

COMITE TECHNIQUE SSR PLENIER

Compte-rendu de réunion

Date : 16 octobre 2019

Heure : 14h00-17h

Lieu : ATI H

Participants

- | | |
|-------------|---|
| - CRF | D. Vial |
| - FEHAP | P. Métral |
| - FHF | V. Roques |
| - FHP-SSR | E. Noël, MC Locret-Briolat, F Sanguignol, P. Gobin |
| - FILIERIS | G. Bignolas |
| - UGECAM | N. Ribet-Reinhard |
| - DGOS-MSSR | R. Coone, R. Iklhef, Valentin |
| - DREES | T. Seimandi |
| - ATI H | S. Baron, N. Dapzol, J. Dubois, CF Elegbede, N. Raimbaud, M. Saïd |

Excuses

- | | |
|--------|------------|
| - CNIM | P. Cormier |
|--------|------------|

L'ATI H présente l'ordre du jour de la réunion, après en avoir rappelé le contexte.

La FHP souhaite que soit transmis aux fédérations le cahier des charges de l'audit CSARR prévu.

1. TRAVAUX CLASSIFICATION

1.1. CONSTRUCTION DE LA CLASSIFICATION

A. Evolution des pondérations Csarr

➤ Analyse de l'enquête CSARR ENC 2017

La mise à jour et la révision des pondérations CSARR sont un préalable nécessaire aux travaux de la future classification.

Les pondérations des actes CSARR ont été mises à jour à l'aide des données ENC 2017 (3 500 000 occurrences d'actes), avec un arrondi à 5 minutes. En l'absence de données, les pondérations ont été révisées à dire d'expert.

L'analyse de cette enquête a également permis d'observer des différences importantes de temps de réalisation selon les intervenants. Les couples acte / intervenant, en effectifs

suffisants dans la base ENC 2017 et PMSI 2018, avec une différence de temps observée supérieure à 30 minutes entre deux intervenants, ont été retenus pour une analyse plus approfondie. Au final, des pondérations différenciées selon les intervenants ont été instaurées pour 38 actes.

Le volume de ces actes représente 3.4% du total des actes de la base PMSI.

L'ampleur de cette mesure semble très faible aux fédérations. L'ATIHI souligne que ce n'est que le début du travail et que cette analyse sera étendue à d'autres actes dans le cadre de la maintenance du CSARR.

La FHP-SSR fait remarquer que l'enquête 2017 avait également montré des différences de temps de réalisation de certains actes pour un même intervenant, notamment selon les établissements, et possiblement avec un impact des autorisations. Il s'agissait non pas d'évaluations mais plutôt de séances. Elle souhaite que ces différences puissent être à nouveau étudiées et prises en compte.

La mise à jour des pondérations CSARR sera effective dans la nouvelle classification.

➤ Analyse des codages inattendus

Certains actes dont le codage par les infirmières (21) et les autres intervenants (88) sont inattendus, et qui font l'objet d'un contrôle OVALIDE depuis 2 ans seront pondérés à 0 dans la nouvelle classification. Il s'agit par exemple des actes d'évaluation de la peau, utilisés à mauvais escient par les infirmières.

La liste de ces actes correspond exactement aux actes ciblés par le contrôle OVALIDE. Ils représentent 1/3 des actes codés par les infirmières en 2018 et 17% des actes des « autres intervenants ». La liste des actes ciblés par le contrôle sera étendue l'année prochaine, pour une action sur la pondération l'année d'après. Le contrôle restera non bloquant en 2020.

Cette mesure n'est pas commentée par les fédérations en séance.

➤ Temps patient / temps intervenant

Une réflexion a été engagée sur la pondération des actes collectifs et non dédiés dans le cadre de la construction de l'indice de réadaptation.

Il est proposé d'utiliser deux scores de réadaptation pour ces actes :

Un score économique, correspondant au temps intervenant (temps passé par l'intervenant pour UN patient) : ce score permet de mieux comprendre le poids économique de l'acte pour l'établissement. Il pourra être utilisé dans le modèle de financement.

Le temps patient (temps de réadaptation du patient) : ce score permet de mieux comprendre la prise en charge du patient en termes de durée de réadaptation. Il est utilisé dans la nouvelle classification pour la construction des indicateurs de réadaptation

Pas de remarque particulière des fédérations sur cette question.

A la demande des fédérations, l'ATIH propose de communiquer dès maintenant la liste des actes avec leur nouvelle pondération (fichier joint).

