

COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER Compte-rendu de réunion

Date : 13 juillet 2022 Heure : 14h00-17h00

Réunion en visioconférence

Participants

- CRF D. Vial,
- FEHAP P. Métral, M. Misiara, D. Ragain, N. Villenet
- FHF V. Buhaj
- FHP-SSR E. Noël, MC. Locret-Briolat
- FILIERIS K. Rasidy
- UNICANCER A. Bataillard, B. Le Vu
- DGOS-MSSR T. Coone,
- ATIH S. Baron, A. Delannoy, J. Dubois, CF Elegbede, G. Nuemi, N. Raimbaud, R. Schwob, R. Simon
- DREES S. Delage
- CNAM E. Ekong

Excusés

- UGECAM
- SoFIMe
- DSS

TRAVAUX SEVERITE

L'ATIH présente les premiers résultats des travaux CMA multiples. Ces travaux permettent la prise en compte de plusieurs codes au sein d'un même séjour pour définir le niveau de sévérité du séjour. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de la refonte des niveaux de sévérité des séjours.

Actuellement le niveau de sévérité d'un séjour est défini par un diagnostic non classant dans le GN, incluant les DAS, les MMP et les FPP présents dans le séjour et certains actes CCAM. Par facilité de langage ces éléments seront dénommés par l'acronyme DAS. Et les diagnostics classants dans le GN du séjour seront dénommés DP.

Dans le modèle actuel, l'outil utilisé pour déterminer le niveau d'un séjour est le niveau de sévérité le plus élevé retrouvé dans le DAS, après passage des règles d'exclusions en lien avec les racines et les DP. Il s'agit d'un modèle à « CMA simple », un seul code est retenu pour la sévérité du séjour.

Dans le modèle en cours de construction, après passage des exclusions diagnostics (avec le DP et aussi entre DAS), pour éviter la redondance d'information, il est envisagé de retenir plusieurs diagnostics pour définir le niveau du séjour. Pour ce faire, il faut déterminer quels sont les codes dont on considère que les niveaux de sévérité devraient se cumuler et ceux qui ne devraient pas l'être.

La première approche proposée est de définir des dimensions, avec pour principe que les codes d'une même dimension ne peuvent pas se cumuler mais que pour des codes issus de deux dimensions distinctes, le cumul est autorisé.

Ces dimensions ont été créées à partir de la logique des catégories majeures de SSR et les catégories majeures diagnostics de MCO. Ce sont des listes de codes applicables à tous les champs. Cette logique médicale a été retenue car elle correspond majoritairement à une prise en charge « organique », les codes appartiennent à un système fonctionnel. Cette approche est cohérente et superposable à une logique organisationnelle en lien avec la spécialisation des médecins, et le fait qu'une des difficultés de la prise en charge des patients polypathologiques repose sur la multiplicité des intervenants.

Les dimensions retenues pour la première version des travaux sont les suivantes :

- 01 : Affection neurologique
- 02 : Affection de l'œil
- 03 : Affection ORL
- 04 : Affection respiratoire
- 05 : Affection cardiologique
- 06 : Affection digestive : hépato-gastroentérologie
- 08 : Affection et traumatisme de l'appareil ostéoarticulaire
- 09 : Affection de la peau dont brûlure
- 10 : Affection endocrinienne
- 11 : Affection génito-urinaire
- 14 : Obstétrique
- 16 : Affection hémato et immunologique dont les cancers disséminés.
- 18 : Infections disséminées et sepsis
- 19 : Troubles mentaux & démences
- 23 : Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé

A la suite de cette présentation, UNICANCER soulève le fait que la présence de deux cancers digestifs n'aura donc malheureusement pas d'effet cumulatif et regrette que la solution proposée ne prenne pas en compte cette association de DAS. L'ATIH informe qu'il s'agit d'une première version pour prendre en compte plusieurs DAS, et non un seul comme actuellement. Dans une étape ultérieure, des évolutions de ce type pourront être intégrées. En attendant, toutes les suggestions de focus sur des cas particuliers serviront au travail d'analyse de l'agence.

La FEHAP interroge l'ATIH sur l'opportunité de réaliser une modulation sur les DAS (en fonction de la CM ou de la CMD, voire du GN ou de la racine de GHM). UNICANCER rejoint la FHP-SSR sur l'intérêt de se pencher sur une modulation de l'effet des DAS en fonction du contexte.

