjour. Le nombre de place autorisées dans les HDJ de médecine a ainsi augmenté de façon

majeure entre 2000 et 2014, puis s'est stabilisé depuis 2015 [4] (en 2015 : 12 694 places en HDJ ; en 2016 : 12 991 ; en 2017 : 12 947).

En rhumatologie, dans la période la plus récente, la croissance de l'activité dans les HDJ est en grande partie liée à l'administration des thérapeutiques par voie intraveineuse (principalement les biothérapies) administrées en séances. La Fig. 1 ci-dessous illustre cette croissance sur la dernière décennie.

L'évolution de l'arsenal thérapeutique, avec l'arrivée progressive de traitements par voies sous-cutanée et orale, délivrés et administrés en ville, a entraîné une stabilisation du nombre de venues au cours du temps. Ainsi, dans la période la plus récente, les HDJ de rhumatologie sont mobilisés le plus souvent au titre de venues sans nuitée pour la réalisation de bilans diagnostiques ou thérapeutiques, les évaluations pluridisciplinaires annuelles ou

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : pgaudin@chu-grenoble.fr, Philippe.Gaudin@univ-grenoble-alpes.fr (P. Gaudin).

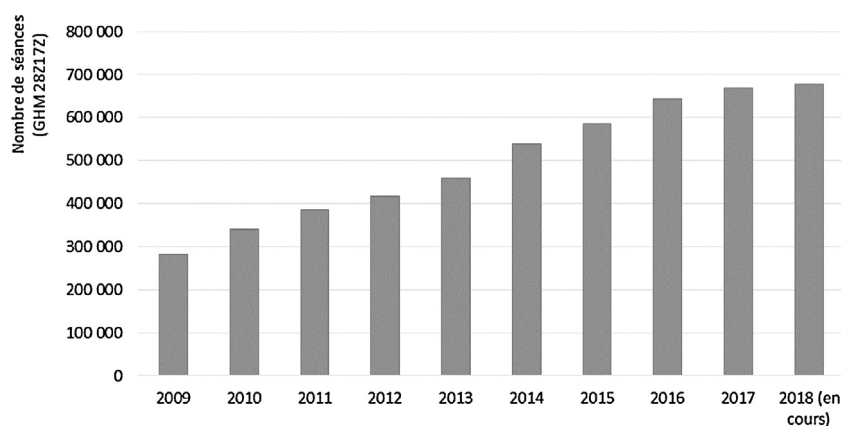


Fig. 1. Évolution par année du nombre de venues en HDJ pour séances d'administration de chimiothérapies non tumorales (Groupe homogène de malades 28Z17Z). Source : scansanté.fr.

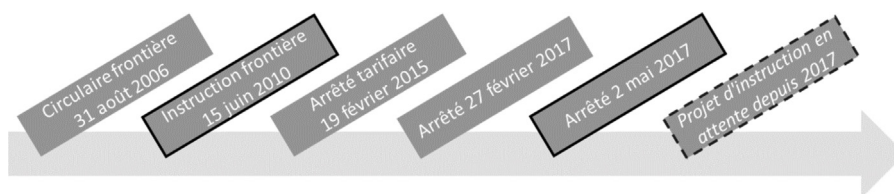


Fig. 2. Textes réglementaires ayant progressivement définis les conditions de tarification des prises en charge hospitalières de moins d'une journée [5–9].

pluriannuelles, ou la réalisation d'actes d'administration de biothérapies. Nous allons maintenant nous intéresser à la tarification de ces venues.

2. Tarification des venues sans nuitée : principes et ambiguïtés d'interprétation des textes réglementaires

Les modalités de tarification des prises en charge hospitalières de moins d'une journée ont été précisées par de nombreux textes successifs, en lien avec la création de nouvelles prestations (Fig. 2) [5–9].