B. Historique, objectifs et présentation de la nouvelle classification

Les travaux ont débuté en début d'année, avec, en février, une présentation de plusieurs scénarii et choix d'une classification avec 4 niveaux hiérarchiques, puis, en juillet, la proposition de tester la réadaptation dans un premier nœud de classification, pour distinguer les différentes prises en charges. L'ATIH souligne que les travaux sont en cours de construction, les données chiffrées proposées à titre indicatif, et les noms des groupes et indicateurs provisoires.

La structure générale de la classification est rappelée :

- GN : morbidité principale (distinguer les pathologies prises en charge)
- Type de réadaptation (distinguer le type de prise en charge réadaptative, en fonction des actes de réadaptation et de l'âge)
- Niveau de lourdeur (en lien avec les caractéristiques du patient : âge, dépendance et statut post-chirurgical)
- Niveau de sévérité (autres pathologies prises en charge, CMA)

C. Indice de réadaptation

- Hypothèses de travail

Il ressort au cours des échanges avec les acteurs de terrain, que plusieurs types de prises en charge de réadaptation se distinguent au sein du vaste champ du SSR :

- Des prises en charges « plus spécialisées », plus intenses, plus souvent protocolisées, faisant appel à des plateaux techniques plus nombreux, avec des patients plus jeunes, plus souvent réalisées en UM spécialisées
- Des prises en charges « non spécialisées », moins intenses, avec des prises en charge médicales lourdes par ailleurs (soins techniques IDE par exemple),

avec des patients plus âgés, plus dépendants, souvent pathologiques, plus souvent réalisées en UM polyvalente ou spécialisation PAPD.

- Des prises en charge pédiatriques

L'hypothèse de travail principale est que les prises en charge spécialisées sont plus fréquentes en unités spécialisées, et qu'une de leurs caractéristiques est de contenir des actes de réadaptation typiques ou marqueurs, qui vont caractériser la réadaptation de la pathologie principale.

Ce point entraîne de nombreux échanges en séance :

La FHP-SSR s'interroge sur le fait que les unités PAPD soient rapprochées des unités polyvalentes et non des autres unités spécialisées, avec le raccourci facile à faire que la gériatrie ne serait pas une spécialité à part entière...

La DGOS souligne que c'est surtout l'âge qui distingue les patients de polyvalent et de PAPD, avec un profil de patient et des prises en charge médicales qui se rapprochent.

L'ATIH rappelle que cette distinction de départ n'est qu'une hypothèse de travail, issue d'échanges de terrain. Par ailleurs, la distinction entre réadaptation « spécialisée » et « non spécialisée » n'est que la première étape du travail sur l'indice de réadaptation.

Il est rappelé également que la prise en charge spécialisée se réfère à une prise en charge effective réalisée sur le patient, et pas forcément à l'appartenance à une unité spécialisée. A ce propos, la FHP-SSR souligne qu'elle trouve surprenant qu'une unité polyvalente puisse assurer une prise en charge dite spécialisée alors qu'elle n'en n'aurait pas les moyens.

➤ Méthodes

- Constitution des listes d'actes spécialisés

La première étape a été de lister les actes les plus fréquents en unités spécialisées (toutes mentions sauf PAPD), en analysant la base PMSI 2018 concaténée à 3 jours. Ce travail a été réalisé GN par GN pour les 4 CM prévues (1, 4, 5, 8). La deuxième étape correspond à une mise en cohérence médicale, réalisée en interne à l'ATIH, puis avec un groupe de travail de cliniciens qui a eu lieu le 3 octobre et dont nous attendons les résultats.

La FHP-SSR s'interroge sur la constitution de ce groupe de travail, et de la bonne représentativité des établissements. L'ATIH communiquera la liste des cliniciens du groupe et rappelle que ce sont les CNP qui ont proposé ces cliniciens.

Il a été possible de faire des regroupements de GN et d'obtenir des listes d'actes communes. Le nombre de listes par CM et le nombre d'actes inclus par liste sont indiqués sur la présentation jointe.

La FHP-SSR remarque qu'il y a un risque de surcodage des actes des listes, quand le principe de la classification sera compris... l'ATIH a bien conscience de cet effet, remarqué à d'autres occasions. L'ATIH indique que les listes pourront être amenées à évoluer dans les prochaines années en fonction de l'évolution du codage des actes.

- Production d'indicateurs :

L'indice de réadaptation privilégie le sens médical, c'est donc le temps patient qui est choisi comme pondération des actes CSARR. Quatre indicateurs sont construits : le temps patient spécialisé (somme des temps pour les actes spécialisés des listes) par jour et par séjour, le temps patient global (somme des temps pour tous les actes) par jour et par séjour.

