

COMITÉ TECHNIQUE PLÉNIER SSR

Compte-rendu de réunion

Date : 09 octobre 2014

Heure : 14h-17h

Lieu : ATI H

Participants

- | | |
|-----------|--|
| - CRF | E. Genestier, D. Vial |
| - FEHAP | D. Lefevre, P. Métral, C. Rea, J. Talmud, P-Y. Roussel |
| - FHF | B. Garrigues, S. Gomez, P. Mulot |
| - FHP-SSR | P. Gobin, E. Noël, F. Sanguignol |
| - UGECAM | M-C. Locret-Briolat |
| - SOFMER | B. Barrois, P-A. Joseph, G. Rode |
| - CNAM-TS | D. Mena-Dupont |
| - DGOS | P. Blondel |
| - DREES | L. Mauro |
| - ATI H | A. Buronfosse, J. Dubois, A. Menu, C. de Peretti, C. Prodom, M. Saïd |

Absents - Excusés

- C. Michel, P. Cormier (CNIM)
- A. Fouard (CNAM-TS)
- M-F. Foresti-Mercier, L-M. Issanchou (DSS)

1. INTRODUCTION

Dans un premier temps, l'ATI H a présenté l'ordre du jour du comité plénier :

- Évolutions PMSI SSR 2015
 - Classification GME :
 - Révision du GN AVC
 - CMA SSR
 - Recueil SSR
 - Calendrier des publications
- Travaux « Dépendance SSR »
 - Synthèse des retours des fédérations
 - Suite des travaux
- Questions diverses – Agenda

2. RÉVISION DU GN « ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX »

L'ATI H présente la suite des travaux relatifs à la segmentation du groupe nosologique (GN) « accidents vasculaires cérébraux » (AVC) dont le principe a été exposé au comité technique plénier du 8 juillet dernier :

- Un GN regroupant les AVC avec tétraplégie,
- Un GN regroupant les AVC avec hémiplégie,
- Un GN regroupant les AVC « autres », c'est-à-dire sans tétraplégie, ni hémiplégie. Ce GN comprendrait les AVC avec monoplégie, les AVC avec trouble de l'équilibre ou de la marche, ainsi que les AVC (encore nombreux) sans aucune déficience codée en « manifestation morbide principale » (MMP).

Le principe d'un GN regroupant les AVC avec coma « sans précision » a été abandonné compte tenu des faibles effectifs annuels. Les AVC avec état végétatif chronique ou état paucirelationnel relèvent quant à eux du GN 0103 « EVC-EPR ».

Les travaux ont été poursuivis pendant l'été pour construire les racines de GME des nouveaux GN. Le GN « AVC avec tétraplégie » n'a pas été divisé en racines en raison d'effectifs limités. Pour les GN « AVC avec hémiplégie » et « AVC autres », la démarche a été complétée en deux temps.

Dans un premier temps, l'approche a été statistique, selon l'algorithme « CART » utilisé pour construire l'ensemble des racines de la classification en GME. Cette procédure a conduit à une segmentation différenciée pour chacun de ces deux GN (8 racines pour le premier et 13 pour le second) et à une prise en compte limitée du score de RR dans le GN « AVC avec hémiplégie ».

Dans un second temps, un choix médical raisonné des variables et des seuils a été réalisé afin de privilégier la prise en compte du score RR, la lisibilité médicale des GME, le caractère limité du nombre de racines et enfin la cohérence de la segmentation en racines de ces deux GN. Trois variables de segmentation ont été retenues : le score RR (≤ 90 versus > 90), l'AVQ physique (≤ 8 versus > 8) et l'AVC cognitif (≤ 4 versus > 4) (voir diaporama). Ce choix conduit à 6 racines de GME pour chacun de ces deux GN soit au total 13 racines pour l'ensemble constitué par ces 3 GN AVC. Les principales caractéristiques des différentes racines ont ensuite été présentées : les racines avec un score de RR > 90 , correspondent à des patients en moyenne plus jeunes et à des durées de séjour plus longues ; le coût journalier moyen est plus élevé dans les racines avec RR > 90 pour le GN « AVC autres », mais ce n'est pas le cas dans le GN « AVC avec hémiplégie ». Par ailleurs, on observe une réduction des parts de variance expliquée (PVE) de ces 13 racines sur la durée de séjour et le coût journalier, comparativement à celles, pourtant faibles, du découpage actuellement en vigueur (1 seul GN avec 14 racines).

