

COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER

Compte-rendu de réunion

Date : 29 janvier 2019

Heure : 14h30-17h00

Lieu : ATIH

Participants

- | | |
|------------|---|
| - CNIM | C. Cormier |
| - CRF | D. Vial |
| - FEHAP | M. Deguille P. Métral, J. Talmud, M. Deguille |
| - FHF | S. Gomez |
| - FHP-SSR | P. Gobin, E. Noël, F. Sanguinol |
| - FILIERIS | G. Bignolas |
| - DGOS | C. Martin, I. Petit, M. Servat |
| - DREES | T. Seimandi |
| - ATIH | S. Baron, N. Dapzol, J. Dubois, G. Nuemi, M. Saïd |

L'ATIH présente l'ordre du jour de la réunion :

En introduction l'ATIH fera un rappel sur la construction de la feuille de route 2018, une première partie de la réunion sera consacrée aux travaux 2018, une deuxième partie présentera la feuille de route 2019, et enfin les réflexions engagées par l'ATIH sur le sujet classification seront discutées.

Les travaux 2018 comprennent les travaux sur la classification : les travaux de révision de la catégorie majeure 05 affections de l'appareil circulatoire (CM05), les travaux sur la diversité de la rééducation-réadaptation ; les travaux sur l'information médicale : les travaux sur les évolutions du recueil PMSI SSR, les travaux sur la dépendance ; les travaux de communication et de pédagogie.

Au vu de l'ordre du jour, les fédérations demandent si en plus de réflexions sur la classification, il est prévu d'avoir des réflexions sur le recueil en SSR. Il est aussi demandé si les préconisations de la Task Force dans le cadre de la Stratégie de transformation du système de santé sont intégrées à la feuille de route 2019 de l'ATIH.

La feuille de route 2019 de l'ATIH a été construite en prenant en compte ce nouveau contexte, et les préconisations de la Task Force.

1. TRAVAUX 2018

La feuille de route 2018 avait été présentée lors du CT d'avril 2018. Elle présentait les travaux à court terme (2018-2019) et les travaux de moyen terme. Les CT de juillet 2018 et d'octobre 2018 ont été reportés. Néanmoins, les évolutions prévues pour 2019 ont été transmises par mail aux membres du CT avant la mise en ligne de la notice technique PMSI de décembre 2018.

1.1. TRAVAUX CLASSIFICATION

Travaux de révision de la catégorie majeure affection de l'appareil circulatoire (CM05)

Le Groupe exercice rééducation et sport (GERS) de la société française de cardiologie souhaitait que plusieurs points soient étudiés : la prise en compte du degré d'insuffisance cardiaque, la description de la rééducation cardiaque par les actes CCAM de rééducation cardiaque, la prise en compte des patients porteurs de life vest.

L'ATIH a proposé de réaliser des travaux de révision de la classification de la CM05.

Les travaux réalisés par l'ATIH sur la lisibilité et l'homogénéité médicale des groupes nosologiques de la CM05 ont conduit à des propositions de modifications des GN. Ces propositions ont été présentées au GERS. Le GERS considère que les GN actuels décrivent suffisamment bien les groupes de pathologies prises en charge, il n'y a donc pas de nécessité de changer les GN.

Les Fédérations demandent à avoir plus de précisions sur les travaux sur les GN. Elles sont étonnées que le GERS ne souhaite pas modifier ce niveau de la classification.

Pour la DGOS, le niveau GN permet de donner un sens clinique à la classification.

Le CNIM rappelle que l'algorithme de groupage (test la MMP ou l'AE) et l'ordre des tests, peuvent inciter à faire de l'optimisation de codage.

L'ATIH réalise des travaux pour identifier les actes CSARR marqueurs de la prise en charge.