- Constitution des groupes de réadaptation spécialisés

Pour chaque GN, l'intérêt de la subdivision en réadaptation spécialisée est discuté. Un seuil de réadaptation spécialisé par jour et par séjour est défini médicalement. Les séjours sont considérés en groupe spécialisé quand le score par jour ET par séjour dépasse le seuil.

La FHP remarque que les séjours longs en raison d'une attente de placement ou autres problèmes d'aval, risquent de passer en groupe non spécialisés.

L'exemple d'un GN (0512) est proposé pour illustrer les différences constatées sur les 2 groupes ainsi construits, avec des seuils choisis à 30 minutes par jour et 5 heures par séjours : la prise en charge de réadaptation est différente en termes de volume d'actes spécialisés réalisés, les séjours du groupe spécialisé se retrouvent à 87.5% en unités spécialisées, à 5% seulement pour le groupe non spécialisé. Dans le groupe spécialisé les patients sont plus jeunes et moins dépendants.

- Constitution des groupes de réadaptation globale

Parmi les séjours non spécialisés, il est proposé de distinguer à nouveau deux types de prises en charges réadaptatives, en fonction cette fois du score de réadaptation global : les prises en charges globales importantes et faibles.

Pour chaque GN, l'intérêt de la subdivision en réadaptation globale est discuté. Un seuil de réadaptation globale par jour et par séjour est défini médicalement. Les séjours sont considérés en groupe global important quand le score par jour ET par séjour dépasse le seuil.

L'exemple d'un GN (0512) est proposé pour illustrer les différences constatées sur les 2 groupes ainsi construits, avec des seuils choisis à 30 minutes par jour et 5 heures par séjours : la prise en charge de réadaptation est différente en termes de volume global d'actes réalisés, pas de différence notable sur la répartition unités spécialisées / non spécialisées (la place particulière de la spécialité PAPD sera étudiée dans les résultats globaux par CM), pas de différence non plus sur l'âge et la dépendance des patients.

- Résumé

L'ATIH propose donc un algorithme pour distinguer les différentes prises en charge réadaptatives, en premier nœud de la classification (diapo 40).

- Résultats provisoires :

Ce sont les listes d'actes provisoires, en attente du retour du GT du 3/10, qui ont été utilisées pour les tests dont les résultats sont présentés ici. Les nouvelles pondérations CSARR proposées plus haut ont été utilisées pour le calcul des scores.

Cf diapos 41, 42, 43, 44

Au total, dans la nouvelle classification, 49 GN sur 55 seraient impactés par la réadaptation contre 19 aujourd'hui, 11 GN seraient subdivisés sur la pédiatrie contre 7 aujourd'hui.

84% des séjours réalisés en UM spécialisés (toutes mention sauf PAPD) sont dans un groupe de réadaptation spécialisée (64%) ou globale importante (20%).

Le retour en séance des fédérations est positif, en ce qui concerne cet indice de réadaptation : il permettra une meilleure lisibilité de l'activité de réadaptation des établissements.

D. Indice de lourdeur

Il traduit l'augmentation de la charge économique, à type de réadaptation donné, due aux différentes caractéristiques du patient, hors diagnostics. Il doit permettre d'obtenir une séparation optimale au niveau des coûts, tout en conservant une lisibilité et interprétabilité médicales.

Pour le moment, les variables concernées sont l'âge, la dépendance et le statut post-chirurgical. 3 niveaux de lourdeur maximum sont envisagés : niveau faible, moyen et important.

Pour chaque GN et chaque type de réadaptation, des règles d'association entre caractéristiques du patient et niveaux de lourdeur sont définies : ces règles vont permettre d'associer chaque profil de patient (âge + dépendance + statut post-chirurgical) avec un niveau de lourdeur, en fonction d'indicateurs sur la lourdeur économique (coût, durée).

Dans un deuxième temps, une mise en cohérence médicale sera réalisée, avec analyse médicale croisée intra GN (pour différents types de réadaptation) et inter GN.

Ces travaux sont en cours, l'ATIH propose quelques résultats préliminaires (diapo 52) toute CM et tous groupes de réadaptation confondus. A prendre avec précaution à ce stade.

La FHP-SSR souligne sur ces résultats que les différences de coût de journée en fonction du niveau de lourdeur lui semblent faibles.

E. Indice de sévérité

Il traduit l'augmentation de la charge économique à type de réadaptation donné, due aux pathologies prises en charge pendant le séjour en plus de la morbidité principale. Le niveau de sévérité a le même fonctionnement que dans la version actuelle.

