

COMITÉ TECHNIQUE SSR Plénier**Compte-rendu de réunion****Date : 13 décembre 2013****Heure : 14h00-17h00****Lieu : ATIH Paris****1. PARTICIPANTS**

<p>DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ P. BLONDEL ➤ D. OSSELIN <p>DREES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ H. VALDELIEVRE <p>CNAM-TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A. FOUARD ➤ D. MENA-DUPONT <p>ATIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A. BURONFOSSE ➤ J. DUBOIS ➤ H. HOLLA ➤ N. MELIN ➤ A. MENU ➤ C. PRODOM ➤ M. SAÏD 	<p>CROIX-ROUGE FRANÇAISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ D. VIAL <p>FEHAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ P. METRAL ➤ C. REA ➤ J. TALMUD <p>FHF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ B. AUBLET-CUVELIER ➤ P. MULOT ➤ B. GARRIGUES 	<p>FHP-SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ E. NOEL ➤ F. SANGUIGNOL ➤ R. SIMON-PREL <p>UGEAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ M-C. LOCRET-BRIOLAT <p>SOFMER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ B. BARROIS ➤ G. RODE
---	---	--

ABSENTS - EXCUSÉS :

- E. Genestier (CRF)
- P-Y. Roussel (FEHAP)
- G. Lebayon (FHF)
- P. Gobin (FHP-SSR)
- P. Cormier, C. Michel (CNIM)
- M. Arenaz (CNAM-TS)
- M. Cianelli (DGOS)
- M-F. Foresti-Mercier, L-M. Issanchou (DSS)

2. ORDRE DU JOUR

- Point d'information sur la nouvelle organisation du service CIM-MF
- Documents et outils relatifs à la classification en GME : point des publications du 2nd semestre 2013
- Évolutions PMSI SSR 2014 : présentation synthétique
- Travaux « activité SSR » : point de leur avancée, et focus particulier sur les thèmes suivants :
 - Activité de Rééducation - Réadaptation : maintenance du CSARR, enquête « durée et conditions de réalisation des actes »
 - Pédiatrie SSR
 - Recueil - Séquences de prise en charge SSR
 - Dépendance
 - Indice de pondération
 - CMA SSR
- Questions diverses

La présentation faite en séance est jointe au compte-rendu.

3. INTRODUCTION

L'ATIH présente le nouvel organigramme du service CIM-MF ; avec notamment :

- la responsabilité de chef de service adjoint conférée au Dr Anne BURONFOSSE,
- la responsabilité du pôle SSR-Psychiatrie confiée au Dr Axelle MENU,
- la responsabilité du pôle Statistiques médicales confiée à Mme Mériem SAÏD,
- la responsabilité du pôle Nomenclatures de santé confiée au Dr Nicole MELIN.

Vient ensuite un point sur les publications PMSI SSR du second semestre 2013 avec confirmation de la publication, en cette fin d'année, du rapport¹ des travaux 2011-2012 relatifs à la construction de la première version de la classification en GME.

4. ÉVOLUTIONS PMSI SSR 2014

Présentation des évolutions qui vont être mises en œuvre en 2014 et du calendrier des publications de fin d'année. Les fédérations alertent l'ATIH sur le caractère trop tardif (décembre 2013 pour une mise en œuvre en janvier 2014) de l'annonce des modifications et de la publication de la documentation afférente.

4.1 RECUEIL D'INFORMATION

Les variables du recueil (**RHS**) de la morbidité et de la dépendance restent inchangées en 2014.

Concernant les actes de rééducation-réadaptation, la version 2 du CSARR comporte 14 créations et 8 suppressions de codes, ainsi que quelques modifications de libellés et de notes.

Parmi les nouveautés CSARR 2014, il faut noter que :

- le codage du nombre de patients devient obligatoire ;
- pour les actes pluri-professionnels, seul un professionnel code l'acte et le codage du « nombre d'intervenants » devient obligatoire (facultatif sinon) ;
- pour les actes d'appareillage, le codage des étapes (A, B, C) devient également obligatoire.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit de fiabiliser et de simplifier la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie en s'appuyant sur les données du PMSI. En conséquence des modifications sont apportées au fichier **VIDHOSP** pour permettre une répartition des charges hospitalières entre régimes la plus fiable possible.

