AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Comité technique plénier SSR

08 juillet 2014

Ordre du jour

- **Programme de travail SSR : avancée des travaux**
  - Dépendance SSR
  - Recueil SSR
  - Évolutions de la classification GME
    - ***CMA SSR*** *=> point non abordé en séance => report au CT plénier SSR d'octobre 2014*
    - **Révision « GN AVC »**
- **Nomenclatures :**
  - Évolutions 2015 : CIM10, CCAM, CSARR
- **Questions diverses**

1. Programme de travail SSR : avancée des travaux

- Dépendance SSR

- Recueil SSR

- Évolution de la classification GME

1. Programme de travail SSR : avancée des travaux

- Dépendance SSR

- Recueil SSR

- Évolution de la classification GME

Dépendance en SSR

Objectifs et démarche

- **Objectifs**
  - Bilan fonctionnel du codage de la dépendance en SSR (adultes) : critiques et difficultés actuelles
  - Axes d'amélioration
  - Évolutions envisageables

- **Démarche** : GT « dépendance en SSR »

➢ 2 réunions (11 et 31 Mars 2014) :
  - Travaux statistiques
  - Synthèse des questions Agora
  - Observations des experts

Comité technique SSR

Rapport « dépendance SSR »

- **Pédiatrie** (→ groupe spécifique)

Dépendance en SSR

Bilan fonctionnel du codage avec la « grille AVQ » : critiques et difficultés

- Échelle n'ayant pas fait l'objet d'une validation métrologique
- Difficultés de cotation :
  - Variables du score physique
    - Pb des situations non observées (ex : escaliers, HTP)
    - Demandes de précisions (ex : variable « continence »)
  - Variables du score cognitif
    - Formulation des consignes à simplifier
- Score cognitif « trop pauvre »

Dépendance en SSR

Axes d'amélioration discutés

- Réduire fréquence du recueil de la dépendance
- Évaluation « à l'entrée » (et non en fin de première semaine)

- Améliorer formulation des consignes de codage
- Décrire autonomie/dépendance pour la toilette
- Renforcer description des troubles cognitivo-comportementaux

- 5 niveaux de cotation par variable (proposition de la SOFMER)

- Validation métrologique de la « grille AVQ » (si conservée ou aménagée)

Dépendance en SSR

Propositions d'évolution

- **1) Scénarios conservatoires :**

  a) Scenario 1a : clarification des consignes

  Seul scénario pouvant être mis en œuvre en 2015

  b) Scénario 1b :
  scenario 1a + recueil de la cotation de chaque action

  c) Scénario 1c :
  scenario 1a (ou 1b) + ajout de variables cognitives
  (proposition de la SOFMER :
  mémoire, tâches cognitives et 5 niveaux de cotation)

  Mise en œuvre en 2016 ?

- **2) Scenario 2 : remplacement de la grille AVQ par une nouvelle échelle de dépendance**
  - FIM ?
  - ***Mise en œuvre en 2016 ?***

Dépendance en SSR

Les prochaines étapes

- 08 juillet – Comité technique SSR : **présentation de la synthèse des travaux « dépendance SSR »**
- Fin juillet :
  - **envoi du rapport aux fédérations hospitalières**
  - **sollicitation de l'avis des fédérations** (questionnaire)
- Mi-septembre : **retour du questionnaire**
- Octobre – Comité technique SSR : **choix d'un scénario**
- 4ème trimestre 2014 : **groupe spécifique « dépendance Pédiatrie »**

Dépendance en SSR

Les prochaines étapes : scenarios 1b ou 1c ou 2

4ème trimestre 2014 : travaux préparatoires aux évolutions

1er semestre 2015 : étude « faisabilité » du recueil en SSR

Juillet 2015 : décision du Comité technique SSR

2ème semestre 2015 : Information éditeurs Formation codeurs

Janvier 2016 : évolution recueil « dépendance » SSR

Évaluation métrologique

Évolutions description « dépendance » dans :

- **Base nationale PMSI SSR 2016**
- **Base coûts ENC SSR 2016**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

1. Programme de travail SSR : avancée des travaux

- Dépendance SSR

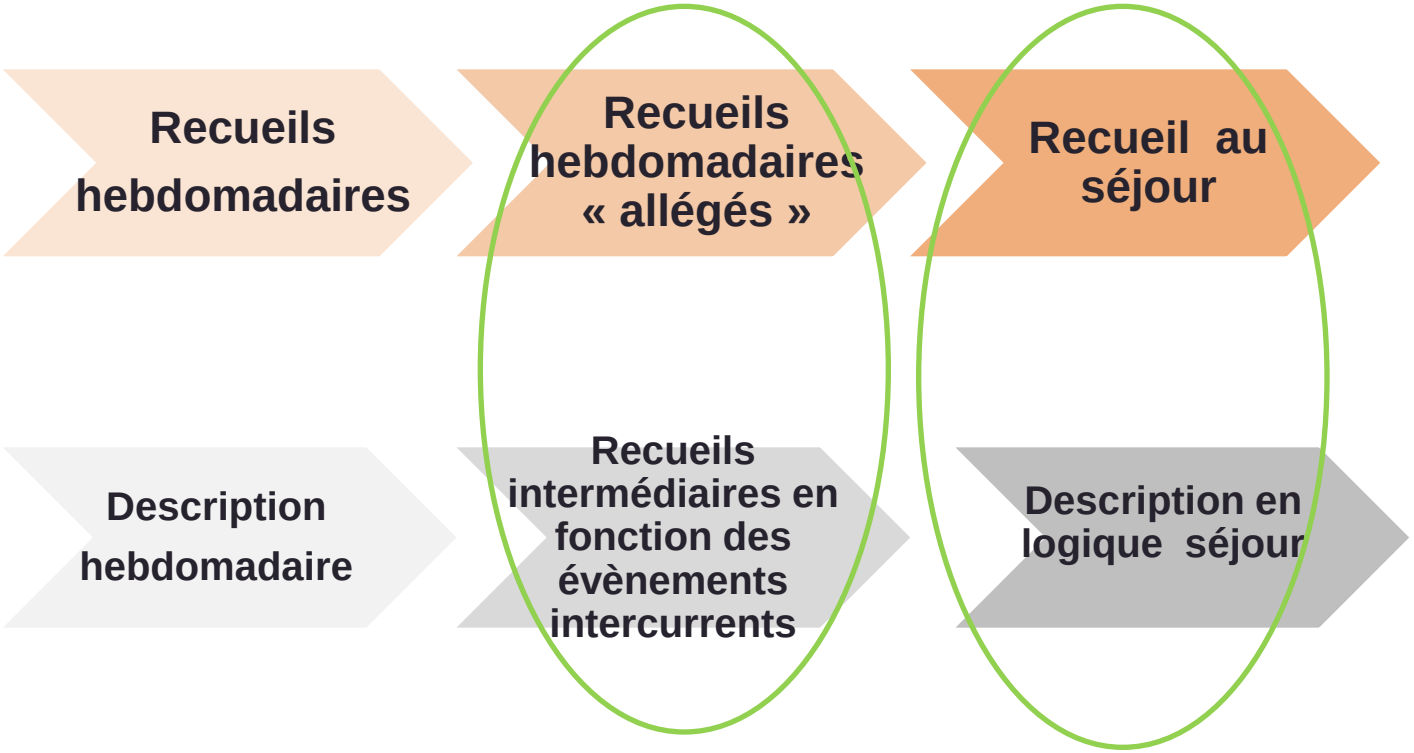
- Recueil SSR

- Évolution de la classification GME

Recueil SSR : périodicité

- D'un recueil hebdomadaire à un recueil au « séjour » :

  n RHS par séjour → 1 Résumé unique par séjour



Stratégies d'évolution à déterminer

Recueil SSR : vers un recueil au séjour

Description en logique séjour

- **Un seul recueil comportant :**
  - Données caractérisant le patient à l'admission
    - Problème médical principal en logique séjour
    - DAS présents à l'admission
    - Dépendance
  - Données caractérisant le déroulement médical du séjour
    - DAS pris en charge
    - Actes CCAM
    - Actes CSARR
  - Données caractérisant l'état du patient à la sortie
    - Dépendance

