

# COMITE TECHNIQUE SSR

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 14/10/2011

## Participants

<b>ATIH :</b> ➤ Housseyni HOLLA ➤ Max BENSADON ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Anne BURONFOSSE ➤ Antoinette Scherer  <b>DGOS :</b> ➤ Marie Ciannelli ➤ Eric EKONG ➤ Dominique Osselin  <b>DSS :</b>	<b>CNIM :</b> ➤ Philippe CORMIER  <b>CNAM-TS :</b> ➤ Michel ARENAZ  <b>CSSR – FHP :</b> ➤ Paul GOBIN ➤ Eric NOEL  <b>CROIX-ROUGE FRANCAISE :</b> ➤ Katy BONTINCK	<b>FEHAP :</b> ➤ Jérôme TALMUD ➤ Marine Gey  <b>FHF :</b> ➤ Bruno AUBLET-CUVELIER ➤ Gaëlle LEBAYON (FHF) ➤ Patrice Mulot (FHF)  <b>UGECAM :</b>  <b>DREES :</b> ➤ Hélène VALDELIEVRE
---	---	--

## Excusés :

- Christine MICHEL (CNIM)
- Laure-Marie ISSANCHOU (DSS)

## Prochaine réunion : COMITE TECHNIQUE SSR PLÉNIER

DATES	HORAIRES	LIEU
Vendredi 13 janvier 2012	10h00 à 13h00	ATIH - Paris

## I. VALIDATON DU CR DE LA REUNION PRECEDENTE

Le CR de la réunion précédente, en date du 18/05/2011 ayant été adressé tardivement, il est décidé de laisser une semaine aux membres du comité pour faire valoir leurs observations par voie électronique. En première intention, le CR ne semble pas soulever de remarques particulières.

Le principe de la publication sur le site de l'ATIH, des CR des comités techniques pléniers est rappelé, ainsi que le principe de transmission d'un projet de CR sous quinzaine après la tenue du comité. En retour, les membres du comité ont également 15 jours pour transmettre leurs observations, avant publication sur le site, conformément à l'objectif d'information des établissements sur les travaux techniques de l'agence présentés dans les comités.

## II. ENQUETES PT-AA ET MOLECULES ONEREUSES : ETAT DES REMONTEES – CALENDRIER

### Enquête plateaux techniques et ateliers d'appareillage 2011 (données 2010)

A la date du 7 octobre (soit une semaine après l'échéance fixée pour le renseignement de cette enquête), le taux de participation des établissements était de 90%. Une validation des données par l'ARS était attendue pour 224 des établissements participant.

L'ATIH présente les grandes lignes de la méthodologie retenue pour le traitement des données de l'enquête. La première étape consiste en un audit des données qui s'accompagnera d'échanges avec les ARS afin d'apporter les compléments d'information et les éventuelles corrections nécessaires. L'exploitation en tant que telle débutera en 2012 ; les experts qui ont participé à l'élaboration de la méthodologie de l'enquête seront associés à ces travaux.

**La FHP** formule à cette occasion une remarque : lors des enquêtes précédentes, les établissements n'avaient pas tous, selon l'avis exprimé, été informés par les ARS de la nature des validations régionales qui avaient été faites. Il est souhaité que cet écueil soit évité pour cette nouvelle enquête.

**Enquête molécules onéreuses 2011 (données 2010)**

A la date du 13 octobre (soit un jour avant l'échéance fixée pour le renseignement de cette enquête), le taux de participation des établissements était de 74%. Une validation des données par l'ARS était attendue pour près de la moitié des établissements participant. La méthodologie retenue pour le traitement des données de l'enquête suit le même schéma que celui de l'enquête PT-AA.

**III. CSARR : RESULTATS DU TEST SUR SITE**

Ce point de l'ODJ est destiné à présenter les résultats du test sur site qui s'est déroulé du 24 juin au 10 juillet dernier dans les 41 établissements volontaires retenus pour tester une première version du CSARR. L'état d'avancement des travaux, ainsi que les perspectives de déploiement de la version aboutie, en 2012, sont également présentés.

La présentation réalisée est décrite dans le diaporama joint au présent CR.

