

Comité technique plénier SSR

16 octobre 2019

Ordre du jour

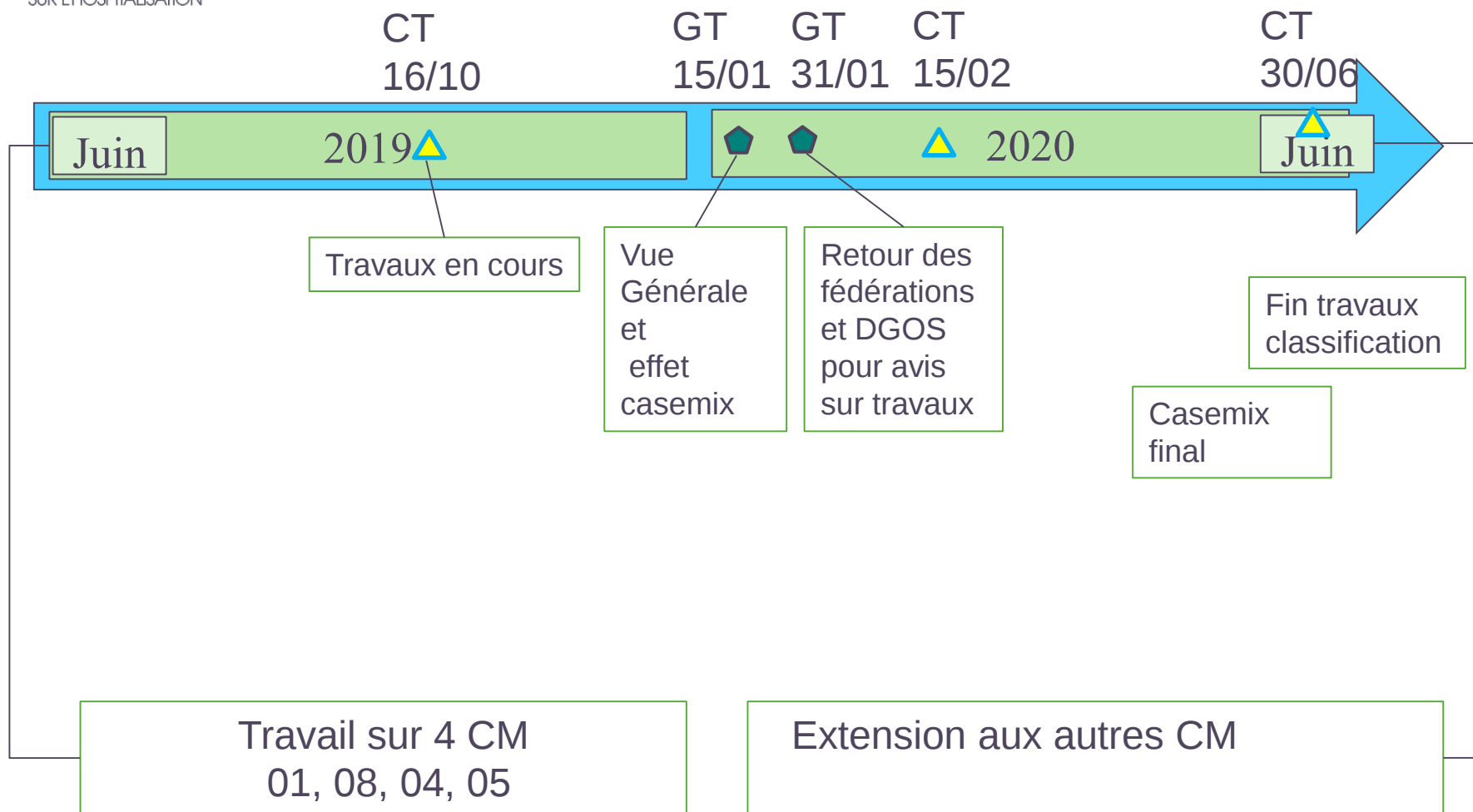
- Introduction
- Travaux classification : vers les GME v2021
- Travaux recueil information médicale
- Points divers

Rappel : Feuille de route 2019

- **Simplification de la classification**
- **Simplification du recueil**
- **Simplification du CSARR**

- Plan travaux classification:
 - Calendrier
 - **Evolution des pondérations CSARR**
 - Vue générale de la classification
 - Groupes de réadaptation
 - Groupes de lourdeur
 - Polypathologie