Discussion :

- Dans l'ensemble, ce modèle médical avec prise en compte systématique du score de RR a été accueilli favorablement par les fédérations.
- Plusieurs représentants des fédérations estiment qu'il est probable que les études de coût soient biaisées compte tenu des évolutions survenues ces dernières années. Ils demandent des analyses se limitant aux années les plus récentes.
- La SOFMER s'inquiète des effectifs élevés du GN « AVC autres » qui résulte, pour partie, de l'insuffisance du codage des déficiences. Il informe de l'évolution du pronostic des AVC résultant de la réalisation croissante de la thrombolyse : il y a moins de troubles « plégiques » ; toutefois, les déficits cognitifs consécutifs aux AVC

restent fréquents et insuffisamment détectés (et codés) dans les services qui ne font pas intervenir des professionnels spécialisés de la prise en charge de ces déficits, tels les neuropsychologues.

- La FHF s'étonne de la diminution de la PVE et s'interroge sur le fait qu'on puisse améliorer la description et observer une telle diminution. Elle suggère de calculer la PVE sur un an ou deux afin de voir si les évolutions du codage (transcodage et/ou qualité du codage) peuvent être liées à la baisse de PVE.
- Quelques précisions sont apportées par l'ATIH en réponse aux questions posées en séance :
 - il y aura création de GME de zéro jour dans toutes les racines ayant au moins 500 journées en hospitalisation à temps partiel ;
 - la description des mentions spécialisées par racine n'a été réalisée que pour les années 2012 et 2013 en raison du nombre important des valeurs manquantes avant 2012.
- Des travaux complémentaires sont demandés :
 - La FHF demande d'étudier les troubles cognitifs et d'examiner l'opportunité de créer un GN « AVC avec troubles cognitifs » en combinant différentes déficiences. L'ATIH rappelle qu'il a été décidé de fonder la différenciation des GN AVC sur la base de diagnostics dont le codage est robuste (tétraplégie, hémiplegie) ; or, le codage des déficiences cognitives consécutives à un AVC est complexe. Par ailleurs, dans cette première version de la classification en GME, il ne peut y avoir segmentation des racines à partir d'une liste de diagnostics (contrairement aux niveaux de sévérité).
 - La FEHAP demande à l'ATIH de compléter la notice sur les consignes de codage des AVC en ajoutant un volet spécifique au secteur SSR qui accorde une attention particulière aux troubles cognitifs.

L'ATIH demande ensuite aux fédérations de se prononcer sur les évolutions présentées et sur l'opportunité de poursuivre les travaux dans cette direction.

- La FEHAP se déclare favorable à cette démarche médicale et à la prise en compte du score de RR. Elle exprime la nécessité d'inciter les établissements à coder les déficiences en CIM-10 lorsque c'est possible.
- La FHF se dit conceptuellement d'accord pour la poursuite de la démarche engagée, mais demande des approfondissements (et particulièrement d'analyser les coûts sur les données les plus récentes : 2012-2013).
- La Croix-Rouge se déclare favorable à la prise en compte du score RR, mais s'inquiète de la baisse de la PVE.
- La FHP-SSR se déclare favorable à la mise en œuvre de cette évolution dès 2015 et observe qu'il est probable que le calcul de la PVE soit biaisé.

- L'UGECAM se dit favorable à cette évolution qui améliore la lisibilité médicale, mais demande des travaux complémentaires.
- La SOFMER demande la poursuite des travaux.

3. RÉVISION DES CMA EN SSR

L'ATIH présente les résultats des travaux conduits depuis plusieurs mois sur le sujet CMA. Les grandes étapes du processus sont présentées en séance et les résultats globaux de cette révision sont partagés :

- CMA Diagnostics : 803 codes CIM-10 avec 17 codes entrants et 35 codes sortants (résultats ne prenant pas en compte les évolutions 2015 de la CIM-10) ;
- CMA Actes : 21 actes CCAM dont 12 codes entrants et 4 actes sortants (résultats ne prenant pas en compte les évolutions 2015 de la CCAM).

Finalement, une étude d'impact est présentée ainsi que les axes des travaux envisagés.

L'ATIH précise que les listes complètes de CMA seront transmises prochainement aux participants

Discussion :