Les éléments à retenir sont les suivants : 39 établissements sur les 41 retenus ont effectivement remonté les données attendues. Les données remontées sont nombreuses, et très riches, permettant de finaliser les travaux pour une première version du CSARR, utilisable dès 2012, mais ces données pourront continuer à alimenter la nécessaire maintenance de l'outil qui devra être réalisée ultérieurement. Ainsi, près de 41 000 lignes d'actes ont été saisies, et des fichiers décrivant des actes manquants, ainsi que des documents de synthèse sur le déroulement du test ont été produits par les établissements.

Les travaux d'élaboration du CSARR se poursuivent en intégrant notamment les résultats de ce test. Une version V0 devrait être disponible, et publiée le 1<sup>er</sup> mars 2012, accompagnée d'un guide de codage.

Une formation des établissements est envisagée sur la base de cette version V0.

Le début d'utilisation du CSARR, pour un codage des "informations PMSI" est prévu à compter du 2 juillet 2012. Pendant ce 2<sup>ème</sup> semestre 2012, les établissements pourront choisir de démarrer à leur rythme, sans forcément passer d'emblée en "tout CSARR", la fonction groupage 2012 permettant d'accepter les deux formats de nomenclature (CdARR /CSARR). Il ne sera donc pas demandé de double codage CdARR / CSARR.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, seul le codage CSARR sera alors autorisé.

Les questions posées par les membres du comité sont posées au fil de la présentation.

La FHF et la FEHAP remercient l'ATIH pour la gestion du test sur site, et se félicitent qu'il donne des résultats exploitables et utiles, d'autant qu'elles tiennent à faire remarquer que, bien que volontaires, les établissements testeurs ont eu à faire face à une charge de travail très importante pour produire les informations souhaitées.

**La FHP**

- évoque le sujet des actes manquants, et s'interroge notamment sur les actes de kinésithérapie en neurologie, ainsi qu'elle a eu l'occasion de s'en inquiéter par écrit.

L'ATIH répond que ce problème a bien été identifié, et présenté lors de la formation des établissements "testeurs". Ces actes ont été insuffisamment décrits par les kinés du groupe d'experts. La production de ces actes fait partie des travaux à réaliser avant la fin de l'année, et des séances de travail avec ces professionnels sont d'ores et déjà prévues en ce sens (*cf. diapo 21*). En outre, le test a également permis d'identifier le type d'actes attendus.

- évoque le problème du niveau de précision de certains actes : trop détaillés pour certains, trop globaux pour d'autres. L'exemple de l'acte RE106 *séance de rééducation post-opératoire du membre inférieur après correction de lésion ostéoarticulaire dégénérative* est donné pour illustrer ce problème d'acte "trop global". Sur ce point, le sujet de la compétence technique des kinés pouvant réaliser ces actes est évoqué, ainsi que l'aspect trop imprécis du libellé à cet égard.

L'ATIH répond qu'elle a également identifié ces problèmes, et que plusieurs niveaux de réponse peuvent être donnés (*diapos 23, 24, 25*) :

- ❖ certains actes jugés trop détaillés seront en effet regroupés
- ❖ Par ailleurs, les conditions de codage des actes comme le RE106 seront précisées.. Toutefois, il est rappelé qu'il est prévu d'introduire dans le CSARR des "modulateurs" dont l'objet est précisément de compléter le libellé. La version 0 comportera ainsi un modulateur de lieu qui permettra ces précisions (acte réalisé en piscine, ou au lit du malade par exemple). *La FHP signale qu'elle ignorait ce point technique, et s'en déclare plutôt satisfaite.*
- ❖ enfin, le sujet de la compétence technique des professionnels est un sujet qui a fait l'objet de plusieurs remarques dans le cadre du test, et qui devra être traité. Toutefois ce sujet ne relève pas de la compétence de l'ATIH.

Sur ce point de la **compétence des professionnels**, l'ensemble des fédérations, ainsi que le CNIM estiment qu'il s'agit d'un sujet important, qu'il est nécessaire de cadrer.

**La DGOS** indique qu'elle entend bien ce sujet, en lien avec les décrets de compétence professionnelle et qu'elle le relatera en interne.

**Le CNIM** insiste sur l'intérêt de cadrer ce sujet en amont, au travers des décrets de compétence, car il a constaté, notamment à l'occasion du test sur site, que sur le terrain, la lecture des libellés (et de leur périmètre) est bien plus large que ce qui est attendu, permettant alors d'utiliser les libellés par des professionnels potentiellement non autorisés.