Calendrier des travaux



Evolution des pondérations CSARR

Enquête CSARR ENC-2017

Mise à jour des pondérations

Pondérations différenciées par intervenant

Analyse Codage inattendu

Pondérations à zéro pour certains couples acte/intervenant

Temps patient / Temps intervenant



AGENCE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Evolution des pondérations CSARR

Mise à jour des pondérations

Enquête CSARR ENC-2017

Mise à jour des pondérations

- 3.500.000 occurrences d'actes CSARR pris en compte dans la base ENC
 - 9000 occurrences en moyenne par actes avec une grande variabilité entre actes
- L'ensemble des pondérations des actes a été revu.
 - Mise à jour quand données disponibles dans l'ENC
 - Arrondi des temps à 5 minutes près.
 - Pondération à dire d'experts quand données insuffisantes



AGENCE
DE L'INFC
SUR L'HÔ

Evolution des pondérations CSARR

Pondérations différenciées

Enquête CSARR ENC-2017

Pondérations différenciées par intervenants

- Pour certains actes, on observe des différences importantes de temps de réalisation selon les intervenants
- Ont été retenus :
 - les couples acte/intervenant dont les effectifs sont supérieurs à 20 dans la base ENC et à 200 dans la base PMSI
 - avec une différence de temps de réalisation observée importante dans l'ENC (>30 minutes)
 - différence cohérente avec la pratique (les 2 professions sont légitimes à coder mais mettent des temps différents)



38 actes concernés



AGENCE
DE L'INFO
SUR L'HÔ

Evolution des pondérations CSARR

Pondérations différenciées

Enquête CSARR ENC-2017

Pondérations différenciées par intervenants

Exemples

- Ex : ALQ+001, évaluation psychologique de fonction cognitive avec mise en situation
 - Temps ENC = 75 min : psychologue, neuropsychologue, psychotechnicien, orthophoniste
 - Temps ENC = 20 min : autres intervenants
- Ex : ALR+298, séance de stimulation cognitive, sensorielle, sensitive et motrice
 - Temps ENC = 55 min : éducateur de jeunes enfants
 - Temps ENC = 35 min : orthophoniste, psychomotricien, psychologue, neuropsychologue, psychotechnicien, éducateur spécialisé
 - Temps ENC = 20 min : autres intervenants



