

## COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER Compte-rendu de réunion

Date : 05 juillet 2023 Heure : 14h00-17h00

Réunion en visioconférence

### Participants

- CRF
- FEHAP P. Métral, Meggyn Panzu
- FHF Mme De Hesselle
- FHP-SMR E. Noël,
- FILIERIS K. Rasidy,
- UGECAM N. Ribet
- DGOS-MSSR C. Moreau
- ATIH S. Baron, N. Dapzol, J. Dubois, C. Martin, G. Nuemi,  
N. Raimbaud, R. Schwob.
- DREES S. Delage, L. Delort

### Excusés

- UNICANCER A. Bataillard, B. Le Vu
- CNAM
- SoFIMe
- DSS

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

Ce deuxième CT de l'année est destiné à faire un bilan des travaux réalisés au premier semestre 2023.

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 CSARR

### 1.1 AJUSTEMENTS SUR LES ACTES ET LES INTERVENANTS

Suite aux réactions à la proposition de pondérer à 0 certains actes de soutien du patient, faite lors du dernier CT, il est finalement proposé de les pondérer au même titre que les autres. Ils représentent moins de 1% des actes codés.

L'attribution des intervenants aux actes est difficile, surtout pour certains actes ; il s'agit :

- Des actes demandant une formation particulière, ouverte à tous les professionnels : thérapies psychocorporelles, prises en charges non médicamenteuses de la douleur, thérapies familiales
- Des actes d'éducation thérapeutique (formation également ouverte)
- De l'acte d'information à visée préventive du patient ou de son entourage
- Des actes de réadaptation de la vie quotidienne (basales, instrumentales, sociales et de loisir)
- De quelques autres actes de prises en charge globale du patient : entretien relatif au projet de soins ou projet de vie, séance d'accompagnement au retour à domicile, évaluation de la qualité de vie et du fardeau de l'aidant

Les objectifs sont de garder la visibilité des professionnels codeurs, et d'éviter le codage systématique de ces actes par les soignants, tout en le permettant pour certaines activités où leur rôle est prépondérant dans la réadaptation.

Par exemple, les actes de réadaptation des activités de la vie quotidienne sont des actes relevant essentiellement des compétences des ergothérapeutes. Mais ils font aussi partie des fonctions des aide-soignant dans les unités d'addictologie.

Ainsi, il est proposé de supprimer le type d'intervenant « autre » et de créer des types d'intervenants particuliers, pour lesquels l'acte codé sera pris en compte (cf diapo 7 à 10)

- L'intervenant 81 « professionnel formé à une prise en charge particulière » pourrait coder les 3 actes demandant une formation particulière (y compris IDE et aide-soignant)
- L'intervenant 80 « éducateur thérapeutique » pourrait coder les actes d'éducation thérapeutique (y compris IDE, aide-soignant, pharmacien)
- L'aide-soignant et l'IDE en addictologie et en pédiatrie (78 et 79) pourrait coder les actes de réadaptation de la vie quotidienne

Pour ce dernier cas, il est proposé de prendre en compte dans le score la pondération de l'acte, si le séjour est groupé dans la CM19 (ou le GN 1903) ou si l'âge du patient est inférieur à 18 ans.

*La Fehap remarque qu'il est inutile de distinguer aide-soignant en addictologie et auxiliaire de puériculture, qui peuvent être regroupés dans un seul type d'intervenant : aide-soignant. Il est probable que des demandes de prise en compte dans d'autres activités seront faites, il sera plus facile d'y répondre de cette façon.*

*L'ATIH répond que l'aide-soignant reste « non attendu » en général pour coder le CSAR. Cette proposition sera toutefois étudiée.*

Globalement, sur cette partie actes et intervenants, des arbitrages (hors ATIH) sont en attente. Toutefois, des documents provisoires seront transmis à la suite de ce CT : un document word décrivant les nouveaux actes CSAR et un document Excel, listant les intervenants proposés pour chaque acte, et les pondérations.