Les travaux sur la diversité de la rééducation-réadaptation (RR)

Pour améliorer la qualité du codage des actes CSARR des tableaux OVALIDE ont été mis en place en 2018 : contrôle sur le nombre total de réalisations par RHS, contrôle sur le code intervenant « 21 » IDE et « 88 » autre, contrôle sur les actes CSARR de type pluri-professionnel dont le nombre d'intervenants n'est pas ≥ 2 et ≤ 10 , contrôle sur les combinaisons des étapes d'appareillage autorisées, contrôle sur les associations d'actes CSARR [Geste complémentaire + acte principal] non compatibles, contrôle sur le nb de réalisations de ZZC+221 incohérent.

Ces contrôles sont intégrés à la fonction groupage en 2019.

Les fédérations trouvent intéressant la mise en place de tableaux OVALIDE pour améliorer le codage CSARR. Elles souhaiteraient être plus contraignantes sur le type d'intervenant autorisé à réaliser tel ou tel type d'actes CSARR.

Concernant l'HDJ, les fédérations proposent de limiter le nombre d'actes CSARR par RHS ou par venue.

Les travaux sur la diversité sont présentés. L'objectif principal de ces travaux était d'analyser la nécessité de prendre en compte la diversité de la RR dans la classification en GME en SSR.

Pour cela la réflexion a été menée en plusieurs étapes. D'abord l'ATIH s'est posé la question de savoir comment définir la diversité de la RR : à travers les métiers mobilisés (en prenant en compte le nombre de métiers et/ou le type de métiers mobilisés), à travers les actes enregistrés (en prenant en compte le nombre de types d'actes réalisés et/ou le nombre de chapitres mobilisés). Dans un deuxième temps, l'ATIH a analysé les bases et regardé si la diversité de la RR était un élément fiable et pertinent à prendre en compte dans la classification.

Pour répondre à ces questions, la méthode utilisée a été la suivante : des analyses médico-statistiques ont été menées, les avis des professionnels (kinésithérapeute, APA, assistante sociale, ergothérapeute, diététicien, psychologue, orthophoniste) ont été sollicités.

Les résultats des travaux diversité sont les suivants :

- Le nombre de types d'actes et le nombre de chapitres mobilisés dépendent des besoins du patient mais ne reflètent pas la lourdeur de la prise en charge. La durée des actes pourrait être un bon indicateur.
- Le type de métier mobilisé n'est pas pertinent car il existe fréquemment des glissements de tâches entre les professionnels
- Le nombre de métiers mobilisés au cours d'un séjour est moins dépendant des caractéristiques du séjour (GME, RR totale) que des caractéristiques de l'UM de l'établissement dans laquelle le patient a été pris en charge.
- La RR totale reçue au cours du séjour, quel que soit le GN, semble être le facteur le plus corrélé avec la durée de séjour.

Une première conclusion de ces travaux est donc que la diversité des métiers mobilisés ou des actes réalisés pour la RR ne sont pas des indicateurs fiables au niveau patient pour être inclus dans la classification.

Les fédérations demandent si les travaux ont été faits sur la durée du séjour ou sur le coût du séjour.

L'ATIH répond que les travaux ont été faits sur la durée du séjour car c'est une bonne approximation du coût du séjour. Les bases ENC (pour travailler sur le coût du séjour) regroupent moins de séjours que les bases PMSI (travaux sur la durée du séjour). Il serait possible de faire l'analyse sur le coût du séjour.

Une des fédérations rappelle que les bases PMSI permettent d'analyser ce qui est réalisé, mais ne permettent pas de savoir quels sont les bonnes pratiques de prise en charge.

L'ATIH propose de ne pas intégrer la diversité des intervenants dans la classification, parce que la diversité des intervenants est plus liée à la structure, qu'au patient. Les fédérations considèrent que si certaines structures ont une diversité des intervenants (et d'autres non) c'est que la prise en charge réalisée est différente selon les structures, et que cette différence devrait pouvoir être prise en compte.