Pour les établissements financés par la DAF, une nouvelle variable, *Code gestion*, issue des informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie est ajoutée au fichier VIDHOSP.

Par ailleurs, la saisie des variables *Code participation assuré ; N° d'entrée ; Rang de naissance ; Rang du bénéficiaire ; N° caisse gestionnaire ; N° centre gestionnaire* ; auparavant facultative, devient obligatoire.

La production du fichier **FICHCOMP**, destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses, est rendue obligatoire pour les établissements financés par l'OQN.

¹ http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2263/2013_12_19_rapport_classification_ssr_v4.pdf

Les modalités techniques sont identiques à celles définies pour les établissements sous DAF et s'appliqueront, pour les établissements sous OQN, à compter de mars 2014.

4.2 FONCTION GROUPE GME

L'algorithme de la fonction groupage 1.2 de la classification GME est identique à celui de la version 1.1.

Les listes d'entrée en catégorie majeure et groupe nosologique ont été ajustées pour implémenter les modifications CIM-10 2014 et prendre en compte la correction de quelques anomalies. Les évolutions CSARR V2 ont également été intégrées avec révision de l'annexe 8 du manuel de groupage SSR relative aux pondérations des actes de RR.

En réponse à une question de la FEHAP sur le codage CIM-10 des situations de précarité sociale, l'ATIH précise que le sujet est en cours d'expertise avec un groupe technique dédié. Pas d'évolution CIM-10 en 2014 pour ces codes.

À partir de 2014, les modalités de groupage de l'hospitalisation complète évoluent et le groupage inter-années, des séjours administratifs commencés en 2013 et se poursuivant en 2014, devient possible, dans la limite de la 1^{ère} semaine de 2013 (RHS du lundi 31/12/2012).

La FHP-SSR précise que certains établissements intègrent la fonction groupage sans recourir à une société prestataire. Elle demande à l'ATIH de publier les modalités de la requête d'extraction des RHS des séjours inter-années.

4.3 CONTROLES GENRHA / ERREUR A900

Dans le cadre des contrôles de cohérence inter suites de GENRHA, l'erreur A900 a pour objet d'identifier les séjours simultanés. Ce contrôle a été affiné par l'ajout d'un test sur les journées de présence commune lorsque les dates de début et de fin, des séjours comparés, sont identiques. Cette modification est effective à compter de la transmission M10 2013.

5. TRAVAUX « ACTIVITÉ SSR »

Un point d'avancement des travaux en cours est réalisé avec présentation du calendrier des réunions thématiques.

Des focus sont proposés sur les thèmes suivants :

- Pédiatrie,
- Rééducation-réadaptation,
- Échelles de dépendance,
- Recueil SSR,
- Échelle de pondération,
- ainsi que CMA SSR.

La FHP-SSR exprime le souhait que l'analyse des liens entre « activités SSR » et « mentions spécialisées versus SSR polyvalent » constitue un fil rouge des travaux menés par l'ATIH.

La FHF et la FEHAP signalent de possibles biais dans le renseignement des « autorisations » par UM pour certains établissements. Ce point sera expertisé par l'ATIH en lien avec la DGOS.

5.1 PÉDIATRIE

Un groupe technique dédié a travaillé à l'identification des spécificités de l'activité de SSR pédiatrique. Pour alimenter la réflexion du groupe, l'ATIH s'est appuyée sur une analyse du case-mix national pédiatrique et sur des propositions formalisées relatives à la prise en charge des enfants en SSR adressées par les fédérations au cours du 1^{er} semestre 2013.

Ces travaux ont permis d'identifier des axes de travail relevant de l'ATIH et d'autres de la DGOS.

Outre la publication, qui sera effective en 2014, de restitutions spécifiques « Pédiatrie » dans MAT2A SSR (e-PMSI), l'ATIH devra améliorer la description :

- des activités de rééducation – réadaptation – réinsertion pédiatriques,
- des diagnostics pédiatriques,
- de la dépendance en pédiatrie.