La FHP-SSR s'interroge sur les prochaines étapes de ces travaux sévérité interchamps. Elle souhaite avoir des résultats d'impact : casemix, redistribution des journées. Les autres fédérations s'associent à cette demande d'être destinataires de mesures d'impacts sur la valorisation avant de pouvoir se prononcer sur l'opportunité de cette évolution. L'ATIH prend note de cette attente.

TRAVAUX INFORMATION MEDICALE

1. SUPPRESSION DE LA FPP

L'ATIH présente les travaux réalisés : l'ATIH propose 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 à hiérarchiser les diagnostics ; et à la demande plus générale de simplifier le recueil dans le cadre du Ségur. La suppression de la FPP s'inscrit dans le cadre de la classification actuelle, sans modification des GN.

Les définitions de la manifestation morbide principale (MMP) et de l'affection étiologique (AE) ont été revues pour prendre en compte la suppression de la référence à la finalité principale de prise en charge.

La morbidité principale sera recueillie avec deux variables : la manifestation morbide et l'affection étiologique.

Trois codes CIM10 en FPP étaient utilisés auparavant pour le groupage en GN :

- Code CIM10 Z45.0 *Ajustement et entretien de dispositifs cardiaques* utilisé en FPP permettait le groupage en GN 0518 *Autres affections cardiaques*. La consigne est d'utiliser en remplacement le code CIM10 Z95.0 *Présence de dispositifs électroniques cardiaques* en position de MMP, le séjour est alors groupé dans le même GN.
- Code CIM10 Z44.3 *Mise en place et ajustement d'une prothèse externe du sein* utilisé en FPP permet le groupage en GN 0921 *Autres affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins*.
- Code CIM10 Z51.5 *Soins Palliatifs* utilisé en FPP permet le groupage en GN 2303 *Soins Palliatifs*. La consigne est d'utiliser, par exception, le code Z51.5 en MMP. L'ajustement de l'algorithme de groupage sera réalisé.

L'ensemble du guide méthodologique sera revu pour supprimer les références à la finalité principale de prise en charge. Les exemples de codage présents dans le chapitre hiérarchisation du codage sont tous maintenus, seule la référence au codage de la FPP est supprimée. Il n'y aura pas, dans ce chapitre l'ajout de nouveaux exemples.

Le format du RHS sera ajusté, les textes réglementaires seront mis à jour pour prendre en compte la suppression de la FPP.

La mise en œuvre est prévue pour 2023.

La FHP-SSR rappelle qu'il est nécessaire de prendre en compte la capacité à faire des établissements de santé et qu'elle sera vigilante sur ce point.

L'ATIH sera attentive à ce que les ajustements de format aient le minimum d'impact pour les éditeurs de logiciel et pour les établissements de santé.

La FEHAP demande, dans le cadre des séjours pour soins palliatifs où sera enregistrée la pathologie à l'origine de la prise en charge en soins palliatifs.

L'ATIH précise que la pathologie à l'origine des soins palliatifs pourra être enregistrée en affection étiologique.

2. TRAVAUX CLASSIFICATION

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.

A. Contexte, méthode

Dans la version 2022 de la nouvelle classification, la réadaptation n'est pas prise en compte dans les 12 GR pédiatriques, en HC et en HTP. Pour répondre aux demandes des fédérations, une analyse exploratoire a été menée, comme prévu dans le programme de travail, pour juger de la pertinence de distinguer certains GR pédiatriques en fonction de la réadaptation.

Une première analyse montre que les caractéristiques des patients, les durées de séjour, la quantité de réadaptation et la nature des actes codés sont les mêmes dans les unités pédiatriques polyvalentes ou spécialisées (le découpage est le même que pour les adultes). Cela confirme le choix de l'ATIH de considérer la réadaptation pédiatrique comme réadaptation « spécialisée » (en tant que prenant en charge des enfants).

La Fehap fait remarquer que ce découpage polyvalent / spécialisé n'a effectivement pas de signification en pédiatrie du fait de l'hétérogénéité de l'attribution des autorisations selon les ARS.

