

# Comité technique SSR plénier

09 octobre 2014

# Ordre du jour

---

- Évolutions PMSI SSR 2015 :
  - Classification GME :
    - Révision « GN AVC »
    - CMA SSR
  - Recueil SSR
  - Calendrier des publications
- Échelle de dépendance en SSR :
  - Synthèse des retours des fédérations
  - Suite des travaux
- Questions diverses – Agenda

# 1. Évolutions PMSI SSR 2015 :

- Classification GME
- Recueil SSR
- Calendrier des publications

# Révision GN

## « Accidents vasculaires cérébraux »

# Révision GN « AVC » :

---

## Rappel

- En 2013–2014 :

  - 1 GN (0112) pour tous les AVC → 14 R-GME

- Évolution vers une segmentation en plusieurs GN présentée au CoTech SSR du 8 juillet :

  - AVC avec tétraplégie
  - AVC avec hémiplégie
  - AVC autres

# Révision GN « AVC »

## Caractéristiques des 3 nouveaux GN « AVC »

	AVC avec tétraplégie	AVC avec hémiplégie	AVC autres
<b>Effectifs 2009-2013 (HC)</b>	<b>4 109</b>	<b>113 954</b>	<b>90 649</b>
Age*	47 (33-62)	71 (62- 82)	75 (69-86)
AVQ physique	15 (15-16)	12 (9-15)	11 (7-15)
AVQ cognitif	6 (5-8)	4 (2-6)	4 (2-6)
score RR*	107 (31 - 136)	104 (38 - 140)	62 (14-83)
durée de séjour*	119 (22-139)	57 (22-74)	42 (19-50)
cout_J*	401 (308-468)	320 (253-372)	302 (225-359)
*Moyennes (Q1-Q3)			
Séjours concaténés à 3 jours	Comité technique SSR – 09 octobre 2014		

## Révision GN « AVC » :

### Construction des racines des GN AVC avec hémiparésie et AVC autres

- **GN AVC avec tétraparésie** : non découpé en racines
  - en raison des effectifs
- **GN AVC avec hémiparésie et GN AVC autres** :
  - Objectif : recherche d'un modèle :
    - plus lisible médicalement ⇔ construction des racines à partir d'un nombre restreint de variables,
    - prenant en compte la RR

## Révision GN « AVC » :

### Construction des racines des GN AVC avec hémiplégie et AVC autres

#### ○ GN AVC avec hémiplégie et AVC autres :

##### ○ Démarche :

##### ○ Premier temps : procédure statistique « CART » :

Contraintes spécifiques :

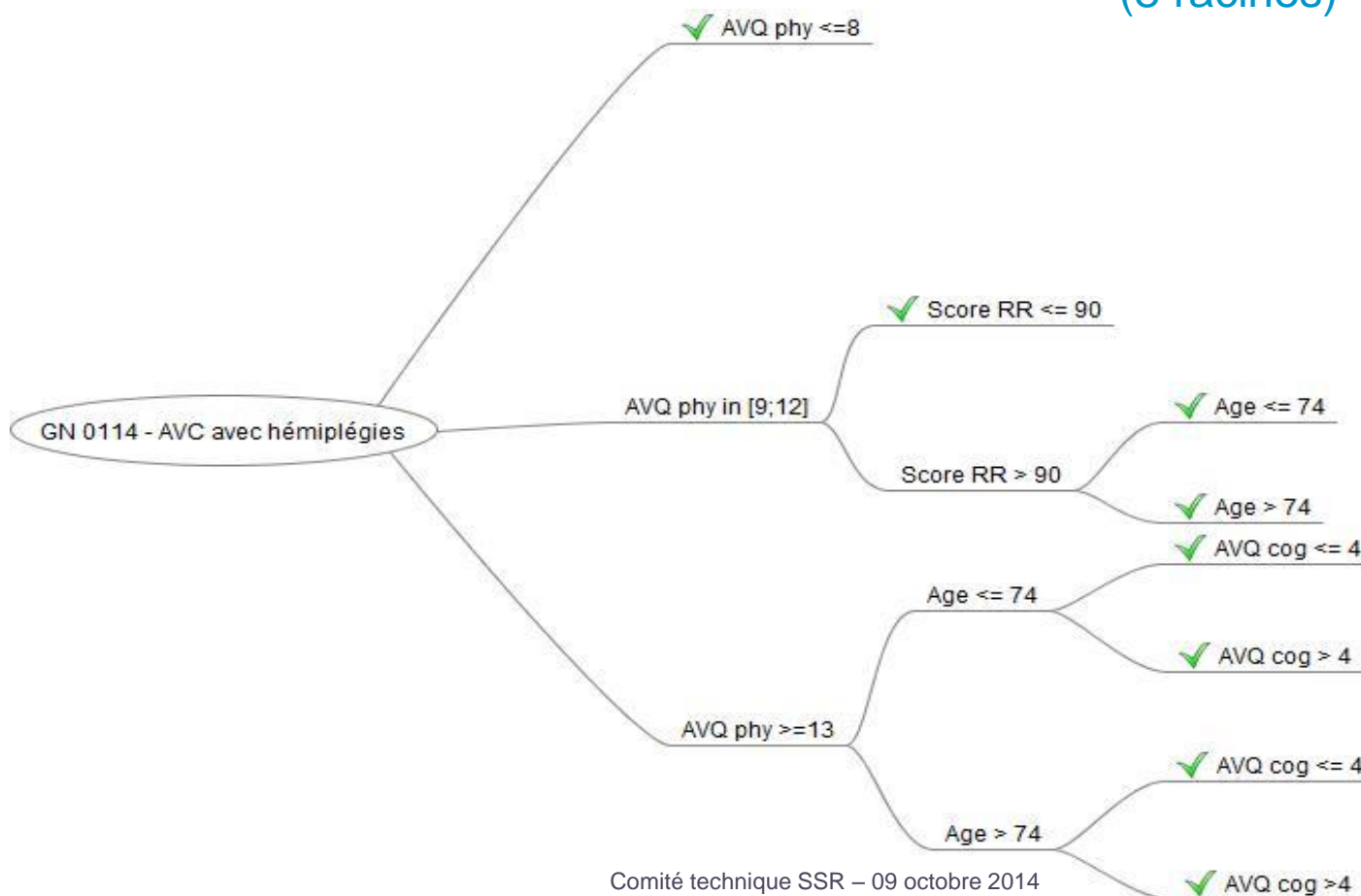
- 500 séj/an minimum par racine
- Optimisation de la DMS puis du coût journalier
- Au moins 2 établissements ENC représentés dans chaque racine



