

COMITE TECHNIQUE EXTRA-ORDINAIRE SSR

REFLEXIONS SUR LES OPTIONS DE CLASSIFICATIONS

Compte-rendu de réunion

Date : 27 février 2019

Heure : 14h30-17h

Lieu : ATIH

Participants

- CRF D. Vial
- FEHAP P. Métral, J. Talmud,
- FHF M. Deschamps
- FHP-SSR P. Gobin, E. Noël,
- FILIERIS G. Bignolas
- UGECAM N. Ribet-Reinhart
- DGOS-R1 I. Petit
- DGOS-MSSR C. Martin, M. Servat
- DREES T. Seimandi
- ATIH S. Baron, N. Dapzol, J. Dubois, G. Nuemi, N. Raimbaud, M. Saïd

* * *

I. REFLEXIONS SUR LES OPTIONS DE STRUCTURATION DE LA CLASSIFICATION SSR

A. RETOUR SUR LE CT DU 29 JANVIER 2019

Cette rencontre s'inscrit dans la suite du dernier CT tenu le 29/01/2019, au cours duquel, l'ATIH souhaitait partager les réflexions qu'elle avait engagées sur les options de structuration de la classification pour le SSR.

En amont de cette réunion, le diaporama (joint à ce compte-rendu) avait été adressé par courriel aux différents participants.

Il est attendu que, comme à l'accoutumée, le compte rendu du CT du 29/01/2019 soit communiqué et mis en ligne sur le site de l'ATIH, après validation par les fédérations. Cependant, la FHP-SSR souhaite que les résultats du travail sur la diversité des intervenants, soient communiqués avec les précautions utiles au regard de l'absence d'impact médico-économique de cette diversité des intervenants, émanant des travaux ATIH.

B. OBJECTIFS DE LA REUNION

L'ATIH rappelle les travaux menés depuis 2013 sur la classification en SSR. En 2013, la classification en groupe médico-économique a été mise en œuvre. Des critiques sont formulées quant au nombre et au type de variables utilisées (notamment sur la RR).

Pour répondre, en partie à ces critiques, l'ATIH a réalisé des travaux en 2017-2018 sur une nouvelle structuration de la classification avec notamment la mise en place d'un indice synthétique de lourdeur médico-économique et une prise en compte plus systématique de la RR. Des critiques sont formulées sur la structure de la classification et les variables utilisées. La CRF demande des précisions sur les critiques formulées. L'ATIH rappelle que les critiques concernaient principalement la mise en place de l'indice synthétique, cet indice ayant été jugé trop complexe pour une utilisation en routine par les DIM.

L'objectif de la réunion de ce jour est d'échanger sur les différentes possibilités de prises en compte, d'organisation et de structuration des variables actuellement utilisées. Les variables actuellement utilisées, jugées pertinentes dans le modèle de la classification actuelle, sont l'âge, les scores de dépendance physique et cognitive, le score de rééducation réadaptation (score de RR), le statut post chirurgical et le niveau de sévérité du séjour (CMA).

La possibilité d'utiliser des variables nouvellement créées (statut fonctionnel, polypathologie, ...), des variables non utilisées mais déjà recueillies (finalité principale de prises en charge, facteurs socio-environnementaux, ...) ne fait pas l'objet de cette réunion. Ce sont néanmoins des points importants, certains d'entre eux ont été abordés et sont présentés dans la deuxième partie de ce compte rendu (II Réflexions complémentaires).

C. OBJECTIFS ET CONTRAINTES D'UNE CLASSIFICATION

Les objectifs de la réunion étant rappelés, la réunion démarre par un échange sur ce qui est attendu d'une classification médico-économique.

Les objectifs d'une classification sont d'avoir des groupes homogènes tant sur le plan médical (lisibilité médicale) que sur le plan économique, et avoir un nombre « correct » de groupes.

Les contraintes de la classification en SSR :

- Avoir une structure stable dans le temps
 - o La FEHAP souhaite, au contraire, que la classification puisse évoluer, en particulier avec la prise en compte de variables nouvellement créées.
- Maintenir la porte d'entrée par les groupes nosologiques (GN) pour conserver une structure médicale, qui permette un suivi épidémiologique, ou facilite le pilotage des tutelles.
 - o L'utilisation du concept de GN n'est pas remise en cause par les fédérations. Néanmoins la FEHAP fait remarquer que certaines situations cliniques sont mal décrites par les GN, notamment des situations gériatriques. Certains GN (Autres AVC et traumatismes crâniens notamment) manquent, selon la FEHAP, d'homogénéité médicale. La FEHAP indique qu'il pourrait être intéressant, pour

avoir des GN plus homogènes médicalement, de renforcer la qualité de codage de la manifestation morbide principale (MMP) et de l'affection étiologique (AE).