## 1.2 TRAVAUX COMPLEMENTAIRES SUR LES PONDERATIONS DES ACTES COLLECTIFS

Les pondérations des actes collectifs dans l'ancienne classification étaient faibles. Elles correspondaient alors au « temps intervenant », le temps de réalisation de l'acte étant divisé par le nombre de patients ; par exemple un acte durant 60 minutes, avec 6 patients, correspondait à un temps intervenant de 10 minutes, la pondération était fixée à 10. **Elle traduisait le poids économique de l'acte.**

Dans la nouvelle classification, c'est le temps patient qui a été choisi pour déterminer les pondérations des actes collectifs : la pondération correspond à la durée moyenne de réalisation de l'acte, quel que soit le nombre de patients. Elle traduit le temps passé par le patient à sa réadaptation, **le sens est médical plutôt qu'économique.**

En conséquence, la pondération des actes collectifs est actuellement plus importante que la pondération des actes individuels, car dans l'ENC, ces derniers durent effectivement moins longtemps. Par exemple, la séance de réadaptation à l'effort aérobie a une pondération de 30 pour l'acte individuel (DKR+061) et de 70 pour l'acte collectif (DKR+200).

Des demandes de rééquilibrage entre les pondérations individuelles et collectives sont remontées depuis la mise en place de la nouvelle classification.

Il est proposé de pondérer de façon semblable l'acte individuel et collectif équivalent, en prenant comme référence le temps ENC de l'acte individuel. Ainsi, l'acte regroupant les 2 actes cités en exemple plus haut, le 04S01, aurait une pondération de 25 (mise à jour avec les données ENC 2021).

*La Fehap indique que les actes collectifs sont avantagés avec cette proposition. Elle est surprise que la pondération ne représente pas le poids économique de l'acte.*

*L'ATIH répond, qu'au contraire, cette proposition diminue l'écart actuel entre la pondération des actes collectifs et individuels, et que le choix du temps patient a été validé avant la mise en place de la nouvelle classification (cf compte-rendu du CT du 16 octobre 2019).*

*L'UGECAM s'interroge sur la justification et les arguments conduisant à cette proposition.*

## 1.3 TRAVAUX COMPLEMENTAIRES SUR LE « RECUEIL DU TEMPS » POUR CERTAINS ACTES

### 1.3.1 Contexte (diapo 14)

Le constat est que, les durées de réalisation des actes sont hétérogènes, pour un même intervenant, entre les établissements. On note d'ailleurs que les durées de séances sont normées au sein d'un établissement, en lien avec les agendas des professionnels (30, 45 ou 60 minutes le plus souvent).

Etablir des pondérations différentes selon le temps de réalisation permet d'avoir une pondération plus juste que la pondération moyenne (avec cette dernière, les pratiques longues sont pénalisées), et donc d'améliorer la description « économique » du CSAR.

Les inconvénients sont l'obligation d'utiliser des classes de temps (ce qui peut amener à un surcodage du temps) et de recueillir une information supplémentaire.

L'ATIH propose donc, de subdiviser sur le temps seulement pour les actes où l'hétérogénéité est importante, et de préférer la notion de durée de séance (30, 45, 60, 90 minutes...) au détail du temps comme recueilli dans l'ENC.

### 1.3.2 Modalités du recueil de l'information (diapos 15 et 16)

Lors du CT précédent, des pondérations différenciées selon le temps effectif de réalisation de l'acte avaient été proposées pour 18 actes, avec des codes et libellés distincts en fonction du temps : l'affichage est clair mais cela multiplie le nombre d'actes et complique l'analyse qualitative.

L'option proposée aujourd'hui est celle d'un modulateur de temps, en fonction de la durée de la séance : T1 pour une séance de 45 minutes à 1 heure, T2 pour une séance de 1h30, T3 pour une séance de plus de 1h30. **A défaut de modulateur, la pondération est à 25 (séance de 30 minutes)** ; à noter que 57% des actes dans la base ENC durent moins de 30 minutes et ne nécessiterait donc pas le codage d'un modulateur.

Les avantages de cette option :

- la liste des actes reste limitée à 145,
- le recueil du modulateur est nécessaire uniquement pour les actes longs
- cela permet de faire évoluer la liste des actes à subdiviser sur le temps, éligibles au modulateur.

*L'option de recueil du temps par un modulateur ne soulève pas d'objection de la part des fédérations.*

### 1.3.3 Actes à subdiviser selon le temps

L'hétérogénéité de temps de réalisation des actes a été analysée en fonction des établissements, en observant la différence entre le temps observé moyen pour un établissement et la pondération attribuée à l'acte. Sans subdivision sur le temps, 12 établissements ont des temps par acte sous-estimés de plus de 10 minutes.

