

COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER Compte-rendu de réunion

Date : 08 février 20223

Heure : 14h00-17h00

Réunion en visioconférence

Participants

- CRF
- FEHAP P. Métral, Meggyn Panzu
- FHF I. Horrер, Mme De Hesselle
- FHP-SMR E. Noël, F. Sanguignol
- FILIERIS K. Rasidy, O. Delhaume
- UNICANCER A. Bataillard, B. Le Vu
- UGECAM S. Théobald
- DGOS-MSSR Y. Lachkem,
- ATIH S. Baron, N. Dapzol, J. Dubois, C. Martin, G. Nuemi,
N. Raimbaud, R. Schwob.
- DREES S. Delage
- CNAM E. Ekong

Excusés

- SoFIMe
- DSS

Accueil des participants par l'ATIH, présentation de l'ordre du jour.

Ce premier CT de l'année est destiné à faire un bilan des travaux réalisés en 2022, et à présenter une proposition de programme de travail pour 2023. En outre, un point détaillé des travaux CSARR est réalisé.

Ce compte-rendu ne retrace pas l'intégralité des éléments présentés ; ces derniers doivent être consultés dans le diaporama. Seuls les principaux éléments de la présentation et de la discussion sont retranscrits.

1. TRAVAUX INFORMATION MEDICALE

1.1 BILAN DES TRAVAUX 2022

Les travaux en information médicale en 2022 ont porté sur :

- La suppression de la Finalité principale de prise en charge, avec mise à jour du guide méthodologique, et de l'ensemble des outils.
- Mise en place d'une méthode d'analyse du recueil des facteurs socio-environnementaux

1.2 PROGRAMME DE TRAVAIL 2023

L'ATIH présente les axes de travail :

- **Téléadaptation**
Il s'agit d'accompagner la définition d'un cadre juridique (par la DGOS) pour ce mode de prise en charge en ajustant le dispositif de recueil actuel.
- **Gradation des prises en charge**
L'objectif est d'améliorer la différenciation (ou de mieux distinguer) en termes de description PMSI des modes de prise en charge tels que : la téléadaptation, les traitements et cures ambulatoires, l'hospitalisation à temps partiel, l'hospitalisation à temps complet et l'hospitalisation de semaine, ceci, en cohérence avec les textes réglementaires (décrets et instruction). Cela implique par exemple une amélioration dans la description en hospitalisation partielle pour permettre une meilleure identification et un meilleur repérage dans le PMSI des différents types de prise en charge.
- **Évaluation de la variable poursuite du même projet thérapeutique**
Cette variable a été mise en place en 2015 pour conforter la cohérence des bases de données et relier correctement les séjours thérapeutiques artificiellement interrompus. Ce travail permettra entre autres de vérifier si cet objectif a été atteint.
- **Activité d'expertise**
Il s'agit ici de permettre le repérage via le PMSI de certaines activités d'expertises identifiées et règlementées.

La FHP-SMR demande quand les mentions décrites dans le cadre de la réforme des autorisations en SSR pourront être recueillies.

L'ATIH a prévu de recueillir les nouvelles mentions début 2024 car, si le décret doit être appliqué à partir du 01/06/2023, les ARS et les établissements de santé ont jusqu'au 1^{er} novembre pour actualiser les autorisations.

La FEHAP mentionne l'existence d'hospitalisation à domicile de réadaptation. Dans les expériences actuelles le recueil est un recueil de type HAD, il n'est donc pas possible d'enregistrer les interventions réalisées par l'équipe de SSR.

L'ATIH indique qu'elle travaillera sur ce sujet dans le cadre de travaux inter-champs.

L'UGECAM demande si les travaux de gradation des prises en charge ont pour objectif de mettre en place une instruction gradation (comme elle existe en MCO).

L'ATIH précise que les travaux de gradation des prises en charge ont pour objectif de permettre d'améliorer la description des différentes prises en charge pour en permettre un meilleur repérage.

La FEHAP souligne que certaines prises en charge en HP sont des prises en charge de patients chroniques, des consignes pour ce type de prise en charge sont à prévoir.