1.2 TRAVAUX INFORMATION MEDICALE

Amélioration de la description de la dépendance cognitive :

Les travaux menés par le GT dépendance avaient alerté l'ATIH sur la difficulté d'utilisation de l'AVQ cognitif. L'ATIH avait donc proposé d'utiliser des diagnostics CIM10 pour mieux décrire la dépendance cognitive. Après exploration, et au vu des consultations réalisées par l'ATIH cette proposition n'est pas retenue. L'ATIH propose de ne pas introduire dans le guide méthodologique la nécessité de décrire les troubles cognitivo-comportementaux via les diagnostics CIM10.

Travaux sur l'évolution du recueil

L'ATIH a réalisé des travaux sur la possibilité d'introduire une nouvelle variable « appui à l'entrée », et sur la possibilité de faire évoluer la variable « date d'intervention chirurgicale ».

Les analyses médico-statistiques menées sur ces 2 points ne permettent pas de mettre en évidence l'intérêt de ces nouvelles variables. Par ailleurs, cela ne correspond pas à l'objectif de simplification du recueil. L'ATIH propose de ne pas mettre en œuvre les propositions d'évolution du recueil émanant du terrain.

Certaines fédérations regrettent que, sur ces 2 points description de la dépendance cognitive et évolution du recueil, la décision de non mise en œuvre n'ait pas été prise au cours d'un CT.

1.3 TRAVAUX COMMUNICATION – PEDAGOGIE

Au cours de l'année 2018 (de janvier à septembre), l'ATIH a présenté les travaux réalisés sur la classification. Pour cela différents supports ont été réalisés (dont une plaquette), les travaux ont été présentés en congrès (PCSI –Sydney-, EMOIS, journées Grand Sud) et en région (COTRIM Grand Est, COTRIM IDF).

Les présentations et les supports étaient centrés sur les différents concepts de la classification, et sur la présentation de l'Indice Synthétique de Lourdeur Médico-Economique, ainsi que des groupes descriptifs liés à l'ISLE. Au cours de ces présentations, il a semblé qu'il y avait un intérêt certain des acteurs de terrain, toutefois ces travaux ne répondent pas complètement aux attentes exprimées par les fédérations.

Certaines fédérations rappellent que ce n'est pas parce que la qualité des travaux scientifiques présentés en congrès internationaux est réelle que pour autant la mise en œuvre est ensuite réalisée dans les pays concernés.

2. FEUILLE DE ROUTE 2019

Pour construire une nouvelle feuille de route 2019, l'ATIH a pris en compte d'une part le rapport réalisé par la mission SSR de la DGOS suite aux travaux menés dans le cadre des groupes de travail sur les orientations stratégiques du SSR, d'autre part les propositions de nouvelles orientations de financement (sujet protocoles) faites par la Task force et enfin les décisions prises lors du COPIL SSR d'octobre 2018 (poursuite de la réforme avec une cible de mise en œuvre en 2021).

Les quatre thématiques de travail présentées en comité de concertation, le 15 novembre 2018 sont l'accompagnement de la DGOS dans ses rencontres avec les CNP pour la mise en place de protocoles de prises en charge en SSR, la nécessité de simplifier le recueil, de simplifier le CSARR et de simplifier la classification en GME.

2.1 ACCOMPAGNEMENT DE LA DGOS DANS SES RENCONTRES AVEC LES CNP POUR LA MISE EN PLACE DE PROTOCOLES

La DGOS rappelle que ces réunions ont 2 objectifs : définir un algorithme d'orientation des patients et définir des protocoles de prise en charge (=programme de soins/programme thérapeutique).

Le travail avec les CNP et l'HAS devrait permettre de décrire le programme attendu, en le déclinant suivant les situations cliniques (patients lourds/patients non lourds), et d'arriver ainsi à une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Les CNP travailleront sur 5 pathologies : BPCO, IDM, PTG, AVC, obésité morbide. Ces pathologies représentent 22% des séjours en SSR.

Dans le cadre des travaux que l'ATIH doit engager notamment sur la classification et le recueil, il semble utile qu'elle soit associée aux travaux que va mener la DGOS sur le volet « protocoles ». A ce titre, elle accompagnera les réunions et les réflexions menées avec les CNP.