# Révision GN « AVC » :

## GN « AVC hémiplégie »

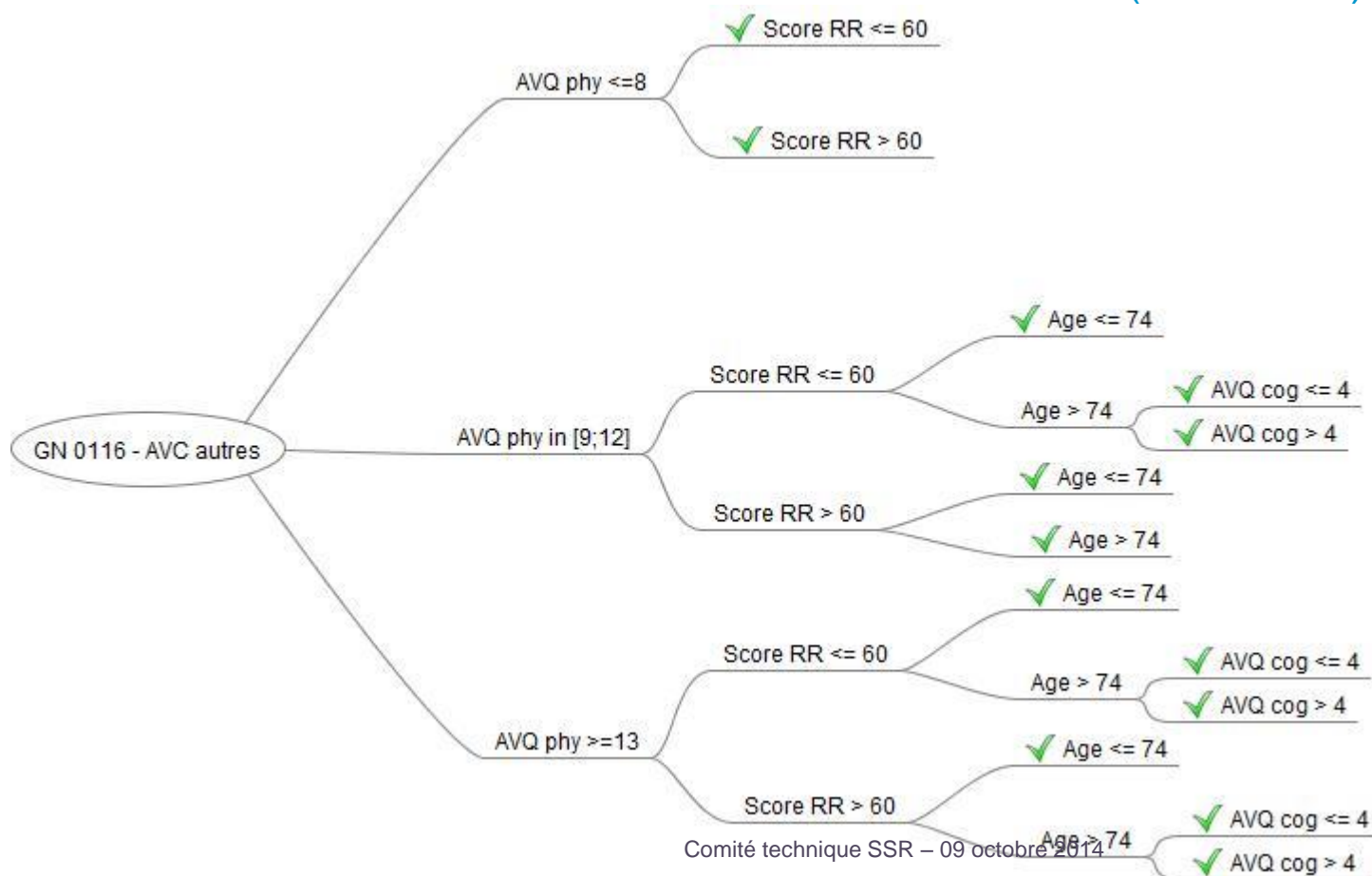
**Modèle « optimal »  
obtenu par CART  
(8 racines)**



# Révision GN « AVC » :

## GN « AVC autres »

Modèle « optimal »  
 obtenu par CART  
 (13 racines)



## Révision GN « AVC » :

### Construction des racines des GN AVC avec hémiplégie et AVC autres

#### ○ GN « AVC avec hémiplégie » et « AVC autres » :

##### ○ Démarche :

- Deuxième temps : choix médical raisonné des variables, de leur ordre de prise en compte et des seuils
- En privilégiant la prise en compte de la RR et une lisibilité médicale avec :
  - cohérence entre les 2 GN,
  - nombre limité de racines

## Révision GN « AVC » :

### Construction des racines des GN AVC avec hémiparésie et AVC autres

#### ○ Choix médicaux :

- limiter le nombre de racines → 3 variables avec deux niveaux pour chacune :
  - score RR (2 classes) :  $\leq 90$ , versus  $> 90$
  - AVQ physique (2 classes) :  $\leq 8$ , versus  $\geq 9$
  - AVQ cognitif (2 classes) :  $\leq 4$ , versus  $\geq 5$
- âge non retenu

