COMITE TECHNIQUE PLENIER SSR

Compte-rendu de réunion

Date : 08 juillet 2014

Heure : 14h-17h

Lieu : ATIH

Participants

- CRF	D. Vial, E. Genestier
- FEHAP	P. Métral, C. Rea, J. Talmud
- FHF	B. Aublet-Cuvelier, B. Garrigues, S. Gomez
- FHP-SSR	B. Bordet, E. Noël, F. Sanguignol, R. Simon-Prel
- UGECAM	M-C. Locret-Briolat
- CNIM	P. Cormier
- SOFMER	B. Barrois, E. Bayen
- CNAMTS	D. Mena-Dupont
- DGOS	P. Blondel
- DREES	H. Valdelièvre
- DSS	D. Dumont
- ATIH	A. Buronfosse, N. Dapzol, J. Dubois, A. Menu, N. Melin, C. de Peretti, V. Pisetta, G. Robert, M. Saïd

Absents - Excusés

- M. Cianelli, I. Prade (*DGOS*)
- L-M. Issanchou (*DSS*)
- H. Holla, C. Prodom (*ATIH*)

1. INTRODUCTION

Dans un premier temps, l'ATIH a précisé le calendrier des étapes relatives aux décisions puis à la mise en œuvre des évolutions du recueil PMSI SSR. Lors de ce comité technique (CT) plénier SSR, il est attendu des décisions sur les évolutions retenues pour 2015, ainsi que la définition des travaux complémentaires à réaliser pour le CT plénier suivant prévu en octobre.

Puis l'ATIH a présenté l'ordre du jour :

- Avancée des travaux « Dépendance SSR » ;
- Avancée des travaux « Recueil SSR » ;
- Évolutions de la classification GME : révision des CMA¹ en SSR ; révision du groupe nosologique (GN) AVC ;
- Présentation des évolutions 2015 des nomenclatures (CIM-10, CCAM, CSARR).

¹ Le point relatif aux « CMA en SSR » n'ayant pu être traité en séance, sa présentation est reportée au CT plénier SSR d'octobre 2014. Les diapositives afférentes ont été supprimées du diaporama.

2. AVANCEE DES TRAVAUX « DEPENDANCE SSR »

L'ATIH a présenté les travaux réalisés avec le groupe de travail « dépendance SSR » (réunions les 11 et 31 mars 2014). Différents axes d'amélioration ont été envisagés : réduction de la fréquence du recueil de l'AVQ, modification du moment du recueil (« à l'entrée » (↔ dans les premiers jours), plutôt qu'en fin de semaine), amélioration des consignes de codage de la « grille AVQ », description de la dépendance pour la toilette, renforcement de la description des troubles cognitivo-comportementaux, augmentation du nombre de niveaux de cotation des variables, réalisation d'une étude métrologique de la « grille AVQ ».

À partir des analyses menées par l'ATIH et des propositions émises par les experts du groupe « dépendance SSR », différents types d'actions sont envisagés pour fiabiliser la description de la dépendance des patients dans le PMSI SSR. Ces actions sont déclinées en 4 scénarios distincts soumis au CT plénier SSR :

- 3 scénarios conservatoires :
 - scénario 1a : clarification des consignes de la « grille AVQ » (seul scénario dont la mise en œuvre serait possible dès 2015),
 - scénario 1b : amélioration des consignes de la « grille AVQ » et recueil de la cotation de chaque action,
 - scénario 1c : scénario 1a (ou 1b) et ajout de variables cognitives (proposition SOFMER) ;
- Scénario 2 : remplacement de la « grille AVQ » par une nouvelle échelle d'évaluation de la dépendance.

Le rapport décrivant les travaux du groupe « dépendance SSR » et les scénarios d'évolution sera adressé fin juillet aux membres du CT plénier SSR. La position de chaque institution sur les différents scénarios sera sollicitée via un questionnaire dont le retour est attendu pour la 1^{ère} quinzaine de septembre. Le choix d'un scénario sera fait lors du prochain CT plénier SSR sur la base des réponses des fédérations.

