

COMITÉ TECHNIQUE SSR Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 02 février 2022

Heure : 14h00-17h00

PARTICIPANTS

<p>FEHAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ P. METRAL, ➤ D. RAGAIN ➤ C. DARE ➤ R. DIBIE <p>FHF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ D. NIDEGGER ➤ V. BUHAJ <p>UNICANCER :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A. BATAILLARD ➤ B. Le VU <p>FHP-SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ E. NOEL ➤ M.C. LOCRET-BRIOLAT ➤ F. SANGUIGNOL <p>FILIERIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ G. BIGNOLAS ➤ K. RASIDY 	<p>CRF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ D. VIAL <p>UGECAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ N. RIBET-REINHARD ➤ S. THEOBALD <p>SOFIME :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ V. GILLERON <p>DREES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ S. DELAGE <p>CNAM</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eric EKONG <p>DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ T. COONE <p>DSS : excusés</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L GHOSLANE 	<p>ATIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Sophie BARON ➤ Fabrice ELEGBEDE ➤ Nathalie RAIMBAUD ➤ Gilles NUEMI ➤ Raphaël SIMON ➤ Alexandra DELANNOY ➤ Raphaël SCHWOB
--	---	--

ORDRE DU JOUR

- **Information médicale**
 - Bilan de l'année 2021
 - Programme de l'année 2022
- **Classification**
 - Bilan de l'année 2021
 - Programme de l'année 2022
- **Simplification du CSARR**

L'intégralité des données présentées est disponible dans le diaporama joint à ce compte-rendu.

1. TRAVAUX REALISES EN 2021

L'ATIH présente les travaux réalisés en 2021 sur l'axe information médicale :

- L'ATIH a mis à disposition des outils pour analyser les séjours groupés en VExp 2021 : des tableaux OVALIDE de description (à partir de la remontée M6) et des tableaux OVALIDE de pondération (à partir de la remontée M8) pour permettre aux établissements de mieux s'approprier la nouvelle classification mise en œuvre en mars 2022. L'ATIH a mis à disposition (à partir de la remontée M8) un Visual Exp SSR pour permettre aux établissements de comparer pour chaque séjour le groupage en V2021 et le groupage en V2022.
- Pour les facteurs socio-environnementaux, l'ATIH a produit un fascicule « facteurs socio-environnementaux – consigne de codage » reprenant la définition des facteurs socio-environnementaux, pour chaque facteur socio-environnemental, la description des situations cliniques, et exemple de codage en SSR. Le Guide Méthodologique a été modifié : le paragraphe précarité a évolué vers un paragraphe facteurs socio-environnementaux. L'ensemble de la documentation a été mis en ligne en novembre 2021
- Concernant la téléreadaptation : des analyses de l'activité ont été présentées en CT. Des entretiens ont été réalisés avec trois établissements ayant mis en place des prises en charge en téléreadaptation en 2021.
- Concernant les plateaux techniques spécialisés : les consignes de codage pour recueil de l'activité des plateaux techniques spécialisés, sous forme de modulateur d'actes CSARR ou d'extension PMSI pour les actes CCAM ont été publiées dans le guide de lecture CSARR, et le guide méthodologique en novembre 2021.
- Concernant l'activité d'expertise : il a été acté que le recueil de l'activité d'expertise sera réalisé sur des variables existantes du RHS : type d'unité spécifique et lits dédiés. Le recueil n'est pas mis en place en 2022 pour permettre aux établissements de santé et aux ARS une meilleure appropriation du dispositif. Le recueil est prévu pour 2023

2. TRAVAUX MORBIDITE PRINCIPALE

Pour 2022, l'ATIH propose de revoir le recueil de la morbidité principale. Il est proposé de supprimer la variable Finalité principale de prise en charge (FPP) pour répondre aux demandes des fédérations de simplifier la morbidité, de supprimer la FPP ; aux difficultés des acteurs de hiérarchisation des diagnostics ; et à la demande plus générale de simplifier le recueil dans le cadre du Ségur. La suppression de la FPP doit s'inscrire dans le cadre de la classification actuelle, sans modification des GN.

