

## Le CSAR : physiopathologie d'une réforme radicale

Jean-Pascal Devailly. A paraître dans *Kinescope* n°33

*Les problèmes d'aujourd'hui viennent des solutions d'hier. Peter Senge*

Le 22 juillet 2024 a été mise en ligne une [version provisoire du nouveau Catalogue spécifique des actes de réadaptation \(CSAR\)](#) <sup>1</sup> sur le site de l'ATIH. Il s'agit d'une simplification radicale, fondée sur la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), qui conduit à une **diminution du nombre des actes de 512 à 146**. Des tests seront effectués en 2025 dans les établissements.

Toutefois le CSAR ne permet pas de revenir sur des choix ou sur l'absence de choix qui ont présidé à la création des composantes du PMSI-SSR. Les limitations liées à l'absence de définition claire du périmètre de la réadaptation en France et à l'absence de prise en compte de cette activité comme activité clinique principale dans la Comptabilité analytique hospitalière (CAH) restent à la fois la source de l'impasse d'une classification tarifaire par cas et la source potentielle de dérives des pratiques et des organisations des soins sous contrainte budgétaire croissante.

Comme ses prédécesseurs le CdARR et le CSARR, cette nomenclature d'interventions ne dit rien de la pertinence des soins. Elle ne s'inscrit pas dans un modèle coût-qualité fondé sur des programmes de soins aux procédures et coûts homogènes. Elle ne permet pas de fonder une classification à visée tarifaire par cas, dès lors que les caractéristiques des patients ne sont pas définies *ex ante*, avant la mise en œuvre des programmes de soins. Le catalogue des actes constitue la pierre angulaire d'une échelle de tarifs, qui malgré de courtes zones forfaitaires, se rapproche plus d'un paiement « à la journée pondérée » qu'à un paiement « au séjour ».

Nous verrons comment dans le cadre du nouveau CSAR, le périmètre de la mission « réadaptation » pourrait être mieux défini en termes de finalités et de professionnels spécifiques, tout en conservant sa fonction essentielle de mesure de consommation de ressources.

Nous avons précédemment décrit le chemin de dépendance français relatif aux autorisations et au financement des SMR qui a conduit à une impasse institutionnelle. Nous résumons ce processus dans l'encadré ci-dessous :

**En 1993**, le choix d'un recueil PMSI unique et l'hétérogénéité majeure des activités de SSR ont légitimé la création d'un catalogue des actes dans la perspective de capter l'intensité et la complexité de la rééducation-réadaptation. Cette création a eu lieu dans la perspective d'une tarification à la journée pondérée par l'activité.

**En 1996**, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) reproduit en SSR le choix du modèle comptable de l'aigu où la réadaptation est considérée dans des sections d'analyse médico-technique (SAMT). La réadaptation se réduit à une activité médico-technique transversale : il n'existe pas de structures dont l'activité clinique principale serait la réadaptation, contrairement à l'étranger.

**En 2008**, les pouvoirs publics décrivent une spécialisation des SSR conçue selon les catégories cliniques médicales de l'aigu et envisagent une tarification par cas traité uniforme pour tous les SSR, fondée sur des groupes médico-économiques.

**Faute d'adaptation du PMSI et de la CAH aux principes d'un paiement par cas traité**, il est impossible de financer la réadaptation selon les principes d'homogénéité des programmes de soins et des coûts, malgré la nouvelle définition de cette fonction dans l'instruction relative aux SMR du 28 septembre 2022 <sup>2</sup>.

**Le CSAR : ce qui est mieux et ce qui reste à faire**

**Points positifs : une simplification radicale, un cadre conceptuel plus robuste**

**L'adoption de la définition internationale de la réadaptation.**

Citons la présentation du CSAR provisoire : « *le terme rééducation disparaît dans l'intitulé du catalogue, celle-ci étant englobée dans la réadaptation. La définition de la réadaptation correspond à la définition internationale, où « réadaptation » est la traduction française de l'anglais « rehabilitation ». On rappelle que la réadaptation est articulée autour de trois objectifs : **récupération fonctionnelle et psychosociale, compensation et adaptation de l'environnement, et réinsertion du patient.** Elle constitue l'axe principal du projet thérapeutique lors d'une orientation vers les SMR. »*

Nous verrons toutefois que malgré cet effort de définition, conforme à l'instruction relative aux SMR du 28 septembre 2022, le périmètre du CSAR reste à définir plus précisément.