#### ○ Modèle « médical » retenu :

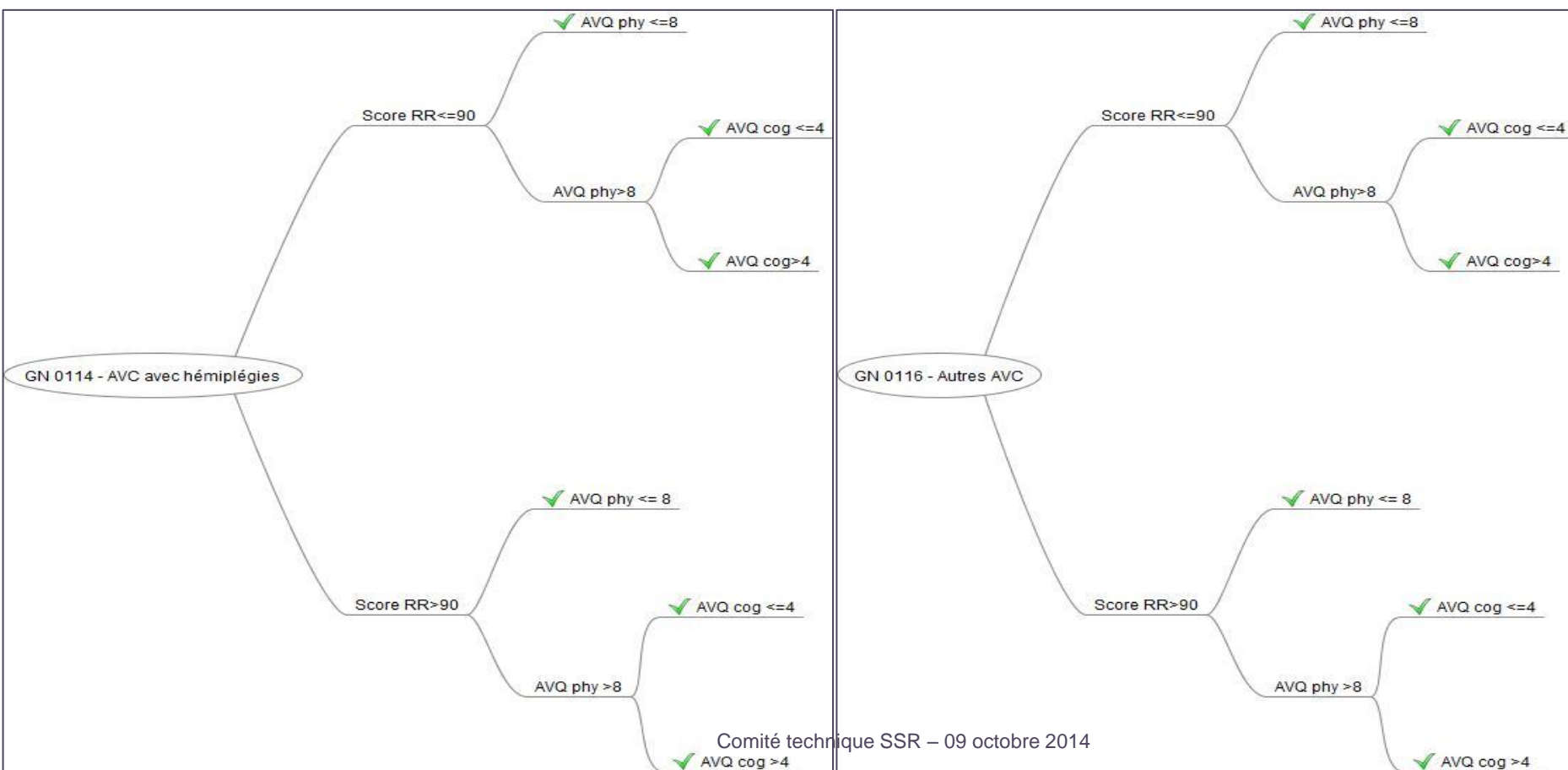
→ 6 racines pour chacun des deux GN

soit au total : **13 racines pour les 3 GN AVC**

# Révision GN « AVC » :

**GN « AVC avec hémiplegie » et « AVC autres »**

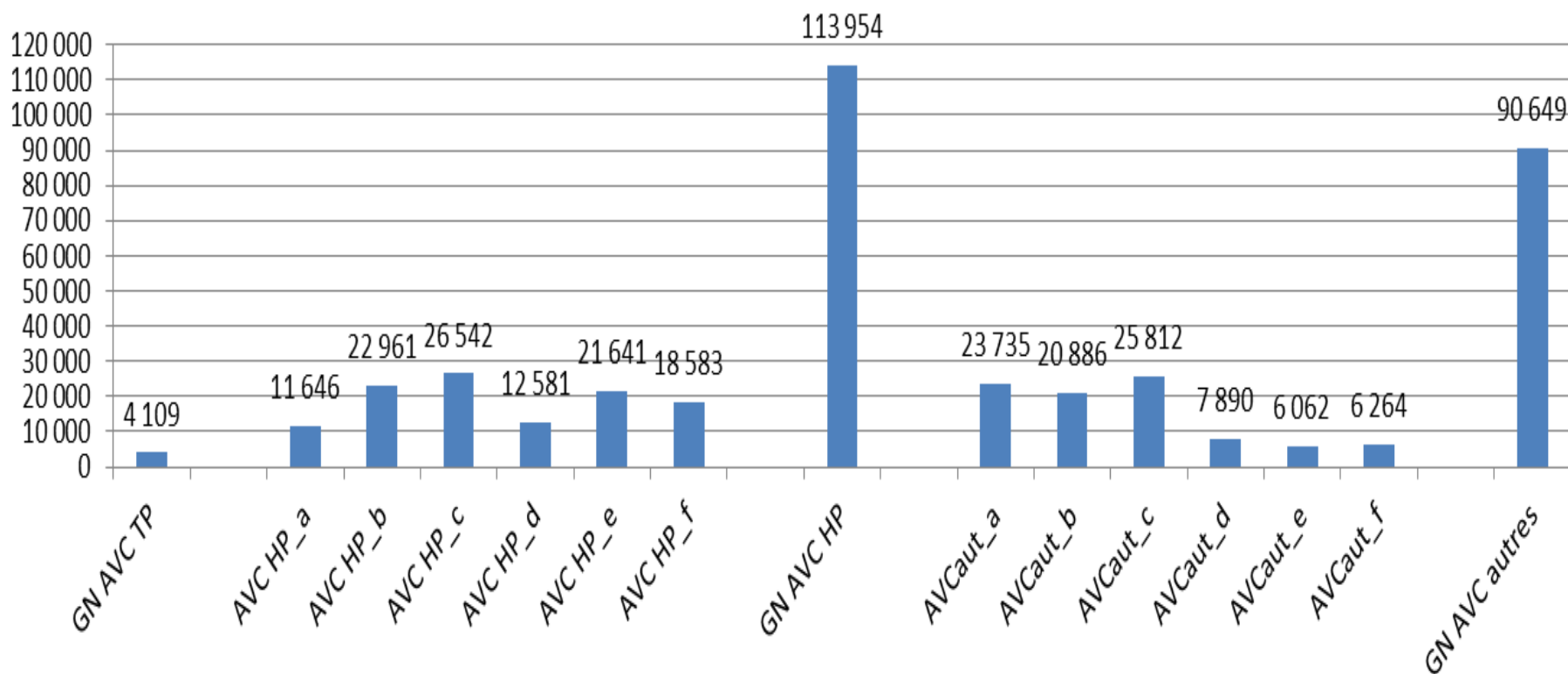
**Modèle « médical »**  
(12 racines)



# Révision GN « AVC » :

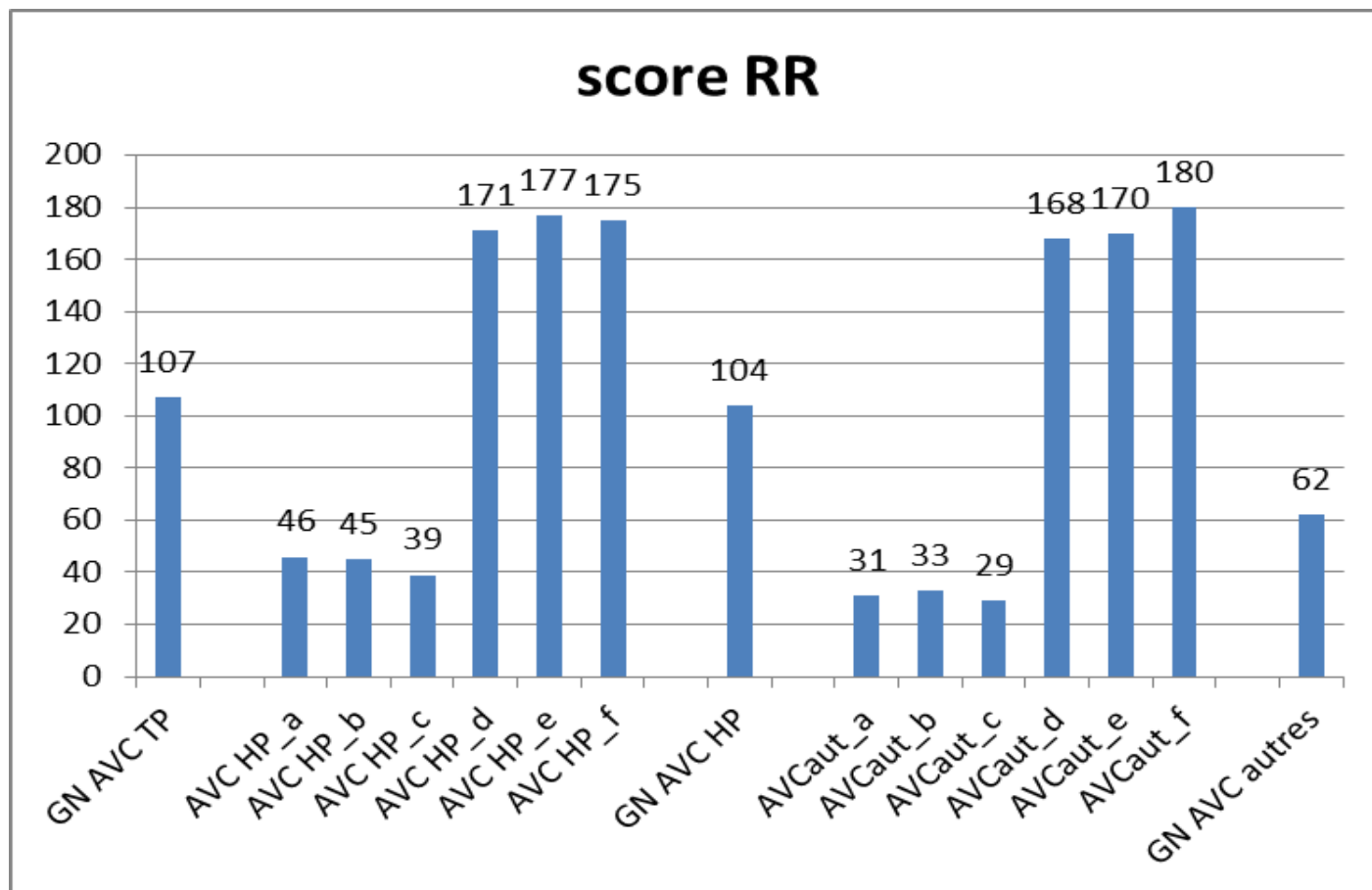
## Caractéristiques des racines des GN AVC