Les travaux seront réalisés en plusieurs phases :

- Il est nécessaire de gérer la suppression de la FPP pour la classification. Plusieurs options seront à étudier : la possibilité de retrouver l'information portée par la FPP ailleurs dans le RHS ; la possibilité de transférer l'information portée par la FPP sur une autre variable existante du RHS (manifestation morbide principale (MMP), affection étiologique (AE), diagnostic associé, ...). D'autres solutions pourraient être envisagées. Les impacts sur la fonction groupage pour les 3 groupes nosologiques (GN) utilisant actuellement la FPP (2303 soins palliatifs, 0518 autres affections cardiaques, 0921 autres affections du tissu cutané, sous cutané et des seins) seront pris en compte.
- Il est nécessaire de gérer la suppression de la FPP pour le recueil : il sera nécessaire de revoir la définition de la morbidité principale, une nouvelle définition de la MMP et de l'AE pourrait être proposée, et les consignes de codage du guide méthodologique devront être revues.
- Une synthèse des travaux sera réalisé.

Les travaux sont prévus jusqu'à fin 2022.

La FHP demande si les changements sur les 3 GN impactés par la suppression de la FPP seront mis en œuvre dès mars 2022.

L'ATIH précise que la mise en œuvre de la suppression de la FPP est prévue pour 2023

La FHF indique que le codage de FPP ne constitue pas une difficulté importante pour les établissements de santé, et que la simplification souhaitée est plutôt d'abandonner le recueil à la semaine. La FHF indique que les DIMs des établissements restituent aux cliniciens des éléments sur les différentes FPP utilisées. Cela permet, dans le cadre des restitutions aux cliniciens, de décrire les différentes séquences de prises en charge : rééducation, réadaptation etc.

La FHF indique de plus que les établissements utilisent le tableau OVALIDE [1.Q.6.FPZ50SA] : Finalité principale de rééducation sans acte CSARR. Ce tableau permet de repérer des situations atypiques de prise en charge de patients avec une finalité principale de prise en charge de rééducation (Z50.x) sans actes CSARR au cours de la semaine. La FEHAP demande qu'en cas de suppression de la FPP, une solution soit proposée pour repérer ces situations atypiques.

L'ATIH prend note de la demande de la FEHAP. L'ATIH indique que dans la nouvelle classification le groupe de réadaptation « autre » permet de repérer les prises en charge peu rééducatives. Si pour une UM de l'établissement ce groupe semble anormalement élevé, alors cela pourrait constituer une alerte sur la présence de situations atypiques dans cette UM.

3. TELEREADAPTATION

La DGOS rappelle le souhait de poursuivre, en 2022, le dispositif de recueil de la téléadaptation tel que défini dans la notice de mai 2020. Les modalités de recueil et de financement en 2022 seront les mêmes qu'en 2021. Le nombre de journées remontées en septembre 2021 est peu important et indique un probable sous codage par les établissements de santé de cette activité.

La FHP-SSR souhaite avoir des précisions sur les travaux à mener sur « l'objet téléadaptation ». Elle rappelle que la téléadaptation est une prise en charge d'avenir, il s'agit d'une nouvelle modalité de prise en charge. Les prises en charge sont souvent mixtes (présentiel / distanciel). La FHP-SSR souhaite que ce travail soit réalisé en 2022 pour une application en 2023.

L'ATIH indique que la réflexion sur l'objet téléadaptation doit permettre, par exemple, de préciser le cadre réglementaire, de préciser le type de prestation, de mener une réflexion sur les questions sur la sécurité du patient, ainsi que sur la responsabilité des personnels.

La FEHAP rappelle que les personnels ont pu être facilement mobilisés pendant le premier confinement lorsque l'activité en présentiel était réduite. Mais la téléadaptation est consommatrice de ressources humaines, il est moins facile de mobiliser les personnels lorsque l'activité est normale. Par ailleurs, la téléadaptation est peut-être plus facile à mettre en place pour certaines mentions spécialisées.

4. AUTRES TRAVAUX

L'ATIH présente les autres travaux qui sont prévus en 2021 :

- Activité d'expertise : le recueil sera mis en place pour 2023. Des nouvelles modalités des variables type d'unités spécifiques et lits dédiés seront mises en place. Les consignes de codage dans le guide méthodologique seront mises à jour.
- Facteurs socio-environnementaux et Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) : un suivi du recueil des facteurs socio-environnementaux et des PTS. Un ajustement des consignes de codage en fonction des retours AGORA sera réalisé.

