

COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER Compte-rendu de réunion

Date : 12 octobre 2021

Heure : 14h00-17h00

Réunion en visioconférence

Participants

- CRF D. Vial,
- FEHAP P. Métral, D.Ragain, Corinne Darré
- FHF D. Nidegger, V. Buhaj
- FHP-SSR E. Noël, MC. C. Locret-Briolat
- FILIERIS G. Bignolas, Katia Rasidy
- UGECAM N. Ribet-Reinhard, Serge Théobald
- UNICANCER A. Bataillard
- DGOS-MSSR T. Coone, M. Mons
- ATIH S. Baron, CF Elegbede, J. Dubois, R. Schwob, N. Raimbaud, G. Nuemi
- DREES S.Delage
- DSS L.Ghoslane
- CNAM E.Ekong
- SoFIMe/CNIM D Theis

L'ATIH rappelle dans un premier temps le programme de travail présenté lors du CT du 03 février 2021.

TRAVAUX CLASSIFICATION

1. NOUVELLE CLASSIFICATION 2022

1.1. Calendrier

Depuis le dernier CT de juillet, l'arbitrage concernant la date de mise en œuvre de la nouvelle classification a été rendu : elle aura lieu en janvier et non pas en mars, pour des raisons de cohérence avec la réforme du financement.

La date exacte a été fixée le lundi 3 janvier, pour des raisons techniques.

La FHP-SSR rappelle son souhait exprimé lors du dernier CT de la mise en œuvre plutôt en mars. Compte-tenu de cet arbitrage, elle demande s'il sera possible pour les établissements de faire leur envoi mensuel de début d'année avec du retard. L'ATIH confirme que le système d'envoi cumulatif permettra une certaine souplesse dans les dates d'envoi.

Pour information : depuis la tenue du CT, l'information du report à 2023 de la réforme du financement (voté dans le cadre du PLFSS pour 2022) a été relayée par la DGOS. En conséquence, la date de mise en œuvre de la nouvelle classification est décalée à mars 2022 (la date initiale de janvier 2022 étant liée à la mise en œuvre de la réforme en 2022).

1.2. Version des GME_2022

La version mise en œuvre en 2022 intègre les travaux réalisés début 2021, à savoir la prise en compte de la dépendance maximale du séjour en hospitalisation complète, la mise à jour des pondérations des actes collectifs et la prise en compte des modulateurs dans les scores de réadaptation.

1.3. Retour sur la VEXP_2022

Afin de préparer l'arrivée de cette nouvelle classification, plusieurs actions de communication et restitutions ont été proposées depuis 1 an :

A destination des établissements

- Documentation et communication : manuel de groupage provisoire, outil pédagogique, webinaires.
- Outils de description et éléments de pondération de l'activité avec la nouvelle classification : regroupage des RHA transmis sur Epmsi, création d'un visualSSR EXP_2022, ajout de tableaux OVALIDE relatifs à ce groupage.

A destination des fédérations

- Casemix 2019 groupés avec la VEXP_2022
- Grilles de pondérations, envoyées le 11 octobre

La FHP-SSR rappelle le souhait exprimé au dernier CT de voir se renouveler le webinaire d'information. L'ATIH répond qu'en l'absence d'éléments nouveaux à communiquer, elle préfère temporiser avant d'organiser une nouvelle session.

En ce qui concerne les éléments de pondérations (tableaux OVALIDE et grilles de pondération), l'ensemble des fédérations expriment leur besoin et celui des établissements, d'éléments d'explication, et d'accompagnement, pour pouvoir les interpréter. L'ATIH indique que ce besoin est connu et qu'une réponse est prévue prochainement.

2. SEVERITE INTER-CHAMPS

L'ATIH s'est engagée en 2020 sur une révision de la prise en compte de la sévérité des séjours hospitaliers. Ces travaux sont menés concomitamment en MCO et en SSR.