Cette présentation suscite de la part des participants différentes remarques qui sont retracées ci-dessous. Ces éléments constituent un premier échange qui devra être consolidé via le retour formalisé qui sera fait en réponse au questionnaire accompagnant le « Rapport dépendance SSR » (cf. encadré *supra*).

La FHF indique qu'il conviendrait d'utiliser une échelle validée métrologiquement. Il y aurait actuellement un déficit de publication sur la dépendance en SSR ; une échelle validée donnerait la possibilité de publier des études réalisées à partir du PMSI SSR. Une homogénéité des échelles entre les champs SSR, HAD et Psychiatrie avec, au minimum, un tronc commun est souhaitable. Le recueil de la dépendance en début de séjour devrait intervenir après quelques jours d'observation, et pas dès le 1^{er} jour. Par ailleurs, la FHF indique qu'au-delà de l'évaluation de la dépendance, il conviendrait à moyen terme aussi de s'interroger sur les modalités de prise en compte de l'incapacité fonctionnelle.

La FHP-SSR souhaite que la « simplicité de codage de la dépendance » soit un critère de décision prégnant dans le choix qui sera opéré. Elle indique que les différentes grilles étudiées dans le cadre du groupe dépendance répondaient chacune aux besoins spécifiques inhérents à un segment d'activité particulier : il n'y aurait donc pas de « grille idéale » susceptible de couvrir l'ensemble des situations cliniques prises en charge en SSR ; partant de ce constat, la « grille AVQ » pourrait être conservée, sous réserve d'en améliorer l'utilisation. La FHP-SSR souhaite avoir une vision globale de toutes les évolutions du recueil avant de se prononcer sur le cas particulier du codage de la dépendance.

La FEHAP serait favorable à la conservation de la « grille AVQ » actuelle avec renforcement des consignes de codage. Elle rappelle que la dimension des troubles cognitifs n'est aujourd'hui pas évaluée. Il conviendrait donc d'enrichir la grille AVQ d'un axe cognitif ou d'opter pour une grille *ad hoc*, spécifique à l'évaluation des troubles cognitifs, qui compléterait l'évaluation de la grille AVQ.

La SOFMER estime qu'il n'est pas souhaitable de réinventer une grille qui demanderait « 30 minutes pour être remplie » ; il s'agit d'être réaliste, d'améliorer tout en simplifiant le codage. La SOFMER rappelle que la « grille AVQ » n'est certes pas validée métrologiquement en SSR ; elle est pour autant utilisée en SSR depuis plus de 20 ans. De l'avis de la SOFMER, la grille AVQ ne serait pas « valable » métrologiquement.

3. AVANCEE DES TRAVAUX « RECUEIL SSR »

a. Travaux « recueil SSR » : cadre général

En préambule, l'ATIH rappelle que l'objectif poursuivi est de simplifier et alléger le recueil d'information en SSR pour le PMSI, tout en conservant les informations nécessaires au groupage des prises en charge d'une part et aux travaux classificatoires d'autre part. Dans cette perspective, différentes hypothèses de travail peuvent être envisagées, à court, moyen ou plus long terme.

La périodicité du recueil PMSI pourrait être réinterrogée. Ce recueil se fait aujourd'hui selon un rythme hebdomadaire, l'ensemble des variables du RHS étant réévaluées chaque semaine. Il conviendrait de s'interroger sur l'opportunité de recueils hebdomadaires « allégés² » voire, à plus long terme, sur un recueil au séjour pour l'hospitalisation complète.

La caractérisation des variables de « morbidité » (principale, associée, dépendance) pourrait également être revisitée.

Ces différentes perspectives feront l'objet de travaux complémentaires qui seront exposés et discutés avec les experts du groupe technique « recueil SSR », groupe qui a tenu une première réunion de travail le 22 mai dernier.

Avant que la parole ne soit laissée aux membres du CT pour faire part de leurs remarques concernant ce cadre général, l'ATIH indique qu'il n'est pas envisagé pour 2015 de changer la périodicité hebdomadaire du recueil (maintien des [RHS]). Les évolutions qui sont proposées à cette échéance portent sur d'autres aspects évoqués en points (a), (b) et (c) de ce CR.

