

# FICHE ACTION 2023-02

## Programmes d'ETP et Hospitalisations de Jour...



« La loi autorise tout ce qu'elle n'interdit pas ! »

1-	Préambule.....	2
2-	La circulaire Frontière du 31 Août 2006 .....	3
2.1-	Ses objectifs .....	3
2.2-	Les apports des différentes versions successives .....	4
2.3-	Son abrogation .....	4
3-	Les textes en vigueur .....	5
3.1-	Une cascade d'abrogations .....	5
3.2-	L'instruction du 10 septembre 2020 .....	5
3.3-	La circulaire du 31 Août 2006 ? .....	6
3.4-	Que retenir ? .....	6
3.5-	Le rescrit tarifaire .....	6
4-	Rapport à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)..	7
4.1-	Qu'est-ce que la CCAM ? .....	7
4.2-	Qu'est-ce qu'une intervention ?.....	7
4.3-	Interventions individuelles ou collectives .....	7
5-	Quelques contraintes à respecter .....	8
6-	En conclusion.....	9
6.1-	A propos de la CCAM .....	9
6.2-	Intérêt du rescrit Tarifaire .....	9



**L'objectif de cette fiche est de :**

**Comprendre les possibilités de facturations offertes à l'ETP en HDJ**

**Fiche Infographique : l'essentiel en images**



# ETP & HOSPITALISATIONS DE JOUR...

- PROMOUVOIR
- COORDONNER
- COMMUNIQUER
- SOUTENIR
- FORMER

Fiche action 23-02 « LA LOI AUTORISE TOUT CE QU'ELLE N'INTERDIT PAS ! »

**1 LA LOI AUTORISE TOUT CE QU'ELLE N'INTERDIT PAS**

Dans la pratique :

- Les ateliers sont dispensés à l'hôpital
- Avec plusieurs ateliers consécutifs
- L'intervention de plusieurs professionnels
- Et la nécessité d'une coordination

**DONC : c'est une activité logiquement «facturable» comme une activité de jour.**

**3 UNE CASCADE D'ABROGATIONS**

- L'instruction du 10 septembre 2020 : le seul texte juridiquement valide aujourd'hui. - Un GHS «intermédiaire» si 3 activités et un GHS «plein» à partir de 4 interventions - Coordination par un médecin - Production d'un compte-rendu.
- La seule à mentionner l'ETP comme «acte cotable»
- Actes réalisables hors les murs
- L'entretien par un professionnel paramédical dans le cadre d'un parcours personnalisé de soins peut être «dénombré»
- Création d'un rescrit tarifaire : une opportunité de saisir l'État et la CNAM sur une question précise dont la réponse sera jurisprudentielle.

**5 QUELQUES CONTRAINTES À RESPECTER**

- Admission en HDJ
- Bilan initial
- Coordination médicale
- Au moins 3 interventions sur le même séjour
- Nécessité liée à l'état du malade ( impossible à domicile)
- Interventions pluriprofessionnelles successives
- Même en ville
- Dossier Médical ouvert
- Synthèse médicale type RSS



**2 LA CIRCULAIRE FRONTIÈRES DU 31 AOÛT 2006**

Précise les 3 conditions sine qua non à remplir pour être éligible à une cotation en GHS :

- Une entrée dans une structure agréée HDJ
- Au moins 3 Professionnels de Santé différents et successifs
- Une synthèse médicale

**4 LA CCAM**

C'est un code procédural qui se substitue aux autres codes de classification et de tarification. Une «intervention» c'est un acte technique, diagnostique ode traitement y compris les actes intellectuels de bilan, à l'exclusion des actes «cotables NGAP» toute intervention d'un professionnel du champ de la santé ou du secteur médico-social peut être dénombrée (présentiel ou non ; distanciel ou pas) en cas d'activité collective intervention enregistrée pour chaque participant.

**6 EN CONCLUSION**

Rien ne semble s'opposer à ce que les activités d'ETP soient regroupées par trois ou quatre séances au cours d'un même séjour et facturées selon le principe des GHS à la CPAM.

Le rescrit tarifaire une arme à un seul coup !