Ce projet qui a fait l'objet d'une présentation lors du CT plénier du 3 février 2021, se déroulera en 4 phases :

- Phase 1 – consolidation des outils : Phase de construction des outils médicaux et statistiques
- Phase 2 – choix du modèle général : Phase de choix du meilleur modèle pour chaque champ : CMA multiples ? Modulation ? Nb de niveaux ?
- Phase 3 – spécification du modèle choisi : Phase de définition précise du modèle pour chaque champ : quel niveau pour chaque diagnostic ?

- Phase 4 – communication : Phase de pédagogie autour des changements apportés

La phase 1 vient de se terminer et fait l'objet de la présente restitution. Les travaux de la phase 2 sont engagés. Des échanges sont également attendus pour permettre la prise en compte des éléments structurants pour le prochain modèle.

Compte tenu de cette réflexion inter-champs, l'ATIH a organisé, pour la première restitution de ses travaux, une présentation en deux temps :

- Un temps commun MCO et SSR le 06 octobre 2021
- Un temps spécifique à chaque champ au cours des comités techniques les 12 et 13 octobre (respectivement pour le champ SSR et le champ MCO)

Le groupe de travail inter-champs du 06 octobre a permis de présenter les différentes étapes de construction des niveaux de sévérité, de commencer à bâtir une culture commune sur le sujet. Cette réunion a permis de partager des résultats sur l'amélioration du modèle actuel, ainsi que sur les perspectives d'évolution.

L'objectif de cette présentation en CT Plénier SSR était tout d'abord de revenir sur les résultats présentés le 06 octobre, mais surtout de recueillir les retours des fédérations hospitalières.

1.4. Rappel des principaux résultats

L'ATIH rappelle dans un premier temps que le cadre actuel de prise en compte de la sévérité repose sur des hypothèses fortes :

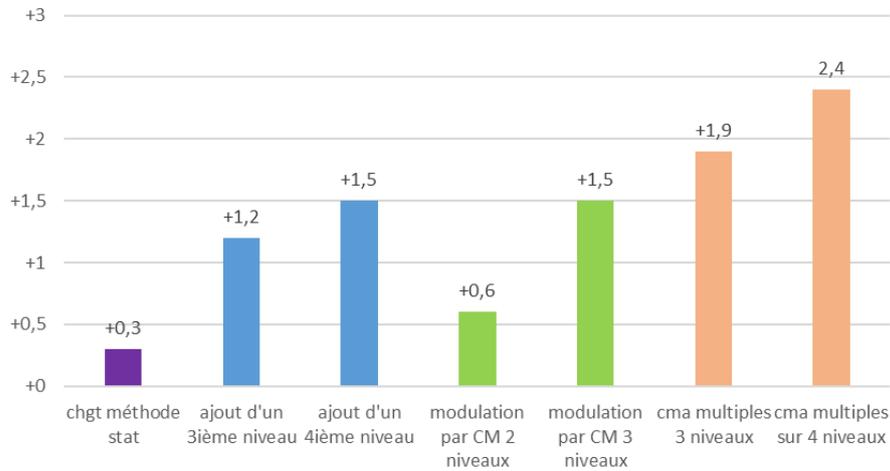
- Le nombre de niveaux de sévérité est fixé à 2 en SSR
- Le niveau CMA d'un diagnostic est fixe pour toute l'activité
- Le niveau d'un séjour est le niveau maximum des diagnostics présents dans le séjour.

Ce sont ces hypothèses que l'ATIH se propose de réinterroger dans le cadre de ce projet :

- Combien de niveaux de sévérité prendre en compte ? => **Étude du nombre de niveaux**
- La sévérité d'un diagnostic doit-elle être différente suivant les racines ? => **Modulation**
- Comment déterminer la sévérité d'un séjour à partir des sévérités de l'ensemble des diagnostics présents ? => **CMA multiples**

L'impact de ces différentes hypothèses sur la qualité prédictive du modèle de classification est très variable et rappelé ci-dessous.

Dans le cadre du modèle actuel, le changement de méthode statistique amène une amélioration de la PVE de 0,6 point. La mise en place des CMA multiples sur 4 niveaux de sévérité des séjours induit un gain de 2,4 points. Entre ces deux modèles, d'autres scénarios ont été testés mêlant le passage de 3 à 4 niveaux, l'application ou non d'une modulation par CM, l'utilisation ou non des CMA multiples.