**La simplification radicale** : 146 actes sont répartis en 11 chapitres définis par des fonctions génériques issues de la CIF. Le chapitre 10 concerne l'éducation thérapeutique et le chapitre 11 les participations.

L'ATIH fournit un tableau de transcodage qui facilite le passage du CSARR au CSAR.

**La référence à la CIF pour décrire les objectifs de réadaptation.** Deux axes pertinents sont retenus pour structurer les libellés des actes de ces chapitres (sauf exceptions) : la fonction telle que décrite dans la CIF et l'objectif de l'acte (évaluation ou séance de réadaptation). L'ATIH a mené des groupes de travail avec une méthodologie claire et robuste, avec la volonté de faire de la CIF l'axe principal de la simplification et de la clarification.

Exemple :

Code	Libellé	Définition	Fonction CIF
01S06	Séance de réadaptation des fonctions psychomotrices	Par fonctions psychomotrices, on entend : fonctions de contrôle des interactions entre la sensorimotricité, l'affectivité et les fonctions cognitives.	Fonctions psychomotrices, (b147), émotionnelles (b152), expérience de soi-même dans l'espace et le temps (b180)
07S07	Séance de réadaptation des fonctions de la marche	Par fonctions de la marche, on entend : fonctions relatives aux types de mouvements associés à la marche, la course ou d'autres mouvements de tout le corps.	Fonctions de la marche (b770)

**La restriction des intervenants.** Le guide de l'ATIH sera complété d'une **liste indicative des intervenants attendus pour chacun des actes du catalogue**, en prévision de l'application du modèle cible intégrant la notion de restriction des intervenants. Il s'agit d'une avancée fondamentale.

Enfin, face aux critiques itératives notamment des MPR et de nombreux médecins DIM de l'abandon du temps au profit des pondérations, l'ATIH a introduit de nouveaux **modulateurs de temps avec des pondérations variables** pour 32 actes. Nous reviendrons sur la délicate question des pondérations.

## Points à améliorer

### Le périmètre de la réadaptation reste trop imprécis

Selon l'instruction du 28 septembre 2022, les cinq missions des SMR se déclinent ainsi : soins médicaux curatifs ou palliatifs, réadaptation, prévention, soins de transition et coordination.

Nous ne reprendrons ici que la définition de la réadaptation. La réadaptation « a pour objectif premier une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités ». Cette définition rejoint la définition de l'OMS et la fonction HC.2 du système international des comptes de la santé (ICHA).

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ».

### Trois acceptions au moins du terme réadaptation restent possibles

1. **Une acception limitée à la réadaptation fonctionnelle telle que pratiquée en SMR** visant l'optimisation des fonctions motrices, sensorielles et cognitives.
2. **Une acception intégrant les soins aux maladies chroniques** et notamment les interventions d'ETP, d'optimisation du traitement médicamenteux, de gestion des facteurs de risque, suivi des constantes... (exemple : la réadaptation cardiaque).
3. **Une acception recouvrant la réhabilitation psychosociale (RPS)** qui répond davantage au champ de la santé mentale. Cette définition ne recouvre pas celle des soins chroniques mais donne une définition extensive de la réadaptation dans le champ de la santé mentale. Si la RPS concerne surtout ce champ, elle fait partie intégrante en SMR de la prise en charge des addictions ou de l'obésité et peut avec le concept de développement des compétences psychosociales étendre l'activité de réadaptation à la globalité des actions sur les déterminants de santé.

**L'éducation thérapeutique (ETP)** ne devrait pas faire l'objet d'un chapitre séparé puisque qu'elle est transversale à l'ensemble des missions SMR notamment prévention, soins curatifs et réadaptation. Les actes d'ETP doivent être rattachés à un objectif de la CIF faute de quoi le CSAR perdrait en spécificité et en pouvoir de discrimination.

**L'activité physique adaptée (APA)** est implantée dans les établissements de réadaptation et apporte des compléments d'importance majeure. Toutefois les frontières de l'APA sont poreuses concernant la nature de la valeur ajoutée. Si certaines interventions contribuent directement aux objectifs d'optimisation de la fonction, d'autres sont de nature préventive, constituent des soins de bien-être ou

encore de réadaptation psychosociale visant à induire des compétences psychosociales plus vertueuses.