- 1 PRÉAMBULE
- 2 LA CIRCULAIRE FRONTIÈRE DU 31 AOÛT 2006
- 3 LES TEXTES EN VIGUEUR
- 4 RAPPORT À LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)
- 5 QUELQUES CONTRAINTES À RESPECTER
- 6 EN CONCLUSION

Unité Transversale et Territoriale d'Éducation des Patients de Saintonge  
[utep-saintonge.fr](http://utep-saintonge.fr)  
 N° de SIREN : 848750824  
 Association déclarée sous le n°: W174006273  
 ☎ 05 46 38 49 51 | 📞 06 45 42 37 46  
 18 boulevard Guillet Maillet - 17100 Saintes  
 contact@utep-de-saintonge.fr

**Pièces à Télécharger**

Documents accessibles en flashant le QR Code ci-contre ou sur le site internet de l'UTEP à la rubrique : **PORTER DOCUMENTS, puis : PLUS FICHES ACTIONS**

Fiche Action 23-02

PROGRAMMES D'ETP & HOSPITALISATIONS DE JOUR...

ANNEXE 1

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES [so.savoir.plus](http://so.savoir.plus)

PODCAST - épisode 4

Animé par Dominique Marouby

PROGRAMMES D'ETP & HOSPITALISATIONS DE JOUR...



## 1. Préambule

Il n'est pas rare que l'ETP se pratique en hospitalisation de jour (HDJ).

Que constate-t-on alors ? :

■ **Les ateliers se déroulent à l'Hôpital :**

La plupart du temps au sein de la structure « activités de jour » des services dédiés à la pathologie thématique du programme (Pédiatrie, addictologie, diabétologie, rhumatologie, réadaptation...).

■ **Il y a plusieurs ateliers consécutifs :**

La plupart du temps les malades suivent deux (ou trois) ateliers dans la demi-journée.

■ **Ce sont des activités qui font intervenir plusieurs professionnels :**

Autant d'ateliers spécifiques que d'animateurs dédiés dans une grande majorité de programmes, sans forcément avoir systématiquement recours à une coanimation.

■ **Ce sont des activités qui nécessitent une coordination :**

Les ateliers doivent être programmés, souvent par « saison » (deux sessions dans l'année) ou à date dite (une fois par mois le mardi...). Les malades sont convoqués, les animateurs doivent se rendre disponibles.

Dès lors il est assez logique d'envisager que cette activité soit « facturée » comme une activité de jour.

## 2. La circulaire « Frontières » du 31 Août 2006

« **FRONTIERES** » parce que concernant les situations entre hospitalisation et activités de soins externes. Par exemple : plusieurs examens (à l'exclusion de la biologie, de la radiologie non interventionnelle et des séances type dialyse ou chimiothérapie), ou plusieurs consultations.

### - 2.1 Ses objectifs :

L'intention de la circulaire dite « frontière » était de préciser les modalités de facturation des actes réalisés lors de séjours de moins d'une journée dans un établissement de santé non consécutifs à une hospitalisation ni à un passage par les urgences. Et ce hors « Zone de Surveillance de Très Courte Durée » (ZSTCD) traitée spécifiquement et devenues depuis HTCD pour « Hospitalisation de Très Courte Durée »

Cela concerne donc toutes les prises en charge médicales qu'elles soient diagnostiques et / ou thérapeutiques. Avec des cas « faciles » que sont tous les actes techniques, chirurgicaux ou invasifs, qui nécessitent une réalisation dans un environnement spécialisé et une surveillance prolongée ; et ce d'autant plus qu'ils nécessitent pour leur réalisation un acte d'anesthésie ; ou des cas spécifiques et facilement classifiables : les séjours en Zone de Surveillance de Très Courte Durée.

Elle précise clairement les **trois conditions simultanées et sine qua non** à remplir pour que l'activité soit éligible à une cotation GHS (Groupe Homogène de Séjour) et donc à une facturation.

Ce sont :

- **Une « Entrée »** c'est-à-dire un dossier administratif type Dossier-Patient. Donc une admission dans une structure agréée de type Hospitalisation De Jour...
- La participation d'au moins **TROIS Professionnels de Santé** de pratiques différentes.
- La production d'**une synthèse médicale**.

A défaut d'une seule de ces trois conditions la facturation sera produite selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; et fera donc l'objet d'une cotation CCAM dans les Résumés Standardisés de Sortie (RSS) s'il s'agit d'actes « codables » Et il est précisé que les consultations pluridisciplinaires « concomitantes » n'entrent pas dans le champ de la facturation GHS, **il est nécessaire que les professionnels de santé soient rencontrés successivement**.

Il y a donc de fait **une exclusion** pour les établissements ne disposant pas d'une structure autorisée selon l'article D.6124-301 du Code de Santé Publique.