Variables du recueil à déterminer → Groupe technique RECUEIL

Recueil SSR : vers un recueil au séjour

- **Objectifs :**
  - Simplifier et alléger le recueil des données

  → Sans perte d'informations nécessaires au groupage ou aux évolutions de la classification
  - Améliorer la qualité des données produites
- **Si l'orientation retenue est celle d' un recueil au séjour :**
  - **Travaux nécessaires**
    - Description en logique séjour
      - Définition du « séjour SSR » à préciser
      - Définition des variables pour décrire le problème médical principal et les morbidités associées
      - Refonte du guide méthodologique SSR
  - **Contraintes**
    - Impact sur les systèmes d'information
    - Impact sur les acteurs de terrain
  - **Calendrier :** non envisageable en 2015, à définir (2016 ?)

Recueil SSR :
Évolutions proposées pour 2015

- **Périodicité de recueil : MORBIDITE**
  - **Volet « morbidité » :**
    - Morbidité principale (FP, MMP, AE)
    - Morbidité associée (DAS)
    - Dépendance (AVQ)
  - **Proposition 2015 :**

    Définitions des variables inchangées

    Recueils hebdomadaires allégés

    Introduction d'une nouvelle variable
  - **Arbitrage pour 2015 ?**

Recueil SSR : Dépendance

- **Périodicité du recueil de la dépendance**
  - **A quel moment évaluer la dépendance ?**
    - Actuellement : à la fin de la première semaine
    - Actuellement : la période de référence est la semaine
  - **Selon quelle fréquence ?**
    - Actuellement : périodicité hebdomadaire
  - **Analyses : Simulations recueil dépendance**

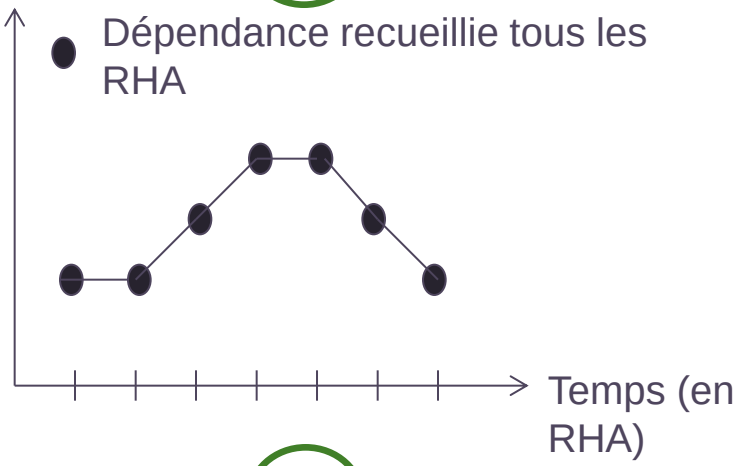
Recueil SSR :

Simulation recueil dépendance

1

AVQ

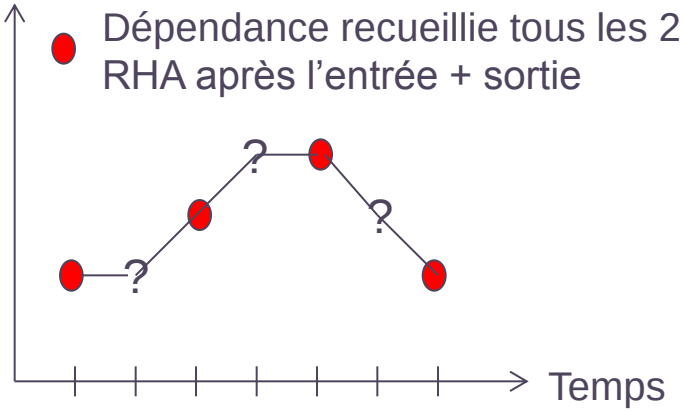
Dépendance recueillie tous les RHA



2

AVQ

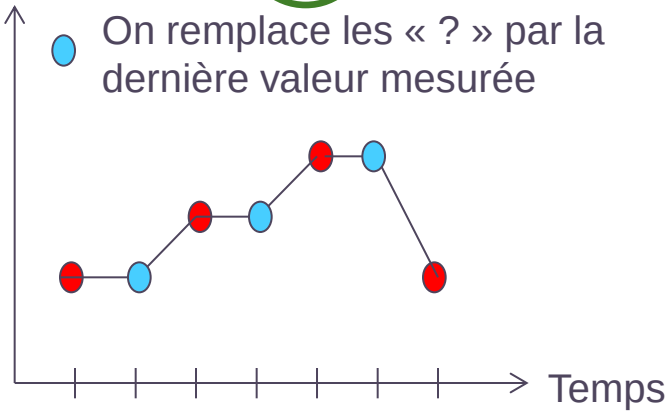
Dépendance recueillie tous les 2 RHA après l'entrée + sortie