### Effectifs 2009-2013 (HC)



# Révision GN « AVC » :

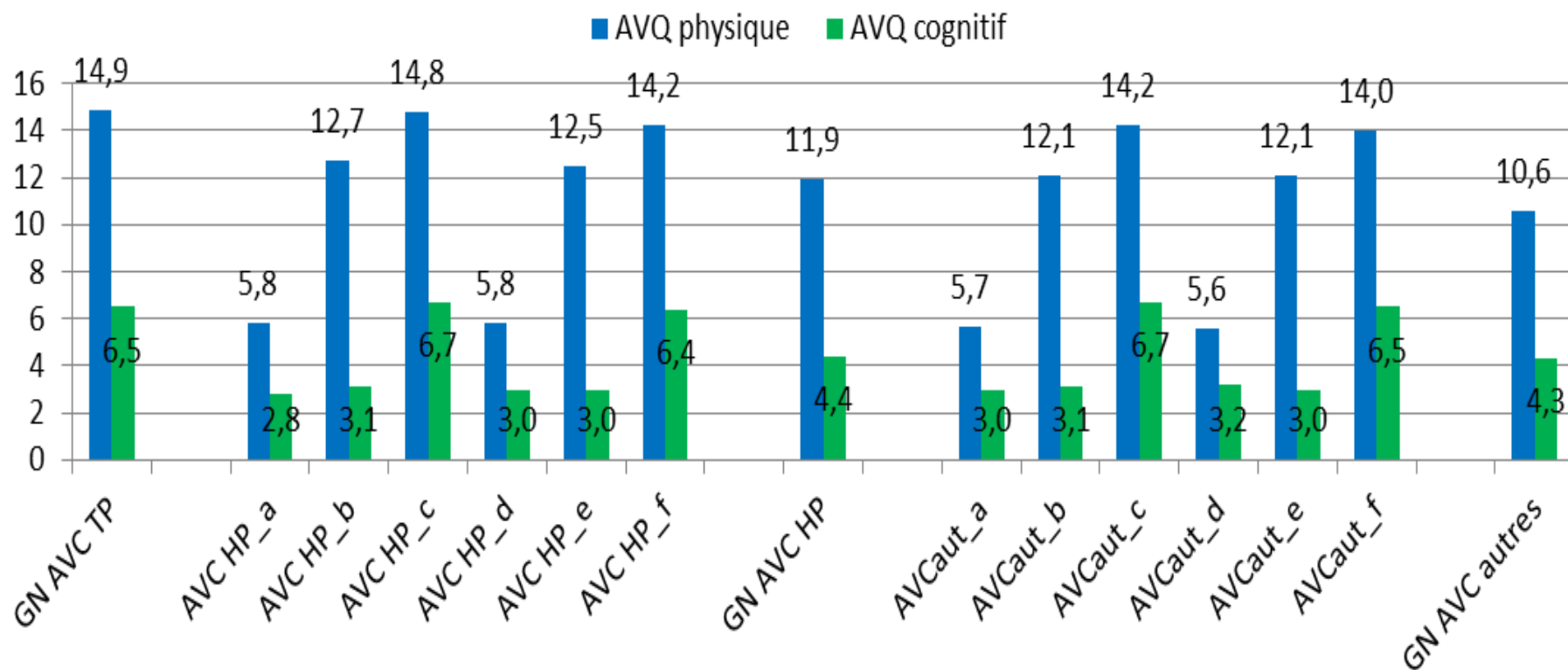
## Caractéristiques des racines des GN AVC