Pour un acte donné, l'erreur peut être bien plus importante (diapo 20).

Le choix des actes à subdiviser peut se faire en fonction de leur hétérogénéité propre : une liste de 25 actes les plus hétérogènes est constituée, c'est l'option 1. Ces actes représentent 10% des occurrences.

Le choix peut aussi se faire en fonction de l'impact global de l'hétérogénéité des actes sur l'erreur moyenne. Cet effet est lié au volume de codage. 7 actes très fréquents sont identifiés. Si on les

ajoute à la liste précédente, on obtient l'option 2, de 32 actes. Ils représentent 37% des occurrences.

Cette option 2 diminue de manière significative l'erreur moyenne entre le temps observé et la pondération attribuée. Elle réduit également le nombre d'établissements avec des erreurs importantes. Elle semble le meilleurs compromis entre performance et simplification du recueil.

*L'accueil des fédérations à cette proposition est favorable.*

En conclusion, on peut retenir que des arbitrages sont attendus pour les actes et les intervenants. Néanmoins des documents provisoires seront transmis, à la suite de ce CT. Les retours des fédérations sur le contenu de ces documents seront les bienvenus.

Il est proposé de rééquilibrer les pondérations des actes individuels et collectifs, et de moduler la pondération de certains actes en fonction du temps réel de réalisation.

L'analyse d'impact du nouveau CSAR sur les scores et le groupage en GR sera présentée lors d'un futur GT en septembre.

## **2. TRAVAUX CLASSIFICATION**

### **2.1 ANALYSE DE L'ACTIVITE 2017-2022**

Les bases PMSI des 5 années sont groupées avec la version de la classification v2022 (diapos 35 à 46).

On observe l'impact du COVID sur les années 2020 et 2021.

L'objectif de cette analyse était de repérer d'éventuels changements dans le recueil en 2022, en lien avec le changement de classification.

On note simplement une très légère augmentation de la part des actes spécialisés sur le total des actes codés, une légère augmentation des GR spécialisés, une légère augmentation des séjours de lourdeur B ou C. Ces indicateurs sont à suivre les prochaines années

*La FHP demande à ce que les analyses prennent en compte également les autorisations à l'avenir.*

### **2.2 TRAVAUX SEVERITES**

Comme évoqué lors du précédent CT, 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 niveau des diagnostics

Sur le premier point, l'ATIH a travaillé sur d'autres scénarios de dimensions, différents du modèle présenté mi-2022, reposant sur 15 dimensions (à peu près équivalentes aux catégories majeures). Le choix des règles d'association entre les niveaux sera bientôt stabilisé. Concernant le 3<sup>ème</sup> point (les niveaux des diagnostics), les travaux sont en cours de finalisation, toujours dans une démarche de cohérence inter-champs (MCO et SSR). Les différentes problématiques et options choisies seront présentées lors d'une prochaine réunion (CT ou GT).

*Pas de remarque de la part des représentants des fédérations hospitalières.*

### **3. TRAVAUX INFORMATION MEDICALE**

#### **3.1 EVALUATION DU RECUEIL DES FACTEURS SOCIO ENVIRONNEMENTAUX**

Les travaux sont présentés (cf pwp)

*La FHP-SSR trouve l'analyse intéressante et remarque que tous les établissements quel que soit le type d'établissement, enregistre les facteurs socio-environnementaux dont « relation insuffisante ». La FHP souhaiterait connaître le coût de la prise en charge.*

*La FHF rappelle les difficultés pour obtenir le recueil de ces éléments sur le terrain. La FHP pointe par ailleurs l'impact de l'évolution démographique sur l'augmentation de la part des personnes pour lesquelles les relations insuffisantes sont enregistrées. Pour motiver les acteurs de terrain à recueillir les facteurs socio-environnementaux, il serait intéressant de savoir si ces facteurs pourraient être utilisés.*

*La FHF et Filiéris posent la question de la possibilité d'utiliser les facteurs socio-environnementaux dans le cadre de la dotation populationnelle. La FHP\_SSR indique que pour le moment seule la CMU est prise en compte. L'UGECAM demande que la MIG précarité soit revue au regard de ces résultats sur les facteurs socio-environnementaux.*

*La DGOS rappelle qu'il n'est pas prévu pour le moment d'utiliser les facteurs socio-environnementaux dans la dotation populationnelle. Cet élément pourrait être revu plus tard.*

*L'ATIH précise à la demande de Filiéris que tous les établissements de santé recueillent les facteurs socio environnementaux.*

#### **3.2 RECUEIL DES ACTIVITES D'EXPERTISE**

L'ATIH présente les travaux sur les activités d'expertise. Une activité d'expertise correspond à un cadre donné, à un type de patient donné et à une prise en charge particulière.