AGENCE
DE L'INFO
SUR L'HÔ

Evolution des pondérations CSARR

Pondérations différenciées

Enquête CSARR ENC-2017

Pondérations différenciées par intervenants

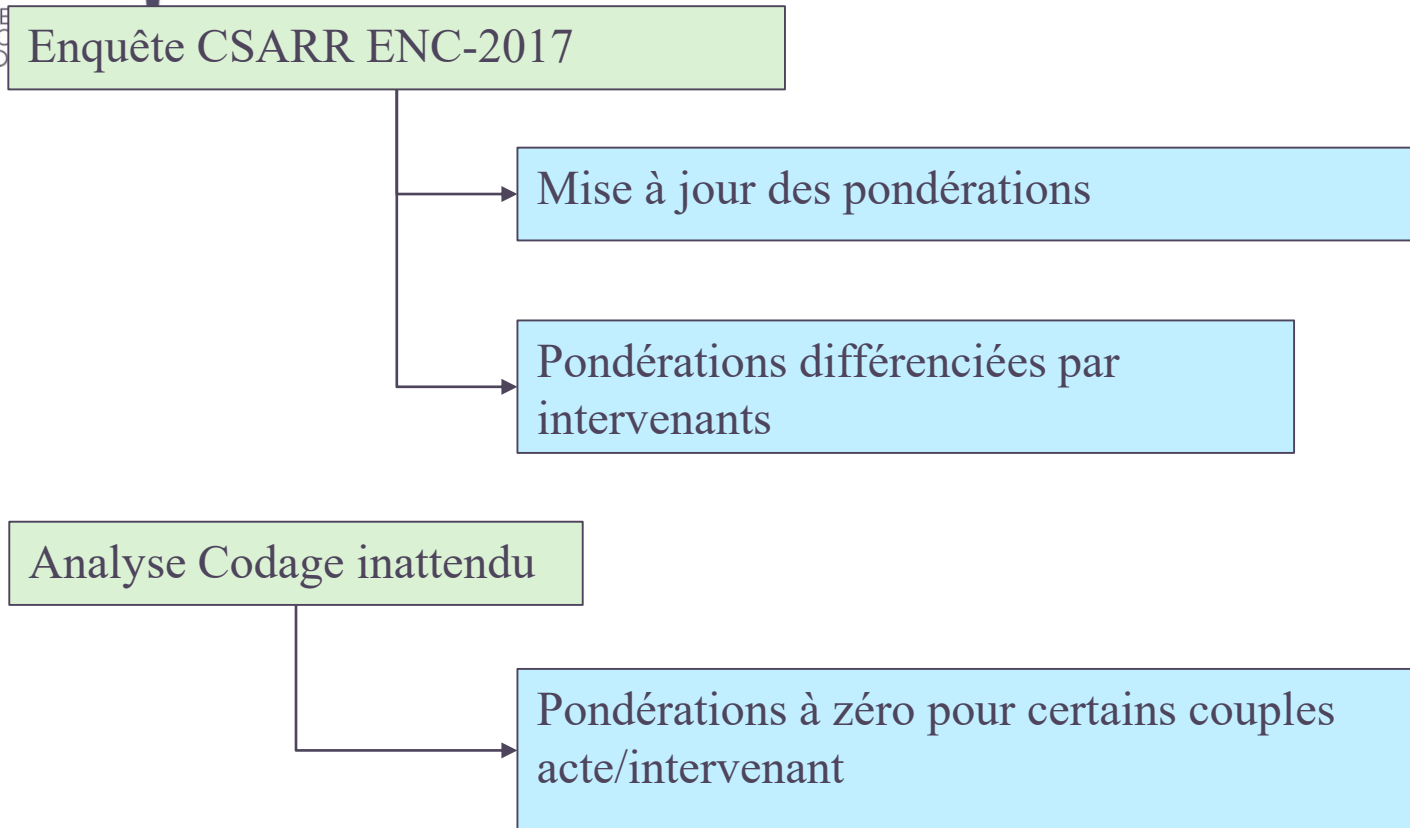
- Au final : Instauration de pondérations différenciées selon les intervenants pour 38 actes
 - principalement des évaluations
 - Intervenants souvent concernés pour les temps de réalisation élevés: psy / orthophoniste / neuropsych
 - Intervenants souvent concernés pour les temps de réalisation faibles: IDE / médecins
- Ces actes représentent 1 685 000 actes en 2018 sur 49 600 000 actes soit 3,4% des actes