L'instruction frontière DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 [6] donne le cadre pour la facturation des prises en charge qualifiées de bilans diagnostiques ou thérapeutiques. Cette circulaire reste la référence à l'heure actuelle dans la mesure où un projet de 2017 prévoyant son abrogation n'a toujours pas été publié (la nouvelle instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires devrait être publiée en fin d'année 2019 [10]). Ce texte pose un principe en apparence simple : la prise en charge en hospitalisation de jour, et donc la facturation d'un forfait séjour GHS (Groupe Homogène de Séjour), est possible si plusieurs conditions cumulatives sont remplies, sinon la facturation correspond à une prise en charge externe. La Fig. 3 qui suit résume les conditions à réunir pour la facturation d'un GHS.

Le principe de facturation décrit dans la Fig. 3 ne permet pas de valoriser correctement le suivi des maladies chroniques. En effet, les prises en charge mobilisant différents types d'intervenants de façon coordonnée mais sans nécessiter la réalisation d'actes techniques (par exemple actions de prévention, diagnostic éducatif partagé, évaluation de l'adhésion thérapeutique) ne correspondent à aucune nomenclature et ne peuvent donc être facturées qu'en simple consultation externe. Pour pallier cette problématique identifiée dans le rapport Veran de 2017 [11], un forfait de prestation intermédiaire (FPI), intermédiaire entre l'HDJ et la facturation externe, a été introduit par l'arrêté du 2 mai 2017 [9]. Ce forfait est applicable pour les prises en charge d'une liste fermée

d'affections chroniques¹, qui impliquent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels en présence du patient ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale. Les FPI permettent ainsi de facturer des prises en charge complexes, et sont éventuellement complétés par la facturation d'autres actes externes. Leur mise en œuvre concrète dans un établissement nécessite d'établir des protocoles détaillés, et de s'assurer de leur viabilité financière. Le codage actuellement peu lisible de l'activité d'hospitalisation sans nuitée ne facilite pas les analyses préalables. Ce travail requiert une implication de plusieurs directions ce qui rend le portage institutionnel délicat. À cela s'ajoute la nécessité d'organiser le circuit du patient entre les différents intervenants situés dans leurs propres bureaux ou sites de consultation, ou bien de réunir ces derniers sur une structure d'accueil dédiée. Finalement, les FPI ne sont que peu utilisés dans les services de rhumatologie à ce jour.

Concernant le cas particulier de l'administration de produits de la réserve hospitalière, les arrêtés du 19 février 2015 [7] et celui du 2 mai 2017 [9] ont introduit deux nouveaux forfaits (le forfait APE pour les produits de la liste dite « en sus »², et le forfait AP2 pour les spécialités autre que « liste en sus ») pour lesquels la rhumatologie n'est pas concernée à ce jour.

Au total, les règles de facturation actuelles des prises en charge hospitalières de moins d'une journée sont résumées dans la Fig. 4.

Le développement d'un arsenal de tarifications forfaitaires, cohérent au regard des nécessités d'adapter le modèle de financement aux moyens engagés, rend plus flou et plus incertaine la frontière avec l'activité en hospitalisation, faute d'actualisation de l'instruction frontière du 15 juin 2010. C'est bien le centre des difficultés que rencontrent les établissements pour définir quelle

¹ Il s'agit des diabètes types 1 et 2, du diabète gestationnel, de l'insuffisance cardiaque grave, de la polyarthrite rhumatoïde évolutive et de la spondylarthrite grave.

² Les médicaments dits « liste en sus » sont des médicaments considérés comme innovants et coûteux qui sont inscrits sur une liste permettant leur remboursement intégral, en plus du forfait versé pour le séjour hospitalier (il s'agit donc d'un remboursement « en sus des prestations d'hospitalisation »).