L'ATIHI rappelle que le recueil d'information médicalisé comporte actuellement le type d'intervenant, et qu'il n'est pas prévu à ce jour de le supprimer, laissant ainsi des perspectives, notamment en matière de contrôle *a posteriori*.

**La FHF** exprime l'idée que la fonction groupage pourrait également opérer ce type de contrôle *a priori*, à partir de l'information "intervenant"

**La FEHAP** estime important que le guide d'utilisation du Csarr renvoie à minima aux décrets de compétences, évoquant même la possibilité qu'il les reprenne largement, afin éviter toute confusion auprès des professionnels et des établissements. Pour elle, au-delà de l'aspect technique, ce sujet des compétences recouvre en effet la problématique de la responsabilité des professionnels et des établissements au regard des contrôles de l'assurance-maladie d'une part et d'éventuels contentieux avec les usagers d'autre part. Partant, elle considère donc comme essentiel de recourir au principe de précaution en informant les professionnels et établissements des éventuelles conséquences du codage s'ils ne respectent pas les décrets de compétence.

Au sujet de la **formation des établissements**, l'ensemble des fédérations, et le CNIM émettent un avis favorable à sa mise en place, et proposent qu'elle prenne la forme d'une "formation de formateurs".

En réponse à une question de La Croix Rouge, l'ATIHI précise qu'un kit de formation sera produit, et que la version V0 sera notablement différente de la version test de juin dernier. A ce titre, il n'est pas recommandé de commencer à diffuser une information sur des supports qui seront bientôt obsolètes.

Enfin, **la FEHAP** appelle l'attention sur le rôle des éditeurs dans la mise à jour des outils et sur la question récurrente de la mise à disposition en temps et en heure des différents logiciels.

#### **IV. EXPERIENCES INTERNATIONALES : PRESENTATION DE MODELES ETRANGERS**

L'ATIHI s'est livrée depuis plusieurs mois à une revue de la bibliographie internationale portant sur le champ du SSR ; l'objectif était d'identifier et de caractériser les modèles de classification utilisés et la déclinaison qui en était faite, le cas échéant, pour le financement des établissements. Ce travail fait l'objet d'une présentation en séance. Dans le cadre de ce compte-rendu, seuls les points saillants sont développés : le lecteur est invité à consulter le diaporama joint pour plus de détails.

En l'absence de publications d'articles sur ce sujet dans les revues médicales internationales indexées, la recherche bibliographique s'est donc notamment appuyée sur :

- ♦ l'examen des communications faites au cours des dernières années à l'occasion des conférences PCSI (Patient classification systems international)
- ♦ la consultation des documents disponibles sur le site des agences gouvernementales en charge des sujets considérés, lorsque ces documents étaient accessibles pour un lecteur anglophone ou francophone. Le rapport produit en juillet 2007 par le centre fédéral belge d'expertise des soins en santé (KCE) a notamment été étudié avec attention<sup>1</sup>.

Il est rappelé que cet écueil rend l'exercice de recherche bibliographique difficile. Les résultats présentés ne sauraient donc prétendre, en l'état, à l'exhaustivité et nécessiteront d'être complétés dans les mois à venir.

Les résultats présentés portent sur cinq modèles aujourd'hui mis en œuvre, au moins en partie :

- ♦ **Etats-Unis (Medicare) - « Inpatient Rehabilitation Facilities »** : classification des séjours (Case Mix Groups) et paiement prospectif à la pathologie,
- ♦ **Etats-Unis (Medicare) - « Skilled Nursing Facility Services »** : classification des journées (Resource Utilization Groups) et paiement prospectif à la journée pondérée (paiement en sus de certaines procédures),

<sup>1</sup> Ce rapport dénommé « Organisation et financement de la rééducation locomotrice et neurologique en Belgique » fait état de comparaisons internationales intéressantes. Ce document est téléchargeable à l'adresse suivante :

<http://kce.fgov.be/fr/publication/report/organisation-et-financement-de-la-r%C3%A9adaptation-locomotrice-et-neurologique-en-bel>