3

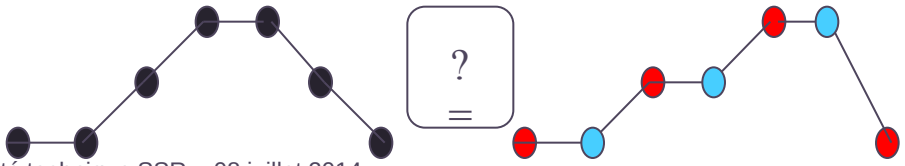
AVQ

On remplace les « ? » par la dernière valeur mesurée



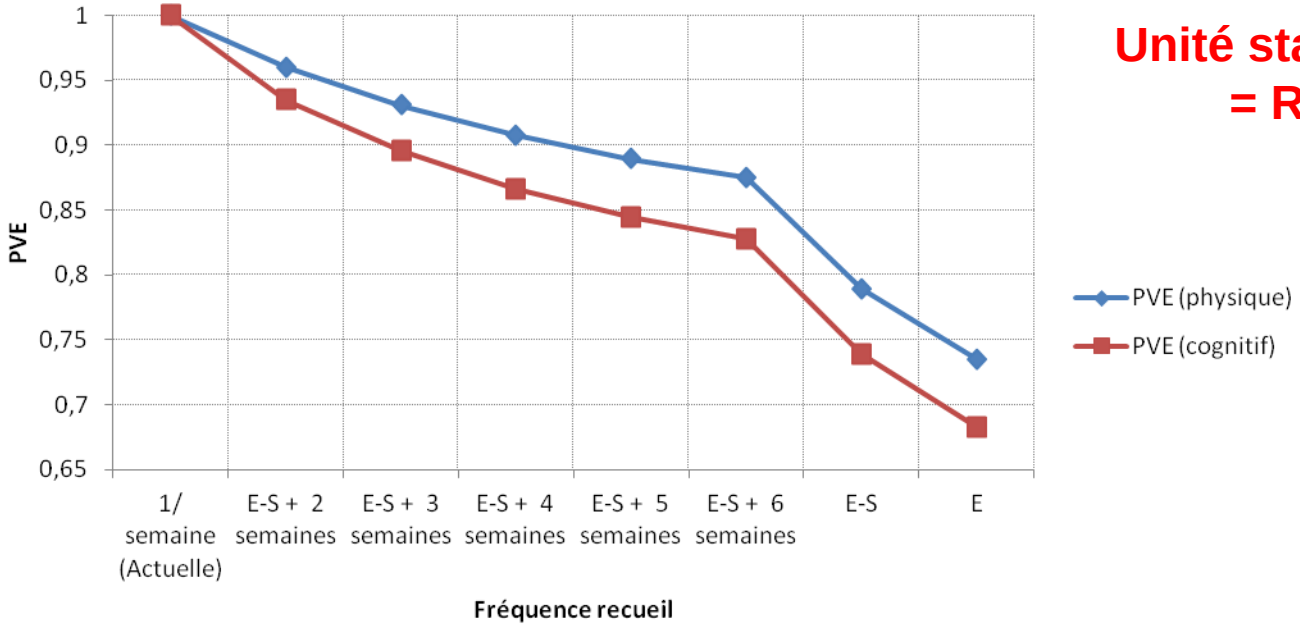
4

On calcule la PVE de l'AVQ de chaque RHA par l'AVQ nouvellement calculé



Recueil SSR :

Simulation recueil dépendance



Unité statistique = RHA

PVE calculée en excluant :

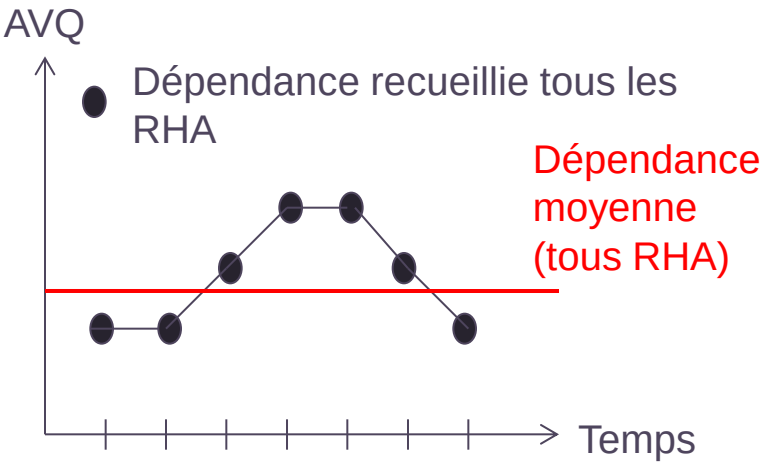
- **les séjours de moins de 3 RHA (~15% des séjours)**
- **le premier RHA**

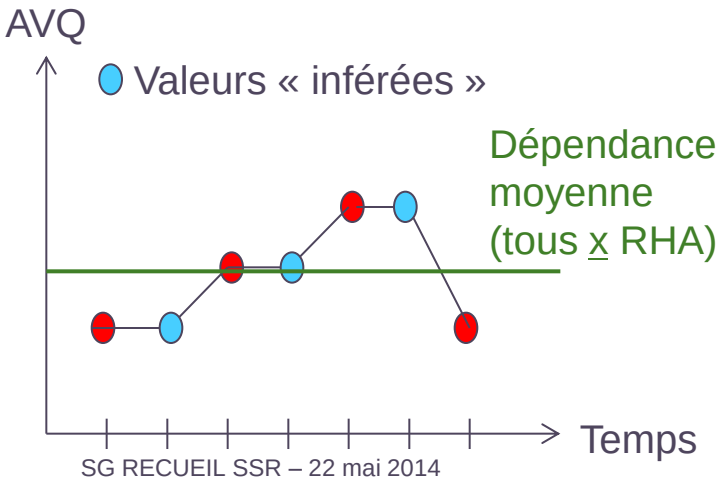
Fréquence recueil	PVE (physique)	PVE (cognitif)
1/ semaine (Actuelle)	1	1
E-S + 2 semaines	0,9597	0,9346
E-S + 3 semaines	0,9308	0,8955
E-S + 4 semaines	0,9076	0,8660
E-S + 5 semaines	0,8895	0,8445
E-S + 6 semaines	0,8748	0,8279
E-S	0,7891	0,7391
E	0,7350	0,6824

Recueil SSR

Simulation recueil dépendance

- Calcul de l'écart entre dépendance moyenne du séjour et dépendance moyenne calculée avec les différentes fréquences de recueil

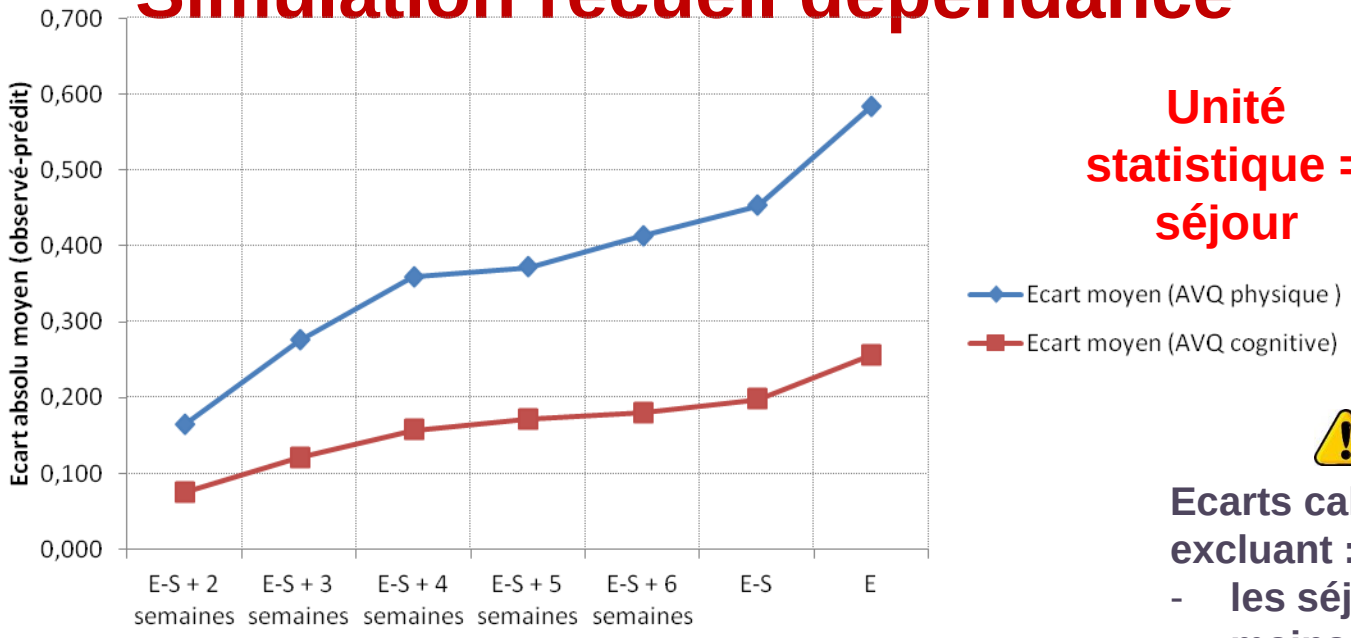




Ecart = | Dépendance moyenne (tous RHA) - Dépendance moyenne (tous x RHA) |

Recueil SSR

Simulation recueil dépendance



Unité statistique = séjour

Ecarts calculés en excluant :