Facturation d'un GHS en HDJ	
<p>Réalisation d'actes diagnostiques (investigations) ou thérapeutiques (traitements)</p> <p>qui nécessitent (réunion de 3 conditions cumulatives) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; 2. un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ou une sage-femme ; 3. l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. 	<p>Séances, dont les séances d'administrations de médicaments classés Réserve Hospitalière (RH). Motifs de séances (GHM 28) = Chimiothérapies (tumorales et non tumorales), Transfusion, Dialyse, Radiothérapie, Oxygénothérapie hyperbare, Aphérèse</p> <p>Bilans : facturation d'un GHS de type bilan si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.</p>
<p>Terrain à risque : un état du patient qui conduit le corps médical à ne pas le considérer comme un patient "habituel"; et qui justifie de prendre des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens, ou la délivrance de certains soins.</p>	
<p>Sinon : Facturation d'une consultation externe + les actes séparément</p>	

Fig. 3. Conditions de facturation d'un GHS en HDJ (GHM : groupe homogène de malades). Seul le cas particulier du « terrain à risque » autorise une facturation en hospitalisation pour une activité habituellement facturée en prestations externes (Notons également que les séances au sens PMSI permettent à elles seules de justifier de la facturation d'un GHS) [6,7].

Prise en charge (PEC) hospitalière de 0 nuit (HDJ) → Groupe Homogène de Séjour (GHS)	PEC Hospitalière de 0 nuit → Forfaits en environnement hospitalier	PEC Ambulatoire → Facturation externe
<ul style="list-style-type: none"> • Séance d'administration d'un produit réservés à l'usage hospitalier (RH) (sauf cas particuliers) • Réalisation d'actes diagnostiques (investigations) ou thérapeutiques (traitements) qui nécessitent (réunion de 3 conditions cumulatives) : <ol style="list-style-type: none"> 1. une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; 2. un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ou une sage-femme ; 3. l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. • Terrain à risque 	<p>Pour certaines pathologies*, dont la PR évolutive, création d'un forfait prestation intermédiaire (FPI) si 2 conditions sont réunies pour une consultation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervention d'au moins 1 médecin + 2 autres professionnels de santé 2. Rédaction d'une synthèse médicale <p><i>Forfaits APE (produits liste en sus) et AP2 (non liste en sus) : pas d'application identifiée en rhumatologie.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administration d'un produit non classé RH, disponible en ville • Absence d'une seule des 3 conditions cumulatives pour le GHS d'HDJ. • Absence d'une des 2 conditions cumulatives pour le forfait FPI
	+ facturation des actes	
	<p>*Diabète type I et II, Diabète gestationnel, Polyarthrite rhumatoïde évolutive, Spondylarthrite grave, Insuffisance cardiaque grave.</p>	

Fig. 4. Prises en charge hospitalières de moins d'une journée depuis le 2 mai 2017. Pour plus de détails sur la facturation d'un GHS (1^{re} colonne du tableau) se reporter aux Fig. 5 et 6.

modalité tarifaire appliquer. La mission IGF/IGAS dans son rapport de février 2016 [12] soulevait déjà les ambiguïtés d'interprétation des textes.

Ces prises en charge frontalières ont pourtant été particulièrement ciblées par un contrôle de facturation efficace. Les chiffres publiés par la caisse nationale d'assurance maladie sont éloquentes [13] :

- le pourcentage des séjours HDJ contrôlés présentant une anomalie était de 60 % en 2008, et encore d'environ 40 % en 2016 ;

- 40 % des séjours contrôlés sont des HDJ pour la période 2013–2016 ;
- 30 % de la valeur des indus notifiés sur la période 2013–2015 concerne les HDJ, entraînant remboursements d'indus et notification de sanctions conséquentes.

Confrontés à cette insécurité financière, les services de rhumatologie sont tentés de limiter l'organisation des séjours ambulatoires de type bilan qui sont les plus ciblés par les contrôles, malgré leur intérêt pour les patients atteints de maladies chroniques.