Discussion : La FHP-SSR estime qu'une cible de type « recueil au séjour » ne peut être validée à ce stade des travaux ; une vision globale des évolutions à venir est souhaitée, en particulier une visibilité sur les travaux relatifs à l'intensité de RR ou aux « séquences » en SSR.

² Ciblés par exemple sur la description des événements intercurrents.

La FHF se prononce en séance pour le maintien d'un recueil hebdomadaire, éventuellement allégé, et met en garde contre une évolution trop hâtive vers un recueil au séjour ou un recueil à la « séquence » comme c'est le cas aujourd'hui en HAD ou en psychiatrie (expériences qui mettent en lumière les limites d'une séquence définie par les acteurs).

La FEHAP estime que les séjours ne sont pas homogènes en SSR. Elle rappelle que les éléments discriminants permettant de distinguer différentes séquences n'ont pu être identifiés à partir des bases PMSI SSR, pour le moment. Enfin, les séjours longs en SSR nécessiteront une étude particulière et probablement une gestion spécifique dans le cadre de l'évolution du recueil.

Enfin les fédérations et le CNIM souhaitent travailler rapidement sur l'évolution du recueil des variables de morbidité, en particulier les trois variables de morbidité principale (FP, MMP, AE).

b. Périodicité du recueil des variables décrivant la dépendance

L'ATIH propose d'alléger dès 2015 le codage de la dépendance en réduisant la fréquence de recueil des six variables de la « grille AVQ ». En hospitalisation complète, le recueil de la dépendance serait limité aux 1^{er} et dernier RHS du séjour, ainsi que toutes les 4 semaines (pour les séjours de durée supérieure à un mois). Cette proposition est étayée par des travaux statistiques présentés en séance qui montrent que la réduction de la fréquence du recueil n'a qu'un impact limité sur l'estimation des valeurs moyennes de dépendance (voir diaporama).

Discussion : les fédérations rappellent que la dépendance n'est pas systématiquement réévaluée toutes les semaines dans certains établissements ; les logiciels permettant de copier les valeurs d'AVQ de la semaine précédente. La stabilité des valeurs de l'AVQ, telle qu'appréciée par les analyses statistiques, pourrait être expliquée, pour partie, par un biais de mesure.

L'ATIH sollicite la position des institutions participant au CT plénier SSR sur la proposition présentée. Seules la Croix-Rouge Française, la FHP-SSR et la SOFMER ont d'emblée émis un avis favorable pour alléger le recueil de la dépendance dès 2015 ; les autres fédérations et le CNIM ont demandé un délai de réflexion.

La FEHAP estime que les séjours ne sont pas homogènes et, comme la FHP-SSR et la Croix-Rouge Française, demande la possibilité de coder la dépendance en cas d'événement intercurrent.

La FHF s'interroge sur l'opportunité des recueils intermédiaires (« soit toutes les semaines », soit « à l'entrée et à la sortie ») ; les décisions d'évolution devront être étayées par des travaux étudiant l'homogénéité des séjours et le lien entre variables de « dépendance » et les autres variables de « morbidité ».

Sans être opposée au codage de la dépendance lors d'événements intercurrents, l'ATIH s'inquiète toutefois de consignes qui auraient des marges d'interprétation importantes et difficilement contrôlables, voire inexploitable. Elle estime que le codage des événements intercurrents en CIM-10 devrait permettre leur prise en compte dans la classification, par exemple au travers des CMA.

L'ATIH entend la demande de certains d'avancer par étapes. Elle précise toutefois que les décisions devront être prises à la fin du mois de juillet pour être en mesure d'engager des modifications en 2015. Un délai de réflexion est accordé ; la position des institutions participant au CT SSR sera sollicitée par mail.

c. Continuité médicale de prise en charge

L'ATIH propose d'introduire une variable permettant de préciser si deux séjours administratifs successifs d'un même patient, dans un même établissement, correspondent, ou non, à une même prise en charge thérapeutique. Cette variable permettrait de relier les séjours relevant d'un même motif et d'une même prise en charge thérapeutique, mais artificiellement interrompus du fait du périmètre « administratif » des séjours qui implique leur interruption en cas de permission de plus de 48 heures. Il s'agirait d'une variable médicale, déclarative en Oui/Non.