- La DGOS-MSSR s'interroge sur la multiplication du nombre de groupe du fait de la porte d'entrée par les GN.
- Maintenir une structure de classification identique pour tous les GN.
 - La FEHAP considère que c'est une contrainte forte, et qu'elle n'est pas nécessaire pour avoir une bonne compréhension de la classification.
 - La CRF indique qu'avec une structure identique pour tous les GN, certains groupes seraient décrits uniquement de façon théorique mais ne correspondraient à aucun séjour en pratique (par exemple séjour pour implant articulaire sans intervention chirurgicale).

D. PISTES POSSIBLES DE STRUTURATION DE LA CLASSIFCATION

1. LISTE DES PISTES POSSIBLES AVEC LEURS AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Trois options pour la structuration de la classification sont présentées :

- diviser chaque GN sur quelques variables,
- diviser tous les GN sur toutes les variables (les 6 variables actuelles)
- diviser tous les GN sur un ou plusieurs regroupements de variables

Chaque option est présentée de façon détaillée avec ses avantages, ses inconvénients et les questions auxquelles elle répond.

1.1 OPTION 1 : DIVISER CHAQUE GN SUR QUELQUES VARIABLES

Cette option correspond à la structure actuelle de la classification. Pour chaque GN, l'orientation dans une racine de groupe médico-économique se fonde sur l'analyse statistique d'une ou plusieurs variables. Les variables utilisées sont, à cette étape, l'âge, les scores de dépendance physique et cognitive, le score de rééducation réadaptation (score de RR), le statut post chirurgical. La sélection des variables est réalisée en fonction de la pertinence statistique de ces variables pour chaque GN. Il en résulte que les variables utilisées et le nombre de division est propre à chaque GN. Les groupes ainsi constitués (racine de groupe médico-économique RGME) sont ensuite subdivisés systématiquement sur la présence ou non de CMA pour former les groupes médico-économiques.

Cette structuration de la classification permet de répondre aux questions suivantes : quelles pathologies sont prises en charge en SSR (niveau GN)? Quel est le niveau de sévérité des séjours (niveau GME) ?

Les avantages de cette structuration sont : un nombre « correct » de GME (543 en HC), des libellés de la RGME très explicites, un repérage des séjours avec CMA.

Les inconvénients de cette structuration sont : un nombre limité de variables affichées par GN, peu de prise en compte de la rééducation, peu de visibilité de la pédiatrie, pas de visibilité transversale de la dépendance, pas de hiérarchisation des RGME, un repérage difficile des séjours lourds sur d'autres

critères que les CMA, pour un même GN un découpage différent selon les RGME ce qui rend l'analyse d'activité à partir des RGME peu simple.

Discussion autour de cette option : les fédérations n'ont pas de remarques particulières sur cette option, elles ne se positionnent pas en faveur ou en défaveur de cette option de structuration de la classification.

1.2 OPTION 2 : DIVISER CHAQUE GN SUR TOUTES LES VARIABLES

Dans cette option, pour chaque GN, les 6 variables (âge, scores de dépendance physique et cognitive, score de rééducation réadaptation (score de RR), statut post chirurgical, CMA) sont utilisées systématiquement.

Cette structuration de la classification permet de répondre aux questions suivantes : Quelles pathologies sont prises en charge en SSR ? Et de façon détaillée (voire séjour par séjour) aux questions : quelles dépendances, quel niveau de sévérité, quel niveau de RR,...

L'avantage de cette structuration est : des GME très explicites car très descriptifs.

Les inconvénients de cette structuration sont : une explosion du nombre de groupes (environ 26 500 groupes (avec les 6 variables actuelles)), un repérage des patients lourds difficile, une analyse médicale difficile (infra et interannuelle) du fait du nombre de groupes important et du risque d'effectifs faibles et fluctuants dans les groupes, une analyse économique difficile par les établissements et par les tutelles, un calcul des tarifs difficile, avec risque de forte évolution annuelle des tarifs.

Discussion autour de cette option : de façon consensuelle, le nombre de groupe très important dans cette option de classification a été jugé comme un inconvénient majeur. La FEHAP et Filieris ne sont pas en faveur de cette option de classification.

1.3 OPTION 3 : DIVISER TOUS LES GN SUR UN OU PLUSIEURS REGROUPEMENTS DE VARIABLES

Le but de cette structuration de classification est de pouvoir prendre en compte l'ensemble des variables sans faire exploser le nombre de groupes. Il est alors possible de décider a priori, d'un regroupement de variables au travers d'un indice composite.

Les indices composites imposent des contraintes : ils doivent être suffisamment interprétables, avoir un sens en eux-mêmes, permettre une hiérarchisation des GME. Ils impliquent par ailleurs la mise à disposition d'outils didactiques.

Option 3.1 : cette option correspond aux travaux réalisés par l'ATIH en 2017-2018. Deux indices sont proposés : l'un regroupant les variables âge, CMA, statut post-chirurgie, niveau de dépendance physique et cognitive (indice synthétique de lourdeur médico-économique ou ISLE) et l'autre indice composé de la variable score de RR par jour et par séjour.