2.2 SIMPLIFIER LE RECUEIL

L'ATIH prévoit de recueillir les données PMSI au séjour pour alléger le recueil, pour être en cohérence avec le groupage. Les travaux à mener sont des travaux de définition d'un séjour administratif, de définition d'un séjour médical, et dans le cadre du séjour médical de définition des permissions. Il faudra aussi s'interroger sur l'unité de recueil : séjour, UM, autre ?

En parallèle l'ATIH travaillera sur le contenu du recueil : quelle prise en charge ? Quel statut fonctionnel ? Quelle pathologie prise en charge ? Faut-il prévoir des nouvelles variables, en lien avec le travail réalisé par les CNP dans le cadre des travaux sur les protocoles ?

Certaines fédérations proposent de travailler en plusieurs temps différents sur ces problématiques, d'abord sur la périodicité, puis sur le contenu. Par ailleurs elles proposent que le recueil PMSI puisse s'adapter aux évolutions actuelles de financement (financement au parcours, financement des pathologies chroniques).

2.3 SIMPLIFIER LE CSARR

L'ATIH fera réaliser un audit du CSARR par un prestataire externe. L'objectif de cet audit sera d'évaluer les difficultés liées au CSARR, de comprendre son utilisation, et de proposer des pistes de simplification.

Après présentation aux différents acteurs concernés, l'ATIH mettra en œuvre, en tant que de besoin, des actions de simplification du CSARR proposées par le prestataire.

La FHP-SSR rappelle qu'il est important de savoir si on utilise le CSARR comme un outil descriptif de l'activité ou comme un outil économique. Elle rappelle que la CCAM étant utilisée pour le paiement d'honoraires, la description de l'acte est précise et comprend une référence à un temps de réalisation de l'acte. Le CSARR n'ayant pas cet objectif d'honoraires, la description est moins précise.

Les fédérations demandent s'il est prévu que le CSARR devienne tarifant. L'ATIH indique que cela ne fait pas partie des préconisations de la mission Aubert

2.4 SIMPLIFIER LA CLASSIFICATION

L'ATIH a pris contact avec des fédérations hospitalières pour faire le point sur leurs attentes concernant la classification.

L'ATIH réalisera des travaux sur la structuration de la classification. L'objectif de ces travaux est d'améliorer la lisibilité de la pratique médicale au travers des différents types de variables existantes : variables

démographiques (âge – pédiatrie / gériatrie), variables patients (dépendance physique et dépendance cognitive, statut post chirurgical), la rééducation/réadaptation (score de rééducation/réadaptation, ...), les CMA.

Dans le cadre de ces travaux sur la structuration de la classification, il est prévu de maintenir le point d'entrée par les Groupes Nosologiques et d'étudier les différentes possibilités de prendre en compte l'ensemble des variables.

L'ATIH poursuivra par ailleurs les travaux déjà engagés sur l'amélioration des catégories majeures avec les sociétés savantes, pour s'assurer que la classification permet une description adaptée de leur activité. Ces travaux seront réalisés sur les activités de cardiologie et de pneumologie.

Pour l'ensemble de ces travaux sur la classification, des consultations seront organisées entre autre avec les sociétés savantes. L'ATIH présentera l'avancement des travaux aux fédérations et échangera avec elles sur les solutions envisagées. Les résultats de ces échanges seront ensuite présentés à la DGOS pour arbitrage.

Les fédérations acceptent que le point d'entrée dans la classification soit les pathologies (les groupes nosologiques). En effet, cela permet notamment un suivi épidémiologique.

Certaines fédérations proposent de prendre en compte le statut fonctionnel. Le statut fonctionnel permettant de discriminer les prises en charge, l'utilisation de la RR et de la dépendance dans la classification ne serait peut-être alors plus nécessaire. Les facteurs psycho-sociaux ne sont pas (ou peu) recueillis pour le moment alors qu'ils impactent la prise en charge aussi bien en terme de durée de séjour, que de type de prise en charge réalisée, et du type d'intervenant mobilisé.