## - 2.2 Les apports des différentes versions successives d'instructions s'y rapportant

- **L'instruction DGOS /R2010/201 du 15 juin 2010** « remplace la circulaire de 2006 qui est **abrogée** ». Elle précise les conditions d'hospitalisation dans une unité HTCD (ex ZSTCD), et les modalités de facturation d'une prise en charge de moins d'une journée hors HTCD en tenant compte des nouveaux forfaits « soins externes » (FSE). Ses références sont les articles L. 162-22-6 et R. 162-32 du code de la santé publique. Elle détaille les prises en charge pour raisons de sécurité, et celles justifiant le recours à un équipe paramédicale et médicale coordonnée par un médecin (que ce soit pour des bilans diagnostiques ou thérapeutiques). Enfin elle précise les modalités de prise en charge n'autorisant pas la facturation d'un GHS. Aucune mention n'y est faite des critères exigibles décrits dans la circulaire « frontière »
- **L'instruction DGOS/R1/DSS/1A/202/52 du 10 septembre 2020** précise les conditions de facturation de l'ensemble des prises en charge « ambulatoires » ... Elle fait référence aux articles L. 162-22 et R. 162-33-1 du code de la santé publique (Ce qui diffère légèrement de la précédente). **Elle abroge l'instruction de 2010**. Elle tient compte de l'arrêté du 28 juin 2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé Publics ET Privés. Elle comporte SIX annexes qui détaillent les conditions de facturation des actes et consultations externes, des prestations sans nuitée, des prises en charge en Unité d'Hospitalisation de Court Séjour (UHCD : ex HTCD, ex ZSTCD), des prises en charges hospitalières sans nuitée hors UHCD, des forfaits « Pathologies Chroniques » et présente le dispositif du **rescrit tarifaire**.
- **Ce mécanisme du rescrit tarifaire** mérite attention, il accompagne les évolutions des règles de facturation d'un GHS fixées par l'arrêté du 19 février 2015, et ouvre le droit à toute structure : établissement de santé, société savante, fédération hospitalière... d'obtenir de l'Etat et de l'Assurance Maladie une prise de position formelle (et opposable ailleurs et dans le temps) sur les conditions de facturation d'une prise en charge spécifique.

## - 2.3 Son abrogation ?

Seule l'instruction du 15 juin 2010 est abrogée par l'instruction DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020... **Oui mais...** Celle-ci abrogeait déjà la fameuse circulaire Frontières.

### 3. Les textes en vigueur :

#### 3.1 Une cascade d'abrogations :

Cette succession d'un texte abrogé par un deuxième, lui-même abrogé par un troisième restaure-t-elle la capacité juridique du texte initial ?

Les juristes interrogés sont loin d'être unanimes sur le sujet : Pour les uns une abrogation « détruit » le texte et donc il ne saurait être restauré ; pour d'autres l'abrogation d'une abrogation supprime de fait les effets de l'abrogation et revalide ainsi le texte initial... Le débat est d'autant plus utile que les abrogations du texte précédent ont été globales et non partielles ; et que le texte suivant ne traite pas de tous les points du précédent. A titre d'exemple emblématique : les trois conditions sine qua non de l'application de la circulaire frontières ne sont reprises dans aucun des deux textes suivants. +++

#### 3.2 L'instruction du 10 septembre 2020

C'est juridiquement le seul texte en vigueur aujourd'hui. Elle reprend sans les nommer vraiment, et en les implémentant, les trois conditions sine qua non de la circulaire frontière originelle. A savoir au chapitre iii des prises en charge en médecine : « *il s'agit des prises en charges sans acte classant qui mobilisent au moins trois interventions coordonnées par un professionnel de santé* » :

- La facturation d'un « **GHS intermédiaire** » pour les prises en charge justifiant de **3 interventions**. Et la facturation d'un « **GHS Plein** » à partir de quatre interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier. Et ce pour chaque journée de prise en charge même itératives si les conditions sont respectées. +++
- **La coordination** de la prise en charge doit être assurée par un **professionnel médical...**
- Et doit donner lieu à la **rédaction d'un compte-rendu**.

Là on retrouve tout de même les grandes lignes de la circulaire frontières originelle **y compris la condition préalable commune à toutes les situations de l'admission administrative en HDJ**, et on y remarque une tarification à deux vitesses selon le nombre de participants à la prise en charge.