2. TRAVAUX CLASSIFICATION

2.1 BILAN DE L'ANNEE 2022

Les travaux classification ont porté essentiellement en 2022 sur la révision des sévérités. Des analyses exploratoires concernant l'HTP et la pédiatrie ont également été réalisées, sans modification de la classification en 2023.

2.2 PROGRAMME DE TRAVAIL 2023

2.2.1 Projet sévérité

La première phase préliminaire de consolidation des outils du modèle actuel est réalisée.

La phase de construction du modèle de CMA multiples est en cours : elle impose de travailler en parallèle sur trois aspects interdépendants, chacun étant considéré en fixant les deux autres

- La sélection des diagnostics pris en compte pour la sévérité
- Le choix des règles d'association entre les niveaux
- Le niveaux des diagnostics

Les diagnostics pris en compte doivent être les plus représentatifs d'un séjour, tout en étant robustes aux aléas du codage. Le premier principe appliqué est celui de la propagation des exclusions DP-DAS aux DAS entre eux. Le second principe est celui de la « dimension » : un seul diagnostic par dimension est pris en compte.

Lors du dernier Comité technique, un modèle reposant sur 16 dimensions (à peu près équivalentes aux catégories majeures) a été proposé. Des débats ont eu lieu à ce sujet, qui ont fait envisager d'autres granularités pour ces dimensions. Des questions ont également été notées au sujet de la place des facteurs socio environnementaux et des actes CCAM dans les sévérités. Des travaux sont donc en cours, pour analyser ces différents points : les différentes options seront présentées lors d'un prochain GT.

Les règles d'association des niveaux doivent être intelligibles et performantes statistiquement. Les travaux en cours permettront une consolidation de ces règles et seront également présentées lors du prochain GT.

Les niveaux des diagnostics doivent être performants statistiquement et cohérents médicalement. Les travaux menés ont conduit à la production de niveaux optimums et d'indicateurs statistiques, facilitant la relecture et la validation médicale de ces niveaux. Les différentes problématiques et options choisies seront présentées au prochain GT.

La deuxième phase consistera à rechercher des modulations pertinentes des niveaux des diagnostics associés en fonction de la pathologie principale prise en charge.

La troisième phase consistera à ajuster le niveau du séjour, en fonction de situations particulières (comme cela peut être fait en MCO avec l'âge pour certaines racines).

La FHP-SMR souligne l'impact majeur à prévoir de ce projet, sur les casemix et les revenus des établissements.

L'ATIH répond que les mesures d'impact sont prévues et seront communiquées aux fédérations le moment venu.

2.2.2 Analyse de la classification mise en œuvre en 2022 (diapo 17)

La base complète des séjours 2022 va être disponible au mois de mai. Elle va pouvoir être comparée aux années antérieures, groupées avec cette nouvelle version de classification.

Les indicateurs analysés seront :

- Les effectifs et durées de séjours, en fonction des GN, GR, GL et GME (effectifs des journées en HTP)
- La part des différents groupes de réadaptation, le nombre d'actes CSARR codés et leur caractère spécialisé ou non
- La part des différents groupes de lourdeur, la position de la dépendance maximale dans le séjour
- Le nombre des diagnostics codés, le nombre de diagnostics CMA, la part des séjours de niveau 2
- L'écart entre la durée de séjour observée et la durée de séjour prédite par la classification, par secteur, par établissement (analyse des établissements avec écart important)

Une attention particulière sera portée au recueil des actes de réadaptation et de la dépendance, puisque les changements de la classification sont intervenus à ces niveaux.

Des indicateurs supplémentaires sont encore en réflexion.

La FHP-SMR souligne le caractère indispensable de cette analyse, à intégrer dans le contexte de la réforme de financement.

Elle souhaite qu'une attention particulière soit apportée aux établissements avec une forte activité de cancérologie, ne correspondant pas encore à une autorisation. C'est le cas notamment, en Ile de France, où des reconnaissances contractuelles sont accordées hors autorisation.

L'UGECAM demande à ce que des éléments tarifaires soient intégrés à l'analyse, en particulier les différentes zones tarifaires.