3. REFLEXION SUR LE SUJET CLASSIFICATION

L'ATIH mène une réflexion sur la classification en SSR. Différentes options sont possibles et peuvent faire l'objet de la discussion.

Les questions qui doivent être abordées sont l'ordre des variables dans l'algorithme, la prise en compte des variables par des combinaisons ou des croisements, la (ré)organisation des variables en 2 axes, 3 axes, ou plus, la possibilité de prendre en compte des nouvelles variables (en fonction des évolutions dans le cadre de la simplification du recueil).

Certaines fédérations proposent de réexaminer les consignes de codage de la manifestation morbide principale et de l'affection étiologique pour que la combinaison MMP/AE décrive mieux ce qui est pris en charge. La question est posée de la prise en compte de la polypathologie (score de Charlson par exemple). L'ATIH rappelle que les publications scientifiques actuelles sur l'utilisation de score de polypathologie (type Charlson) ne sont pas concluantes.

L'ATIH propose une réunion de travail avec les fédérations pour mener ces réflexions.

4. ELEMENTS DE CALENDRIER

Axe 1 : accompagnement de la mission dans les réunions avec les CNP – Axes 2 : simplification du recueil PMSI Protocoles de prise en charge	
Réunion de cadrage avec les CNP organisée par la DGOS (2019 janvier)	Réflexions en interne sur les options de structuration du recueil PMSI (2019 janvier à mars)
Analyse médico statistique des bases de données pour décrire les prises en charge actuelle (2019 semestre 1)	Présentation des options envisagées aux fédérations (2019 avril/mai)
Options de structuration du recueil et du système d'information (2019 avril à octobre)	Présentation des options envisagées à la DGOS et choix d'une option privilégiée (2019 avril/mai)
Présentation des options de structuration du recueil aux fédérations (2019 novembre)	Présentation des options de structuration du recueil et des échanges avec les fédérations pour arbitrage à la DGOS (2019 mai)
Présentation des options de structuration du recueil et des échanges avec les fédérations pour arbitrage à la DGOS (2019 décembre)	Test de l'impact des solutions privilégiées (2019 avril à septembre)
Développement de la solution technique retenue et déploiement dans les établissements (2020 T1)	Présentation DGOS/fédération des travaux sur l'impact des solutions et choix de l'option retenue (2019 octobre/novembre)
mise en application mars 2021	Développement de la solution technique (2020 Semestre 1)
	mise en application mars 2021

Axe 3 : simplification du CSARR	Axe 4 : simplification de la classification	
Rédaction du cahier des charges pour audit par un prestataire des difficultés liées au CSARR (2019 janvier)	Rencontre ATIH/FD (2019 janvier)	
Appel d'offres aux prestataires (2019 février)	Travaux avec les sociétés savantes de cardiologie et pneumologie (2019 février à juin)	Travaux internes sur les concepts de classification (2019 février à avril)
Audit réalisé par le prestataire et propositions de simplification (2019 Trimestre 2)	Echanges sur les concepts avec les fédérations (2019 mai)	
Présentation aux acteurs des solutions proposées par le prestataire (2019 Trimestre 2)	Echanges sur les concepts avec DGOS pour arbitrage (2019 mai)	
Expertise des propositions de simplification (2019 septembre/octobre)	Option 1 Ajustement de la classification	Option 2 : révision / refonte de la classification
Mise en œuvre des propositions retenues (2019 semestre 2)	Conception et développement de la nouvelle classification (2019 mai à juin)	Intégration de la prise en compte des protocoles (juin 2019)
	impact sur le case-mix (2019 juillet à septembre)	conception et développement de la nouvelle classification (refonte algorithme et/ou protocoles) point étape avec les fédérations (janvier 2020)
	production des outils de mise en œuvre (FG, manuel de groupage, etc.) (2019 octobre à décembre)	conception et développement de la nouvelle classification prise en compte des ajustements (mars 2020)
	mise en application mars 2020	impact sur le case-mix (juin 2020)
		production des outils de mise en œuvre (FG, manuel de groupage, etc.) (2020 septembre)
		mise en application mars 2021