TRAVAUX CLASSIFICATION

1. RAPPEL DES TRAVAUX REALISES EN 2021

La pertinence de la prise en compte de la dépendance maximale du séjour en hospitalisation complète, et non plus la dépendance à l'entrée, a été analysée lors du premier trimestre 2021. Les résultats étaient concluants, avec notamment une meilleure prise en compte de la lourdeur médico-économique des séjours de cancérologie, et d'une manière générale des séjours peu axés sur la réadaptation. Cette option a été validée par le CT en avril.

Les pondérations des actes collectifs ont été revues, à partir de données de la base ENC (données manquantes jusqu'à présent). Les modulateurs ont été intégrés dans le calcul des pondérations.

Afin de préparer l'arrivée de cette nouvelle classification, plusieurs actions de communication et restitutions ont été proposées en 2021, à destination des établissements

- Documentation et communication : manuel de groupage provisoire, outil pédagogique, webinaires. Un rapport de classification, décrivant les étapes de construction de la classification a été rédigé, il sera publié dans les semaines à venir.
- 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.

2. PROGRAMME DE TRAVAIL 2022

Travaux HTP et pédiatrie

Il est prévu d'analyser la pertinence de prendre en compte la dépendance en hospitalisation à temps partiel.

La FEHAP demande sur quel critère, l'impact de la dépendance sera évalué.

L'ATIH répond que l'analyse se fera en tenant compte du coût journalier des journées d'HTP, puisque la durée de séjour n'a pas de sens dans ce type d'hospitalisation.

On ne pourra disposer de données ENC fiables, et envisager une subdivision selon la dépendance, que pour les GN avec des effectifs suffisants.

Pour l'HTP, nous analyserons également la pertinence de prendre en compte le score de réadaptation spécialisé en plus, ou à la place du score de réadaptation globale.

La FEHAP demande quelles listes d'actes spécialisés seront considérées pour cette analyse.

L'ATIH répond qu'il s'agira, pour les adultes, des mêmes listes d'actes qu'en HC, à GN égal.

Les effectifs seront là encore limitants, mais il est possible d'analyser en priorité les « gros » GN.

Enfin, pour la pédiatrie, considérée comme un type de réadaptation à part entière, où les scores de réadaptation n'interviennent pas dans le groupage, nous analyserons les GN où la quantité de réadaptation peut avoir un impact.

Sévérité inter-champs

L'ATIH présente quelques éléments et concepts pour introduire les travaux d'exclusion entre la morbidité principale d'un séjour et les DAS codés de ce séjour. Ces travaux seront présentés en détails et avec des exemples lors du prochain GT sévérité interchamps au mois de mars.

Une exclusion est le fait que certains diagnostics classants dans le GN du séjour empêchent certains DAS d'avoir un effet sur le niveau de sévérité du séjour. C'est ce qui est listé dans le manuel des GME dans l'annexe 5 pour les couples dont le DAS a un niveau de sévérité 2 en SSR.

Les règles actuelles reposent sur une logique de niveau de sévérité qui est porté par un seul diagnostic, celui du diagnostic associé le plus lourd du séjour (modèle dit de « diagnostic à effet maximal »). Ces exclusions ont donc pour objectif de compenser dans le modèle l'absence de modulation et l'absence de CMA multiples. Il est donc retrouvé dans ces règles historiques des règles qui sont présentes pour des raisons médico-statistiques, car l'objectif des exclusions est de « concentrer » l'effet d'un code et que ce dernier puisse avoir un niveau de sévérité dans un périmètre pertinent. A l'inverse en l'absence d'exclusion dans le modèle actuel, certains codes pourraient perdre leur niveau de sévérité par « dilution » de leur effet.

Les règles issues de la refonte proposent un changement de paradigme : elles sont définies a priori des résultats du modèle statistique qui attribue les niveaux de sévérité des codes.

Elles ont pour unique objectif d'éviter une répétition d'information entre 2 codes, elles relèvent donc exclusivement d'une logique médicale.

Ces caractéristiques font que les règles issues de la refonte sont un socle optimal pour l'utilisation dans le modèle futur de la modulation et des CMA multiples.

TRAVAUX CSARR

Un bilan de la première phase des travaux sera présenté lors du GT du 9 février 2022