

COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER

Compte-rendu de réunion

Date : 04 juillet 2019

Heure : 14h30-17h

Lieu : ATIH

Participants

- | | |
|------------|--|
| - CNIM | P. Cormier |
| - CRF | D. Vial |
| - FEHAP | P. Métral, J. Talmud, |
| - FHF | S. Gomez |
| - FHP-SSR | E. Noël, MC Locret-Briolat |
| - FILIERIS | G. Bignolas |
| - UGECAM | N. Ribet-Reinard |
| - DGOS | R. Iklhef |
| - DREES | T. Seimandi |
| - ATIH | S. Baron, N. Dapzol, J. Dubois, N. Raimbaud, M. Saïd |

L'ATIH présente l'ordre du jour de la réunion :

En introduction l'ATIH fait un rappel sur la construction de sa feuille de route SSR 2019, une première partie est consacrée aux travaux sur la classification, une deuxième partie aux travaux sur le recueil, enfin les points divers sont abordés (audit CSARR).

La feuille de route ATIH 2019-2021, présentée en Comité de Concertation le 15 novembre 2018 et en Comité Technique le 29 janvier 2019 comporte les thématiques de travail suivantes :

- Simplifier le CSARR
- Simplifier le recueil
- Simplifier la classification

L'état d'avancement de cette feuille de route a été présenté en Comité de Concertation le 5 juin 2019.

1. TRAVAUX CLASSIFICATION

Plusieurs options pour construire la nouvelle classification ont été proposées lors du Comité Technique extraordinaire du 27 février 2019.

1. Utilisation de quelques variables (version actuelle)
2. Découpage systématique selon toutes les variables
3. Utilisation d'indices synthétiques
 - Option 3.1 : indice rééducation et indice regroupant les autres facteurs
 - Option 3.2 : indice de rééducation, indice de dépendance/âge, indice avec les CMA
 - Option 3.3 : indice regroupant rééducation et dépendance, indice avec les CMA

Suite aux retours des fédérations, privilégiant en majorité l'option 3.2 (diapo 8), l'ATIH a poursuivi les travaux dans cette voie. Une présentation plus précise de cette option, avec notamment une prise en compte de la rééducation en début d'algorithme, a été proposée au Comité de Concertation du 5 juin 2019 (retour des fédérations diapo 9).

Concernant les retours fédérations au sujet de la classification, la FHF rappelle qu'un courrier avait été adressé préalablement à la réunion du 27 février. Elle ne souhaitait pas une prise en compte de la rééducation en fin d'algorithme. Elle était favorable à une construction d'indice combinant la dépendance et la rééducation. Elle demandait également un changement d'échelles de dépendance adaptées au type d'activité, ainsi que l'introduction de la notion de statut fonctionnel

A. INDICES : ORDRE, NOM, DEFINITION, METHODE

.Une organisation de la classification avec entrée par les GN, prise en compte en début d'algorithme des critères de rééducation et réadaptation (CSARR et CCAM), puis de la « lourdeur » (âge, dépendance et statut post-chirurgical), en enfin des niveaux de sévérité - CMA (diagnostics et actes CCAM) est proposée.

Concernant l'indice de réadaptation, ce nom est proposé car il a été retenu comme terme générique par le groupe SSR, dans le cadre de la réforme des autorisations. La réadaptation comprend les missions de rééducation, prévention et éducation thérapeutique et accompagnement à la réinsertion.

Cet indice décrit, par GN, le type de réadaptation reçue en distinguant 2 ou 3 types de prises en charge. Il est proposé de privilégier le sens médical en distinguant les prises en charge spécialisées des prises en charge non spécialisées et d'individualiser la pédiatrie au niveau de cet indice, plutôt que de créer des sous-GN. Il distinguerait donc :

- Les réadaptations spécialisées de l'adulte
- Les autres réadaptations de l'adulte
- Les réadaptations pédiatriques

Compte-tenu de l'absence de définition de la notion de réadaptation ou rééducation spécialisée, la méthode proposée est de rechercher dans les bases PMSI des différences de pratiques entre UM spécialisées ou non, en d'autres termes d'actes spécifiques retrouvés codés majoritairement dans les unités spécialisées. Ces actes constitueraient des listes, différentes selon les GN, permettant de calculer un « score de réadaptation spécialisée » et de classer les séjours en deux groupes. La réadaptation pédiatrique serait quant à elle individualisée à ce niveau et pour certains GN, par un simple critère d'âge. Un avis clinicien sera demandé sur ces listes d'actes.