- **les séjours de moins de 3 RHA (~15% des séjours)**

	Ecart moyen (AVQ physique)	Ecart moyen (AVQ cognitive)
E-S + 2 semaines	0,164	0,075
E-S + 3 semaines	0,276	0,121
E-S + 4 semaines	0,359	0,157
E-S + 5 semaines	0,372	0,172
E-S + 6 semaines	0,413	0,180
E-S	0,453	0,198
E	0,584	0,256

Recueil SSR

Simulation recueil dépendance

- **Globalement**
  - La « perte d'information » croît de manière **linéaire** et **lente** avec la baisse de la fréquence du recueil
  - Quelle que soit la fréquence (y compris entrée-sortie seulement), estimation de la dépendance moyenne bonne
  - Recueillir la dépendance avec une fréquence moindre engendre peu de « pertes d'information »

Recueil SSR :
Évolutions proposées pour 2015

- **Périodicité de recueil : DEPENDANCE**
  - **Proposition 2015 :**

    Recueil à l'admission + recueil à la sortie

    + recueil(s) en cours de séjour / toutes les 4 semaines

  - **Arbitrage pour 2015 ?**

Recueil SSR :
Évolutions proposées pour 2015

- **Modalités de recueil : MORBIDITE**
  - **Variable de continuité médicale de prise en charge :**
    - **Réglementation :** Code de la santé publique-Art R1112-56
    - **Concept :** Introduction dans le recueil d'une nouvelle variable
      - Déclarative, qualitative du volet morbidité

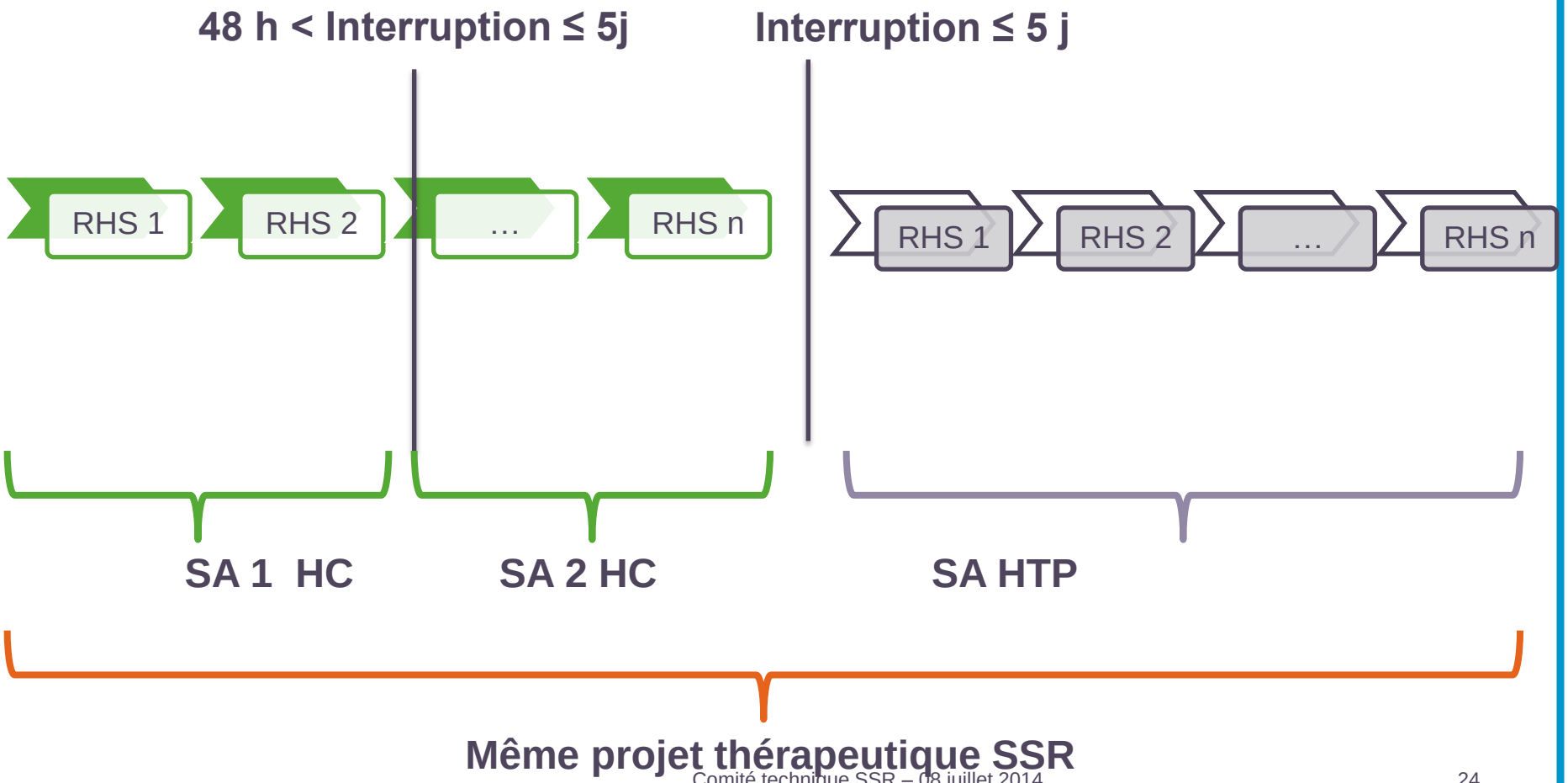
→ variable de « continuité médicale de prise en charge SSR »

- indiquant que le patient est pris en charge pour un motif identique au motif initial, dans le cadre du même projet thérapeutique
- permettant de chaîner médicalement et de façon fiable les séjours administratifs « proches » relevant d'une même prise en charge SSR

- **Périmètre :** Champ SSR / Intra-FINESS : 2 périmètres

Continuité médicale de prise en charge

Champ SSR / Intra-FINESS : 2 périmètres



Recueil SSR :
Évolutions proposées pour 2015

- **Modalités de recueil : MORBIDITE**
  - **Variable de continuité médicale de prise en charge :**
    - **Objectifs :**
      - Périmètre 1 : Chainage et groupage des séjours d'hospitalisation complète interrompus administrativement
      - Périmètre 2 : Perspective : Structuration des parcours intra-SSR
        - Combinaison de différents modes d'hospitalisation pour un même motif de prise en charge
        - Durée de prise en charge médicale SSR pour le même projet thérapeutique
    - **Proposition ATIH :** délai d'absence maximum, entre 2 séjours administratifs, inférieur ou égal à 5 jours
    - **Arbitrage ?**