L'ATIH propose de recueillir le cadre de la prise en charge ainsi que de décrire les pathologies sévères des patients qui peuvent bénéficier d'une activité d'expertise

*La DGOS précise à la demande de l'UGECAM que les cahiers des charges des activités d'expertise sont en cours de finalisation et devraient être publiés prochainement.*

*La FHF souligne que l'enquête auprès des établissements de santé date de 2021. Il est possible que l'activité des établissements ait évolué depuis. Les travaux présentés vont dans ce sens.*

*La FHP-SSR souhaite que les travaux envisagés par l'ATIH avec les cliniciens puissent être réalisés avec les cliniciens qui ont participé à la rédaction des cahiers des charges, la FEHAP souhaite également une stabilité dans les experts interrogés.*

*La DGOS précise que la contractualisation par les ARS devrait être faite d'ici la fin de l'année 2023.*

### **3.3 RECUEIL DES MEDICAMENTS**

Le recueil des médicaments en 2024, devra être réalisé sur 3 FICHCOMP différents :

- Un FICHCOMP liste en sus commune au MCO, HAD et SMR
- Un FICHCOMP liste AP AC commune au MCO, HAD et SMR
- Un FICHCOMP liste en sus spécifique SMR

Il sera nécessaire d'enregistrer l'indication à partir de 2024.

Au cours de la période transitoire, de juillet à décembre 2023, les médicaments des anciennes listes et les médicaments de la nouvelle liste SMR pourront être recueillis, sans préjuger de la valorisation qui pourra être faite sur le second semestre 2023.

*La FEHAP demande si l'indication sera obligatoire en 2024. L'ATIH précise qu'elle défend la possibilité auprès des tutelles d'une phase de transition, pour permettre aux établissements de s'approprier ce nouveau fonctionnement, en particulier dans les établissements uniquement SMR.*

*La FEHAP pointe par ailleurs la difficulté de connaître de façon précise quelle indication a été retenue pour un médicament prescrit en MCO et poursuivi en SMR.*

## **4. POINTS DIVERS**

### **4.1 CLOTURE DES SEJOURS EX OQN**

L'ATIH présente les éléments relatifs à la clôture des séjours ex OQN au 31/12/2023, dans le cadre de la réforme de la facturation. Des contrôles bloquants seront mis en place pour aider les établissements à repérer les séjours de 2023 pour lesquels il n'y aurait pas de date de fin de séjour et pour repérer en 2024 les séjours qui auraient une date de début inférieure au 01/01/2024.

La FHP-SSR souhaite que le dispositif de valorisation a posteriori soit poursuivi en 2024. En effet un déploiement au 01/01/2024 de toutes les évolutions liées au PMSI, au recueil des médicaments, etc. sera difficile.

#### **4.2 REFORME DES AUTORISATIONS EN SMR**

Le recueil des nouvelles autorisations sera mis en place pour janvier 2024

#### **4.3 PASSAGE DE SSR A SMR**

Les documents ATIH devront être mis à jour, pour certains comme les guides méthodologiques, cette mise à jour devra être faite pour le 01/01/2024. Un travail de repérage des différents documents et une priorisation des mises à jour à réaliser est en cours au sein de l'ATIH.

#### **4.4 TELEREADAPTATION**

La DGOS relance la réflexion autour de la pérennisation de cette activité. Une première réunion avec les fédérations et les acteurs de terrain (directeurs d'établissement, cliniciens, médecins DIM, ...) a été tenue le 19/06/2023. L'activité 2022 a été présentée (résultats en annexe du diaporama).

La DGOS souhaite structurer la réflexion autour d'une définition de la téléadaptation, ainsi que sur sa place dans le cadre de la télésanté (comparaison des différentes prises en charge à distance). Une deuxième réunion, organisée par la DGOS, est prévue le 21/09/2023.