Les interventions de plusieurs professionnels médicaux peuvent être « dénombrées » à conditions qu'ils relèvent de spécialités différentes ou de sur-spécialités distinctes (attestées par des compétences complémentaires de type DU, DIU, Master...), et leurs interventions peuvent être réalisées dans le cadre de la télémédecine ou de la télé-expertise, voire sur des sites distincts (cf. Règles PIE de facturation)<sup>1</sup>

Cette instruction est **la seule à mentionner l'éducation Thérapeutique comme « acte cotable »** (ou du moins facturable ... pour les IDE ! le terme employé est « DENOMBRABLE »). Elle précise même que deux

<sup>1</sup> Les règles de facturation de prestations Inter Etablissements (PIE) sont définies avec l'Assurance Maladie (cf. Site Ameli visité le 7 juin 2023 à 18 heures 40: <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/facturation-etablissements> )



interventions différentes peuvent donner lieu à deux cotations indépendantes et surtout que ces actions peuvent être dispensés par des personnels des secteurs paramédicaux et médico-sociaux, que leurs actes soient ou non, inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Et les lieux de dispensation ne sont pas forcément dans un établissement de santé, ils peuvent être réalisés « hors les murs ». (Tarification selon les règles de Prestations Inter Etablissement (PIE))

Ensuite **l'entretien par un professionnel paramédical dans le cadre d'un Parcours Personnalisé de Soins** (PPS de la cancérologie) peut être dénombré. Par métonymie le bilan éducatif partagé (BEP) aboutissant au programme personnalisé d'éducation pourrait certainement y être éligible.

Enfin les interventions collectives peuvent être dénombrées **pour chacun des patients.** +++

### 3.3 La circulaire du 31 août 2006 :

Est donc **abrogée** ! Mais comme on vient de le voir ses dispositions sont reprises et affinées dans le texte actuellement en vigueur.

### 3.4 Que retenir ?

- L'ETP fait partie des prises en charges médicales dont la durée excède une consultation ou une séance, effectuées sans acte classant et ne donnant pas forcément lieu à des actes inscrits à la NGAP, qui peuvent être dispensés en individuel comme en collectif, dans des lieux différents au cours d'un même parcours personnalisé de soins, par plusieurs professionnels de santé de spécialités différentes avec l'aide de personnels des secteurs paramédicaux et médico-social.

Ainsi définie l'activité ETP des structures porteuses de programmes ne devrait pas rencontrer d'obstacle majeur à se mouler dans le respect des modalités de facturation régies par l'instruction du 10 septembre 2020.

### 3.5 Le Rescrit Tarifaire :

La procédure de **rescrit tarifaire** est une opportunité ouverte à tous les porteurs de programmes (quel que soit leur statut juridique) de demander une prise de position officielle et jurisprudentielle sur certaines activités d'ETP. Cette possibilité est offerte aux structures de santé, aux sociétés savantes mais aussi aux associations.

**MAIS ATTENTION !** La réponse sous deux mois est publique et opposable à toutes les situations similaires à celle décrite dans la question posée.

**C'est donc une arme à un seul coup !**



## 4. Rapport à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

### 4.1 Qu'est-ce que la Classification Commune des Actes Médicaux ?

- La CCAM est un code procédural qui se substitue progressivement aux autres codes de classification et de tarification comme la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et qui doit être étendu à toutes les professions du secteur de la santé y compris les professionnels non médicaux.
- Elaborée depuis 2002, elle est entrée en pratique depuis 2004, et est implémentée depuis. Elle vise à permettre le codage des actes techniques médicaux quelles que soient les conditions d'exercice du praticien et le lieu de réalisation de l'acte
- Le texte actuellement en vigueur est la version 55 du 4 janvier 2019.

### 4.2 Qu'est-ce qu'une intervention ?

- Définition : Sont considérés comme « intervention » tous les actes techniques de diagnostic et de traitement, y compris les actes intellectuels de diagnostic ou de bilan à l'exclusion de ceux qui peuvent faire l'objet d'une cotation NGAP (Ex. : la consultation d'un praticien cotable C – CS – CNpsy). Pour l'instruction de 2020 les actes qui ne peuvent être cotés en CCAM constituent des interventions qui sont alors « dénombrées »

**Tout acte technique même non inscrit à la CCAM est une intervention**

- Extension... Le besoin de description de l'activité médicale effectivement réalisée dans les établissements de santé a guidé la création de la CCAM descriptive à usage PMSI. Les codes à 7 caractères des libellés créés par l'ATIH y sont complétés par une extension PMSI de 3 caractères.
- Thématique « EDUCATION » cotée en « R » Il existe un chapitre « **éducation** » dans la CCAM qui a pour lettre générique de cotation un « R », mais ensuite elle ne pourra pas ouvrir vers une poursuite de la cotation car ni appareil, ni organe, ni acte, ni technique utilisée vont pouvoir générer de code à 4 lettres et 3 chiffres caractéristique de la CCAM.