- ♦ **Canada (province de l'Ontario) – structures de rééducation habilitées** : classification des séjours (Réhabilitation Patient Groups) et modulation des mesures nouvelles dans un contexte de budget global ; les prises en charge pédiatriques ne sont pas prises en compte par ce modèle ; c'est le cas également de quelques segments d'activité adulte (prise en charge des brûlés par exemple),
- ♦ **Australie (Etat de Victoria) – structures de rééducation habilitées** : classification des séjours<sup>2</sup> (casemix Rehabilitation and Funding Tree) et construction d'objectif quantifié annuel d'activité ; les prises en charge pédiatriques ne sont pas prises en compte par ce modèle ; c'est le cas également de quelques segments d'activité adulte (amputés, traumatismes crâniens, blessés médullaires, brûlés par exemple),
- ♦ **Australie (Etat du New South Wales) – structures « labellisées » susceptibles de prendre en charge des patients subaigus ou relevant d'un long séjour** : classification AN-SNAP<sup>3</sup> englobant un champ d'activité très large (rééducation, gériatrie, soins palliatifs, psycho gériatrie, séjours de répit pour les aidants, long séjour, ambulatoire) ; périmètre de pondération différent selon le segment d'activité considéré (séjours, phase, journée) ; outil de parangonnage inter établissements.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de ces cinq expériences.

Quatre des modèles de classification présentés s'inspirent très largement des DRG. Les critères pris en compte dans l'algorithme de ces classifications présentent de grandes similitudes : diagnostics, dépendance fonctionnelle<sup>4</sup>, âge pour certaines situations, CMA parfois. Les « Resource Utilization Groups » constituent une exception à cette règle puisque cette classification prend en compte des temps de rééducation et accorde un moindre poids aux diagnostics.

Un même modèle conceptuel de classification (au séjour, à la phase ou à la journée) peut conduire à des applications très différentes en matière de financement des établissements. Il n'y a, dans les faits, aucune inférence directe possible.

Dans la plupart des expériences présentées, certaines activités ont été exclues du périmètre couvert par le modèle « standard » de classification ou de financement : c'est le cas, par exemple, des activités pédiatriques ou des brûlés.

En marge de ces cinq modèles « opérationnels<sup>5</sup> », la recherche bibliographique a permis de mettre en exergue des travaux exploratoires qui sont aujourd'hui menés sous l'égide de l'OMS dans le champ du SSR (programme « ICF Core Sets »). L'objectif poursuivi dans ce cadre est d'élaborer une classification structurée autour de la caractérisation détaillée de la déficience fonctionnelle des patients et de sa traduction en termes de handicap ; la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) serait alors au cœur du dispositif de description de l'activité. Sur cette base, un modèle de financement serait alors construit qui viserait à couvrir les besoins effectifs de chaque groupe de patients. Ces besoins seraient formalisés sous la forme de parcours de soins.

Le centre fédéral belge d'expertise des soins en santé s'est livré à un examen attentif de ce modèle conceptuel en recueillant notamment l'avis d'experts internationaux. Il apparaît que la CIF constitue effectivement un outil d'une grande richesse potentielle pour décrire la dépendance fonctionnelle et la traduire en besoins de rééducation. Toutefois cette classification n'est pas opérationnelle, en l'état, pour répondre à cet objectif (les dimensions décrites ne font l'objet d'aucun « scoring » par exemple). Par ailleurs, l'élaboration de parcours de soins faisant consensus parmi les experts s'avère être un exercice délicat et très long.

En conclusion, l'ATIH rappelle que cette revue des expériences internationales n'a pour objectif que de prendre connaissance des options prises dans d'autres pays en matière de description de l'activité SSR et de financement de cette activité. Cette connaissance est de nature à enrichir notre propre réflexion dans le cadre du projet T2A SSR. Toute transposition *ad integrum* d'un modèle étranger est toutefois à proscrire : chaque pays présente en effet des spécificités propres en matière d'organisation et de mécanisme de financement de son offre de soins, et ces spécificités sont très structurantes pour les sujets considérés.

<sup>2</sup> La pondération de chaque séjour est donc fonction du groupe dans lequel il est classé. Il est intéressant de noter que cette pondération au séjour ne couvre qu'une étendue de journées de prise en charge limitée (+/- 4 jours autour de la durée moyenne de référence identifiée pour chacun des groupes). Au-delà de cette limite, le séjour bénéficie d'une pondération complémentaire à la journée.

<sup>3</sup> Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient

<sup>4</sup> Cette dépendance est cotée sur la base de différentes grilles d'évaluation : MIF, AVQ, Barthel.

<sup>5</sup> Au moins pour partie.

## V. QUESTIONS DIVERSES

Sans objet

\*      \*

     \*

la date de la prochaine réunion du comité est fixée  
**au 13 janvier 2011, de 10h à 13h, à l'ATIH Paris**