La FEHAP souhaite que les établissements accueillant des patients avec déficit sensoriel soient examinés.

3. SIMPLIFICATION DU CSARR

3.1 BILAN DE L'ANNEE 2022

Une première phase médicale a eu lieu de septembre 2021 à mai 2022, suivie d'une analyse statistique des temps de réalisation des actes. Des premiers résultats sur les regroupements des actes, les intervenants attribués, et une méthode de détermination des pondérations ont été présentés au comité techniques de juillet.

Une deuxième phase médicale a eu lieu de septembre à décembre 2022 permettant de proposer aujourd'hui une version provisoire du catalogue simplifié, catalogue nommé pour le moment : CSAR, Catalogue Spécifique des Actes de Réadaptation.

Cette version comporte 147 actes (détail par chapitre dans la diapo 27). Elle est transmise au comité technique, à la suite de la réunion.

Les principes et objectifs du projet sont rappelés (diapos 21 et 22)

- Regroupement des actes par objectifs de réadaptation, objectifs décrits selon la classification internationale du fonctionnement et du handicap
 - o Réadaptation d'une fonction de système organique
 - o Réadaptation d'une activité
 - o Adaptation de l'environnement
- Attribution d'un ou plusieurs intervenants autorisé à chaque acte

Les travaux sont resitués dans le contexte des décrets SMR (diapos 23 à 26)

- Rôle de l'acte CSAR dans la description de la séquence : une unité doit, en fonction de son autorisation, proposer au patient un nombre minimum de séquences par jour
- Les actes CSAR proposés répondent-ils à une mission des SMR ?
- Les actes CSAR proposés correspondent-ils à une pratique thérapeutique ? : une unité doit proposer au patient un nombre minimum de pratiques thérapeutiques (pratiques faisant partie d'une liste fermée, en fonction de l'autorisation)
- Les intervenants autorisés à coder les actes CSAR font-ils partie des personnels non médicaux, obligatoires, recommandés ou facultatifs, devant faire partie des SMR ? (listes, en fonction de l'autorisation) Nouveautés, situations à arbitrer

A l'issue de la phase médicale du dernier trimestre 2022 avec les groupes de travail, plusieurs points restent l'objet d'avis contradictoires ; ils sont soumis à l'arbitrage de la DGOS, et à l'avis du comité technique.

3.1.1 Caractère particulier de certains actes (diapos 30 à 34)

La place dans le catalogue de 5 actes est discutée. Il s'agit d'actes que nous avons appelés « actes de soutien du patient » :

- séance de thérapie psycho-corporelle,
- séance d'activité de loisir, culturelle, artistique et/ou physique non sportive,
- séance d'appropriation, restauration et maintien de l'image de soi,

- séance de thérapie familiale,
- entretien d'aide.

Ils sont contestés par certains membres des groupes de travail, car ne correspondent pas à un objectif précis de réadaptation mais plutôt à une méthode, ne correspondent pas de façon directe à une mission SMR mais sont complémentaires des autres actes, ne répondent pas nécessairement à des techniques validées (en particulier pour l'acte de thérapie psychocorporelle), sont réalisés majoritairement par des professionnels non cités dans les décrets.

Ils sont souhaités par d'autres participants aux groupes de travail, car sont indispensables pour certaines prises en charge, et leur efficacité est reconnue.

L'ATIH propose de conserver ces actes dans le catalogue pour leur importance descriptive, mais de leur accorder une pondération nulle, donc sans impact sur les scores de réadaptation. Pour rappel et pour faire le parallèle avec le codage des diagnostics associés, seuls 10% sont pris en compte dans le niveau des sévérités des séjours. Ces actes n'auraient pas de restriction de codage quant aux intervenants, dans la mesure où ils sont formés à la pratique (par exemple séance de thérapie psychocorporelle).

La FEHAP souligne son incompréhension de la méthode utilisée. Les actes sont actuellement traceurs de consommation de ressources, aussi bien pour les actes non spécialisés que pour les actes spécialisés. Ils ont un impact sur les scores de réadaptation, sur le groupage et donc sur la valorisation. Si certains actes ne sont plus pondérés, ils perdront cette fonction, alors qu'ils correspondent bien également à une consommation de ressources. A terme, ils ne seront plus codés. Elle est opposée à cette pondération nulle pour certains actes.