La FEHAP a réuni un groupe de pédiatres spécialistes des troubles « dys » afin de caractériser les situations cliniques des enfants pris en charge en SSR voire en psychiatrie. Ce groupe pourra ainsi proposer à l'ATIH des axes d'amélioration de la description PMSI des troubles « dys ». Les troubles du comportement fréquemment associés seraient à l'origine d'une disparité, entre établissements, du codage et du groupage des séjours. Des recommandations de codage pourraient être apportées par l'ATIH dans le *Guide de production PMSI SSR*.

L'étude des situations de polyhandicap lourd, bénéficiant depuis 2013 de consignes de codage CIM-10 spécifiques², devra être menée ainsi que l'analyse de la spécificité des coûts pédiatriques.

La DGOS pour sa part est chargée :

- d'étudier l'opportunité d'une évolution des règles de gestion des séjours administratifs (fréquemment interrompus en SSR pédiatrique du fait de « permissions » prolongées au-delà de 48h),
- de caractériser les activités « hors séjours » et sans présence du patient,
- d'évaluer l'impact pour les établissements de la scolarisation et de l'accueil des parents,
- de définir les établissements de recours.

5.2 RÉÉDUCATION – RÉADAPTATION (RR)

L'ATIH souhaite mener une enquête relative à la « durée et aux conditions de réalisation des actes CSARR » pour disposer de données récentes et ainsi revisiter la pondération des actes de RR et identifier les facteurs de variabilité de la réalisation des actes. Ultérieurement ces éléments permettront d'assoir, dans la classification GME, la révision des scores de RR et des seuils pour la segmentation des racines de GME sur la RR.

Un groupe technique accompagne l'ATIH pour la définition de la méthode et des modalités opérationnelles de mise en œuvre de l'enquête dans les établissements de l'ENC SSR, en 2014.

La FHF et la FHP-SSR soulignent l'importance de ces travaux pour améliorer la classification en GME qui serait insuffisamment discriminante pour les prises en charge de RR.

Enfin il est demandé à l'ATIH de publier les pondérations CSARR dans un format informatique exploitable pour des analyses (Excel).

² Codage du polyhandicap en CIM-10 : <http://www.atih.sante.fr/codage-du-polyhandicap>

5.3 ÉCHELLES DE DÉPENDANCE

Le recueil de la dépendance est actuellement effectué grâce à la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). L'ATIH a engagé des travaux avec un groupe technique pour fiabiliser la description de la dépendance des patients dans les recueils PMSI HAD, psychiatrie et SSR.

Il s'agira d'identifier pour chaque champ, un ou des outils de mesure de la dépendance fiables et valides sur le plan métrologique, pour mesurer la dépendance des patients quels que soient leur âge et leur état de santé. Après deux réunions d'un groupe technique interchamps, les travaux seront poursuivis par des groupes techniques par champ et permettront de proposer soit une nouvelle échelle de mesure, soit une adaptation de la « grille AVQ ».

La FHP-SSR alerte l'ATIH sur la charge de travail et la difficulté pour les établissements que représenterait un changement d'échelle de mesure de la dépendance dans le recueil PMSI SSR.

5.4 RECUEIL SSR

En novembre 2013, l'ATIH a réuni un groupe de travail « recueil SSR – séquences ». Son objectif était de caractériser les différentes « séquences temporelles de prise en charge » constituant les séjours SSR.

Pour alimenter la réflexion du groupe, l'ATIH avait tenté d'identifier les différentes séquences à partir du codage des actes CSARR (base PMSI SSR 2013). Cependant, les actes CSARR - en l'état du recueil disponible en novembre 2013 - n'ont pas permis d'objectiver des séquences discriminant des prises en charge différentes au sein des séjours. Le recueil d'une nouvelle variable déclarative « séquence » avait été discuté par le groupe, mais non retenu pour 2014.

La FEHAP alerte sur la difficulté qu'il y aurait à définir des critères pertinents et reproductibles de « déclenchement » d'une nouvelle séquence au sein d'un séjour SSR.

