

COMITE TECHNIQUE SSR Plénier**Compte-rendu de réunion****Date : 25 avril 2013****Heure : 14h30-17h30****Lieu : ATIH Paris****1 PARTICIPANTS**

<p>ATIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Max BENSADON ➤ Anne BURONFOSSE ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Housseyni HOLLA ➤ Nicole MELIN ➤ Christine PRODOM <p>DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie CIANELLI <p>DSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ M.F. FORESTI-MERCIER <p>CROIX-ROUGE FRANCAISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elsa GENESTIER 	<p>FEHAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catherine REA ➤ Jérôme TALMUD <p>FHF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bruno AUBLET-CUVELIER ➤ Gaëlle LEBAYON ➤ Patrice MULOT ➤ Gilles RODE <p>FHP-SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eric NOEL ➤ Frédéric SANGUIGNOL ➤ Roxanne SIMONPREL 	<p>SOFMER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Brigitte BARROIS ➤ Gilles RODE <p>UGECAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie-Christine LOCRET BRIOLAT <p>CNIM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Christine MICHEL <p>CNAMTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Michel ARENAZ ➤ Dominique MENA-DUPONT
--	--	--

EXCUSEE

- DREES : Hélène VALDELIEVRE

2 ORDRE DU JOUR

- Point sur la documentation ATIH
- Programme de travail 2013 « Information Médicale »
- Restitution des données d'activité en GME
- Questions diverses

3 INTRODUCTION

A titre introductif, l'ATIH indique que cette réunion s'inscrit dans le cadre de la poursuite des travaux de la classification en GME. Elle vise notamment à préciser les travaux complémentaires à réaliser en 2013 dans l'objectif de faire évoluer la classification dans la perspective de la tarification hospitalière 2016.

4 POINT SUR LA DOCUMENTATION ATIH

La présentation faite en séance est jointe au compte-rendu.

4.1 RAPPORTS ENQUÊTES : MO – PT-AA

Le rapport de synthèse relatif à l'enquête « médicaments onéreux » de 2011 (données 2010) a été publié le 24 avril sur le site internet de l'ATIH. Il est consultable à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009C00006FF>.

Il est précisé que ce rapport comporte plusieurs annexes dont l'une (annexe 7) détaille les résultats par classe ATC et code UCD (nombre d'établissements prescripteurs de l'UCD considérés au niveau national, dépenses totales déclarées par l'ensemble de ces établissements, prix d'achat médian de l'UCD, coefficient de variation de ce prix).

Le rapport de synthèse relatif à l'enquête « Plateaux techniques et activités d'appareillage » sera communiqué en juin 2013.

Il est rappelé par ailleurs que des groupes de travail animés par la DGOS vont se mettre en place en 2013¹ dont l'objectif sera l'analyse des résultats de ces deux enquêtes dans une perspective de financement.

4.2 FORMATIONS CSARR 2012

Un document relatif au déroulement des formations 2012 est en ligne depuis mars 2013.

Un document synthétisant les questions - réponses ayant posé des difficultés lors des formations est en cours de finalisation et sera mis en ligne courant mai. Il sera transmis directement aux formateurs comme cela a été demandé par les fédérations lors de la réunion du 24 janvier 2013.

Une question est posée quant à l'opposabilité du document « *Questions - Réponses* ». Ce qui est opposable, c'est le guide de lecture et de codage du CSARR. Les questions et remarques des utilisateurs peuvent amener à faire évoluer ce guide de lecture. C'est ce qui a été fait suite aux formations 2012, et explique que certaines questions n'ont probablement plus lieu d'être aujourd'hui.

Il est demandé que cette démarche de publication des questions - réponses soit étendue aux questions posées sur *Agora*.

4.3 RAPPORT DES TRAVAUX STATISTIQUES DE CONSTRUCTION DE LA CLASSIFICATION GME

Un rapport, en cours d'élaboration, retrace les travaux statistiques exploratoires et les pistes étudiées pour cette première version de la classification. A ce stade de construction du document, il est possible de préciser quelques éléments de structuration :

- objectifs ;
- méthode de constitution de la base d'analyse ;

¹ Une première réunion s'est déjà tenue sur le sujet MO.

- modalités de construction des Catégories Majeures, Groupes Nosologiques, Racines de Groupes Médico Economiques et Groupes Médico Economiques ;
- restitution du case mix obtenu accompagné des résultats en termes de performances statistiques.