Recueil SSR :
Évolutions proposées pour 2015

- **Modalités de recueil : VARIABLES ADMINISTRATIVES**
  - **UM et mentions :**
    - **Réglementation : 1 UM → 1 autorisation**
    - **Proposition 2015 :** 1 UM → plusieurs mentions possibles
      - L'unité médicale reste l'« unité d'hébergement » du patient
      - RHS / type d'autorisation de l'UM : se fait **en référence à « l'autorisation de l'équipe pluridisciplinaire » prenant en charge le patient**
      - FICUM : Possibilité d'avoir plusieurs autorisations par unité médicale
      - Modifications des contrôles GENRHA et AGRAF-SSR
      - Modifications de l'arrêté PMSI SSR
    - **Arbitrage pour 2015 ?**

Recueil SSR :

Calendrier des travaux pour 2015

08 juillet 2014 :

- Comité tech. SSR

=> ARBITRAGES

Juillet à sept. 2014 :

<u>Mise à jour documents</u>

- Guide méthodo PMSI SSR 2015

- Format 2015 RHS

Octobre 2014 :

<u>Publication</u>

=> *Guide méthodo PMSI SSR 2015* (version provisoire)

=> Notice PMSI SSR-PSY 2015 (dont nouveautés CIM10 et CSARR 2015)

=> Format 2015 RHS

Recueil SSR :
Perspectives

- **Poursuite des travaux fin 2014 -> juin 2015 :**
  - Contenu du recueil : morbidités principale et associées
  - Périodicité du recueil
  - Actes CSARR « sans journée de présence »

1. Programme de travail SSR : avancée des travaux

- Dépendance SSR

- Recueil SSR

- Évolution de la classification GME

Évolution de la classification GME :

- **Travaux classificatoires menés en 2014 pour 2015 :**
  - **Révision CMA SSR**
  - **Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »**

Évolution de la classification GME :

Calendrier des travaux pour 2015

08 juillet 2014 :

- Comité tech. SSR

=> GN « AVC »

(méthode)

=> mise à jour des listes

CMA (méthode)

Octobre 2014 :

- Comité tech. SSR :

=> GN « AVC »

(résultats)

=> mise à jour des listes

CMA (résultats)

Octobre 2014 :

- Publication :

=> *Manuel groupage SSR*

2015 (version provisoire)

=> Fonction groupage

SSR 2015

Révision GN

« Accidents vasculaires cérébraux »

Évolution de la classification GME :

Révision du GN « Accidents vasculaires cérébraux »

- **Synthèse de la démarche**
  - GN volumétriquement important :
    - 2 605 090 journées (92% en HC)
      - 33% de l'ensemble des journées de la CM01
      - 7% de l'ensemble des journées de la base SSR
  - GN recouvrant une pluralité de situations en termes de déficience, de gravité, de potentiel de récupération
  - Manque de lisibilité de la description actuelle en R-GME (lisibilité clinique, lisibilité « parcours de soins »)
  - Etude statistique des caractéristiques des séjours pour différentes déficiences et associations de déficiences (association avec durée de séjour, coûts, dépendance physique, dépendance cognitive, actes RR**) :**

    → Sous-évaluation du coût et de la DMS pour les AVC les plus graves et, à l'inverse, sur-évaluation pour les AVC les moins graves

Évolution de la classification GME :

Révision du GN « Accidents vasculaires cérébraux »

- **Segmentation des AVC selon la déficience en recherchant une cohérence avec :**
  - Les autres GN de la CM 01
  - Les groupes identifiés pour les « parcours SOFMER-FEDMER »
- **Proposition fonctionnelle : plusieurs GN « AVC »**
  - GN Comas, autres que « EVC-EPR »
  - GN AVC avec tétraplégie
  - GN AVC avec hémiplégie (isolée ou non)
  - GN AVC, autres déficiences
    - ni coma, ni tétraplégie, ni hémiplégie
    - sans déficience codée

Évolution de la classification GME :

Révision du GN « Accidents vasculaires cérébraux »

- **Suite des travaux :**
  - Regrouper les séquelles d'AVC (I69) dans les GN AVC ?
  - Regrouper toutes les paralysies cérébrales (GN 0118) ?
    - y compris les AVC néonataux
    - voire tous les AVC de l'enfant ?
  - Etudier la possibilité/pertinence de regrouper toutes les tétraplégies d'origine cérébrale de la CM 01 dans un même GN ?
  - Créer les racines de GME pour les GN « AVC »
  - Revoir la liste d'exclusion des complications et morbidités associées

Résultats : comité technique SSR d'octobre

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Révision GN

« Accidents vasculaires cérébraux »

Analyses complémentaires :

« Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive »

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (1/8)

- Contexte : lors de la présentation du 25/06, la question du lien entre troubles cognitifs et dépendance cognitive a été soulevée pour les hémiplégies.
- Autrement dit : pour les hémiplégies, la dépendance cognitive apporte-t-elle la même information que les troubles cognitifs codés en CIM-10 ?

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (2/8)

- Périmètre
  - Bases PMSI 2009-2013 et ENC 2010-2011
  - Séjours HC concaténés à 3 jours (pour un même ANO-FINESS)
  - Filtre sur les séjours longs
  - Déficiences
    - Hémiplégie
    - Hémiplégie + troubles cognitifs

Codes CIM-10

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (3/8)

Codes CIM-10 « Hémiplégie »	
G81.0	Hémiplégie flasque
G81.00	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.08	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G81.1	Hémiplégie spastique
G81.9	Hémiplégie, sans précision

→ ≈ 14 500 séjours/an

Codes CIM-10 « Troubles cognitifs »	
R41.0	Désorientation, sans précision
R41.1	Amnésie antérograde
R41.2	Amnésie rétrograde
R41.3	Autres formes d'amnésie
R41.8	Symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et non précisés
F07.0	Trouble organique de la personnalité
F06.71	Trouble cognitif léger associé à un trouble physique

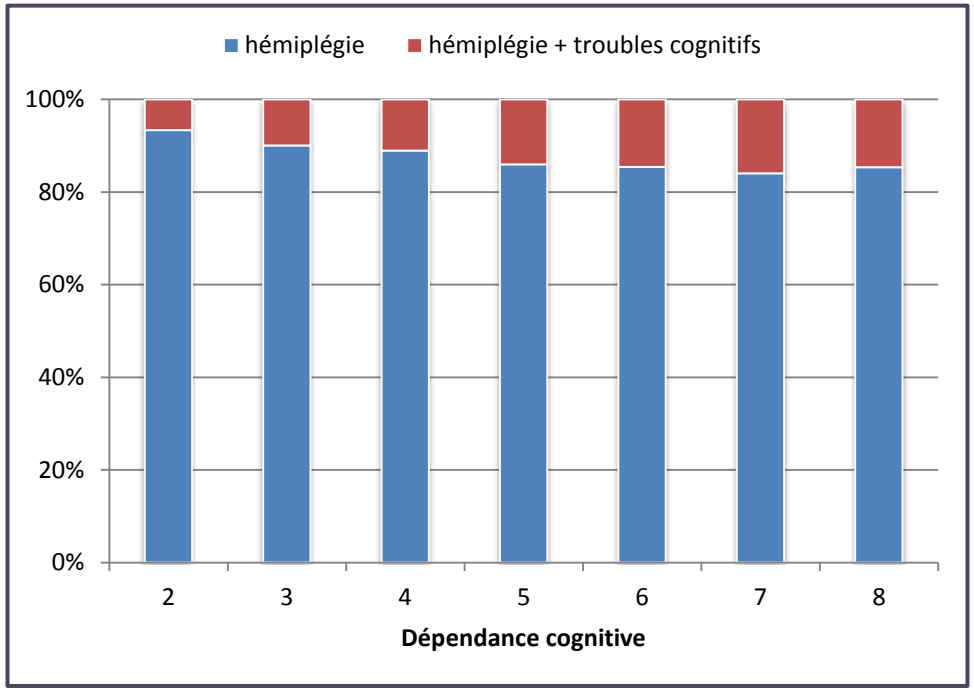
→ ≈ 1 700 séjours/an

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (4/8)