1.5. Phase 2 de choix du modèle général

L'ATIH a démarré la phase 2 de choix du modèle général. Cette phase va se dérouler en cinq étapes :

- Définition de l'ensemble des modèles possibles
- Définition de critères d'évaluation des modèles
- Evaluation des modèles
- Sélection d'un nombre restreint de modèles
- Analyse détaillée et sélection finale

Les deux premières étapes font l'objet de la présente restitution en vue d'échanges avec les fédérations.

a. Définition de l'ensemble des modèles possibles

Sur le champ SSR, en prenant en compte et en combinant les différents critères (nombre de niveaux, modulations, CMA multiples), l'ATIH a identifié 20 modèles. Quelques exemples ci-dessous :

	Nb de niveaux de diagnostic	Nb de niveaux de séjours avec les CMA multiples	Modulations
Modèle 10	2	2	sans
Modèle 11			CM
Modèle 12			GN
Modèle 13	2	3	sans
Modèle 14			CM
Modèle 15			GN
Modèle 13	3	3	sans
Modèle 14			CM
Modèle 15			GN
Modèle 16	3	4	sans
Modèle 17			CM

Modèle 18			GN
Modèle 19	4	4	sans
Modèle 20			CM
Modèle 21			GN

Remarques et observations des participants :

UNICANCER et la FEHAP attirent l'attention sur le nombre déjà important de GME avec peu de séjours. Les CMA multiples vont amplifier ce phénomène.
 La FHF demande si les actes CCAM ayant un effet CMA seront toujours utilisés dans les nouveaux modèles. L'ATIH répond que ces actes vont être étudiés.

b. Définition de critères d'évaluation des modèles

L'ATIH présente les critères d'évaluation des différents modèles identifiés à ce jour. Trois types d'indicateurs seront mobilisés.

Tout d'abord les indicateurs de **performance économique**. Sont identifiés, au niveau des séjours, la PVE (sur la durée de séjour et sur les coûts) et le nombre de séjours proches de la DMS des groupes finaux. Ensuite, au niveau des établissements, seront utilisés le pourcentage de redistribution de journées, ainsi que le nombre d'établissements dont la DMS / coût prévu(e) est proche de la DMS/coût observé(e).

Ensuite, les indicateurs de **lisibilité médicale** centrés sur l'interprétabilité générale du modèle et la facilité d'appropriation.

Enfin, l'**impact classificatoire** sera évalué au travers des caractéristiques des niveaux et du nombre de groupes avec peu d'effectifs dans le PMSI ou dans l'ENC.

Remarques et observations des participants :

La FHP-SSR souhaite qu'un accompagnement des établissements soit mis en place comme cela a été fait pour la nouvelle classification (webinaires). Elle demande également que l'impact financier de cette évolution soit réalisé avant de décider de sa mise en œuvre.

1.6. Prochaines étapes

Les travaux vont se poursuivre sur chaque champ. Les fédérations sont invitées à transmettre d'autres remarques et observations.

3. TRAVAUX HTP ET PEDIATRIE

Comme prévu dans son programme de travail 2021, l'ATIH a débuté des travaux exploratoires pour évaluer la pertinence de prendre en compte la dépendance et les actes spécialisés en hospitalisation à temps partiel, et la réadaptation en pédiatrie.

Les effectifs faibles en pédiatrie et dans les groupes d'HTP, déjà subdivisés en 3 GR en fonction de l'intensité de la réadaptation, limitent la possibilité de prise en compte de nouveaux éléments. Toutefois l'analyse sera effectuée GR par GR pour repérer les situations où des groupes se distinguent en fonction de ceux-ci.

TRAVAUX CSARR

La première réunion des groupe 1 (fonctions cérébrales), 2 (fonctions de la voix et nutrition) et 3 (fonctions cardio-vasculaires) a eu lieu comme prévu en septembre. Le projet a été présenté aux professionnels des groupes de travail. Les discussions sur les regroupements des actes et l'attribution des intervenants ont débuté, à partir de propositions de l'ATIH.