- La FHP-SSR demande si l'ATIH a travaillé sur le versant coût puisqu'une affection peut être CMA sur la durée et/ou sur les coûts. L'ATIH explique que les questions d'effectifs en SSR ne permettent pas d'envisager pour l'instant de construire des CMA à partir des coûts.
- La FHF souhaite avoir des précisions sur les travaux conduits sur les exclusions. L'ATIH explique que les exclusions s'appuient sur le support MCO avec application de certains « filtres » pour le champ SSR (ex : codes en Z50). L'écriture de règles spécifiques, mieux adaptées aux prises en charge au SSR, sera envisagée dans le cadre de la poursuite des travaux sur ce sujet.
- La FHF demande également si les CMA sont toujours recherchées en position d'affection étiologique (AE). L'ATIH précise que dans l'idéal, les CMA ne devraient être recherchées qu'en position de diagnostics associés significatifs (DAS) mais qu'en SSR, il faut également prendre en compte les affections décrites en morbidité principale (ex : affections intercurrentes des « ZAIGU »). La méthodologie appliquée en 2014 a été adaptée et ne prend plus en compte l'AE pour des raisons liées à la qualité du codage.
- La SOFMER fait remarquer que la construction s'appuie sur une logique de groupes avec des effectifs importants ; de ce fait les situations rares et atypiques sont « mal » prises en compte.
- La FEHAP souligne la lourdeur des travaux réalisés par l'ATIH et interroge l'ATIH sur la suite des travaux concernant notamment certains actes infirmiers très lourds.
- La FEHAP regrette par ailleurs la logique transversale des CMA et la non-prise en compte des comorbidités multiples. Concernant la répartition des séjours avec CMA par catégorie d'établissement selon le nombre annuel de séjours SSR (diapo 41), elle précise que la lourdeur des patients est sans rapport avec la taille des établissements. Concernant la règle de codage stipulant « qu'un médecin ne décrit pas en CSARR ce

qu'il peut décrire en CCAM », elle précise que cette consigne est en réalité peu appliquée par les professionnels de terrain.

- La FEHAP insiste également sur la nécessité que les fédérations puissent s'approprier plus avant la méthode (éléments ayant présidé à la construction des listes d'exclusion et contenu des regroupements notamment).
- La FEHAP conclut qu'il est nécessaire de mieux alimenter les bases de données PMSI SSR pour revoir la méthode et améliorer les résultats.

4. « RECUEIL SSR »

Faisant suite aux concertations avec les Fédérations et aux arbitrages rendus par l'ATIH et le Ministère, les propositions d'évolutions du recueil SSR pour 2015 sont présentées.

Concernant les variables du RHS :

- Poursuite du même projet thérapeutique : il s'agit d'une nouvelle variable déclarative du volet « morbidité » dont l'objectif est de relier les séjours thérapeutiques artificiellement interrompus par la règle administrative des absences de plus de 48 heures. Son enregistrement concerne l'hospitalisation complète et reste facultatif en 2015. Cette variable est à renseigner à OUI :
 - lorsque l'interruption entre deux 2 séjours administratifs, pour un même patient, dans un même établissement, est de plus de 48 H mais n'excède pas 5 jours ;
 - et lorsque la prise en charge du patient s'inscrit, lors de sa réadmission, dans la poursuite du projet thérapeutique établi lors du séjour précédent.

À la demande des participants, il est précisé que 2015 est une première étape ; les séjours d'hospitalisation complète suivis d'hospitalisation à temps partiel ne sont pas concernés pour l'instant.

- Type d'autorisation de l'unité médicale : la règle de production de cette variable est modifiée et le type d'autorisation déclaré dans le RHS est celui exercé par l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient. Les principaux pendants de cette évolution sont la possibilité de renseigner plusieurs autorisations par unité médicale dans FICUM et la mise en place de contrôles de cohérence entre les autorisations des RHS, celles déclarées dans FICUM et celles de la base ARGHOS.

La FEHAP se demande « qui » va renseigner le type d'UM en cas d'autorisations multiples. L'agence indique qu'une organisation interne, propre à chaque établissement, sera à mettre en place.

- Fréquence du recueil des AVQ : il est laissé, au choix des établissements, la possibilité de poursuivre le recueil hebdomadaire des variables de dépendance ou d'alléger la périodicité de ce recueil, à titre expérimental. Dans ce derniers cas, il est nécessaire de renseigner les variables de dépendance du premier et du dernier RHS d'une suite de RHS et de produire des recueils intermédiaires, à intervalles réguliers, au minimum toutes les quatre semaines.

La FHP-SSR regrette que cet allègement soit réservé à l'hospitalisation complète alors que cette modalité de recueil aurait été pertinente en hospitalisation à temps partiel. Elle s'interroge sur le libre choix laissé aux établissements : allègement par service, par patient ? L'ATIH précise que les établissements, en lien avec leurs éditeurs, ont toute liberté organisationnelle et indique que la réunion des éditeurs est programmée début novembre¹.

- Format des actes CCAM : celui-ci passe à 10 caractères en raison de la mise en place de la CCAM descriptive à usage PMSI.