Ces questions de périmètre sont au cœur **des débats pour la définition de la télé-réadaptation** à l'heure de l'éclosion de multiples modèles d'affaires en e-santé <sup>3</sup> qui plaident notamment pour le financement de journées d'e-HDJ de SMR marquées par un assemblage d'interventions mêlant les différentes acceptions citées plus haut.

### **Un nombre de codeurs trop exubérant pour discriminer les interventions de réadaptation**

Le nombre d'intervenants codeurs (32) du CSARR puis du CSAR n'a pas été reconsidéré au regard de la nouvelle définition de la réadaptation. Nous avons décrit comment l'absence de définition claire lors de la création du PMSI avait conduit à inclure des interventions et des professionnels, qui certes ont une valeur ajoutée mais ne peuvent être considérés comme spécifiques et marqueurs d'une réadaptation complexe et intensive au sens de l'instruction du 28/09/2022.

De nombreuses interventions et professions ne seraient pas considérées comme appartenant à la réadaptation selon les critères de l'ICHA. Elles noient la spécificité des programmes de réadaptation intensifs et complexes dans une diversité contraire à la construction d'une classification pertinente.

Les comparaisons internationales incitent à ne conserver que 5 à 8 professions codeuses à partir desquelles des ratios soignant par patient pourraient utilement sécuriser la qualité des processus clés de réadaptation.

### **Les pondérations : incitation à la baisse tendancielle de la qualité des soins**

La meilleure unité d'œuvre pour mesurer la consommation de ressources en réadaptation est le temps. C'est le temps qui est utilisé dans l'Echelle nationale des coûts (ENC). Sous la pression de certaines parties prenantes participant au processus de décision et face au caractère chronophage et complexe de la saisie CSARR, le temps a été remplacé par les pondérations qui reflétaient les moyennes de temps de réadaptation des actes du catalogue sans toutefois distinguer les temps moyens selon les différentes autorisations, les profils de patients, les enfants et les adultes.

**Le système des pondérations a considérablement affaibli le CSARR** dans sa capacité à constituer un élément robuste de classification.

Les actes réalisés par des professionnels fréquemment présents en SSR polyvalents se voient affecter des pondérations plus basses au détriment des actes réalisés en SSR spécialisés par des professionnels absents ou rares en SSR polyvalents.

Les pratiques d'optimisation du codage sont multiples puisqu'un acte généreusement pondéré peut avoir une durée très inférieure à celle suggérée par sa pondération officielle.

La méthode de pondération des actes non dédiés ou collectifs témoigne de la déconnexion radicale entre les pondérations et la mesure de consommation des ressources requises par une classification à la journée pondérée.

Un acte non dédié pourra apporter à chaque patient, et pour un intervalle de temps où plusieurs patients ont été pris en charge simultanément, la pondération entière de l'acte comme si le patient avait été traité isolément.

Pour les actes collectifs la pondération est également applicable à chaque patient quel que soit leur nombre (jusqu'à 25 patients).

Outre la déconnexion de l'analyse des ressources il faut signaler ici un certain angélisme à la française qui ne considère jamais les effets microéconomiques des décisions réglementaires. Tout se passe comme si l'on n'envisageait pas un instant que les acteurs rationnels comprennent les impacts possibles du codage sur leurs revenus, et s'engouffrent immédiatement dans les brèches de l'optimisation. Ainsi l'ATIH qui considérait antérieurement et en toute logique le temps-intervenant a décidé de privilégier le temps-patient, quel que soit le nombre de patients traités simultanément.

Dans certains établissements on peut observer que plus d'un tiers des actes codés sont des actes collectifs. Cette dérive était parfaitement prévisible. Ce choix accroît la déconnexion de l'échelle nationale des coûts (ENC) en privilégiant le temps-patient au temps-intervenant. Si nul ne conteste l'intérêt réel d'actes non dédiés ou collectifs, cette décision ouvre la porte à toutes les pratiques d'optimisation en situation de ressource humaines et financières rares.

La suppression de la notion d'acte individuel dédié et non dédié aggrave encore ce risque de dérive. Il revient au professionnel de juger de la possibilité de prendre en charge simultanément plusieurs patients. Nul doute que ce jugement se fera en environnement contraint. Rappelons qu'en ville, la NGAP impose 30 minutes de temps dédiés spécifiquement à chaque patient dès lors que le masseur-kinésithérapeute traite trois patients simultanément. Cette norme ne s'applique pas en établissement.