# Révision GN « AVC » :

## Caractéristiques des racines des GN AVC

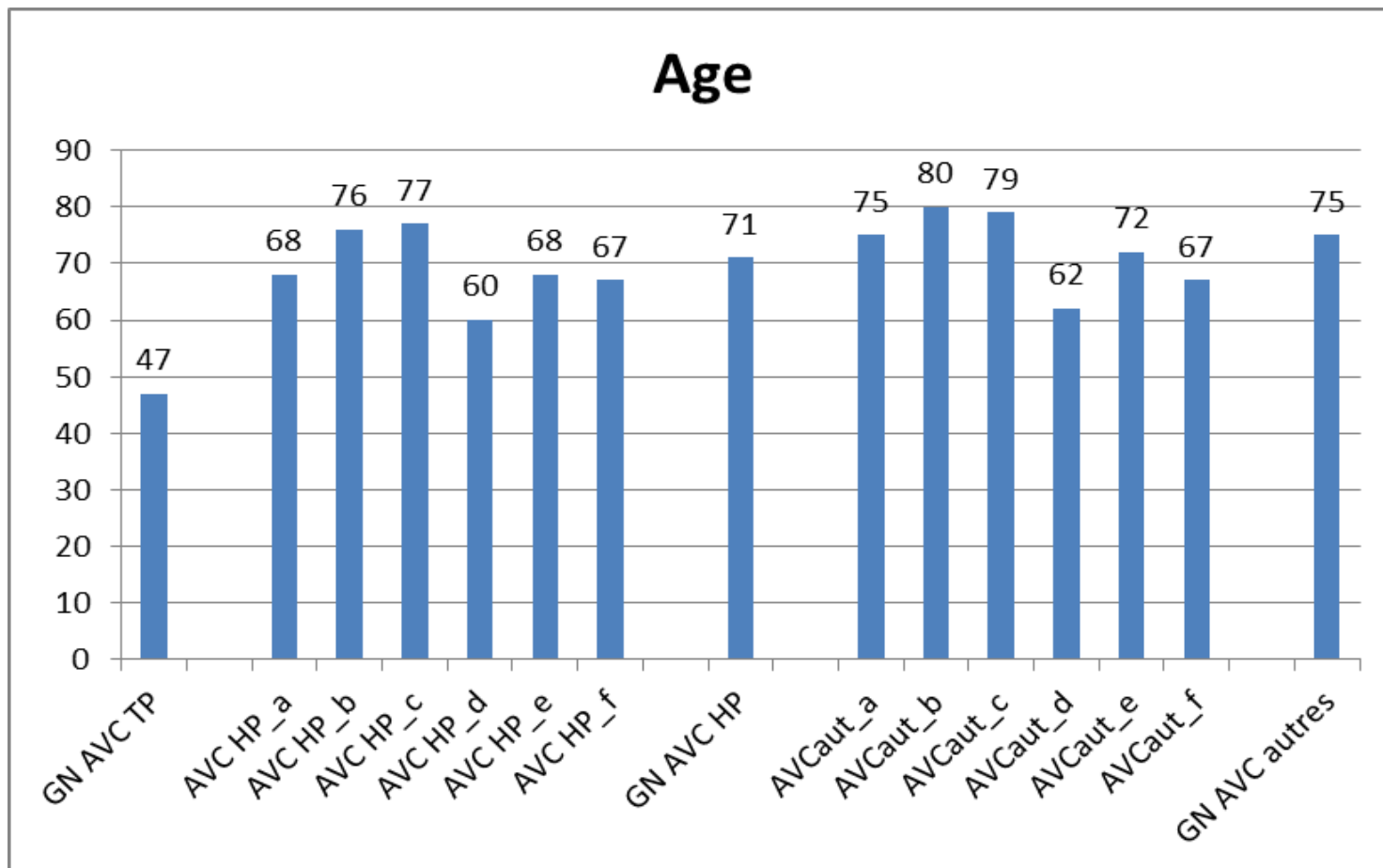
### AVQ physique et AVQ cognitif





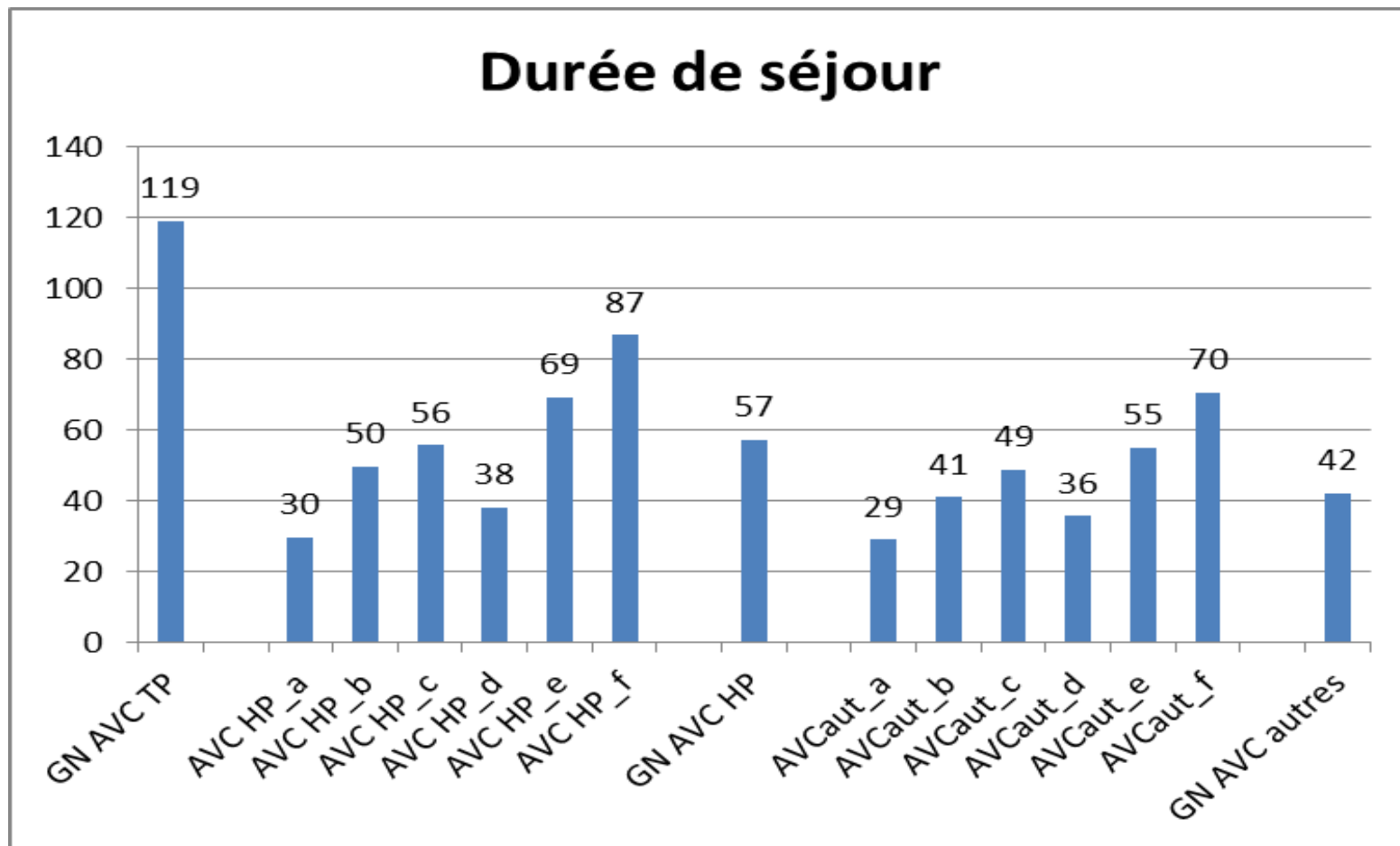
# Révision GN « AVC » :

## Caractéristiques des racines des GN AVC



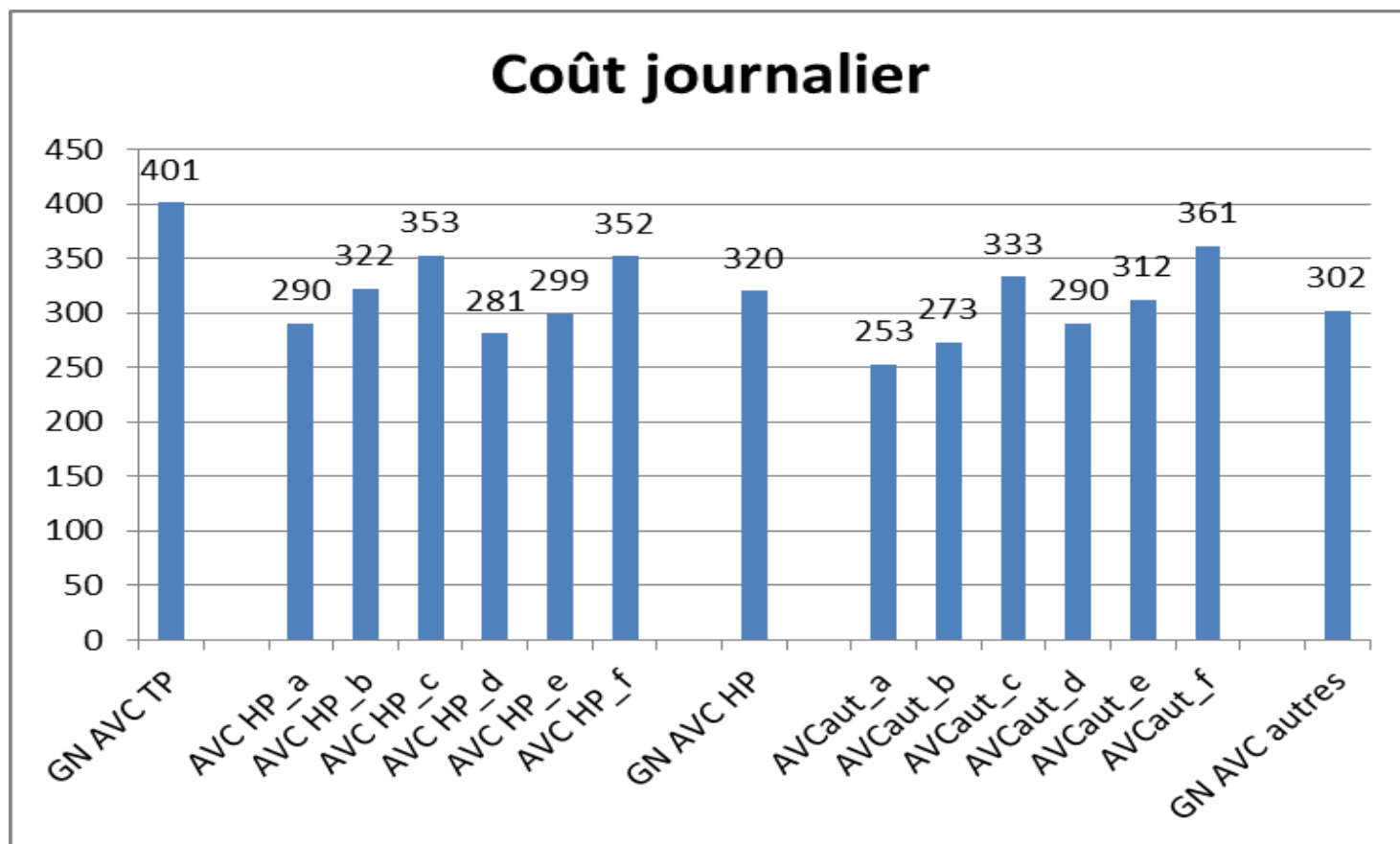
# Révision GN « AVC » :