Typologies des prises en charge	Vecteurs de facturation recensés	
	Champ de l'hospitalisation	Champ de l'activité externe
Ostéopathies fragilisantes	GHM de type exploration/bilan : 08M14T (Affections du tissu conjonctif, très courte durée) : 589,49€ (tarif public) / 212,53€ (tarif privé) 23M20T (Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée) : 627,85€ (tarif public) / 329,19€ (tarif privé). 08M35Z (Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) : 640,97€ (tarif public) / 726,96€ (tarif privé)	Consultation avec suppléments éventuels et actes CCAM d'explorations nécessaires : de 25€ (CS ¹) à 69€ (APU ²).
Pathologies rachidiennes complexes	GHM de type exploration/bilan : 08M14T (Affections du tissu conjonctif, très courte durée) : 589,49€ (tarif public) / 212,53€ (tarif privé) 23M20T (Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée) : 627,85€ (tarif public) / 329,19€ (tarif privé). 08M35Z (Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) : 640,97€ (tarif public) / 726,96€ (tarif privé)	Consultation avec suppléments éventuels et actes CCAM d'explorations nécessaires : de 25€ (CS ¹) à 69€ (APU ²).

¹CS : Consultation.

²APU : Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (en activité)

Fig. 5. Vecteurs de facturation pour les prises en charge des ostéopathies fragilisantes et pathologies rachidiennes complexes [16,17].

3. L'ambulatorio en rhumatologie aujourd'hui : des prises en charge devant s'adapter aux modalités de facturation

Le recensement qualitatif effectué par les auteurs de cet article a permis d'identifier les principales typologies de prise en charge pour les patients actuellement accueillis dans les hôpitaux de jour de rhumatologie (quel que soit le mode de facturation utilisé).

3.1. Activités à faibles volumes

L'activité qui mobilise le plus de ressources hospitalières est la réalisation de bilans diagnostiques de pathologies rhumatologiques complexes. L'objectif de cette prise en charge est de mobiliser sur une journée l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, et des plateaux techniques nécessaires au diagnostic d'un cas complexe (ostéopathies graves, sclérodermie, lupus, ostéoporose, etc.). Les HDJ sont alors tributaires des plateaux techniques et l'annulation d'un rendez-vous prévu dans le bilan peut compromettre la facturation du GHS.

Il s'agit en général de prises en charge peu nombreuses, réalisées dans les hôpitaux de jour des établissements de recours. On peut également retrouver, quand l'état du patient le justifie, un acte radioguidé, la prise en charge d'un syndrome douloureux complexe, une infiltration ou encore un bilan préparatoire à un traitement par biothérapie.

La Fig. 5 regroupe les modalités de facturation pour les prises en charge des ostéopathies fragilisantes et pathologies rachidiennes complexes. À ce jour elles ne sont pas éligibles au FPI.

3.2. Activités récurrentes les plus répandues dans les HDJ de rhumatologie

Il s'agit ici des prises en charges qui occasionnent le plus grand nombre de venues dans les HDJ de rhumatologie :

- réalisation des séances de chimiothérapies pour affection non tumorale, principalement de traitements d'administration complexe et prolongée par voie intraveineuse (IV) ;

- 1^{re} administration de biomédicament sous-cutané (SC) : une « structure de soins adaptée » pour l'initialisation d'une biothérapie sous-cutanée est recommandée par la commission pour la transparence de la Haute Autorité de santé dans le compte rendu de sa réunion du 22 juin 2016 [14] ;
- réalisation de bilan de détection des comorbidités dans les rhumatismes inflammatoires chroniques : les recommandations des sociétés savantes [15] démontrent les risques augmentés de pathologies cardiovasculaires, pneumologiques et osseuses et l'importance de leur dépistage préventif. Il est donc apparu nécessaire d'organiser des bilans de détection et de suivi des comorbidités, dont l'objectif est de réunir sur une journée l'ensemble des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires et d'actualiser la stratégie thérapeutique.

Pour ces 3 typologies de prises en charge les plus courantes, la Fig. 6 ci-dessous illustre la grande variabilité de vecteurs de facturations possibles en fonction de l'interprétation et de la mise en œuvre des textes réglementaires. Elles constituent ainsi la principale zone de risque financier pour les services de rhumatologie.