4.4 DOCUMENT « QUESTIONS - RÉPONSES » AUX REMARQUES DES FÉDÉRATIONS

Le document « *Questions / Réponses aux remarques des fédérations* », adressé en amont de la réunion aux membres du comité, vise à apporter des éléments de réponse synthétiques aux remarques ou questions formulées par les fédérations au travers des différents courriers adressés depuis les échanges de l'automne dernier.

Les représentants des fédérations remercient l'ATIH pour ce travail qui témoigne que leurs remarques ont été écoutées et prises en compte. L'agence précise que ce document n'est pas opposable, à l'identique des réponses Agora.

L'ATIH propose la mise en ligne de ce document sur le site Internet de l'agence, à l'attention de tous les utilisateurs, en reprenant les questions mais sans faire référence à leurs sources.

Un tour de table est organisé afin de relever les questions ou remarques des fédérations, comme relevées ci-après :

- ❑ **FHP SSR** : A ce stade de la classification, il reste quatre points majeurs à améliorer : l'impact de la variable RR, la périodicité du recueil, les CMA, la pondération des GME car il existe une hiérarchisation « surprenante » entre les deux secteurs d'hospitalisation.
- ❑ **FEHAP** : le document représente un bon outil, pédagogique, utile pour motiver les personnels des établissements qui voient que leurs remarques sont prises en compte. La question, qui reste à régler, concerne la manière dont on va décrire le séjour.
- ❑ Plusieurs sujets sont pointés par la **FHF** :
 - le point concernant le sujet de l'unité de temps est intéressant mais il est regretté qu'il ne donne pas lieu à réponse ;
 - il se pose un problème de qualification de la personne âgée dépendante, au regard des attentes des sociétés savantes ;
 - les éléments d'environnement et de précarité sont effleurés et pourraient être approfondis ;
 - l'activité relative à la cancérologie et à la pédiatrie doit être précisée.
- ❑ **CNIM** : Les réponses argumentées du document sont très appréciables. Dans les groupes nosologiques, il serait nécessaire de mieux prendre en compte le degré de sévérité des pathologies prises en charge et pour certaines pathologies, d'étudier le déroulement des séquences.
- ❑ **L'UGECAM** attire l'attention sur le fait qu'avant de faire évoluer la classification, il faut résoudre les questions essentielles.
- ❑ **La CNAMTS** indique que de la même manière que pour le MCO, la classification SSR ne pourra pas tout résoudre et il y aura des solutions à certains sujets via le modèle de financement.
- ❑ **La DGOS** rappelle que l'objectif des travaux est de consolider la classification et que ceux-ci doivent être hiérarchisés.

L'ATIH indique que le recensement des remarques sera utile pour hiérarchiser le programme de travail.

5 PROGRAMME DE TRAVAIL PMSI 2013

Sont évoqués différents axes de travail qui pourront faire l'objet de travaux dès 2013.

5.1 RECUEIL D'INFORMATION

L'objectif, poursuivi par l'ATIH, est de définir un recueil d'informations moins lourd à gérer pour les professionnels tout en permettant d'améliorer l'outil et de mieux discriminer les prises en charge. Après conduite de travaux sur la qualité et la conformité du codage, une réflexion globale sera proposée sur la périodicité du recueil (quelle unité de description ?) et son contenu (comment alléger le recueil ? comment l'enrichir ?).

Parallèlement, la DGOS a engagé une réflexion sur le sujet des règles administratives.

Compte-tenu des contraintes liées aux éditeurs de logiciel et du temps à laisser aux professionnels de terrain pour s'approprier de nouvelles consignes de codage, il reste environ une année pour définir un nouveau mode de recueil.

La **FHF** précise que le codage était d'autant plus répétitif qu'il n'y avait pas d'enjeu et qu'en conséquence cela impactait la qualité des données. Elle propose de ne pas supprimer les variables existantes mais de les améliorer (ex : définir une nomenclature adaptée pour l'item de Finalité Principale de Prise en Charge). Elle est favorable au maintien d'un recueil systématique et met en garde contre un éventuel séquençement des séjours.

Pour le **CNIM**, l'ensemble des séjours n'a pas vocation à être séquençé. Un séjour de trois semaines en SSR ne se segmente pas.

La **FHP SSR** insiste sur le temps nécessaire à la formation des acteurs de terrain si on s'oriente vers des changements de règles.

5.2 NOMENCLATURE / CSARR

La structure de maintenance qui sera mise en place en 2013 est présentée.

A propos du comité des experts, certains participants regrettent qu'il n'y ait pas de représentation cardiovasculaire, ou des spécialités différentes de la médecine physique et de réadaptation.