La FHP-SMR exprime également son opposition à cette proposition qui ne prend pas en compte les moyens engagés par les établissements pour ces activités non pondérées. Elle demande à disposer d'une simulation des impacts de cette mesure.

L'ATIH rappelle que c'est le cas actuellement pour une majorité de diagnostics associés qui correspondent par définition à des pathologies prises en charge, donc à une consommation de moyens.

La FHF s'interroge également sur la valorisation des ressources humaines concernées par ces actes, qu'elles soient internes ou externes à l'établissement.

L'ATIH souligne que les coûts liés aux charges de personnels sont de toutes façons intégrés dans les calculs de l'ENC, et se répercutent sur les tarifs.

La FHP-SMR demande qui va arbitrer ce point, en soulignant les délais très longs à prévoir de la HAS si elle est sollicitée.

La DGOS indique qu'un arbitrage en séance n'est pas prévu, qu'elle se rapprochera des services et institutions concernés pour appuyer ces décisions.

3.1.2 Autorisation de certains intervenants pour certains actes

Même si un consensus a été obtenu dans la majorité des cas, il persiste un désaccord sur l'autorisation de certains intervenants pour certains actes.

EAPA et éducateurs sportifs (diapo 35)

EAPA : Evaluation et réadaptation des fonctions psychomotrices (01E03, 01S06), Séance de réadaptation des fonctions perceptuelles (01S03), Séance de réadaptation des fonctions relatives aux mouvements complexes (01S04)

Educateur sportif : Séance de réadaptation des fonctions de la marche (07S07), Séance de réadaptation des fonctions de la coordination (07S09), Séance de réadaptation des fonctions de l'équilibre et de la posture (07S10), Séance de réentraînement à l'effort (04S01, 04S02)

La FEHAP et la FHP souhaitent s'assurer que chaque intervenant ayant réalisé une prise en charge aura à sa disposition un acte pour la coder.

L'ATIH répond que si un acte n'est plus autorisé pour un intervenant, c'est qu'il est en dehors de sa compétence, mais que ce professionnel aura à sa disposition suffisamment d'actes pour tracer son activité.

La FHP-SMR demande une évaluation de l'impact de cette restriction des intervenants.

L'ATIH répond que cela fera partie de l'évaluation à venir.

L'UGECAM souhaite des précisions sur la méthode utilisée pour attribuer les intervenants aux actes. S'agit-il du respect des décrets de compétence ? ou de l'avis des membres des groupes de travail ?

L'ATIH répond que les décrets de compétence ont été utilisés autant que possible lors des réflexions en groupes de travail, mais que les situations à arbitrer correspondent à des situations particulières, de professions sans décret de compétence ou avec des difficultés d'interprétation.

IDE et Aide-soignant (diapo 36)

Ces professions ont en général un rôle de soin et non de réadaptation, ce qui a conduit à essayer de limiter aux chapitre 10 et 11 leurs codages des actes CSARR, depuis la création du catalogue.

Dans la version provisoire proposée, les aide-soignants sont autorisés à coder seulement les actes d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un programme, de gestion de la douleur, ainsi que les 5 actes pondérés à 0, lorsqu'ils sont formés. Les IDE sont autorisés à coder 11 actes, dont les actes d'éducation thérapeutique, et ceux en lien avec le projet et la sortie du patient.

Des situations particulières ont toutefois été identifiées, dans les unités d'addictologie ou de pédiatrie, où les IDE, puériculteurs(trices), aide-soignants et auxiliaires de puéricultures, ont un rôle dans la réadaptation du patient. Un type d'intervenant particulier est donc proposé, avec possibilité de coder les actes de réadaptation des activités.

Proposition d'une nouvelle liste d'intervenants (diapos 37 et 38)

Intervenants ajoutés : pharmacien, autre professionnel formé en éducation thérapeutique, IDE et aide-soignant en addictologie, puéricultrice et auxiliaire de puériculture en pédiatrie.