Pour 2015, cette variable serait codée pour les seuls séjours d'hospitalisation complète avec interruption d'une durée maximale de 5 jours. Les consignes de codage de cette nouvelle variable seraient développées dans le *Guide méthodologique PMSI SSR*. En 2015, cette variable ne serait pas utilisée pour le groupage en GME des séjours.

À terme, l'utilisation de cette variable pourrait être élargie aux hospitalisations à temps partiel pour retracer les « parcours de soins » (↔ prise en charge à temps partiel s'inscrivant dans la continuité, le même projet thérapeutique, que le séjour à temps complet précédent).

Discussion : La FEHAP alerte sur l'appellation de cette variable : « continuité du projet thérapeutique » serait préférable à « continuité médicale » qui semble limiter le champ aux soins médicaux. Elle s'interroge par ailleurs sur l'impact de cette mesure sur les règles administratives encadrant les prestations inter-établissements. L'ATIH indique qu'il n'y aura pas d'impact.

Il est demandé que soit explicité l'apport de cette variable par rapport au chaînage des séjours. L'ATIH explique que le n° anonyme de chaînage est produit automatiquement à partir du n° de sécurité sociale, du sexe et de la date de naissance des patients. Il ne permet pas, pour deux séjours consécutifs, de se prononcer sur la notion de « poursuite du même projet thérapeutique ».

La plupart des fédérations se sont déclarées favorables à la création de cette variable dès 2015, à l'exception de la FHP-SSR et du CNIM. Ce dernier n'a pas souhaité se prononcer en séance. La FHP-SSR a émis un avis défavorable : elle estime que cela représente une charge de travail supplémentaire inutile pour les médecins et souhaite que l'on se limite à une expérimentation en 2015 avec codage facultatif.

d. Type d'autorisation de l'unité médicale

Actuellement, le fichier FICUM en SSR ne permet le renseignement que d'un seul type d'autorisation pour une même unité médicale, ce qui correspond à la situation dans la plupart des cas. Toutefois, il existe des unités médicales regroupant des patients pris en charge par des équipes pluridisciplinaires exerçant des autorisations (attribuées à l'établissement) différentes, notamment pour la pédiatrie. Pour ces unités, il est souhaitable que soit précisé le type d'autorisation exercée par l'équipe prenant en charge le patient.

L'ATIH propose les aménagements suivants :

- l'unité médicale reste l'unité d'hébergement du patient, son recueil est inchangé ;
- la variable « type d'autorisation de l'unité médicale » fait référence à l'autorisation exercée par l'équipe qui prend en charge le patient ;

- dans le fichier FICUM, ouverture de la possibilité d'avoir plusieurs autorisations par unité médicale

Discussion : L'ensemble des institutions représentées au CT plénier SSR est favorable à cette évolution dès 2015.

La FEHAP alerte sur les unités « neuro-locomoteurs ». Le choix d'une mention « neurologie » ou « locomoteur » pourrait être difficile pour certaines prises en charge.

Le CNIM regrette qu'une présentation des prises en charge par type d'autorisation n'ait pas été effectuée.

La FHP-SSR insiste sur le fait qu'une « mention spécialisée » est attribuée à un établissement. Le libellé de la variable pourrait être « équipe exerçant l'autorisation accordée à l'établissement ».

L'ATIH validera avec la DGOS la définition de cette variable afin de garantir la cohérence d'expression avec l'arrêté PMSI SSR qui devra être également ajusté.

4. REVISION DU GN « ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX »

L'ATIH a d'abord rappelé l'importance volumétrique du GN AVC qui recouvre, en outre, une forte diversité des situations en termes de prises en charge. Afin de rendre plus lisible la description actuelle des prises en charge post AVC en SSR, l'ATIH propose de segmenter le GN AVC en plusieurs GN selon la (les) déficience(s). A ce stade des travaux, la segmentation étudiée pour le GN AVC est la suivante :

- Un GN regroupant les AVC avec coma³ (),
- Un GN regroupant les AVC avec tétraplégie,
- Un GN regroupant les AVC avec hémiplégié,
- Un GN regroupant les AVC « autres », c'est-à-dire sans tétraplégie, ni hémiplégié, ni coma. 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 « morbidité principale » (MMP).