Les listes de CMA seront revues lorsque l'étude sur l'ensemble des CM sera réalisée.

L'ensemble des fédérations souhaite que les CMA soient revues. Elles ne correspondent pas aux comorbidités coûteuses de tous les séjours, en privilégiant les CM01 et 08. Le nombre de comorbidité devrait être pris en compte. La FHP-SSR propose à l'ATIH de communiquer une liste de comorbidités que les établissements aimeraient voir prises en compte.

Conclusion

Sur les premiers tests réalisés, les groupes de réadaptation semblent discriminants en termes de prise en charge, d'UM et de patients. L'indice de lourdeur semble également discriminant en termes de coût et de patients.

L'ATIH alerte sur le nombre de groupes qui passerait de 544 actuellement (sur 4CM) à 1332. Une réflexion est en cours sur la gestion possible de ce nombre de groupes.

Comme convenu, une étude d'impact, avec casemix avant/après sera transmise aux fédérations autour du 15/01 lors d'un GT, avec rencontre 15 jours après pour un échange sur l'analyse de ces éléments. Les attendus, en termes de présentation, restent à préciser.

La FHP-SSR souligne que la mise en œuvre de cette classification demandera un gros effort de pédagogie auprès des établissements, avec des formations à organiser.

1.2. TRAVAUX SUR LA POLYPATHOLOGIE

L'ATIH présente les premiers travaux réalisés sur la polypathologie, basés sur l'indice de Charlson sans pondérations ni exclusions. Les résultats sont à ce stade peu probants puisqu'ils ne font pas apparaître d'impact sur les principales variables patient ni sur la durée de séjour. Les pistes pour d'autres travaux sont également présentées, notamment l'utilisation de l'indice d'Elixhauser. La FEHAP mentionne le fait que des études ont montré que cet indice donnait de meilleurs résultats que celui de Charlson.

2. TRAVAUX RECUEIL

A. INTRODUCTION DE NOUVELLES VARIABLES ET PROPOSITION DE PRIORISATION

Les retours écrits après le CT du 04/07/2019 ont montré la nécessité de travailler sur le recueil d'informations manquantes.

Au cours de la réunion du 20/09/2019, un ajustement de la feuille de route sur les travaux SSR a été acté : travailler en même temps sur le recueil d'informations manquantes, sur la fréquence du recueil, et sur le recueil au séjour, avec une mise en œuvre pour mars 2022.

Les fédérations ont transmis des propositions d'informations manquantes à recueillir. La liste des demandes transmises ainsi que la méthode de priorisation ont été présentées.

L'ATIH propose d'initier rapidement le travail sur les thématiques suivantes :

- Dépendance et statut fonctionnel
- Facteurs socio-environnementaux/précarité
- Catégorisation et datation des diagnostics

L'ATIH propose de travailler, après une stabilisation de la classification, sur :

- Les demandes pédiatriques
- Les données infirmières
- L'instabilité
- L'objectif de réadaptation

Les autres demandes seraient traitées en dehors du cadre du recueil.

Les fédérations remercient l'ATIH pour la démarche utilisée.

La DGOS rappelle qu'un groupe de travail sur une MIG précarité en SSR a été mis en place.

Au vu de cette proposition, la FHP-SSR propose de prendre en compte la charge de travail de l'ATIH, et de pouvoir prioriser des demandes qui ne demandent pas de travaux importants pour le recueil. Elle propose que les nouvelles variables mises en place soient en cohérence avec les politiques de santé

publique (exemple plan obésité). Par ailleurs la FHP rappelle que pour recueillir correctement des nouvelles informations il est nécessaire de prévoir un temps de formation des personnels des établissements important (6-9 mois).

L'ATIH propose d'envoyer 2 listes distinctes de travaux à mener : une pour laquelle des travaux de fond sur le recueil sont nécessaires, une pour laquelle des travaux moins importants sur le recueil sont nécessaires.

3. POINTS DIVERS

Les points divers n'ont pas pu être présentés en séance.

L'ATIH propose de transmettre les nouveautés 2020 par mail, et que les fédérations puissent donner leur avis.

En conclusion l'ATIH propose :

- D'envoyer le diaporama
- Que les fédérations fassent part des restitutions dont elles auront besoin en janvier pour se positionner sur la construction de la classification
- De transmettre 2 listes pour la priorisation du recueil des informations manquantes : une pour laquelle des travaux de fond sont nécessaires, l'autre sans travaux importants.