L'ATIH insiste sur le rôle d'arbitrage de cette structure qui doit être le plus transversale possible. Toutes les spécialités étant par ailleurs représentées au niveau des consultants experts et en tant que de besoin dans les groupes thématiques.

Il est demandé que le secteur libéral soit représenté dans la structure de maintenance.

L'ATIH attire l'attention sur le fait que c'est une structure d'expertise et que, c'est cette notion d'expert qui est au premier plan, quel que soit son lieu ou sa modalité d'exercice. C'est une expertise de clinicien qui est souhaitée.

Il est demandé que la liste des experts soit publiée, ce que l'ATIH accepte.

La **FHP-SSR** demande qu'un des thèmes à étudier dans la maintenance soit celui de l'éducation thérapeutique.

La **CNAMTS** rappelle qu'à la différence de la CCAM, le CSARR n'est pas tarifant.

5.3 CLASSIFICATION

Sur la partie classification, les axes de travail à développer sont les suivants :

5.3.1 PEDIATRIE

Un groupe de travail animé par l'ATIH a été constitué avec les experts désignés par les différentes fédérations hospitalières. L'objectif poursuivi est d'identifier les spécificités de l'activité pédiatrique qui ne seraient pas suffisamment prises en compte dans la version 1 de la classification GME.

Une première réunion s'est tenue le 9 avril. Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées dont certaines sont rappelées en séance :

- nécessaire mise en exergue de plusieurs classes d'âge : 0-3 ans, 12-17 ans, une ou deux classes d'âge intermédiaires à préciser ;
- outil de mesure de la dépendance actuellement utilisé, non adapté à la pédiatrie ;
- constat d'un volume d'activité très faible pour certaines catégories majeures ; pour ces activités, les évolutions de la classification ne pourront apporter qu'une amélioration partielle ; il conviendra donc de proposer d'autres leviers d'action complémentaires pour permettre une description pertinente des activités considérées.

Une seconde réunion est prévue le 2 juillet. Des analyses d'activité complémentaires seront alors présentées qui porteront sur des activités pédiatriques représentant des volumes importants (pneumologie et neurologie) et sur l'oncohématologie (faibles volumes). Les hypothèses de travail pour répondre à l'objectif poursuivi seront alors discutées sur la base d'exemples concrets. Seront également proposées quelques premières maquettes d'analyse de l'activité pédiatrique sur la base d'indicateurs qui pourront, pour certains d'entre eux, être infra-GME ; si l'intérêt de telles maquettes était validé, elles pourraient ensuite être développées sur SNATIH et constituer alors un référentiel de discussion commun établissements-ARS.

5.3.2 CMA

Pour cette première version, l'analyse réalisée s'est appuyée sur la méthode statistique des effets isolés (méthode développée par l'ATIH et déjà appliquée pour la construction des niveaux de sévérité en MCO) mais avec des critères d'éligibilité et des regroupements de codes adaptés au SSR. Les axes de travail proposés sont les suivants :

- à court terme :
 - suivi de l'effet CMA afin de confirmer ou non cette tendance sur la base de données 2012 ;
 - ajustement de listes spécifiques pour les listes d'exclusions SSR ;
 - « typologie » des CMA (déficience, comorbidités, complications, etc.) du fait de l'hétérogénéité du profil médical des séjours classés en niveau 2 ;
- à moyen terme :
 - construction de scores pour prendre en compte la complexité des prises en charge liées à l'intrication de problèmes somatiques, psychiques et socio environnementaux ;
 - amélioration du niveau de finesse en allant au-delà de 2 niveaux de sévérité ;
 - ...

La **SOFMER** rappelle la nécessité de prendre en compte la complexité socio-environnementale, indicateur qu'elle considère comme peu renseigné, et insiste sur la nécessité d'avancer les travaux afin d'être au rendez-vous pour 2016. Elle s'interroge sur la faisabilité des travaux.

Le **CNIM** précise qu'il est important de distinguer dépendance / handicap / déficience fonctionnelle et que le rôle des comorbidités est à étudier. Il est d'avis de partir sur les bonnes pistes de travail plutôt que de se précipiter.

La **FHP SSR** souligne la prise en compte de l'effet « durée de séjour » mais indique qu'il ne faut pas négliger l'effet « coût ». Elle insiste en outre sur le fait que la description de la prise en charge, via la classification en GME, notamment de l'obésité et de l'appareil respiratoire n'est pas satisfaisante, et pour des raisons différentes : Pour la prise en charge de l'obésité, le croisement entre liste d'exclusion et CMA empêche toute discrimination des patients les plus complexes/lourds. Pour l'appareil respiratoire, l'absence de prise en compte du score de rééducation empêche toute discrimination des prises en charge les plus complexes.