L'ensemble des analyses ayant conduit à cette proposition avaient été présentées au « groupe AVC » (réunion le 25 juin 2014). Des travaux statistiques complémentaires avaient été demandés pour étudier les effets respectifs, sur la DMS et les coûts, des codes CIM-10 de troubles cognitifs et de dépendance « cognitive » mesurée par la « grille AVQ » (voir diaporama).

Cette étude a été limitée aux AVC avec hémiplégié. Elle montre une augmentation de la DMS lorsque le score cognitif augmente, avec un effet majoré lorsque des troubles cognitifs ont été codés en CIM-10. Cette augmentation est plus marquée lorsque la dépendance cognitive est importante. Un effet similaire est observé pour les coûts journaliers, mais sans tendance nette quant à l'augmentation de l'écart pour les scores cognitifs élevés. Ces observations indiquent que les diagnostics de troubles cognitifs et la dépendance cognitive ne sont pas redondants. Ceci incite à

³ Les AVC avec états végétatifs chroniques ou états pauci-relationnels relèvent *a priori* du GN 0103 « états végétatifs chroniques, états pauci-relationnels ».

explorer l'opportunité de créer deux GN « AVC avec hémiplegie » en fonction de l'existence, ou non, de troubles cognitifs.

Discussion : Pour les participants, ces résultats semblent assez logiques dans la mesure où le score « cognitif » de la « grille AVQ » ne recouvre pas l'ensemble des troubles cognitifs⁴. Toutefois, la SOFMER estime que la liste des troubles cognitifs utilisée pour l'étude de l'ATIH est incomplète : il manque des troubles cognitifs importants tels que l'aphasie, l'héminégligence et les troubles dys-exécutifs ; la SOFMER reverra et complétera la liste des troubles cognitifs et adressera à l'ATIH ces propositions complémentaires.

La FHP-SSR demande que les troubles sphinctériens ainsi que les troubles de la déglutition soient également pris en compte.

L'ATIH présentera la suite des travaux sur le GN AVC au prochain CT plénier SSR, en particulier les racines de GME créées pour les nouveaux GN « AVC déficience(s) ».

5. ÉVOLUTIONS DES NOMENCLATURES EN 2015 (voir diaporama)

a) CIM-10

Il y aura peu d'évolutions liées à l'OMS en 2015 ; ce seront essentiellement des modifications de notes ou d'inclusion.

- Exemple, pour le diabète : les mentions « *de type 1* » et « *de type 2* » remplaceront les mentions « *insulinodépendant* » et « *non insulinodépendant* ».

Les évolutions liées aux extensions nationales pour les besoins du PMSI en 2015 sont plus notables.

- **Précarité** : un travail a été réalisé avec un groupe technique MCO pour mieux décrire la précarité. Des consignes de codage ont été précisées et 19 extensions de code créées (revenus, analphabétisme, non compréhension du français, sans abri, logement, absence de couverture sociale, personne isolée, ...).
- **Dans le champ infectieux** :
 - Actualisation du fascicule d'infectieux et simplification des consignes de codage des infections graves et des codes de sepsis ;
 - Précision des consignes d'utilisation des codes de résistance ;
 - Enrichissement des codes de résistance aux antibiotiques et création de codes permettant de décrire les situations de résistance aux anti-infectieux sur portage sain ;
 - Création de codes spécifiques à certains germes (*acinetobacter*, *citrobacter*).
 - Création d'extensions en Z40.0 (Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes) afin d'identifier les organes concernés : sein, ovaire, colon, autres.

⁴ Au sens strict, les variables « cognitives » de la grille AVQ n'évaluent pas l'ensemble des fonctions cognitives mais plutôt des troubles du comportement et de la communication. Il manque par exemple les fonctions mnésiques.