Par ailleurs, les listes d'actes spécialisés utilisés pour construire les GR spécialisés adultes ne sont pas utilisables en pédiatrie du fait de la méthode utilisée pour les constituer : actes statistiquement les plus utilisés en unités spécialisées ADULTE + validation médicale. Certains actes typiquement pédiatriques n'ont de ce fait, pas été pris en compte.

Dans cette analyse, **on ne considérera donc que le score de réadaptation globale, c'est-à-dire la somme des pondérations de tous les actes CSARR codés.**

Par ailleurs, en HC, compte tenu du fractionnement artificiel de nombreux séjours de pédiatrie par des permissions de plus de 48h, **le choix est fait de tester uniquement le score de réadaptation globale journalier** et non pas la combinaison score jour / score séjour comme cela a été fait chez les adultes.

B. Résultats en HC

Le GN présenté est le 1006 (obésités), GN le plus représenté en HC pédiatrique : 14 000 séjours en 2017-2018. 7 autres GN ont été analysés (diapo 37).

On recherche, en fonction d'un seuil de réadaptation, si des groupes de patients différents se distinguent : quel que soit ce seuil, les patients sont les mêmes, en termes d'âge et de dépendance.

Une analyse des coûts journaliers a été réalisée ensuite, en fonction du score de réadaptation globale : en moyenne, l'écart de coût est faible. Par exemple, pour un seuil de 240, le coût est de 322€ en moyenne sous le seuil, et à 379€ en moyenne au-dessus du seuil. Par ailleurs, les résultats sont très variables selon les établissements, parfois incohérents (coût inférieur, malgré un score supérieur).

Enfin, une analyse des actes CSARR les plus codés en 2021 a été réalisée : 138 357 journées réalisées, 554 230 actes codés (dont 260 953 collectifs). (tableau ci-dessous mentionnant les valeurs absolues).

1	ZGT+145	Assistance éducative collective	106 564	20,0 %
2	ZGT+136	Assistance éducative individuelle	75 654	14,2 %
3	ZGR+255	Séance d'atelier d'activités artistiques, culturelles et/ou de loisirs	45 346	8,5 %
4	ZZR+238	Séance collective d'éducation thérapeutique en atelier	23 985	4,5 %
5	ZGT+259	Assistance spécialisée pour accompagnement de la scolarité	23 455	4,4 %
6	ZFM+242	Séance collective de restauration et/ou développement des activités sociales de la vie quotidienne	21 716	4,1 %
7	ZZR+293	Séance collective d'éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	16 898	3,2 %
8	ZFR+073	Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques de pleine nature et/ou en environnement diversifié	14 745	2,8 %
9	ZFR+014	Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques de coopération et d'opposition	14 225	2,7 %
10	ANR+094	Séance collective de réadaptation et/ou conservation de la coordination par les activités physiques et/ou sportives	8 301	1,6 %

Les 3 actes les plus codés représentent 43% des actes. Ce sont des actes généralistes, sans lien avec la pathologie prise en charge, mais plutôt avec le statut pédiatrique du patient. Ils sont codés majoritairement par des éducateurs et des animateurs

Les actes d'éducation thérapeutiques attendus représentent 7.7% des actes, soit 0.3 actes par journée réalisée.

Les autres GN pédiatriques analysés se comportent globalement de la même façon que le GN 1006.

Au total, il ne semble pas pertinent, en l'état actuel du codage, de subdiviser les GR pédiatriques en HC en fonction de la quantité de réadaptation globale.

Les pistes à envisager pourraient être d'établir des listes d'actes spécialisés attendus par GN, sur des critères médicaux, d'une façon générale d'améliorer le codage, et de refaire ces analyses sur des bases plus récentes.

C. Résultats en HTP

Les analyses ont été effectuées sur les mêmes GN qu'en HC.

Les différences de coût sont nettes contrairement à l'HC, et les actes réalisés plus en rapport avec la pathologie prise en charge.

Pour le GN 1909 (autres troubles psycho-comportementaux), le plus représenté en effectifs en HTP pédiatrique, le coût varie ainsi, en moyenne, de 146€ sous un seuil de 60, 208€ entre les seuils de 60 et 180, et 417€ au-dessus d'un seuil à 180.