Autres évolutions de recueil :

- FICHCOMP Médicaments : les codes UCD des médicaments sont modifiés et passent de 7 à 13 caractères ; changement facultatif en 2015 mais compatible avec le format actuel qui supporte déjà jusqu'à 15 caractères.
- Nouveautés pour les établissements sous OQN ou ex-OQN : autorisation de facturer les actes et consultations externes (ACE) réalisés par les médecins salariés, au profit de patients externes. Transmission à l'ATIH, par les établissements, de résumés standardisés de facturation (RSF) pour ces actes à compter de 2015.
- VIDHOSP : des variables deviennent obligatoires pour tous les établissements dont une nouvelle zone concernant le « droit à l'anonymat »².

5. CALENDRIER DES PUBLICATIONS

L'ATIH fait un point sur le calendrier de diffusion des documents et outils relatifs aux évolutions PMSI SSR 2015.

6. TRAVAUX « DÉPENDANCE SSR »

Le rapport décrivant les travaux du groupe « dépendance SSR »³ et les possibles scénarios d'évolution a été adressé aux membres du comité technique plénier SSR à la fin du mois de juillet. La position des fédérations et de la SOFMER a été sollicitée durant l'été par un questionnaire portant sur les scénarios privilégiés (plusieurs réponses possibles) et sur ceux qui étaient récusés (plusieurs réponses possibles également). Parmi les 5 réponses reçues (4 fédérations et la SOFMER) :

- Le scénario 1a (clarification des consignes de la « grille AVQ ») est privilégié comme scénario provisoire (« en attendant la mise en place des changements ») par la

¹ La réunion avec les éditeurs de logiciels relative aux évolutions PMSI 2015 s'est tenue le 06 novembre 2014.

² Le projet de création en 2015 de cette variable « droit à l'anonymat » a été abandonné. En revanche deux autres variables sont créées dans VIDHOSP : « numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun » et « numéro d'organisme complémentaire ». Ces variables sont définies dans la norme B2.

³ Le rapport des travaux « dépendance SSR » sera publié sur le site internet ATIH en même temps que ce compte-rendu.

FEHAP et la FHF et récusé en tant que scénario « cible » par la FHP-SSR et la SOFMER.

- Le scénario 1b (amélioration des consignes de la « grille AVQ » et recueil de la cotation de chaque action de chaque variable) est accepté (en deuxième choix) par la Croix-Rouge, mais récusé par 3 fédérations (FEHAP, FHF, FHP-SSR) et par la SOFMER.
- Le scénario 1c (scénario 1a- ou 1b- et ajout d'un cinquième niveau de cotation et de variables cognitives) est privilégié par la Croix-Rouge, la FHP-SSR et la SOFMER, mais récusé par la FEHAP et la FHF.
- Le scénario 2 (remplacement de la « grille AVQ » par une nouvelle échelle dûment validée) est privilégié par la FEHAP, la FHF et la SOFMER, mais récusé par la Croix-Rouge et la FHP-SSR.

L'ATIH, constatant l'absence de consensus sur le scénario à privilégier propose d'organiser prochainement une nouvelle réunion du groupe technique « dépendance SSR », afin de voir si les positions ont évolué et s'il est possible d'identifier un scénario qui convienne à l'ensemble des fédérations.

L'ATIH demande ensuite l'avis des fédérations sur la mise en œuvre du « scénario 1a » dès 2015, en attendant qu'une décision suffisamment consensuelle puisse être prise. L'ensemble des fédérations présentes se sont déclarées favorables à ce scénario transitoire.

Le président de la SOFMER indique alors que la SOFMER a pris la décision de concevoir, développer et valider une échelle simple, utilisable dans différentes populations de patients en SSR (enfants, adultes et personnes âgées). Comparativement à l'échelle actuelle, il s'agira de donner une plus grande importance à l'évaluation des troubles cognitifs, possiblement appréhendés à partir de leurs conséquences fonctionnelles (par exemple, amnésie). Il comporterait aussi un niveau supplémentaire de cotation « ne fait pas du tout » qui s'ajouterait aux niveaux actuels « fait » ou « fait avec une aide ». L'objectif est de créer un outil plus simple que la MIF, utilisable en routine par des professionnels de terrain, mais suffisamment sensible pour être utilisable pour des études médico-économiques. Ce nouvel outil pourrait être employé non seulement pour l'hospitalisation en SSR, mais aussi pour la prise en charge à domicile. Un groupe de travail national a été constitué par la SOFMER. Un guide va être rédigé. Une étude pilote devrait démarrer au premier semestre 2015, mais les travaux s'étaleront sur plusieurs années.

Prochaine réunion du comité technique plénier SSR :

Jeudi 29 janvier 2015 à 14h, à l'antenne parisienne de l'ATIH