L'ATIH propose un point d'étape avec les fédérations, sous forme de GT, en janvier 2022, après une restitution des travaux des 3 premiers groupes.

La FEHAP s'inquiète de l'impact des regroupements sur les scores de réadaptation, dans le cas où un seul acte au lieu de 3 (regroupés) serait codé.

L'ATIH précise que dans une deuxième phase des travaux, le transcodage permettra une analyse détaillée des bases PMSI, pour observer l'impact sur le nombre d'actes codés, les variations des scores de réadaptation, et pour évaluer les pondérations retenues. Si besoin, il sera possible de revoir les seuils des groupes de réadaptation.

Globalement, les effets revenus seront donc évalués avant le changement du recueil.

La FEHAP souligne que le principe de l'acte global actuel pourrait être remis en cause, afin que le professionnel puisse coder plusieurs fois le même acte : c'est effectivement une possibilité.

TRAVAUX INFORMATION MEDICALE

1. TRAVAUX SUR LES FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX (FSE) :

L'ATIH présente les travaux réalisés sur les facteurs socio-environnementaux.

La définition générale d'un facteur socio-environnemental, validée par les acteurs à l'automne 2020 est présentée : « Un facteur socio-environnemental désigne une caractéristique personnelle ou de l'environnement permettant de décrire le contexte du patient au sens de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ayant un impact sur la prise en charge de ce patient pendant son hospitalisation ».

La FEHAP demande de préciser si l'état d'un patient, par exemple patient bénéficiant de la CMU, n'est pas suffisant pour enregistrer le facteur socio-environnemental.

L'ATIH souligne la nécessité d'une prise en charge du patient pour la problématique relative au facteur socio-environnemental, pendant l'hospitalisation ou pour préparer la sortie.

Chaque facteur socio-environnemental est décrit avec des situations cliniques. Pour chaque situation, un ou des codes CIM10 sont associés. A titre pédagogique, les difficultés potentiellement rencontrées par le patient et des exemples de prises en charge possibles sont également décrits. La présentation du facteur socio-environnemental est complétée par un exemple de codage d'une situation concrète.

Un fascicule de codage reprenant l'ensemble de ces notions a été réalisé. Ce document est à destination des établissements. Il doit leur permettre d'appréhender le concept de facteur socio-environnemental, dans le cadre de la prise en charge en établissement de santé, et de retrouver facilement les codes associés à chaque situation. Le fascicule a été transmis à la SOFIME ainsi qu'aux médecins DIM experts SSR pour relecture, les retours sont demandés pour le 22/10/2021

La SOFIME indique qu'elle a reçu tardivement le fascicule, et que ses membres prendront le temps nécessaire pour relire ce document.

Il est prévu également de mettre à jour le guide méthodologique, au sein du paragraphe 6 « Directives relatives au codage de certains motifs de recours aux soins et à différents chapitres de la CIM10 », le sous-paragraphe 6.13 « précarité » sera remplacé par le sous paragraphe 6.13 « facteurs socio-environnementaux ». Dans le guide méthodologique seront présentés la définition générale des facteurs socio-environnementaux, la structure du fascicule. Un facteur socio-environnemental sera présenté dans le guide méthodologique tel qu'il sera présenté dans le fascicule. Un lien vers le fascicule sera intégré au guide méthodologique

La FHP-SSR, la FEHAP et la SOFIME posent la question de l'opposabilité des consignes de codage présentées dans le fascicule, puisqu'elles ne figureront pas in extenso dans le guide méthodologique. L'ATIH va travailler sur plusieurs pistes.

Les évolutions de recueil feront l'objet de mise à jour des tableaux OVALIDE, notamment du tableau « précarité ».

L'ATIH rappelle les objectifs de ces travaux : améliorer le recueil de cette information, mieux décrire ces prises en charge, mieux repérer ces prises en charge dans les bases PMSI. Les codes CIM10 associés aux facteurs socio-environnementaux sont réservés à la description des facteurs socio-environnementaux. Lors de travaux futurs sur les facteurs socio-environnementaux (description des facteurs socio-environnementaux, intégration à la classification SSR, ...) cette liste de code doit être utilisée.