- Pour les fractures, il est proposé de rendre obligatoire la saisie du caractère ouvert ou fermé d'une fracture.

b) CCAM : vers une CCAM à usage « PMSI »

L'ATIH a réalisé une première version de la CCAM adaptée au PMSI avec notamment :

- des informations ajoutées en regard des codes et libellés pour faciliter les recherches,
- des informations propres au PMSI : caractère classant opératoire pour le MCO, listes pour classification des GHM,
- informations sur les actes admettant un forfait tels que les forfaits FSD, FSM, Se etc.
- l'identification des mises à jour de la CNAMTS,
- l'identification des adaptations ATIH
- le signalement des avis HAS.

Pour 2015, il est prévu, sur le modèle de ce que propose l'ATIH pour la CIM, de proposer des extensions de codes pour des actes qui pourraient être dédoublés pour les besoins du PMSI ou être inscrits à titre descriptif, avant la décision de remboursement, lorsqu'ils ont été évalués par la HAS avec un service attendu suffisant.

Les extensions de codes envisagées vont conduire à une évolution des formats du RHS pour le recueil 2015 dont les éditeurs de logiciels vont être informés.

Discussion : La FHF se déclare favorable à la publication d'une CCAM descriptive, car après autorisation par la HAS, les délais d'inscription des nouveaux actes par l'assurance maladie sont trop importants. Le CNIM demande s'il y aura également une mise à jour corrective du *Guide de lecture de la CCAM*. L'ATIH confirme que cette mise à jour est prévue pour 2015. La FHP-SSR demande que l'ATIH informe rapidement les éditeurs de logiciels des évolutions de format du RHS.

c) CSARR

- La description des actes de fabrication d'appareil d'immobilisation ou de posture en plâtre ou résine va être proposée à la structure de maintenance du CSARR. Si cette évolution est retenue, ils figureront dans le paragraphe 09.02.04.
- Pour distinguer les actes réalisés dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique qui figurent dans le sous chapitre 10.01, de ceux relatifs à *l'autosoins*, à *l'information* et à *l'éducation* réalisés en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique, la rédaction des sous-chapitres 10.02, 10.03 et de leurs paragraphes sera modifiée dans la version 2015.
- Des travaux sont en cours sur la *rééducation du cardiaque à l'effort*, quelques actes d'orthophonie, et la description d'orthèses pour le traitement des brûlés ; si le degré d'avancement des travaux le permet, elles seront soumises au comité des experts du CSARR et au comité de suivi.
- Le guide de lecture du CSARR précisera que les actes réalisés en établissement SSR par un professionnel libéral qui facture ses actes en NGAP, doivent être codés en CSARR pour identifier les actes dont a bénéficié le patient.

- La question de rendre obligatoire le codage de la date de réalisation des actes est posée.

Discussion : La FHP-SSR demande un bilan du codage des extensions liées à l'utilisation des plateaux techniques. Elle exprime également le besoin d'avoir une visibilité plus importante sur les travaux RR, en particulier la prise en compte du score RR par la classification GME. L'ATIH rappelle que les travaux RR reprendront prochainement dans le cadre de l'analyse de l'enquête CSARR sur les données de l'ENC SSR. Les établissements doivent transmettre à l'ATIH les fichiers en octobre 2014 ; un groupe d'analyse spécifique sera alors constitué. Par ailleurs le codage du code extension documentaire ayant commencé début mars, les informations disponibles sont actuellement très partielles.

La FHF demande la date de publication sur le site internet d'un fichier CSARR Excel affichant les pondérations qui a été annoncé avec la V2. L'ATIH le publiera dès que possible.

Concernant le codage de la date de réalisation des actes CSARR, la FHP-SSR n'est pas favorable à ce qu'elle soit obligatoire ; cela augmenterait la charge de travail des établissements. La FHF demande comment sera utilisée cette information. L'ATIH précise que la date de réalisation des actes permettrait d'étudier la cohérence de codage des associations d'actes avec les gestes complémentaires et les modulateurs.

d) Médicaments et dispositifs médicaux

- Information sur l'évolution des codes UCD qui passent de 7 à 13 caractères. Cela n'entraîne pas de modifications du format de recueil qui est suffisant. Les éditeurs de logiciel devront être informés

* *
*

Prochaine réunion du comité technique plénier SSR :

Jeudi 09 octobre 2014 à 14h, à l'antenne parisienne de l'ATIH.