Cette structuration de la classification permet de répondre aux questions suivantes : Quelles pathologies sont prises en charge en SSR ? Quels sont les patients lourds économiquement ? Quelle rééducation / prise en charge est réalisée ?

Les avantages de cette structuration sont : une visibilité de la pédiatrie, des GME ordonnés permettant l'identification des séjours « lourds », une visibilité de la rééducation, et un nombre de groupes en HC quasi similaire à l'option 1 (environ 552 GME).

Les inconvénients de cette structuration sont : la perte de la visibilité directe de certaines variables comme les CMA, la difficulté à définir sur quels critères les patients sont « lourds ».

Discussion autour de cette option : pas de remarques particulières.

Option 3.2 : trois indices sont proposés : l'un regroupant les variables âge, statut post-chirurgie, niveau de dépendance physique et cognitive, un autre indice constitué uniquement de la variable CMA, et un troisième indice composé de la variable score de RR par jour et par séjour.

Cette structuration de la classification permet de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les pathologies prises en charge ? Quelle est la sévérité médicale des séjours ? Quelle est la prise en charge réalisée, quelle est la rééducation réalisée ? Quelle est la lourdeur pour les soignants ?

Les avantages de cette structuration sont : repérage facile des CMA, repérage facile des patients avec score de RR élevé, repérage des séjours lourds sur l'ensemble des autres facteurs (dont dépendances). Les séjours sont répartis selon 3 axes de lourdeurs : un axe médical (CMA), un axe réadaptation (score de RR), un troisième axe comprenant notamment les soins infirmiers (ensemble des autres facteurs dont dépendances).

Les inconvénients de cette structuration sont : un nombre de GME importants (1100 à 1600 selon le nombre de niveau de CMA), pas de lisibilité des facteurs de lourdeurs en dehors de la CMA et de la RR.

Discussion autour de cette option : cette option a suscité un intérêt avec quelques réserves : FILIERIS suggère des tests préalables sur la base ENC, et trouve l'option intéressante sous réserve de la possibilité de prise en compte de nouvelles variables. L'UGECAM partage cet avis.

Option 3.3 : deux indices sont proposés : l'un regroupant les variables âge, statut post-chirurgie, niveau de dépendance physique et cognitive et score de RR par jour et par séjour, un autre indice constitué uniquement de la variable CMA.

Cette structuration de la classification permet de répondre aux questions suivantes : Quelles pathologies sont prises en charge ? Quel niveau de sévérité médicale ? Quelle lourdeur sur l'ensemble des autres facteurs.

Les avantages de cette structuration sont : repérage facile des CMA, hiérarchisation des groupes, nombre de GME stable (552 environ).

Les inconvénients de cette structuration sont : une absence de visibilité de la RR, une absence de visibilité des autres facteurs de lourdeurs (en dehors des CMA).

Discussion autour de cette option : pas de remarques particulières.

2. CONSTRUIRE D'AUTRES PISTES AVEC LEURS AVANTAGES ET INCONVENIENTS

En fin de réunion, le temps a manqué pour construire collectivement une/des options supplémentaires, utilisant les 6 variables actuelles, associées ou non à d'autres variables déjà recueillies.

II. LES REFLEXIONS COMPLEMENTAIRES AUX REFLEXIONS SUR LA STRUCTURATION DE LA CLASSIFICATION

En marge des questions sur la structuration de la classification, les sujets suivants ont été abordés et discutés au fil de la réunion. Bien que ne constituant pas l'objet de la réunion, il importe de les identifier et de les rapporter ici, pour rappeler qu'ils devront être traités parallèlement ou au cours de la construction de la classification, selon les modalités appropriées, et à définir.

- **Introduire de nouvelles variables dans le recueil d'information :**

- Variables administratives (*demande FHP-SSR*)
 - Quantité de personnel, masse salariale
- Fragilité sociale, précarité (*demande générale*)
- Spécialité de SSR (autorisation) (*demande FHP-SSR*)
- Statut fonctionnel du patient (*demande générale*)
- Patient instable (*demande DGOS*)

- **S'interroger sur le mode de prise en compte**

- de la polypathologie (*demande FEHAP et UGECAM*)
- des soins infirmiers (charge en soins), en ayant en tête que l'activité de RR est loin d'être la seule activité déployée au cours d'une prise en charge en SSR (*demande DGOS*)

- **S'interroger sur les outils existants, et leur qualité :**

- CSARR : (*demande FHP-SSR et FEHAP*)
 - revoir si besoin les libellés au regard de la durée de certains actes
 - renouveler la mesure de la durée des actes
 - revoir les modalités de construction du score de RR
- Echelles de mesure des dépendances (physique / cognitive)

- **S'interroger sur les modèles :**

- Modalités de recueil, groupage et restitution de l'activité : (*demande DGOS*)
 - Pertinence de la séquence pour tenir compte des patients instables ?
 - Comment tracer les événements intercurrents ?
- Modalités de valorisation de l'activité (*demande FHP-SSR*)
 - Journée pondérée ? séquence ? séjour ?