- **Effectifs**: déficiences conditionnellement à la dépendance cognitive



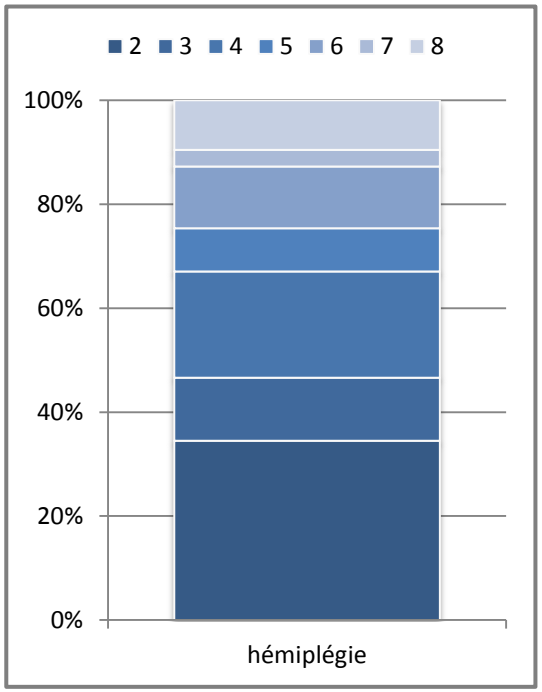
Le poids relatif des cas « Hémiplégie + troubles cognitifs » augmente globalement avec la dépendance cognitive

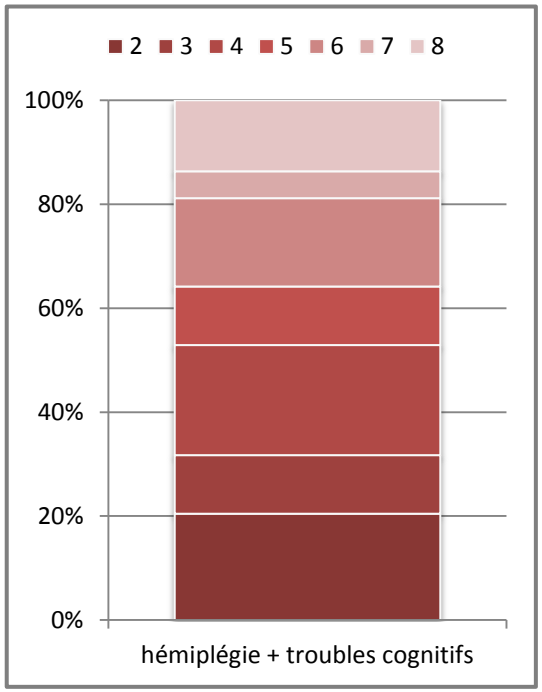
Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (5/8)

- **Effectifs**: dépendance cognitive conditionnellement aux déficiences



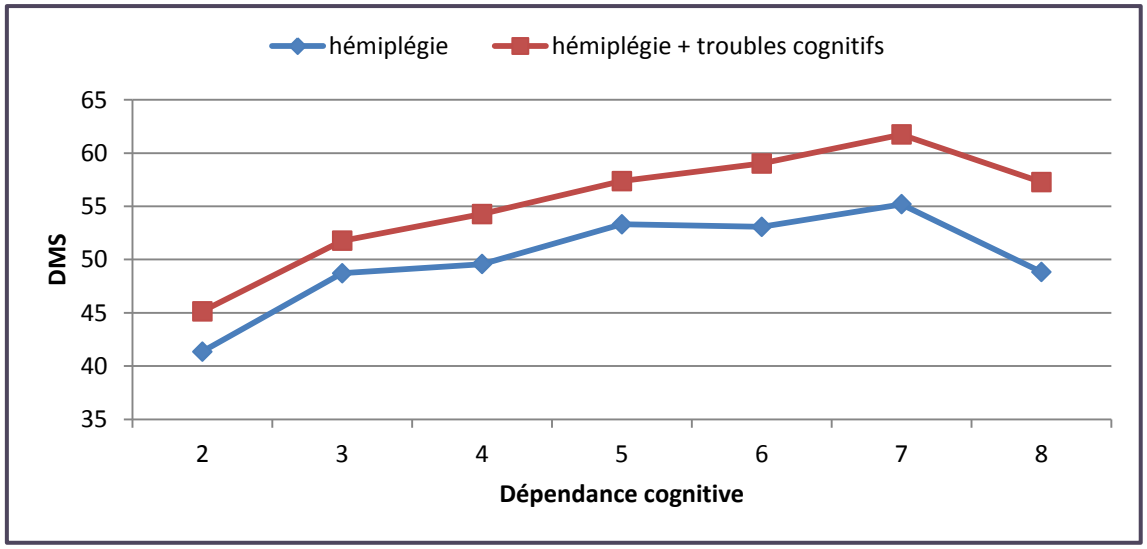


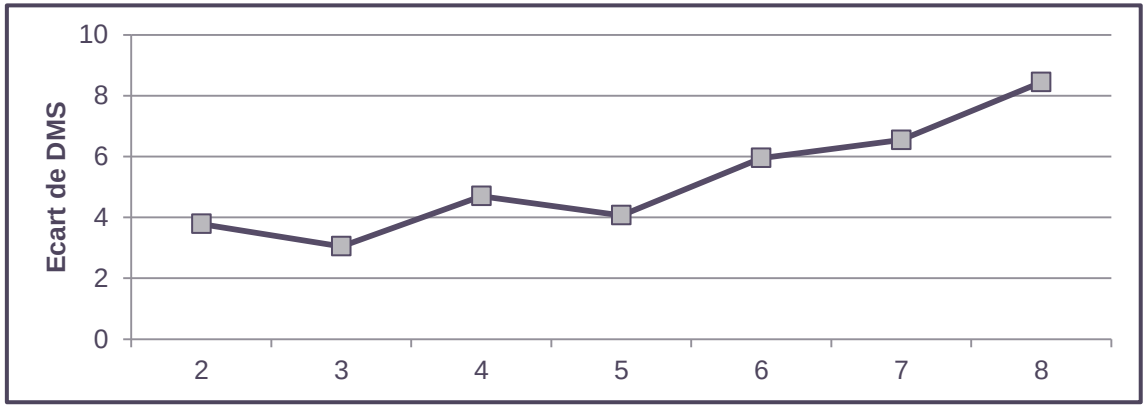
- Pour les AVC avec « hémiplégie », le poids des valeurs faibles de l'AVQ est + grand
- Pour les AVC avec « hémiplégie + troubles cognitifs », le poids des valeurs élevées de l'AVQ est + grand