L'initiation de biothérapies SC en « structure de soins adaptée » est difficile à traduire en termes de modalités de facturation. Selon les établissements, cette prise en charge est parfois organisée dans le cadre des consultations externes malgré l'absence d'équilibre médicoéconomique et le temps médical et infirmier conséquent nécessaire. D'autres établissements ont fait le choix de coupler cette administration avec d'autres prestations : évaluation des comorbidités du rhumatisme inflammatoire chronique, diagnostic éducatif, consultation de pharmacie clinique avec bilan médicamenteux optimisé et évaluation de l'adhésion thérapeutique. Ces autres prestations n'étant pas valorisables, le FPI peut être une solution.

De même, selon l'appréhension du risque financier, les bilans de détection des comorbidités peuvent constituer une part désormais conséquente de l'activité facturée en GHS, être au contraire totalement absents du *case-mix*, ou encore s'appuyer sur le nouveau vecteur de facturation FPI.

Les interrogations nombreuses que nous venons de constater concernant les recettes issues de l'activité médicale en

Typologies des prises en charge	Vecteurs de facturation recensés		
	Champ de l'hospitalisation	Forfaits en environnement hospitaliers	Champ de l'activité externe
Biothérapies IV en séances	GHM 28Z17Z (chimiothérapie pour affection non tumorale) : 335,02€ (tarif public) / 195,49€ (tarif privé)	<i>Les médicaments réservés à l'usage hospitalier (RH) sont administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation.</i>	<i>Les médicaments réservés à l'usage hospitalier (RH) sont administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation.</i>
Initiation de biothérapies SC (donc non en réserve hospitalière) en structure de soins	GHM de type exploration/bilan : 08M14T (Affections du tissu conjonctif, très courte durée) : 589,49€ (tarif public) / 212,53€ (tarif privé) 23M20T (Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée) : 627,85€ (tarif public) / 329,19€ (tarif privé).	FPI (111,18€) couvrant par exemple l'intervention du médecin, du pharmacien et de l'IDE.	Consultation avec suppléments éventuels pour consultations complexes (PPR ¹ : 16€) ou très complexes (MPB ² : 30€) : de 25€ (CS ³) à 69€ (APU ⁴).
Bilan de détection des comorbidités dans le cadre des RIC	08M35Z (Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) : 640,97€ (tarif public) / 726,96€ (tarif privé)	FPI (111,18€) pour couvrir l'intervention des professionnels sans actes tarifant (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychosociaux) et actes CCAM d'explorations prévus au protocole.	Consultation avec suppléments éventuels et actes CCAM d'explorations nécessaires : de 25€ (CS ³) à 69€ (APU ⁴).

¹PPR : Consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de PR évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication.

²MPB : Consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha)

³CS : Consultation.

⁴APU : Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (en activité)

Fig. 6. Typologies de prises en charges ambulatoires les plus courantes en rhumatologies et vecteurs de facturation possibles [16,17].

rhumatologie rendent particulièrement difficiles les prises de décision par les administrations hospitalières, qui hésitent à investir dans les ressources qui seraient indispensables au développement de la rhumatologie ambulatoire, et plus largement au suivi des maladies chroniques. La possibilité d'interroger les tutelles par l'intermédiaire d'un rescrit aurait pu être sécurisante, mais elle n'a pour l'heure pas été concrétisée. Notons toutefois un moratoire tacite sur les contrôles depuis 2017 jusqu'à la publication de la future circulaire frontière, confirmée par une instruction relative aux priorités nationales de contrôles externes [18].

4. Quel avenir pour la rhumatologie ambulatoire ?

Force est de constater que pour des raisons de facturation et d'équilibre médicoéconomique, les lieux et les modalités de prise en charge en rhumatologie ambulatoire ne sont pas toujours les plus adaptés aux besoins des patients et à leurs parcours de soins. La difficulté d'interprétation et de compréhension des textes conduit à une hétérogénéité des modes de facturation pour une même prise en charge. Dans un premier temps, l'enjeu est de se saisir des nouveaux vecteurs de tarification sachant que le moratoire n'est pas prévu pour durer. Il s'agit de se saisir de la bonne distinction dans l'engagement des moyens pour la facturation d'un GHS, d'un FPI ou de soins externes. Plusieurs préconisations peuvent être formulées afin d'accompagner les équipes dans cette démarche.