5.3.3 DEPENDANCE

L'ATIH a chargé un professionnel de la psychométrie (MAPI CONSULTANCY) de réaliser pour fin avril 2013, une revue systématique de la littérature en vue de faire un état des lieux des échelles de mesure de la dépendance, de leurs propriétés psychométriques (i.e. fiabilité, validité et reproductibilité) et de leurs contextes d'utilisation. Ainsi, une ou plusieurs échelles de mesure de la dépendance seront proposées aux fédérations au sein d'un prochain comité technique, probablement à l'automne.

La **FHF** demande s'il est possible de définir une échelle pertinente, si on n'a pas défini préalablement la séquence à prendre en compte et souligne que la simplicité d'utilisation de l'outil d'évaluation est à prendre en compte.

La **SOFMER** souligne que la dépendance est un facteur qui allonge les délais de séjour en SSR. Les outils pour décrire la dépendance sont insuffisants or c'est un facteur qui retentit sur les ressources en personnel soignant. Elle rappelle que seule la dépendance à l'entrée a été prise en compte dans la classification et qu'il faudrait tenir compte d'une mesure à la sortie afin de mettre en place un indicateur de performance comme cela se fait dans certains pays.

La **FHP SSR** recommande d'être très vigilant pour la mise en place d'un indicateur de ce type.

5.3.4 IMPACT CSARR SUR LA PRISE EN COMPTE DE LA RR

L'ATIH rappelle que l'approche de cette première version a consisté à agréger des pondérations en un score indépendamment des caractéristiques spécifiques des actes. Du fait de la coexistence de deux nomenclatures en 2013, les travaux techniques de fond ne pourront réellement commencer que fin 2013 et être consolidés en 2014. L'approche des travaux techniques pourrait se faire selon trois axes : intensité, diversité et actes discriminants.

Le **CNIM** précise que s'agissant de rééducation / réadaptation (RR), les ouvertures au-delà de l'intensité et le retour vers des variables explicatives sont bienvenues. En effet, la durée n'est pas le seul élément à prendre en compte : spécificité et complexité sont également importantes. Il faudrait étendre la liste des actes CCAM réalisés dans les services de rééducation, ce qui aiderait à repérer certaines spécialités (exemple : réalisation d'épreuves urodynamiques).

La **SOFMER** s'interroge sur le fait de raisonner en terme d'intensité pour distinguer des établissements qui offrent des modalités de rééducation différentes. Elle cite également le cas des prises en charge dont la durée est allongée en raison d'un problème d'aval. Dans ces situations, l'intensité de RR n'est pas la même à la fin de la prise en charge. La question qui se pose alors est celle de la valorisation de la prise en charge dans une optique de financement : comment les séjours seront-ils rémunérés alors qu'ils ne comportent plus de rééducation ?

5.3.5 GERIATRIE

L'ATIH propose une meilleure prise en compte de la spécificité gériatrique et des poly pathologies par le biais des CMA (sujet évoqué ci-dessus).

La **FHF** rappelle que les services dédiés à la gérontologie représentent 1/3 du recrutement SSR et qu'il ne faut pas tomber dans l'erreur de jugement qui consisterait à définir la gériatrie par l'âge des patients. Elle rappelle que la gériatrie correspond à des services très différents en termes de prises en charge.

5.3.6 CANCEROLOGIE

L'ATIH précise qu'un groupe nosologique regroupant les tumeurs malignes a été individualisé dans la majorité des catégories majeures (à l'exception par exemple des affections oculaires, des affections de l'appareil circulatoire).

Pour la **FHF**, l'existence d'une catégorie majeure « Cancérologie » est à discuter.

5.3.7 CALENDRIER

La diapositive 17 reprend les éléments de calendrier proposés par l'agence.

La **FHF** a des difficultés à comprendre la chronologie de ce programme de travail.

La **FHP SSR** souligne le manque de visibilité quant au mode de financement.

La **FEHAP** précise qu'il existe des pistes d'amélioration de la classification mais qu'il faut trouver la meilleure façon d'articuler tous les segments à traiter.

La **Croix-Rouge Française** s'interroge sur les écarts entre les appréciations du terrain et les constats de la classification :

- sur la notion de séjour / séquence notamment, sur l'impact de tels choix ;
- sur le report de ces discussions (par rapport au programme de travail annoncé) alors que c'est un point essentiel.