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (6/8)



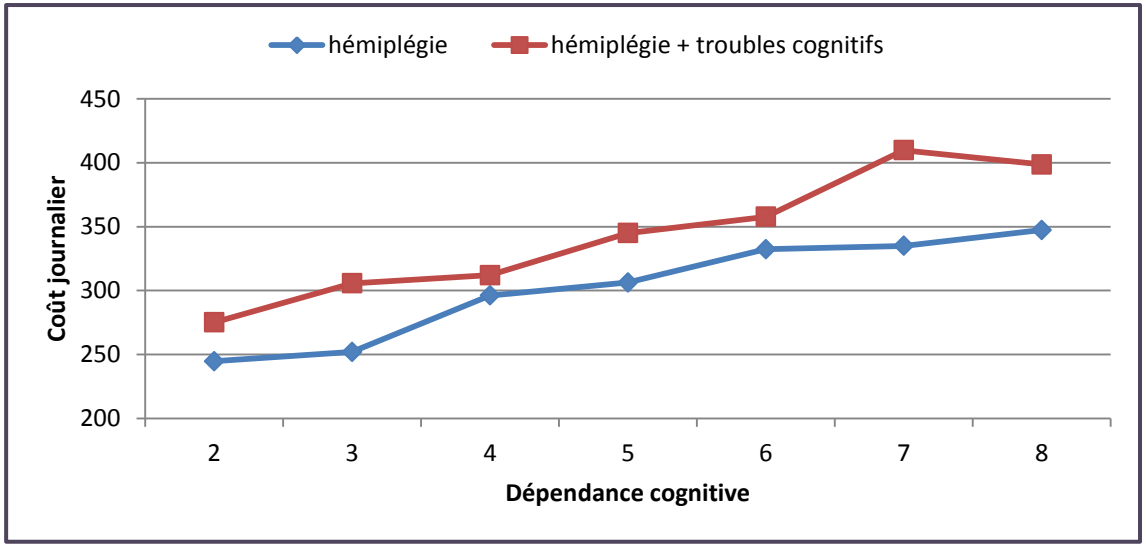


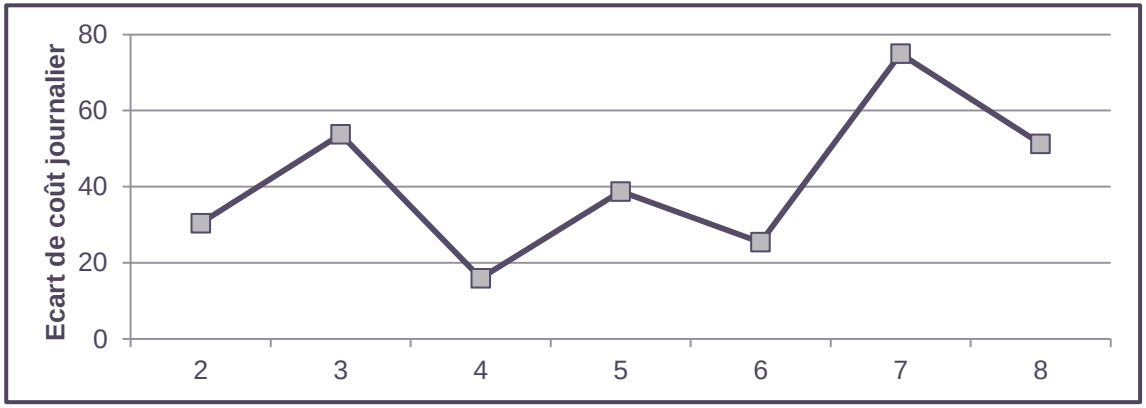
- Dans les 2 cas, la DMS augmente avec la dépendance cognitive sauf pour la valeur max
- L'écart de DMS entre « hémiplégie » et « hémiplégie + troubles cognitifs » augmente avec la dépendance cognitive

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (7/8)





- Dans les 2 cas, le coût journalier augmente avec la dépendance cognitive
- L'écart de coût entre « hémiplégie » et « hémiplégie + troubles cognitifs » est un peu plus grand pour les valeurs élevées de la dépendance cognitive

Evolution de la classification GME

Révision GN « Accidents vasculaires cérébraux »

Hémiplégies: troubles cognitifs *vs* dépendance cognitive (8/8)

- **Conclusions**
  - Les diagnostics de troubles cognitifs et la dépendance cognitive ne sont pas redondants.
  - Option à explorer : création de deux GN « Hémiplégie sans troubles cognitifs » et « Hémiplégie avec troubles cognitifs »

    → Problème d'effectifs

2. Nomenclatures

- Évolutions 2015 : CIM10, CCAM, CSARR

CIM-10

Mises à jour de la CIM-10 liées à l'OMS

- Année de modifications mineures
  - Essentiellement modifications de notes ou d'inclusion
  - Pour le diabète

  les mentions de *insulinodépendant* et *non insulinodépendant* sont remplacées par *de type 1* et *de type 2*

CIM-10 Création d'extensions nationales -1-

- Précarité : meilleure description de précarité
  - Travail réalisé avec le sous-groupe technique MCO
  - Précision de définition et consignes de codage et création de 19 extensions de code (revenus, analphabétisme, non compréhension du français, sans abri, logement, absence de couverture sociale, personne isolée…)

CIM-10 Création d'extensions nationales -2-

- Infectieux :
  - Créations de codes pour décrire les situations de résistance aux anti-infectieux sur portage sain
  - Précision des consignes d'utilisation des codes de résistance
  - Enrichissement des codes de résistance aux antibiotiques dont situation de BHRe
  - Création de codes spécifiques pour identifier certains germes *acinetobacter, citrobacter*
  - Clarification et simplification des consignes de codage des infections graves et des codes de sepsis
  - Actualisation du fascicule d'infectieux et publication d'outils

CIM-10 Création d'extensions nationales -3-

- Création d'extensions en Z40.0 *Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes* pour identifier les organes concernés : sein, ovaire, colon, autres

- Proposition de rendre obligatoire la saisie du caractère fermé ou ouvert d'une fracture (chapitre 19 de la CIM). Les fractures non précisées comme fermée ou ouverte se codent en fracture fermée.