La FHP souhaite que les fédérations puissent proposer des cliniciens pour participer aux travaux. La FEHAP et l'UGECAM indiquent que les listes d'actes proposées pourraient être transmises aux fédérations. La FHF souligne l'importance d'avoir un avis croisé et partagé des professionnels de toute spécialité sur toutes les listes d'acte, afin d'obtenir une vision globale inter spécialités.

Il est demandé si le type d'intervenant réalisant l'acte sera pris en compte pour l'inclusion dans les listes. L'ATIH répond que ce n'est pas prévu à ce stade mais qu'un travail de mise à jour des pondérations CSARR, tenant compte de cette notion d'intervenant, est engagé.

L'indice de « lourdeur » dont le nom n'est pas encore défini (alternative = dépendance, autonomie, nursing ?), décrit, par type de réadaptation, le niveau de lourdeur liée aux caractéristiques du patient, à savoir l'âge, la dépendance et le statut post-chirurgical. Sa méthode de construction repose sur l'analyse des bases PMSI et ENC pour trouver les facteurs de surcoût. Des avis cliniciens seront également demandés.

La FHP rappelle qu'elle souhaite que les surcoûts réels soient pris en compte pour ces calculs, par le biais des bases ENC, plutôt que l'allongement des durées de séjours. L'ATIH rappelle que les données ENC sont malheureusement limitées pour le champ SSR. Il est **toutefois convenu en séance que l'étude serait réalisée sur les unités médicales avec mention spécialisée et les unités polyvalentes.**

Le niveau de sévérité du séjour est déterminé en fin d'algorithme par les diagnostics associés et actes CCAM.

L'organisation globale proposée de la classification est résumée (diapo 18).

Toutes les fédérations se montrent favorables à des tests sur cette option de classification, avec prise en compte de la rééducation en début d'algorithme. La FHF rappelle qu'elle souhaite que des tests soient également réalisés sur d'autres options.

La FEHAP et le CNIM signalent qu'un remaniement de certains GN doit être effectué. En effet certains groupages conduisent à des aberrations. Il est notamment souligné que certains séjours sont groupés dans des GN différents et valorisés différemment selon que l'affection étiologique est renseignée ou pas. La FHF souligne que c'est le principe du codage du SSR (triade de morbidité avec affection étiologique existante ou disparue) qui entraîne ce genre de situation. L'ATIH propose que les fédérations remontent ces situations, afin qu'elles soient étudiées et traitées, et que les plus simples à régler puissent être prises en compte dans le guide méthodologique 2020.

B. DEMARCHE DE CONSTRUCTION

La démarche de construction de la classification proposée est la suivante :

- Travail sur 4 CM (1, 4, 5, 8)
- Avis cliniciens/DIM fin septembre, début octobre
- Etude d'impact et présentation des premiers résultats fin 2019
- Recueil des avis
- Ajustement de la version et extension aux autres CM premier semestre 2020

La FHP s'interroge sur la capacité collective (ATIH, établissements, éditeurs...) à tenir les délais et souhaite des études d'impacts le plus précocement possible, avant même la finalisation du modèle (casemix par établissement).

C. PONDERATION CSARR

La mise à jour des pondérations CSARR est nécessaire, préalablement aux tests sur une nouvelle classification. Les bases ENC 2017, en ce qui concerne notamment les durées des actes, en parallèle avec la base PMSI 2018, a été analysée. Deux types d'atypies ont été mises en évidence : d'une part, des actes réalisés par des intervenants non attendus, et des durées de réalisation de certains actes très différentes selon les intervenants. Ces atypies ont été présentées au comité des experts CSARR début juin. L'ATIH propose de remettre à jour la pondération des actes CSARR en tenant compte de ces atypies : d'une part, en pondérant à 0 les actes réalisés par des intervenants non attendus, d'autre part en pondérant différemment certains actes en fonction des intervenants.

Pour les actes pondérés à 0, la FHP se pose la question de la répartition des charges concernant ces actes CSARR, qui ne seront pas pris en compte dans la classification. La FHF craint que cela pose des problèmes pour les infirmières de pratique avancée, qui ont un type d'intervenant infirmier, tout en étant légitimes à coder certains actes : attention aux actes ciblés. Créer un nouveau type d'intervenant ?

La FHF souligne que le problème se situe peut-être dans le libellé des actes, et que certains actes pourraient être subdivisés. L'ATIH indique que c'est un travail analytique, sur du long terme, effectué par ailleurs, dans le cadre de la maintenance de la nomenclature CSARR.