Au total, il semble pertinent de subdiviser les GR pédiatriques en HTP selon le score de réadaptation global journalier, lorsque les effectifs le permettent. Si on garde le seuil d'effectifs utilisé pour l'HTP adulte, il s'agirait des deux premiers GN : le 1909 (troubles psycho-comportements) et le GN 0118 (paralysies cérébrales). Il est proposé de subdiviser ces GN en 3 groupes, avec deux seuils sur le score global, comme en HC.

Il sera possible d'étendre cette possibilité à d'autres GN dans les années à venir, en fonction de l'évolution de l'activité ambulatoire pédiatrique.

3. SIMPLIFICATION DU CSARR

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.

Le calendrier du projet est présenté (diapo 61)

A. Regroupements des actes et attribution des intervenants

Cette phase est terminée, avec la fin des groupes de travail en mai 2022.

On aboutit à 168 actes (contre 512 aujourd'hui, soit un tiers de l'existant).

L'attribution des intervenants aboutit à des thésaurus réduits pour chaque intervenant (de 128 pour les ergothérapeutes à 19 actes pour les assistants sociaux et les diététiciens).

Des arbitrages sont toutefois en attente, concernant

- La pertinence de quatre actes,

- L'autorisation des certains actes pour certains intervenants (notamment infirmier, éducateur, enseignant en activité physique adaptée)
- La place des actes d'appareillage dans le catalogue des actes de réadaptation

La FEHAP regrette que le projet conduise à une diminution du nombre de codes, mais non à une diminution du nombre d'actes à coder par les professionnels.

L'ATIH répond que la logique « intervention avec le patient = 1 acte à coder » ne change pas effectivement, le projet répondant à une demande de simplification de la nomenclature, sans bouleversement en profondeur de la classification.

B. Révision des listes d'actes spécialisés

Les listes ont été transcodées avec les nouveaux actes. 94 actes sur 168 sont présents dans au moins une liste.

C. Méthode de détermination des pondérations

Les temps de réalisation moyen d'un acte, et les distributions de ces temps, par intervenant autorisé à le réaliser, ont été observés dans la base ENC 2020 pour déterminer si, et comment ils pouvaient être utilisés pour déterminer les pondérations de ce nouvel acte. En effet, une des inquiétudes des acteurs est que le regroupement des actes accroissent l'hétérogénéité des temps de réalisation au sein de ce regroupement, et que la pondération basée sur ce temps perde de sa précision.

Il est choisi un seuil d'interquartile > 30 minutes pour juger d'une hétérogénéité « non acceptable »

L'ATIH propose 3 dispositifs différents pour déterminer les pondérations (diapo 67) :

- Si le temps de réalisation de l'acte est homogène, quel que soit l'intervenant (parmi les intervenants autorisés), la pondération sera le temps moyen
- Si le temps est homogène pour un intervenant donné, mais différent selon les intervenants, une pondération différenciée selon l'intervenant est proposée (moyenne du temps pour un intervenant donné)
- Si le temps est différent, pour un même intervenant, une subdivision de l'acte en deux ou en trois est proposée en fonction **du temps de réalisation effectif**

Les résultats sont encore provisoires mais les projections donnent 93 actes avec une pondération unique, 67 actes avec plusieurs pondérations selon l'intervenant, et 8 actes avec des pondérations différentes selon le temps de réalisation effectif.

D. Résultats

Il est calculé l'erreur moyenne pour chaque occurrence d'acte entre son temps effectif de réalisation et le temps moyen dans l'ENC, puis est calculée l'erreur moyenne pour l'ensemble des actes.

Avec les nouveaux actes pondérés selon la méthode décrite plus haut, on obtient une erreur par rapport à la moyenne de 11.6 minutes, alors qu'elle est actuellement à 11.95 minutes. L'erreur par rapport à la médiane est de 8.51 alors qu'elle est à 8.57 actuellement. Simplifier la nomenclature a donc augmenté légèrement l'hétérogénéité des temps mais travailler sur les intervenants (autorisation

ou non à coder, différenciation des pondérations) et la distinction sur le temps pour quelques actes a permis de compenser cet effet.

Les analyses sont encore en cours à ce stade et ces résultats sont provisoires (nombre d'actes différencié selon le temps susceptible de changer, certains intervenants autorisés en attente d'arbitrage...)