4.1. Penser de nouvelles structures de soins

Pour commencer, les structures de soins doivent être repensées pour l'accueil de toutes les venues sans nuitée en rhumatologie ambulatoire, à l'exception des consultations simples. En effet, actuellement l'organisation habituelle des unités de consultation ne permet pas de s'assurer facilement de la coordination des prises en charge. Il conviendrait donc de constituer des structures ambulatoires intermédiaires, pluridisciplinaires, dans lesquelles les compétences médicales, paramédicales, psychosociales et de rééducation pourraient être rassemblées. Ces unités permettraient

d'accueillir toutes les prises en charge multirendez-vous inférieures à douze heures, et ainsi de créer de véritables cliniques de la maladie chronique répondant de façon flexible aux besoins du moment de chaque patient. Cela implique de développer davantage les métiers de coordination et les outils de programmation.

4.2. Adapter les modes de facturation aux besoins de soins du patient

L'enjeu actuel est de définir une facturation juste et sécurisée pour ces différentes offres de soins.

Il s'agit également de s'appuyer sur des nouveaux métiers tels que la pratique avancée pour la profession d'infirmière (IPA), prévue par la loi de modernisation de notre système de santé et tout récemment rendue effective par décrets et arrêtés [19–21].

Prenons l'exemple des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traitée par biomédicaments. Après un bilan de détection des comorbidités conforme aux recommandations des sociétés savantes et facturé avec un forfait séjour, trois niveaux de suivi pourraient être mis en œuvre :

- si comorbidité : prise en charge et réévaluation annuelle de cette comorbidité (forfait séjour) ;
- si absence de comorbidités mais facteurs de risque : nouvelle évaluation à trois ans, et dans l'intervalle, mise en place d'un suivi annuel avec différentes compétences (rhumatologue et/ou IPA, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicien, etc.) facturé en FPI, incluant le renouvellement annuel de prescription ;
- si risque faible, le patient est revu en consultation externe annuellement.

À noter que les nouveaux traitements synthétiques, ciblés par voie orale (*targeted synthetic DMARDs*), n'échappent pas au suivi et nécessiteraient la mise en place de précautions d'usage assez proches de celles des thérapies orales en cancérologie :

- à l'initiation : consultation médicale longue, diagnostic éducatif partagé, évaluation de l'adhésion thérapeutique, bilan médicamenteux ;
- lors du suivi : minimisation des risques d'erreurs et de complication par un suivi régulier de l'adhésion thérapeutique.

Pour le suivi des maladies chroniques en rhumatologie, un modèle de financement basé uniquement sur un forfait de prestation intermédiaire, complété par la facturation des actes et interventions réalisées, pourrait être envisagé, permettant une couverture financière beaucoup plus précise et cohérente que dans la tarification par séjours.

Pour accompagner la construction d'un modèle économique nouveau pour l'offre ambulatoire de rhumatologie, il faudrait :

- la mise en place de réunions tripartites au sein des établissements entre :
 - les médecins rhumatologues qui connaissent les besoins des patients ainsi que l'offre de soins proposée ou non par les autres établissements et la médecine de ville,
 - les médecins du Département de l'information médicale (DIM) experts de la facturation des séjours,
 - le contrôle de gestion en charge de l'activité externe ;
- un travail de *microcosting*, parcours par parcours, pour sélectionner ceux présentant un équilibre médicoéconomique et convaincre les directions de dégager des moyens au regard des potentiels de recettes :
 - déterminer les vecteurs de facturation possibles,
 - évaluer la charge de travail de chaque professionnel à partir de la description détaillée des protocoles de prises en charge,
 - prendre en compte les autres charges sur la base d'unités d'œuvre validées.