La FHP-SSR indique que les données de l'ENC SSR pourraient être interrogées pour éclairer le débat.

La FHF n'est pas favorable à la structuration d'un recueil à la séquence mais considère qu'il serait peut-être possible de construire ce séquençage *a posteriori* par l'analyse statistique des données codées dans les RHA du séjour (identification de points « de rupture / d'inflexion de la prise en charge »).

Une attente forte d'allègement du recueil PMSI SSR avait été exprimée par les fédérations et le CNIM. Devant ce constat partagé, deux principaux axes d'évolution seront travaillés par l'agence :

- modifier la périodicité du recueil : faut-il continuer à produire des résumés hebdomadaires ?
- faire évoluer le contenu du recueil : quel avenir pour la description de la « Morbidité principale » en 3 items (FPP, MMP, AE) ? quelles modifications proposer pour rendre plus robuste la description et la hiérarchisation de ces informations ?

La FEHAP insiste sur l'importance d'accompagner le recueil des « motifs sociaux ».

Un groupe thématique sera mis en place en 2014 pour suivre ces travaux.

5.5 ÉCHELLE DE PONDÉRATION

L'ATIH a réuni un groupe de travail composé d'établissements participant à l'ENC SSR (contrôleurs de gestion, DIM), désignés par les fédérations. Le groupe devra dans un premier temps procéder à une analyse critique des éléments de coûts issus des référentiels ENC SSR 2010 et 2011 puis participer à la définition de la méthode de construction des indices de pondération des GME.

Ces travaux devraient permettre à l'agence de mettre à disposition des établissements et des ARS un outil de pondération de l'activité SSR (restitutions MAT2A SSR dans e-PMSI), en 2014.

La FHP-SSR a souligné la difficulté de l'exercice et la nécessité de disposer d'informations complémentaires aux coûts par GME des référentiels : mentions spécialisés exerçant l'activité, unités d'œuvre des activités par exemple.

5.6 CMA SSR

La révision des CMA SSR nécessite d'importants travaux médicaux et statistiques. Les différents axes de travail de l'ATIH porteront sur les comorbidités et complications (diagnostics CIM-10), les actes CCAM, la révision des listes d'exclusion et potentiellement et à plus long terme la prise en compte du polyhandicap lourd et des poly-pathologies. Les analyses s'appuieront sur la méthode statistique des effets isolés développée par l'ATIH et déjà appliquée à la construction des niveaux de sévérité en MCO mais avec des critères d'éligibilité et des regroupements de codes propres au SSR. Des éléments de méthode portant sur ces différents axes de travail sont présentés.

La FEHAP insiste sur l'importance de ne pas simplement décliner la méthode CMA du MCO mais de l'adapter aux spécificités du SSR. Au-delà de l'effet « allongement de la durée de séjour », d'autres critères de caractérisation des CMA pourraient être envisagés tels que l'augmentation de l'intensité de la prise en charge (actes CSARR, actes de soins, recours aux molécules onéreuses, ...) et son corollaire en termes de densité des coûts. La FHF partage l'idée que les CMA doivent être à la fois des marqueurs de complexité de prise en charge et des marqueurs de coûts.

6. QUESTIONS DIVERSES

Aucune question diverse n'est évoquée.

CALENDRIER DES RÉUNIONS ULTÉRIEURES :

Groupes techniques « Activité SSR » - ATIH :

Groupes thématiques :

- Enquête CSARR : 05 février 2014
- Comité des experts CSARR : 12 février 2014
- Dépendance : 29 janvier 2014 (groupe interchamps) puis 11 et 31 mars 2014 (groupe spécifique SSR)
- Pédiatrie : 04 février 2014
- CMA : à programmer
- Recueil SSR : 22 mai 2014
- Pondération : 26 février 2014

Un groupe de travail supplémentaire « Révision du groupe nosologique AVC » a été réuni le 25 juin 2014.

COMITÉ TECHNIQUE SSR plénier : initialement programmé pour avril 2014 il a été décalé au 08 juillet 2014 afin que les travaux techniques menés par l'agence avec les groupes listés ci-dessus puissent avancer.