## Caractéristiques des racines des GN AVC

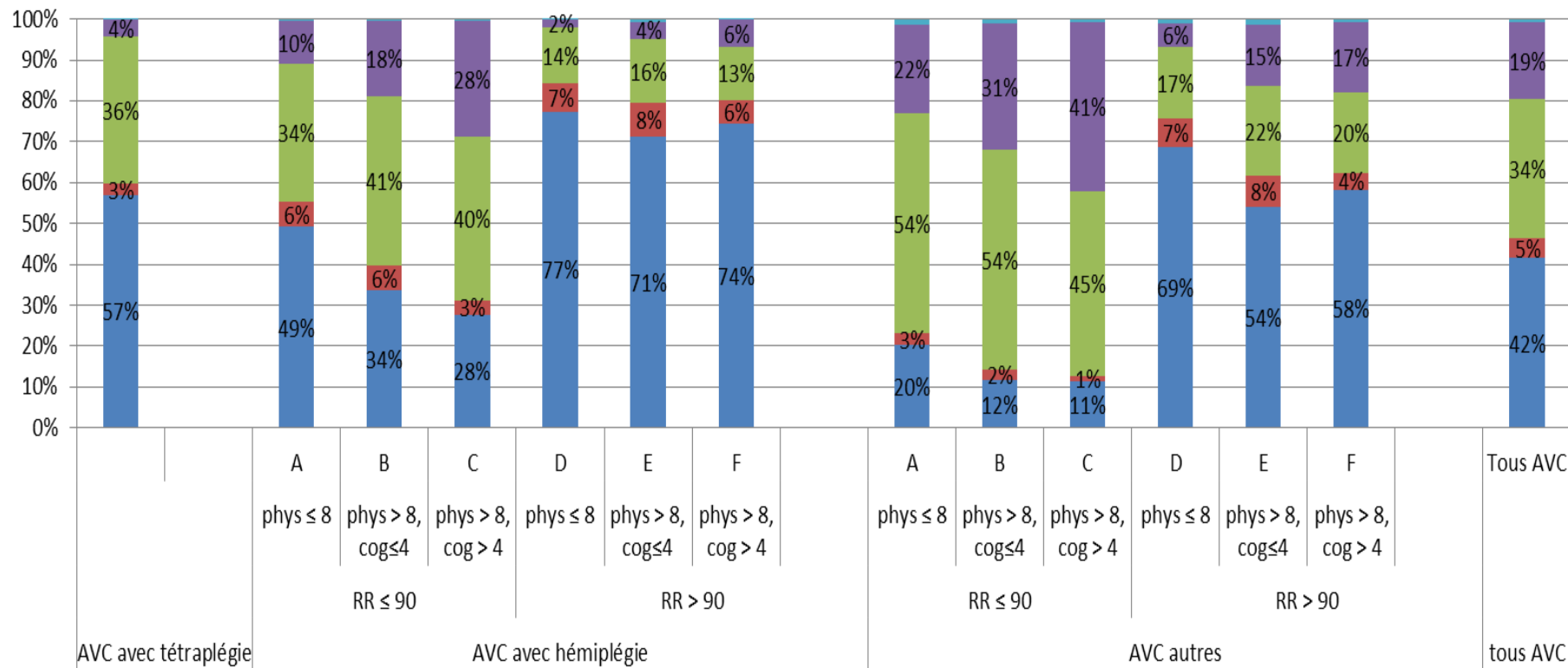


# Révision GN « AVC » :

## Caractéristiques des racines des GN AVC



■ Système nerveux ■ Locomoteur ■ Polyvalent ■ Personnes âgées.... ■ Autres



# Révision GN « AVC » :

## Impact sur la PVE

	Modèle actuel : 1 GN AVC	Nouveau modèle : 3 GN AVC	Différence (Nouveau – Actuel)	Taux de variation*
Nb de racines	14	13	-1	-7,10%
PVE DS	12,4%	10,0%	-2,4%	-19,0%
PVE Coût journalier	15,9%	12,1%	-3,8%	-23,7%
* Taux de variation (en %) = 100 x (Nouveau - Actuel)/Actuel				

# Révision GN « AVC » :

---

## Synthèse

### ○ **Modèle « médical » : 3 GN selon déficience, 13 racines**

- Légère diminution de la PVE
- ... mais une amélioration de la lisibilité de l'activité SSR
- Des variables de segmentation dont la robustesse sera renforcée :
  - Travaux « intensité de RR »
  - Travaux « échelle de mesure de la dépendance »

### ○ **Travaux en cours de finalisation :**

- Groupage des « Locked-in syndrome »
- Groupage des « séquelles d'AVC »
- Groupage des séjours « AVC avec coma sans précision »

## Révision CMA SSR

# Révision des CMA

---

1. Données et méthode
2. Principales étapes
3. Principaux résultats
4. Etude d'impact
5. Travaux à venir



# Révision des CMA

---

1. Données et méthode
2. Principales étapes
3. Principaux résultats
4. Etude d'impact
5. Travaux à venir

# Révision des CMA

## Données et méthode

### Données

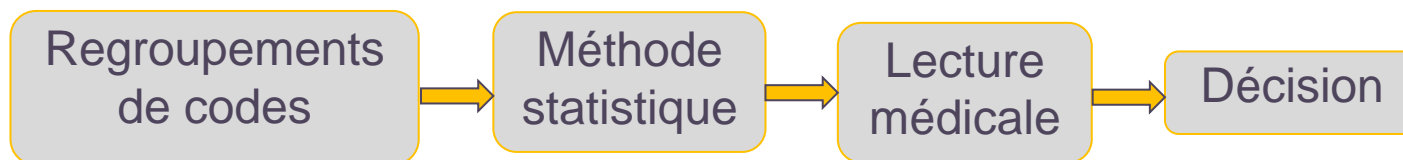
- Bases PMSI 2009 – 2013
- Hospitalisation complète
- Séjours concaténés à 3 jours (pour un même ANO-FINESS)
- Révision des listes de CMA
  - Suppression des séjours « courts » → 5j ou moins
  - Suppression des séjours « longs » →  $> \max(90j, Q95)$

# Révision des CMA

## Données et méthode

### Méthode

#### ○ Méthode générale



#### ○ Paramètres de la méthode

##### ○ Allongement de la durée de séjour

- Effet isolé : 7,5 jours ou + → niveau 2
- Effet Fetter > 55%

##### ○ Les effets sont calculés

- sur 2009-2012, 2010-2013 et 2009-2013
- sur exDG, exOQN et sur l'ensemble

##### ○ Recherche des CMA en MMP, FPP et DAS (codes n'ayant pas servi à grouper)

# Révision des CMA

---

1. Données et méthode
2. Principales étapes
3. Principaux résultats
4. Etude d'impact
5. Travaux à venir

# Révision des CMA

## Principales étapes

### Schéma général de la révision 2014

Diags seulement

Diags + Actes

Passage 1

Regroupements diags éligibles  
(liste 2012)

Etude E.I. diags

Regroupements actes éligibles  
(premières listes)

Etude E.I. actes (avec diags)

Ajustement des regroupements

Passage 2

Etude E.I. (diags+actes)

Décisions sur le niveau  
des diags et des actes

# Révision des CMA

## Principales étapes

### Passage 1 – Travaux sur les regroupements

Diags seulement      Diags + Actes

Regroupements diags éligibles  
(liste 2012)

Regroupements actes éligibles  
(premières listes)

Pas de changements

- CCAM de RR (**Groupe 1**) → pouvant entrer dans le calcul du **score RR**
  - Révision de la liste des actes CCAM entrant dans le score RR
- CCAM à exclure d'emblée (**Groupe 2**) → ne pas tester en niveau de sévérité  
*Travaux 2012* : 1<sup>ère</sup> approche , analyses sur la totalité des actes CCAM observés dans la BDD
  - Résultats peu lisibles, important « bruit statistique » ; Ex : actes d'imagerie
- CCAM non RR et non à exclure (**Groupe 3**) → tester en **niveau de sévérité**
  - Potentiellement éligibles en tant que CMA

Passage 1

# Révision des CMA

## Principales étapes

### Passage 2 – Etude sur les diags et les actes

#### Diags + Actes

Etude E.I. (diags+actes)

Décisions sur le niveau  
des diags et des actes

#### Diagnostics

- 18 codes

		FG 1.3		
		1	2	Total
FG 1.2	1		17	
	2	35	786	821
	Total		803	

(périmètre CIM-10 constant)

#### Actes

+ 8 codes

		FG 1.3		
		1	2	Total
FG 1.2	1		12	
	2	4	9	13
	Total		21	

(périmètre CCAM constant)

technique

# Révision des CMA

---

1. Données et méthode
2. Principales étapes
- 3. Principaux résultats**
4. Etude d'impact
5. Travaux à venir



# Révision des CMA

## Principaux résultats

### **Diagnostics entrants ou sortants**

- Maintenus dans la liste : 786 codes
- Ajoutés à la liste : 17 codes – Exemples
  - Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
  - Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de l'appareil génito-urinaire
  - Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie et d'une entérostomie
  - Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction
- Retirés de la liste : 35 codes – Exemples
  - Fistule artério-veineuse, acquise
  - Infarctus du myocarde à répétition
  - Pédiculose
  - Erysipeloïde cutanée

(Résultats ne prenant pas en compte les évolutions 2015 de la CIM-10)