Ce modèle analytique, combiné à une analyse continue des pertinences des actes et des interventions, est également le moyen de mener une réflexion encore plus poussée dans un environnement en mouvement pour tester de nouveaux modes de rémunérations.

4.3. Vers un nouveau mode de rémunération

Les équipes de rhumatologie n'échappent pas aux nombreux enjeux identifiés dans le plan santé à 4 ans « Ma Santé 2022 » dévoilé en septembre 2018 :

- le vieillissement de la population ;
- l'évolution des outils : apport progressif de l'intelligence artificielle dans l'aide au diagnostic, progrès de la rhumatologie interventionnelle, télémédecine ;
- l'évolution vers une structuration des parcours de soins optimaux pour le suivi des maladies chroniques en concertation avec l'ensemble des acteurs de soins, et en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Au-delà de ces enjeux, de nouvelles activités pourraient également se développer au sein des plateaux techniques :

- des missions d'expertise (douleurs du rachis, pathologies malignes et infectieuses, ostéoporose, handicap) qui se substituent en partie aux activités d'accueil et de soins ;
- l'évaluation pluridisciplinaire des patients atteints d'une affection de longue durée et bénéficiant d'une prescription d'activité physique (décret du 30 décembre 2016 [22]), avec notamment l'intervention de cardiologues, médecins du sport, et rhumatologues.

Aussi, la maladie chronique rhumatologique pourrait tout à fait s'inscrire dans le dispositif de financement au forfait introduit dans l'article 38 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2019 [23] pour la maladie diabétique et la maladie rénale, en cohérence avec le récent rapport sur la réforme des modes de financement [24]. Il s'agirait dans ce cadre de définir une rémunération forfaitaire pour une maladie chronique rhumatologique donnée, à des stades définis de la maladie (gravité simple, modérée, sévère), répondant à des besoins spécifiques. Ainsi, les professionnels de santé seraient incités à se focaliser sur la prévention, l'accompagnement du patient et sur les résultats de santé obtenus, bien plus que sur le nombre d'actes ou de séjours réalisés. Ces forfaits pourraient à plus long terme être étendus à plusieurs professionnels coordonnés entre eux et entre la médecine de ville et l'hôpital.

En attendant, le cadre expérimental proposé par l'article 51 de la LFSS pour 2018 [25] peut permettre d'expérimenter un suivi innovant des pathologies chroniques de rhumatologie. Au sein d'un réseau de professionnels, l'hôpital aurait la charge d'organiser :

- la coordination des parcours de soins sur un territoire, permettant à chaque patient d'être pris en charge au bon moment et au bon endroit (tel que le prévoit déjà Ma santé 2022 pour l'ostéoporose) ;
- un accueil des patients à la journée facilité par :
 - un lieu de prise en charge flexible et en capacité de s'adapter à l'évolution des besoins des patients, libéré des contraintes réglementaires s'imposant aux structures d'accueil actuelles,
 - un nouveau modèle de financement, plus adapté aux dépenses engagées, et respectueux des objectifs nationaux de maîtrise de la dépense de santé et de suivi des maladies chroniques.

5. Conclusion

Parce qu'ils répondent mal aux enjeux actuels, les hôpitaux de jour sont arrivés au bout d'une première phase et doivent être repensés. À court terme, il est nécessaire d'adapter l'offre de soins hospitalière ambulatoire au contexte de la prise en charge des patients désormais plus âgés pour lesquels la maladie s'est chronisée. Cela signifie des prises en charge plus régulières, multidisciplinaires, et qui peuvent s'adapter à la réalité médicale tout en intégrant le besoin grandissant de faire travailler ensemble ville et l'hôpital dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Aujourd'hui les professionnels de santé sont entravés dans cette mise en mouvement car les vecteurs tarifaires historiques ne permettent pas de bien financer de type d'approche. Depuis 2017, et c'est l'objectif de cet article, des premières briques méthodologiques sont disponibles pour débiter une approche plus nuancée de la proposition de valeur des hôpitaux de jour et permettre aux équipes hospitalières de remettre en perspective leurs prises en charges avec les nouveaux vecteurs tarifaires et préparer ainsi les mutations à venir. Il en va de l'avenir de la rhumatologie hospitalière.