D. EVOLUTIONS POSSIBLES

La proposition de classification tient compte des évolutions ultérieures souhaitées, notamment l'introduction de nouvelles variables pouvant être intégrées au niveau GN ou indices.

La FEHAP souligne qu'il serait dommage de concevoir une nouvelle classification sans travailler d'ores et déjà sur des nouvelles variables : nouvelles échelles de dépendance, statut fonctionnel, polypathologie, pour ne citer que celles-ci.

4. TRAVAUX RECUEIL

La réunion se poursuit par le 2^{ème} point de l'ordre du jour relatif aux travaux menés sur le recueil d'information SSR. Des éléments de réflexion sont présentés.

A. RECUEIL AU SEJOUR

Le recueil hebdomadaire est chronophage. Il est le plus souvent un recopiage d'un RHS sur l'autre avec peu de réflexion sur l'évolution de l'état du patient. Il n'est pas cohérent avec le groupage. Le recueil actuel ne permet pas une description reflétant la prise en charge réelle d'une part. D'autre part, la prise en charge médicale ne correspond pas au séjour administratif, il existe souvent des permissions dans le cadre des permissions administratives actuelles, ou en dehors du cadre des permissions administratives actuelles.

Passer à un recueil au séjour permet d'alléger la saisie. Mais, les séjours en SSR étant longs, il n'est pas possible d'envisager un recueil unique. Une réflexion doit être menée sur la fréquence de recueil de chaque variable (dépendances, CCAM, CSARR, morbidité principale, DAS).

2 RECUEIL AU SEJOUR MEDICAL

Passer à un recueil au séjour médical permet d'avoir une adéquation entre la prise en charge médicale et l'unité de recueil, et permet de prendre en compte les permissions dépassant le cadre de la permission administrative. Les séjours médicaux constitués de plusieurs séjours administratifs constituent moins de 10% des séjours médicaux.

Le séjour médical est défini par ses bornes, par la durée de séjour et par le contenu. La définition des bornes proposée est la suivante : la date du début du séjour médical correspond au début de la prise en charge médicale, la date de fin du séjour médical correspond à la fin de la prise en charge médicale. La durée du séjour médical correspond au temps nécessaire pour la mise en œuvre d'un projet de soins et de réadaptation. Le projet est déterminé par l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient.

A noter que la fréquence du recueil ne préjuge pas de la fréquence de transmission. Un futur recueil au séjour ne préjuge pas de la fréquence de la valorisation.

La FHP pose la question de la valorisation des séjours. Avec un recueil au séjour, même avec une valorisation intermédiaire à 4 semaines cela pourrait entraîner des problèmes de trésorerie. En pratique, dans le cadre d'une DMA à 10%, les problèmes de trésorerie se font sentir.

La FHP s'inquiète de la difficulté de compréhension de la définition du séjour médical avec la définition de la fin du séjour comme étant la fin de la prise en charge médicale. Les difficultés pour déterminer les bornes seront d'autant plus importantes que les cas sont complexes. Or c'est dans ce cadre de la prise en charge des cas complexes que le séjour médical ne correspondrait pas au séjour administratif. La question est par exemple soulevée pour les patients qui ont une prise en charge en HC puis en HDJ dans le cadre d'un même projet, puis une prise en charge en externe, de savoir comment serait définie la fin de la prise en charge médicale.

La FHF propose un découpage en séquence plutôt qu'au séjour médical. Il pourrait y avoir un changement de séquence lorsqu'il y a un changement de finalité de prise en charge, un changement de dépendance, un changement de pathologie prise en charge. Le découpage par séquence obligerait les praticiens à réfléchir au codage de chaque séquence. Il pourrait y avoir une valorisation par séquence, même en conservant un groupage au séjour. La FHF rappelle que quelle que soit l'option prise, il y a toujours des risques de découpage artificiel du séjour pour des raisons financières.

Le CNIM rappelle que dans le modèle HAD, il existe un mode de financement à la séquence et une facturation possible à la sous séquence. Mais il s'agit de valorisation à la journée pondérée et non au séjour.

Pour le SSR, si la difficulté est la notion de permission, est-ce qu'il ne serait pas possible de faire bouger la définition de la permission ?

Par ailleurs il y a une problématique spécifique de l'HTP. Il existe deux types de prise en charge en HDJ : les prises en charge ponctuelles pour bilan, et les prises en charge de « type séjour (plusieurs fois par semaine sur plusieurs semaines) » pour des prises de type séances de réadaptation. Le cadre du recueil est à la semaine alors qu'il s'agit de venue ponctuelle. Sur ce point les avis des fédérations divergent, la FHP considérant que la valorisation à la semaine correspond bien à la prise en charge, puisque les différents intervenants sont programmés par semaine pour les prises en charge de « type séjour ».