# Révision des CMA

## Principaux résultats

### Actes entrants ou sortants

- Reconduits : 9 codes
- Ajoutés à la liste : 12 codes - Exemples
  - Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés
  - Poses de stomies par voie transcutanée
  - Changements de sondes de stomies digestives et urinaires
- Retirés de la liste : 4 codes
  - Pose d'un cathéter dans la veine jugulaire interne, par cervicotomie
  - Trachéotomie, par cervicotomie
  - Intubation trachéale avec instillation de surfactant exogène
  - Ventilation mécanique à poumons séparés, par 24 heures

(Résultats ne prenant pas en compte les évolutions 2015 de la CCAM)

# Révision des CMA

---

1. Données et méthode
2. Principales étapes
3. Principaux résultats
- 4. Etude d'impact**
5. Travaux à venir

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Nb de séjours et répartition selon le niveau

- Remarque : tous les séjours d'au + 1 an
- Environ 97 500 séjours/an en CMA après révision

Niveau	FG 1.2	FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)	Taux de variation
1	734 368	730 932	- 3 436	- 0,5%
2	94 046	97 482	+ 3 436	+ 3,7%
Total	828 414	828 414	0	////////////////

- Environ 11,8% des séjours en CMA après révision

Niveau	FG 1.2	FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)
1	88,6%	88,2%	- 0,4%
2	11,4%	11,8%	+ 0,4%

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Répartition des séjours par type de CMA

- Pour les 11,8% des séjours classés en niveau 2
  - 91,1% sont en niveau 2 par les diagnostics seulement
  - 8,9% sont en niveau 2 au moins par un acte

Type de CMA	Effectif	Part de l'ensemble	Part des CMA
Acte	4 198	0,5%	4,3%
Diag	88 950	10,7%	91,2%
Acte + Diag	4 334	0,5%	4,2%
Non CMA	730 932	88,2%	////////////////

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Evolution des types de CMA

- En effectif, l'augmentation du nombre de séjours en niveau 2 (+ 3 436 séjours) est due plutôt aux diagnostics (+ 1 285 séjours)
- En proportion, les séjours avec actes CMA augmentent fortement (+42,0%)

Type de CMA	Effectif FG 1.2	Effectif FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)	Taux de variation
Acte	2 957	4 198	+ 1 241	<b>+ 42,0%</b>
Diag	87 665	88 950	+ 1 285	<b>+ 1,5%</b>
Acte + Diag	3 424	4 334	+ 910	<b>+ 26,6%</b>

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Comparaison des types de CMA (FG 1.2 vs FG 1.3)

- Mouvements de séjours en CMA : essentiellement  
Diag en FG 1.2 → Acte + Diag en FG 1.3 (858)
- Séjours non CMA en FG 1.2 devenant CMA en FG 1.3 :  
essentiellement acte seul ou diag seul (1 299 + 3 969) mais  
aussi 1 836 séjours perdent leur statut CMA

		FG 1.3			
FG 1.2	CMA	Acte	Diag	Acte + Diag	Non CMA
	Acte	2 885	1	52	19
	Diag	3	84 967	858	1 836
	Acte + Diag	11	13	3 400	0
	Non CMA	1 299	3 969	24	729 077

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Evolution par type d'établissement

#### ○ DGF

Niveau	Effectif FG 1.2	Effectif FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)	Taux de variation	Part FG 1.2	Part FG 1.3
1	457 617	454 849	- 2 768	- 0,6%	85,9%	85,4%
2	75 178	77 946	+ 2 768	+ 3,7%	14,1%	14,6%
Total	532 795	532 795	0	//////////	100,0%	100,0%

#### ○ OQN

Niveau	Effectif FG 1.2	Effectif FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)	Taux de variation	Part FG 1.2	Part FG 1.3
1	276 751	276 083	- 668	- 0,2%	93,6%	93,4%
2	18 868	19 536	+ 668	+ 3,5%	6,4%	6,6%
Total	295 619	295 619	0	//////////	100,0%	100,0%



# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Répartition et évolution par taille d'établissement

- Part de CMA + importante dans les « petits » et dans les « grands » établissements
- Evolution + forte pour les « grands » établissements

Nb de séjours par an	Part niveau 2 FG 1.2	Part niveau 2 FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)
[0-100]	14,6%	14,9%	+ 0,3%
]100-1 000]	11,2%	11,6%	+ 0,4%
]1 000-10 000]	10,7%	11,0%	+ 0,3%
> 10 000	20,2%	20,2%	+ 1,0%

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### PVE: évolution globale et par type de CMA

#### ○ PVE globalement « stable »

Critère	Racines 1.2 CMA 1.2	Racines 1.3 CMA 1.2	Racines 1.3 CMA 1.3	Différence (1.3 – 1.2)
DS	13,27%	11,14%	13,34%	+ 0,07
CJ	44,16%	38,28%	44,08%	- 0,08



#### ○ Evolution différente selon le type de CMA

Type de CMA	Critère	PVE FG 1.2	PVE FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)
Diag	DS	13,15%	12,84%	- 0,30
	CJ	41,75%	40,09%	- 1,66
Acte	DS	11,21%	11,28%	+ 0,07
	CJ	40,50%	40,67%	+ 0,17
Diag + Acte	DS	11,68%	12,01%	+ 0,33
	CJ	47,07%	47,45%	+ 0,38

# Révision des CMA

## Etude d'impact

### Ecart entre niveaux 1 et 2 : variation moyenne de la durée et du coût journalier

- Variation moy. de la durée: ↑ avec acte, ↓ avec diag seul

Ecart entre niveaux 1 et 2	FG 1.2	FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)
Acte	+ 6,1	+ 8,3	+ 2,2
Diag	+ 10,8	+ 10,4	- 0,4
Acte + Diag	+ 20,8	+ 24,6	+ 3,8

- Diminution pour les coûts dans tous les cas

Ecart entre niveaux 1 et 2	FG 1.2	FG 1.3	Différence (1.3 – 1.2)
Acte	+ 108,9	+ 73,3	- 35,6
Diag	+ 21,2	+ 19,4	- 1,8
Acte + Diag	+ 214,3	+ 177,6	- 36,6

# Révision des CMA

---

1. Données et méthode
2. Principales étapes
3. Principaux résultats
4. Etude d'impact
5. Travaux à venir

# Révision des CMA

## Travaux à venir

---

### ○ Questions préalables

#### ○ Diags

- Regroupements
- Non prise en charge de la CMA en SSR

#### ○ Actes

- PIE
- Actes potentiellement RR

### ○ Méthodologie statistique

#### ○ Diags et actes ensemble + mouvements d'effectifs

#### ○ Seuil uniforme (7j)

- pour toutes les CM
- pour les diags et les actes

### ○ Exclusions (diags/diags, diags/actes)

## Évolutions 2015 du recueil SSR

# Recueil SSR : évolutions 2015

## ○ RHS :

- Nouvelle variable « poursuite du même projet thérapeutique »
- Modification de la règle de recueil de la variable « type d'autorisation de l'unité médicale »
- Modification optionnelle de la périodicité du recueil des « AVQ » en hospitalisation complète

## ○ FICUM

## ○ FICHCOMP médicaments

## ○ RSF des actes externes des médecins salariés (OQN)

## ○ VID-HOSP

Date de mise en œuvre des  
évolutions : **lundi 29/12/2014**

# Recueil SSR : évolutions 2015

## ○ RHS–Nouvelle variable « Poursuite du même projet thérapeutique »

- Information médicale attestant que 2 séjours administratifs consécutifs, distants de 5 jours au plus, s'inscrivent bien dans la continuité du même projet thérapeutique pour le patient  
→ à renseigner dans le volet morbidité du 1er RHS du séjour administratif de réadmission

## ○ Conditions d'enregistrement à « oui » :

- en cas de réadmission en **hospitalisation COMPLETE**, du même patient, dans un même établissement
- lorsque l'interruption entre deux les 2 séjours administratifs est **de plus de 48 H mais n'excède pas 5 jours** (date de réadmission moins date de sortie du séjour précédent)
- lorsque la prise en charge du patient s'inscrit dans **la poursuite du projet thérapeutique établi** :
  - lors du séjour administratif ayant précédé cette réadmission ;
  - ou lors du premier séjour en cas d'interruptions répétitives (Ex : hospitalisation de semaine)
- le mouvement enregistré entre les 2 séjours administratifs peut être une sortie **domicile**, une **mutation** ou un **transfert**