CCAM

Vers une CCAM descriptive

- Sur le modèle de la CIM-10 : CIM-10 pour usage PMSI
  - Identification des mises à jour annuelles de l'OMS
  - Identification des adaptations propres à l'ATIH
  - Publication sur le site de l'ATIH
- CCAM pour usage PMSI

CCAM pour usage PMSI – 1e étape

- **Informations portées en regard des codes et libellés pour en faciliter la recherche**
  - Subdivisions de rangement
  - Codes activité
  - Gestes complémentaires
  - Anesthésies complémentaires

- **Informations propres au PMSI** :
  - Caractère classant opératoire
  - Listes pour classification des GHM

- **Autres informations**
  - Actes admettant un forfait : FSD, FSM, SE

- **Identification des mises à jour CNAMTS**

- **Identification des adaptations ATIH**

  Ajout de note d'indication et d'environnement découlant des avis ANAES/HAS

- **Signalement des informations peu utiles pour le recueil PMSI**

Extensions ATIH pour la CCAM -1-

- Dédoublement de libellé "ou" en 2 libellés,
  - *Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et/ou à l'avant-bras, par abord direct*
    - *Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main*
    - *Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et à l'avant-bras, par abord direct*

- Dédoublement de libellé de durée prolongée
  - *Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], par traction continue ou suspension*
    - *Pose du dispositif de traction*
    - *Surveillance de la réduction orthopédique par traction*

Extensions ATIH pour la CCAM -2-

- Évolution des libellés et des notes d'un acte déjà inscrit suite à avis positif de la HAS pour rendre les libellés en adéquation avec l'évolution des techniques

- Introduction des libellés ayant bénéficié d'un service attendu "suffisant" ou "indéterminé" de la HAS

- Recours à un code spécifique dérivé du code à 7 caractères de l'acte de type LLLLCCC-CC

  ⇒ **évolution du format de recueil 2015**

- Publication une fois par an.

Place de la CCAM descriptive

- Après évaluation HAS ayant estimé un SA suffisant ou indéterminé
- En amont de la décision de remboursement
- Permet le recueil de données sur les modalités de réalisation et de coût utilisable lors de la décision de remboursement
- Retour "au droit commun" dès lors que l'acte est inscrit au J.O.

CCAM pour usage PMSI

- Un document évolutif
- Avec l'aide des utilisateurs
- Remarques à faire à l'adresse

Nomenclatures-de-sante@atih.sante.fr

CSARR

Description des appareils en plâtre et résine

- Création du paragraphe 09.02.04
- Actes de fabrication d'appareil d'immobilisation ou de posture en plâtre ou résine

Description des appareils en plâtre et résine

09.02.04	**Actes de fabrication d'appareil d'immobilisation ou de posture en plâtre ou résine**
	À l'exclusion de : *fabrication d'appareils en plâtre ou en résine, circulaires*
	Codage : *les actes de fabrication d'appareil d'immobilisation ou de posture pour lésion traumatique relevant de la responsabilité du médecin doivent être codés avec la CCAM* *les actes de fabrication d'appareil d'immobilisation ou de posture circulaire relevant de la responsabilité du médecin doivent être codés avec la CCAM*
	Fabrication d'un appareil d'immobilisation ou de posture du membre supérieur en plâtre ou résine
	À l'exclusion de : *fabrication d'un appareil d'immobilisation ou de posture thoracobrachial en plâtre ou résine*
	Fabrication d'un appareil d'immobilisation ou de posture thoracobrachial en plâtre ou en résine
	Fabrication d'un appareil d'immobilisation ou de posture du tronc en plâtre ou en résine
	À l'exclusion de : *fabrication d'un appareil d'immobilisation ou de posture thoracobrachial en plâtre ou résine*
	Fabrication d'un appareil d'immobilisation ou de posture du membre inférieur en plâtre ou résine
	Ablation d'un appareil d'immobilisation ou de posture en plâtre ou en résine
	Transformation d'un appareil d'immobilisation ou de posture en plâtre ou en résine en appareil bivalve

Éducation thérapeutique et CSARR

- Les actes relatifs à l'éducation thérapeutique figurent dans le CSARR dans le sous-chapitre 10.01
  - 10.01.01Actes d'évaluation pour éducation thérapeutique
  - 10.02.02 Séances d'éducation thérapeutique

- Les actes d'information et d'apprentissage à l'autosoin du 10.02 sont, **pour le CSARR**, des actes d'éducation réalisés en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique

Proposition de clarification

- Dans la prochaine version du CSARR ajouter la mention : "en dehors de l'éducation thérapeutique" aux titres des subdivisions 10.02 et 10.03

10	ÉDUCATION ET INFORMATION
10.01	Actes d'éducation thérapeutique
10.01.01	Actes d'évaluation pour éducation thérapeutique
10.01.02	Séances d'éducation thérapeutique
10.02	Actes d'information et d'apprentissage à l'autosoin en dehors de l'éducation thérapeutique
10.02.01	Actes d'information à l'autosoin en dehors de l'éducation thérapeutique
10.02.02	Actes d'apprentissage à l'autosoin en dehors de l'éducation thérapeutique
10.03	Autres actes d'information et d'éducation en dehors de l'éducation thérapeutique
10.03.01	Actes d'évaluation pour actes d'éducation en dehors de l'éducation thérapeutique
10.03.02	Séances d'information et d'éducation en dehors de l'éducation thérapeutique

Évolution de la note de contenu de l'acte codé ZZC+028

ZZC+028 Diagnostic éducatif initial avec établissement d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique

Avec ou sans : entretien avec l'entourage du patient

Cet acte comprend :

- *diagnostic éducatif*
- ~~*entretien dirigé pour diagnostic éducatif, dans les cinq dimensions à explorer : biomédicale, socioprofessionnelle, psychologique, cognitive et projective*~~
- *concertation multidisciplinaire*
- *rédaction d'une synthèse*
- *établissement d'un programme en collaboration avec le patient et l'équipe multidisciplinaire : objectifs éducatifs, compétences à acquérir – auto-soin, adaptation –, contenu des séances, méthode et technique d'apprentissage, modalités d'évaluation individuelle*

Autres évolutions envisagées

- Libellés de rééducation du cardiaque à l'effort ?
- Libellés d'orthèses pour brulés ?
- Libellés d'orthophonie ?

- Guide de lecture : *précision sur le codage des actes CSARR par les intervenants libéraux qui facturent en NGAP*

- Évolution du recueil ?

  Codage obligatoire de la date de réalisation ?

Médicaments et dispositifs médicaux

Évolution des codes UCD

- Les codes UCD des médicaments sont modifiés et passent de 7 à 13 caractères
  - Le code 9147957 devient 34008 **9147957** 7
  - La clé est calculée par rapport aux chiffres précédents

- Évolution des formats de recueil
- Table de correspondance

Calcule de la clé de contrôle

Clé de contrôle de l'ucd 13

Club Inter Pharmaceutique

Calcul de la clé de contrôle

1. attribuer le rang : numéroter les chiffres de 1 à 13 de droite à gauche	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Code	**3**	**4**	**0**	**0**	8	**9**	**1**	**4**	**7**	**9**	**5**	**7**	**?**	
2. additionner les chiffres du code de rang pair....		4		0		9		4		9		7		= 33
3. multiplier le résultat par trois														33 x 3 = 99
4. additionner les chiffres du code de rang impair....	3		0		8		1		7		5			= 24
5. additionner les étapes 3 et 4														99+24 = 123
6. soustraire le résultat de l'étape 5 du multiple de 10 supérieur														130-123 = 7
Code EAN complet	**3**	**4**	**0**	**0**	**9**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**2**	**7**	

Lorsque le résultat de la phase 5 est un multiple de 10 (ex. : 60, 70, 80), le caractère de contrôle est égal à 0

20050719 -

2

3. Questions diverses

AGENDA

- **Comité technique SSR : 08 ou 09 octobre 2014 ?**
- **Autres réunions programmées :**
  - Comité experts CSARR : 10 septembre 2014
  - Comité de suivi CSARR : 08 octobre 2014