La FEHAP propose que lorsqu'il y a un changement d'objectif cela entraîne un changement de séjour médical.

Pour l'ensemble des participants, dans le cadre de la mise en place d'un recueil au séjour médical, il serait nécessaire d'avoir des consignes précises pour la définition du début et de la fin de la prise en charge médicale.

La caisse des Mines énonce le fait qu'au cours d'un même séjour, des recueils itératifs devront être réalisés (recueil des actes, dépendance par exemple). Au final, le sujet du recueil n'est pas un problème de périodicité, mais de système d'information et de transmission : les systèmes d'information actuels et modernes permettent de recueillir et stocker toutes les informations survenant au cours du séjour. Il suffit donc de les structurer et d'indiquer le moment de transmission.

En synthèse des échanges, l'ATIH relève que :

- Un relatif consensus existe sur la possibilité d'un recueil au séjour administratif.
- La mise en place d'un séjour médical semble plus difficile.

Le CNIM est d'accord pour un recueil séjour. Il rappelle que la difficulté essentielle est le temps pour le recueil du CSARR.

La FEHAP considère que symboliquement il faut sortir du recueil hebdomadaire des diagnostics. Elle considère que pour que les évolutions du recueil soient comprises comme une simplification il faut mener de front les travaux sur la fréquence et l'introduction de nouvelles variables. La FEHAP propose qu'il y ait des objectifs détaillés de la prise en charge. En pratique les objectifs détaillés de la prise en charge associés à un nombre de séances de réadaptation pourrait remplacer la saisie du CSARR.

La FHP se pose la question de savoir d'où vient la demande de simplification du recueil

Sur ce point l'ATIH rappelle les positions exprimées dans différents rapports (Veran, STSS) demandant explicitement une simplification, et les demandes des fédérations elles-mêmes dans le cadre de la campagne 2018, demandant une simplification générale du modèle SSR.

La FHP souhaite que le travail sur la classification soit mené en priorité. Les questions sur le recueil au séjour médical lui semblent apporter plus de confusion que d'éclaircissements. Dans le cadre de la mise en place de nouvelles variables, il pourrait être intéressant de recueillir pour les pathologies respiratoires le score de BODE, d'autres informations pourraient être intéressantes pour d'autres spécialités.

La FHF est d'accord sur le fait que le recueil hebdomadaire n'est pas pertinent, le recueil au séjour médical n'est pas pertinent. Elle souhaiterait que l'on réfléchisse à la mise en place de variables nouvelles. La réflexion pour introduire de nouvelles variables devraient se baser sur les marqueurs qui sont actuellement absents du recueil. Il pourrait être nécessaire d'introduire des nouvelles échelles de dépendances. Il faudrait réfléchir à l'introduction du statut fonctionnel, et à l'impact fonctionnel des déficiences dans le cadre de l'environnement psycho-social du patient. Il pourrait être nécessaire d'enrichir les finalités de prise en charge afin de permettre la description détaillée du projet.

La caisse des Mines est d'accord pour un recueil au séjour administratif. Elle souhaite que l'on travaille d'abord sur le contenu. En effet, la fréquence de recueil est facile à changer, et n'est qu'une conséquence du contenu.

La Croix rouge souhaite un recueil à la séquence comme en HAD. Le changement de séquence correspondrait au changement de finalité.

Concernant les travaux de la SOFMER sur un nouveau score SAS, les travaux se poursuivent.

Il est souhaité que l'ATIH se rapproche de la SOFMER pour qu'un point sur l'avancement des travaux sur le score SAS puisse être réalisé lors d'un prochain comité. La FHF rappelle son souhait

d'introduction d'une ou plusieurs échelles de dépendances les plus adaptées, performantes et validées pour le domaine réadapté

5. POINTS DIVERS

A. AUDIT CSARR

Un audit sur le CSARR est en cours. Le cahier des charges a été publié début juin, la fin du dépôt de candidature est le 05/07/2019. Le choix du prestataire sera réalisé fin Août. Le démarrage de la mission est prévu début septembre. La méthode attendue est la réalisation d'entretiens auprès de professionnels de terrain. Ces entretiens seront réalisés d'octobre à décembre 2019. La fin de l'audit est prévue pour janvier 2020.

Les fédérations souhaitent pouvoir proposer des établissements qui seraient audités.

* *

*

La date du prochain comité, qui se réunira en octobre, sera communiquée ultérieurement