L'ensemble des évolutions de recueil sera présenté lors de la journée des DIM.

2. TRAVAUX SUR LE RECUEIL DES HEBERGEMENTS TEMPORAIRES NON MEDICALISES ET LE RECUEIL DES ACTIVITES D'EXPERTISE

L'ATIH rappelle, comme l'avait annoncé la DGOS, que les activités d'expertise ne seront pas recueillies en 2022.

Le recueil des hébergements temporaires non médicalisés s'applique aux nuitées réalisées en lien avec des hospitalisations en SSR ou en MCO. La [notice publiée le 09/09/2021](#) sur le site de l'ATIH, décrit précisément le mode de recueil ainsi que la valorisation de ces nuitées.

3. TRAVAUX SUR LE RECUEIL DES PLATEAUX TECHNIQUES SPECIALISES

L'ATIH rappelle le dispositif de recueil destiné à tracer la réalisation d'actes de Réadaptation sur les six plateaux techniques spécialisés (PTS) retenus pour le compartiment PTS du nouveau modèle de financement des SSR. Notamment l'utilisation de modulateurs pour les actes codés avec le CSARR et l'extension PMSI pour les actes codés avec la CCAM descriptive pour usage PMSI.

L'ATIH rappelle que l'information des acteurs sur ce nouveau dispositif implique des actions de 2 ordres : d'une part la mise à jour d'un certain nombre de documents de référence habituels : Guide méthodologique, Guide de lecture CSARR, etc. et d'autre part la mise en place d'outils pour son suivi, notamment des tableaux OVALIDE.

La FHP-SSR, la FEHAP et la CRF pointent un besoin de légitimité pour les établissements à pouvoir réaliser ce recueil. Elles souhaitent qu'il puisse y avoir une synchronisation entre d'une part le processus décisionnel d'éligibilité (par les ARS) de leur PTS sur la base de cahiers des charges précisant les caractéristiques techniques attendues pour chaque plateau technique spécialisé, et d'autre part le début de ce recueil.

L'ATIH indique qu'à titre indicatif, une instruction DGOS précisant les caractéristiques techniques attendues des PTS est accessible en ligne. De plus, elle réaffirme qu'elle serait en capacité de gérer a posteriori, sur la base d'informations consolidées des établissements éligibles, un recueil par excès de la part des établissements sur l'utilisation de ces PTS.

La CRF souligne l'importance que les éditeurs de logiciels soient dans la boucle des informations sur ce dispositif.

L'ATIH indique que c'est effectivement le cas et que ces derniers ont été constructifs lors d'une dernière réunion.

4. TELERADAPTATION

L'ensemble des données PMSI transmises par les établissements sont utilisées pour présenter l'état des lieux. Attention, environ 50% des données ne sont pas correctement chaînées.

Les établissements privés (53%) et les établissements PSPH (44%) transmettent la majorité des RHA. Les UM dans lesquels sont réalisées ces prises en charge sont les UM avec mention « affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien », « affections cardiovasculaires », « affections du système nerveux ». Les GN les plus fréquents sont les GN de prise en charge pour obésités, coronaropathies, scolioses et hernies discales et autres dorsalgies, toxicomanies avec dépendance, autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées). Les actes les plus fréquents sont les actes d'éducation thérapeutique

collectifs ou individuels, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique ou en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique.

52.6% des RHA transmis respectent la double consigne de présence de trois actes, réalisés par deux intervenants différents.

Quelques entretiens seront réalisés avec des établissements, pour compléter cette analyse par une analyse qualitative.

Les fédérations sont intéressées par ces résultats, même s'il s'agit d'un recueil informel. Les freins à la mise en place du recueil de ce nouveau type de prise en charge sont l'absence de visibilité quant au financement (FEHAP, FHP), les difficultés de mise en place du recueil (FEHAP), les critères (nombre d'actes, nombre d'intervenants).

A noter que l'UGECAM fait part de la soumission d'un PREPS sur la téléadaptation, concernant plusieurs centres de rééducation et utilisant un outil de suivi spécifique.

Le recueil de l'activité de téléadaptation se poursuivra en 2022