Intervenants supprimés : instituteur spécialisé, enseignant général, manipulateur en électroradiologie, documentaliste, chiropracteur ostéopathe.

Autre intervenant conservé, seulement pour les actes pondérés à 0, regroupant animateur et socio-esthéticienne et incluant sophrologue, art-thérapeute etc...

3.1.3 Suppression des actes de fabrication d'appareillage (diapo 39)

Il est proposé de supprimer du catalogue les actes de fabrication d'appareillage, qui ne correspondent pas vraiment à des actes de réadaptation, tout en conservant les actes d'évaluation avant appareillage, de mise à disposition d'appareillage et de séance d'apprentissage d'un appareillage.

Les actes de fabrication actuels sont pondérés à 0 (pour l'étape B de fabrication proprement dite) et cette activité est et sera valorisée dans un autre compartiment.

La FHP-SMR s'interroge sur l'information qui pourrait alors manquer, à savoir le fabricant de l'appareillage (établissement ou prestataire externe). Cette information pourrait être nécessaire au calibrage d'un autre compartiment (activité d'expertise)

L'ATIH répond que pour chaque acte de « mise à disposition d'appareillage », un indicateur pourrait être recueilli pour tracer cette information.

3.2 PONDERATIONS, AVANCEE DES TRAVAUX (diapos 41 à 44)

La méthodologie de détermination des pondérations avait été présentée en détail lors du CT de juillet 2022.

Elles ont été revues en prenant en compte la version provisoire du nouveau catalogue livrée.

Le nombre d'actes subdivisés selon le temps de réalisation effectif a été revu à la hausse (diapo 43).

La FHF s'interroge sur ces actes et sur la traçabilité qui sera demandée, quant à la durée effective de l'acte. Elle se demande aussi si ce recueil n'est pas trop complexe pour les professionnels.

L'ATIH répond que ce dispositif a justement été préféré à un recueil du temps systématique de tous les actes, qui semblait plus complexe. Il concerne seulement les actes hétérogènes en temps de réalisation, pour prendre en compte cette hétérogénéité dans la pondération.

La FEHAP souligne l'hétérogénéité des temps de réalisation des actes entre établissements, et en fonction des patients pris en charge. Elle souhaite des analyses complémentaires.

La FHF remarque que le seuil de 500 actes dans la base ENC, à partir duquel le temps est pris en compte pour la détermination des pondérations, biaise les résultats. Par ailleurs, la disparité entre établissements n'est pas prise en compte.

L'ATIH répond que les données disponibles sont effectivement limitées, malgré les incitations aux établissements à participer aux campagnes ENC.

3.3 LISTES D'ACTES SPECIALISES (diapo 45)

Le transcodage des actes a permis d'établir une liste des actes spécialisés. Elle est transmise à la suite de la réunion. La liste du GN 0803 a été légèrement enrichie.

Les fédérations demandent que leur soit communiqué le transcodage des actes : il sera joint aux autres documents à la suite de la réunion.

3.4 SUITE DES TRAVAUX, PERSPECTIVES

La prochaine phase des travaux va consister en une analyse d'impact des nouveaux actes CSARR : évolution du nombre des actes codés, des scores, du groupage...

La fin des travaux en 2023 est possible. L'année 2024 pourrait permettre d'organiser et de proposer des actions de communication et d'information aux établissements et aux professionnels codeurs. Une mise en test pourrait également être envisagée.

La FEHAP souligne que la diminution du nombre d'actes et la simplification des libellés ne changent rien au nombre d'actes à coder pour les professionnels.

La FHP-SMR insiste sur le fait que ces travaux (CMA et CSARR) vont entrainer des changements majeurs, tant au niveau du recueil et des consignes de codage, que des effets revenus pour les établissements. Elle s'interroge sur la possibilité d'une mise en œuvre en 2025. Elle rappelle que les analyses d'impact sont fondamentales, et qu'elle ne se positionnera pas avant leur communication.

Elle rappelle également que des sujets restent sans réponse : question de la double échelle public / privé, suppression du coefficient de spécialisation.