**Les actes collectifs**, comme les actes dédiés doivent être pondérés dans une logique de ressources : il convient de diviser la pondération, reflet très imparfait du temps par le nombre de patients, comme cela est pratiqué pour l'ENC.

Si la pression des modèles économiques incite à l'optimisation néfaste d'un codage par la multiplicité des codeurs et un usage immodéré des actes collectifs, les pondérations témoignent d'un cercle vicieux qui, face à la complexité du CSARR, a pensé le simplifier alors qu'il en détruisait dramatiquement la qualité d'unité d'œuvre. Un acte peut être individuel, dédié ou non, ou collectif. Lorsqu'en situation d'effectif réduit un rééducateur traite sur un même laps de temps plusieurs patients à chacun desquels il peut n'accorder que 10 mn, il codera pour chaque patient un acte individuel dont la pondération reflète les moyennes de temps observées dans un échantillon d'établissements. Comment dès lors s'assurer que, conformément à l'instruction complémentaire du 28 septembre 2022, les patients en SMR système nerveux ou locomoteur bénéficieront bien de deux heures de réadaptation par jour avec un périmètre de codeurs aussi exubérant et des pondérations si volatiles ? La mesure du temps est la seule pondération possible.

## Perspectives

La simplification du CSARR en CSAR apporte une bouffée d'oxygène aux établissements. La précision du périmètre de la réadaptation, de celui des métiers marqueurs et la capacité à mesurer la consommation de ressources devront être optimisées.

Si la place du CSAR est déterminante dans la classification actuelle, nous sommes loin des conditions permettant la construction de groupes homogènes en termes de programmes de soins et de coûts, ce qui garantirait le respect de la pertinence clinique et de la pertinence pour les payeurs : le juste soin au juste coût <sup>4</sup>.

Il faut affirmer notre soutien à cette réforme guidée par une méthodologie robuste tout en étant conscient que les diverses parties prenantes induisent des modèles de valeur différents. Les catégories comptables ne sont jamais rationnelles, elles sont construites et qu'il faut mieux associer les expertises professionnelles des CNP dans les processus de décision relatif à la catégorisation et à la valorisation des activités.

La refonte du CSARR en CSAR apporte deux avancées majeures : une simplification salutaire et l'adoption de la nouvelle définition de la réadaptation fondée sur la CIF. Pour autant, le *statu quo* n'est plus acceptable. Les obstacles institutionnels et financiers au développement de la réadaptation, bien décrits par les organisations internationales : OMS, ONU, OCDE, Humanité et inclusion, doivent être surmontés. Après l'adoption de la définition internationale de la réadaptation dans les textes français, l'essentiel reste donc à construire en l'inscrivant au côté des autres stratégies fondamentales de santé dans les éléments constitutifs de notre système de santé <sup>5</sup>.

Éléments constitutifs du système de santé	Composante de la réadaptation
Pilotage et gouvernance	Lois, stratégie de réadaptation, réglementation, planification, priorité identifiée dans les PRS
Financement	Dépenses de santé allouées à la réadaptation, inclusion de la réadaptation dans les systèmes de comptabilité et les structures de financement, nomenclatures
Professionnels de santé	Professionnels y compris médecins de MPR, paramédicaux etc. Formation et gestion prévisionnelle
Prestations de services	Structures prestataires dans tous les secteurs y compris hôpitaux, centres services et unités, au niveau primaire secondaire et tertiaire et au sein de la communauté
Médicaments et technologie	En particulier les technologies d'assistance
Systèmes d'information sanitaire	Données relatives aux besoins de réadaptation, à la santé fonctionnelle, accès à la réadaptation, résultats Recherche sur les programmes de réadaptation

Adapté du guide d'action de l'OMS <sup>5</sup>

- [1. Catalogue Spécifique des Actes de Réadaptation CSAR. Version provisoire. Site de l'ATIH](#)
- [2. Instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation](#)
- [3. La financiarisation dans le secteur de la sante : tendances, enjeux et perspectives. Juillet 2023. Note de la chaire santé de Sciences PO.](#)
- [4. Devailly JP. Des SSR aux SMR : vers la valorisation du juste soin au juste Coût ? Gestions Hospitalières. 630, novembre 2023 ; 568-573](#)
- [5. Réadaptation dans les systèmes de santé : guide d'action - Fiche d'information](#) Site de l'OMS 2020