Elle approuve les aspects méthodologiques mais s'interroge sur les aspects politiques. En particulier, elle se demande si le calendrier de travail va bien être mis en regard de la feuille de route qui a été fournie aux fédérations et pose le problème de l'articulation entre tous les segments d'activité élémentaires que l'on traite.

L'**ATIH** insiste sur le fait que le programme de travail proposé se cale au plus près sur les remarques et besoins exprimés, mais que ses moyens sont limités, et l'année déjà bien avancée. Elle insiste également sur le fait qu'il ne lui appartient pas à ce stade d'avancer sur le sujet « modèle de financement », et qu'elle continue à viser un objectif de description de l'activité de SSR la plus

proche de la réalité. Il lui apparaît en effet qu'en l'absence d'une description d'activité fiable, le financement a peu de chance d'être adapté.

La FHF prend acte du programme de travail proposé par l'agence en séance. Conformément aux remarques alors formulées, elle regrette le calendrier tardif, même si elle mesure qu'un travail préparatoire interne à l'ATIH est prévu en amont. Enfin, elle hiérarchise les priorités différemment, et dans l'ordre suivant :

- 1) unité de compte et/ou de facturation
- 2) la dépendance (personne âgée mais pas seulement), l'environnement social+ la précarité
- 3) le sujet de l'oncologie
- 4) puis seulement la liste des CMA

6 RESTITUTION DES DONNÉES D'ACTIVITÉ EN GME

6.1 FONCTION GROUPE / GENRHA - CALENDRIER

L'ATIH rappelle que les premières données qui seront groupées en GME vont l'être via GENRHA et AGRAP SSR, à compter de mai pour les données de M4.

La transmission des données de M10 couvre bien la période allant de la semaine 1 à la semaine 44 ; la notice technique financement CIM-MF publiée le 07 mars dernier comportait une erreur.

6.2 RÈGLES DE GROUPE EN ERREUR

L'ATIH rappelle l'évolution de la règle de gestion des erreurs :

- si un RHA est groupé en erreur dans une suite de RHA (SSRHA) alors tous les RHA de la SSRHA sont groupés en erreur ;
- l'indicateur d'erreur porte uniquement sur le RHA en anomalie.

La règle s'applique aussi bien à l'hospitalisation complète qu'à l'hospitalisation à temps partiel

Pour attirer l'attention des établissements sur ces erreurs, l'ATIH propose la mise à disposition de leur case mix de l'année 2011 via la plateforme d'échange ATIH. Les établissements seront informés par un message publié « A la une » du site.

6.3 ÉVOLUTION DES TABLEAUX MAT2A SSR

Les évolutions des tableaux se feront par étapes successives :

- dès M4, les case mix seront déclinés par Catégorie Majeure, Groupe Nosologique et Groupe Médico Economique selon le type d'hospitalisation (hospitalisation complète & hospitalisation à temps partiel séparément) ;
- pour les actes de RR, dès M4, une distribution par code d'acte et par type d'intervenant sera restituée avec des tableaux séparés dans les deux nomenclatures utilisables (CdARR et CSARR). Des tableaux spécifiques en CSARR seront proposés à compter de M6.

L'ATIH fait un focus sur l'outil OVALIDE SSR. Son objectif est de rassembler en un seul outil, sans perte d'information, les informations existantes sur la description de l'activité, la qualité des données et la valorisation. Il est destiné aux établissements et aux ARS et vise à simplifier le processus de validation lors des transmissions, Une notice explicative a été publiée récemment sur le site de l'ATIH à ce sujet.

La **FHP SSR** évoque le devenir du « score de risque PMSI SSR » / Tableau00.

Le **CNIM** souhaite voir figurer dans les tableaux de restitution rééducation, les actes de rééducation et réadaptation réalisés par des médecins, inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux (CCAM)* et enregistrés au moyen de cette nomenclature.

7 QUESTIONS DIVERSES

La SOFMER souhaite que les consignes de codage relatives à la « réunion de synthèse » se rapprochent des recommandations professionnelles de la HAS. Ainsi, la pratique médicale courante conduit actuellement à réaliser une évaluation médicale à l'entrée et à la sortie du patient, puis une évaluation tous les mois. Or il semble que cette réunion est actuellement renseignée toutes les semaines.

L'ATIH rappelle que la synthèse multidisciplinaire n'a pas à être codée chaque semaine et que plusieurs mentions dans le CSARR font état que le staff hebdomadaire ne se code pas.

La date de la prochaine réunion du comité n'est pas fixée en séance