Déclaration de liens d'intérêts

P.G. : a reçu des honoraires de ROCHE France et CHUGAI PHARMA France.

S.L. : a reçu des honoraires de CHUGAI PHARMA France.

I.G. : a reçu des honoraires de NOVARTIS et CHUGAI PHARMA France.

P.O.B. : a reçu des honoraires de ROCHE France et CHUGAI PHARMA France.

A.E. : a reçu des honoraires de CHUGAI PHARMA France.

Remerciements

Nous remercions Dr Pierre AUBAS pour sa précieuse contribution à ce travail.

Références

- [1] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, article 24. Legifrance [en ligne]; 1991 [Consulté le 7 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000720668>].
- [2] Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique. Legifrance [en ligne]; 2012 [Consulté le 7 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000726288&categorieLien=id>].
- [3] Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 n° 3 de ce même code repris dans les articles 6124-301 à 305 du CSP de 2012. Legifrance [en ligne]; 2012 [Consulté le 7 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000176209>].
- [4] Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). DRESS [en ligne]. [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>].
- [5] Circulaire DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. [en ligne]; 2006 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-09/a0090019.htm>].
- [6] Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). [en ligne]; 2010 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : https://www.solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0136.pdf].
- [7] Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Legifrance [en ligne]; 2015 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000030281198>].
- [8] Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Legifrance [en ligne]; 2017 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034104388>].
- [9] Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Legifrance [en ligne]; 2017 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034580321&categorieLien=id>].
- [10] [en ligne] Projet d'instruction n° DGOS/xxxx du xxx 2019 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé. Le département d'information médicale; 2019 [Consulté le 13 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <http://www.departement-information-medicale.com/blog/2019/02/15/projet-de-nouvelle-circulaire-frontiere/>].
- [11] Veran O. L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur; 2017 [Repéré à https://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf].
- [12] Delavaquerie C, Elbaum M, Deltour-Becq L, et al. Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine; 2016 [Repéré à http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2015-117R.pdf].
- [13] DGOS/CNAM DACCRF – DIRFE – Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée – Bilan des campagnes de contrôles T2A (2008 à 2017) et priorités nationales 2018; 2018 [Consulté le 21 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.lespmis.com/bilan-de-la-campagne-de-contrôle-t2a-de-2017/>].
- [14] HAS. Avis de la commission de la transparence du 22 juin 2016 pour la spécialité Orencea®; 2016 [Consulté le 9 mai 2019 ; repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2047018/fr/orencia].
- [15] Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2016.
- [16] Arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du Code de la sécurité sociale. Legifrance [en ligne]; 2019 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038219729&categorieLien=id>].
- [17] Tarifs des médecins spécialistes en France métropolitaine, Ameli.fr pour les médecins. [en ligne]; 2019 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-specialistes/metropole>].
- [18] Instruction DGOS/R1/DSS/1A/2018/174 du 16 juillet 2018 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2018. Legifrance [en ligne]; 2018 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse http://www.circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43821.pdf].
- [19] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Legifrance [en ligne]; 2018 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&categorieLien=id>].
- [20] Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Legifrance [en ligne]; 2018 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218444&categorieLien=id>].
- [21] Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Legifrance [en ligne]; 2018 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218463&dateTexte&categorieLien=id>].
- [22] Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Legifrance [en ligne]; 2016 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033748987&categorieLien=id>].
- [23] Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Article 38. Legifrance [en ligne]; 2018 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037847585&categorieLien=id>].
- [24] Aubert JM. Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné – Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé ». Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 [Repéré à https://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf].
- [25] Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Article 51. Legifrance [en ligne]; 2017 [Consulté le 9 mai 2019 ; disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036339090&categorieLien=id>].