⇒ **Enregistrement souhaité mais facultatif en 2015**



# Recueil SSR : évolutions 2015

- RHS–Modification de la règle de production de la variable « type d'autorisation de l'unité médicale »
  - Règle actuelle : 1 UM → 1 autorisation
  - Evolution 2015 : 1 UM → plusieurs mentions possibles
    - L'unité médicale reste « l'unité d'hébergement » du patient
    - Lorsqu'une même unité médicale regroupe l'activité de plusieurs des autorisations accordées à un établissement, le type d'autorisation déclaré dans le RHS est celui exercé par l'équipe médicale prenant en charge le patient
- ⇒ Modification FICUM :
  - Possibilité de renseigner plusieurs autorisations par unité médicale
- ⇒ Modifications des contrôles GENRHA et AGRAF-SSR :
  - Cohérence autorisations mentionnées dans les RHS et autorisations déclarées dans FICUM
- ⇒ Modifications des contrôles OVALIDE-SSR :
  - Cohérence autorisations déclarées dans FICUM et autorisations accordées à l'établissement (ARGHOS)
- ⇒ Modification de l'arrêté PMSI SSR

# Recueil SSR : évolutions 2015

## ○ RHS–Modification du recueil « AVQ »

- Périodicité du recueil, au choix des établissements, pour les suites de RHS d'hospitalisation complète :
  - Soit de poursuivre le recueil hebdomadaire des variables de dépendance
  - Soit d'alléger ce recueil , à titre expérimental, avec nécessité de conserver :
    - 1 recueil AVQ **sur le 1<sup>er</sup> et le dernier RHS d'une suite de RHS** ;
    - ainsi que des recueils intermédiaires, à intervalles réguliers, **au minimum toutes les 4 semaines à compter du 1<sup>er</sup> RHS d'une SSRHS**

## ○ RHS–code acte CCAM

- Changement de format : passage à 10 caractères
  - Code CCAM sur 7 caractères
  - Extensions sur 3 caractères

# Recueil SSR : évolutions 2015

## ○ FICHCOMP médicaments :

### ○ Changement format → Facultatif

- Les codes UCD des médicaments sont modifiés et passent de 7 à 13 caractères
- Pas d'évolution des formats de recueil → 15 caractères autorisés
- Table de correspondance → prévue

### ○ Publication de la liste **spécifique** SSR → Validation DGOS en cours

# Recueil SSR : évolutions 2015

## ○ RSF des actes externes des médecins salariés (OQN) :

- Nouveauté qui concerne les établissements sous OQN et ex-OQN (les établissements sous DAF bénéficient déjà de cette possibilité)
- Autorisation de facturer les ACE réalisés par des médecins salariés, au profit de patients externes
- Pour permettre la facturation de cette activité
  - production par les établissements OQN et ex-OQN d'un bordereau de facturation (S3404)
  - production pour le PMSI de RSF pour les ACE des médecins salariés

⇒ Modification de l'arrêté PMSI SSR

# Recueil SSR : évolutions 2015

---

- VID-HOSP :

- Variables 2015

- Une nouvelle zone « droit à l'anonymat »

# Calendrier des publications

# Évolutions PMSI SSR 2015 :

## Calendrier des publication

Octobre 2014 :

- Notice technique PMSI SSR 2015
- *Guide méthodo PMSI SSR 2015* (V. provisoire)
- Formats PMSI SSR 2015

Novembre 2014 :

- Réunion SSII
- **FG SSR 2015**
- **Manuel GME 2015** (V. provisoire)
- **Nomenclatures 2015 : CIM-10, CSARR, CCAM**

Décembre 2014 :

- Arrêté PMSI SSR 2015 et ANNEXES BO :
- *Guide méthodo PMSI SSR et Manuel GME 2015* (V. définitives)
- *CSARR*

## 2. Échelle de dépendance en SSR



# Dépendance en SSR

- Rapport présentant différents scénarios d'évolution adressé fin juillet aux fédérations
  - Scénario 1a : échelle inchangée, clarification des consignes
  - Scénario 1b : scénario 1a ET modification de la cotation (cotation de chaque action)
  - Scénario 1c : 1a (ou 1b) ET ajout de variables cognitives
  - Scénario 2 : changement d'échelle de dépendance
- Questionnaire joint : deux questions
  - Scénarios récusés (et arguments)
  - Scénarios retenus (et arguments)

# Dépendance en SSR

## Synthèse des retours des fédérations et de la SOFMER (1/5)

Scénarios récusés	Croix- Rouge	FEHAP	FHF	FHP	SOFMER
Ia				X	X
Ib		X	X	X	X
Ic		X	X		
II	X			X	

# Dépendance en SSR

## Synthèse des retours des fédérations et de la SOFMER (2/5)

Scénarios privilégiés	Croix-Rouge	FEHAP	FHF	FHP	SOFMER
Ia		provisoire	provisoire		
Ib	X				
Ic	X			X	X
II		X	X		X

# Dépendance en SSR

## Synthèse des retours des fédérations et de la SOFMER (3/5)

### ○ Parmi les 5 réponses reçues :

(4 fédérations, sauf l'UGECAM, la SOFMER)

#### ○ Scénario 1a

##### ○ Récusé par FHP-SSR et SOFMER

- Insuffisant et peu discriminant
- Ne permet pas d'enrichir la dimension cognitive

##### ○ Privilégié par FEHAP et FHF « en attendant »

- Seul réaliste pour 2015 (voire 2016)
- Avec les fédérations (ne pas se limiter aux questions Agora SSR)
- Clarification des consignes (mais ne pas les simplifier/modifier)

#### ○ Scénario 1b récusé 4 fois

# Dépendance en SSR

## Synthèse des retours des fédérations et de la SOFMER (4/5)

### ○ Scénario 1c – Ajout de variables cognitives (5 niveaux ?)

#### ○ Récusé par FEHAP et FHF

- Nécessité d'un travail préalable sur les aspects cognitifs influant sur la charge de travail et l'articulation avec les CMA
- Il existe des grilles validées sur le cognitif
- Grille « toujours non valide », ne permettant ni publications, ni comparaisons internationales

#### ○ Privilégié par Croix-Rouge, FHP-SSR et SOFMER

- Enrichit l'existant : ajout de variables cognitives, 5<sup>ème</sup> niveau de cotation
- Évolution
- Une validation sera nécessaire

# Dépendance en SSR

## Synthèse des retours des fédérations et de la SOFMER (5/5)

### ○ Scénario 2 - Changement d'échelle

(MIF, MMS, voire autres ?)

#### ○ Récusé par la Croix-Rouge et la FHP

- Délais de mise en place trop importants
- Difficultés d'application dans tous les secteurs SSR
- Trop de travail pour les établissements

#### ○ Privilégié par FEHAP, FHF et SOFMER

- Échelle validée et reconnue
- Utilisable pour études médico-économiques, comparaisons internationales
- Adaptée au SSR
- FIM ? échelle très utilisée en MPR, adaptable à d'autres SSR

# Dépendance en SSR

## Perspectives actuelles

- L'ATIH constate l'absence de consensus sur le scénario c'est-à-dire la ou les échelles à privilégier.
- Une nouvelle réunion du groupe technique « Dépendance SSR » sera programmée :
  - pour voir si les positions ont évolué,
  - s'il est possible de dégager un consensus.
- En attendant : mise en œuvre du scénario 1a en 2015 ?

### 3. Questions diverses – Agenda



# AGENDA

---

- **Comité technique SSR : 29 janvier 2015**
  - Programme de travail ATIH « SSR » pour 2015
  
- **Autres réunions techniques à programmer :**
  - Dépendance SSR
  - OVALIDE SSR – DALIA SSR – Restitutions SSR
  - Enquête CSARR
  - Autres ?