### 4.3 Interventions individuelles ou collectives :

- Règles de cotation : Toute intervention d'un professionnel du champ de la santé ou du secteur médico-social peut être dénombrée, qu'elle ait lieu en individuel ou en collectif, en présentiel ou en distanciel.
- En cas d'activités collectives l'intervention est enregistrée pour **chacun des participants** et pour chacune des séances d'activité.





## 5. Quelques contraintes à respecter :

Si l'on reprend l'ensemble des conditions à respecter dans le cadre des instructions successives et complémentaires de la circulaire « Frontières », on peut dire que pour ouvrir droit à une facturation GHS il faut :

- Une admission en HDJ
- Un bilan initial
- Une équipe coordonnée par un médecin
- Plusieurs interventions sur le même « séjour » et au moins TROIS
  - Une nécessité liée à « l'état » du malade au sens large
  - Des Interventions pluriprofessionnelles ... Mais SUCCESSIVES !
- Des interventions « cotables » indépendantes du lieu... *Donc possible en ville ?*
  - Un dossier médical ouvert
  - Une synthèse médicale comparable au RSS



## 6. En conclusion

**Rien ne semble s'opposer à ce que les activités d'ETP soient regroupées par trois quatre séances au cours d'un même séjour et facturées selon le principe des GHS à la CPAM.**

Il est à noter que les séances de « Bilan » vont pouvoir être dénombrées au titre d'intervention et ainsi rentrer dans le quota minimal de trois interventions.

### 6.1 A propos de la Classification Commune des Actes Médicaux

- La cotation CCAM ne couvre pas ce type d'intervention en dehors des actes isolés d'éducation et / ou de suivi pratiqués par des professionnels paramédicaux. Cependant il existe une catégorie « R » pour la thématique éducation dans la CCAM.
- Je dirais, plagiant le théâtre classique, que moyennant le respect d'une règle d'or des trois unités d'action, de temps et d'espace, les activités d'ETP en Hôpital de Jour répondent aux recommandations de la circulaire en vigueur et peuvent donner lieu à une facturation par bénéficiaire au titre d'un GHS. Et ce autant de fois que le parcours personnalisé du patient le nécessite pour accomplir l'ensemble du programme co-construit.

**« La loi autorise tout ce qu'elle n'interdit pas ! »**

### 6.2 Intérêt du rescrit tarifaire :

- Et pour plus de puissance à cette ouverture des GHS aux pratiques d'ETP, le dispositif de rescrit tarifaire nous offre une opportunité de sceller cette pratique dans les dispositions communes de facturation en demandant de manière officielle à l'Etat de prendre position sur une question donnée, une organisation spécifique, une pratique locale, une proposition innovante de prise en charge
- ... **Mais ATTENTION ! : La possibilité de rescrit tarifaire est une arme à un seul coup qui sera opposable ensuite partout !** Car le retour de décision est rendu sans appel et fera jurisprudence.

***N.B. :** L'ETP fait partie des soins (cf. HAS : « L'ETP fait partie de la prise en charge de manière pérenne et constante ») pour les malades en ALD... Donc si GHS possible, les transports seront pris en charge !*

*Il convient de voir si cette prise en charge pour une ou deux venues en HDJ par rapport à une fois par atelier sous conditions de ressource (cf. Accord CAPAM 17) devient automatique ou nécessitera « négociations » avec la CPAM.*

**L'ETP en HDJ oui mais au prix de contraintes impératives à respecter.**

Dominique MAROUBY  
Coordinateur médical & Directeur de l'UTEP de Saintonge



## Pour aller plus loin... à disposition sur le site de l'UTEP

- *Les textes de référence :*



dgos-dssinstructio  
n10092020.pdf



INSTRUCTION N°  
DGOSR1DSS1A2020!



ORIGINAL-Circulaire  
-Frontière.pdf

- *La CCAM :*



CCAM-guide\_lectur  
e\_complet\_0108200€



Règles  
facturation-MAJ230;

- *Les rescrits tarifaires en cours :*



bos-res-8\_evaluati  
on\_oncogeriatrique



bos-res-1\_17-12-20  
21\_diabete\_gestatio