AGENCE
DE L'INFC
SUR L'HÔ

Evolution des pondérations CSARR

Analyse codage inattendus



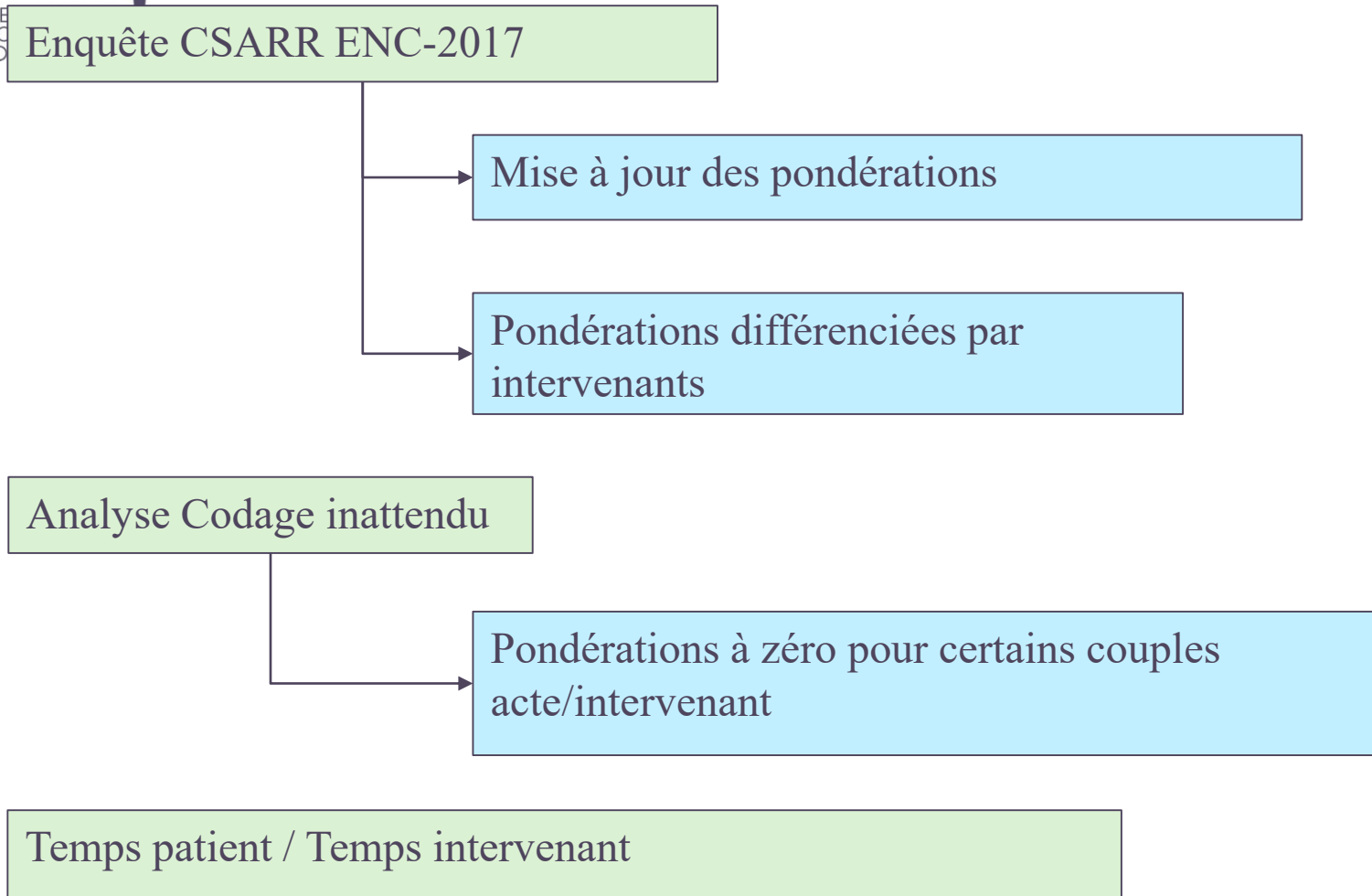
Evolution des pondérations CSARR

Analyse codage inattendus

- Actes ayant fait l'objet d'un contrôle OVALIDE en 2018 et 2019
- Intervenants non attendus pour certains actes
 - Infirmière 16 actes
 - 1 686 000 actes soit 1/3 de leurs actes
 - Autres intervenants 18 actes
 - 175 000 actes soit 17% de leurs actes
- Pour les couples acte/intervenant, la pondération est mise à zéro pour le calcul du score.
- Attention, le contrôle reste non bloquant
- Extension de la liste du contrôle prévue en 2020

Evolution des pondérations CSARR

Temps patient / Temps intervenant



Evolution des pondérations CSARR

Temps patient / Temps intervenant

Temps patient

Temps intervenant

Définition

Le temps de réadaptation du patient

Le temps passé par l'intervenant pour un patient.

Exemple

Acte collectif : pondération de 60

Acte collectif : pondération de 10 (avec 6 patients)

Objectif

mieux pour comprendre la prise en charge du patient en terme de durée de réadaptation

mieux pour comprendre le poids économique de l'acte pour l'établissement

Le temps patient et le temps intervenant sont les mêmes pour l'ensemble des actes individuels dédiés

Evolution des pondérations CSARR

Temps patient / Temp intervenant

- Pour répondre aux deux objectifs
- Proposition d'utiliser deux scores de réadaptation
 - Économique
 - Possiblement utilisé dans le modèle de financement
 - Temps patient
 - Utilisé dans la nouvelle classification pour construire un indice de réadaptation plus interprétable médicalement

Vers les GME 2021

- Plan :
 - Evolution des pondérations CSARR
 - **Historique et objectifs de la nouvelle classification**
 - Vue générale de la classification
 - Groupes de réadaptation
 - Groupes de lourdeur

Historique de la classification en GME

○ Historique :

○ 2013 : 1ère classification GME

○ 2017 : proposition de nouvelle classification

○ 2019 : Repenser la classification

○ Février :

- Présentation de plusieurs scénarii possibles

- → choix d'une classification avec 4 niveaux hiérarchiques (scénario 3.2)

○ Juillet :

- proposition de tester la réadaptation dans un premier nœud de classification et distinguer les prises en charges spécialisées

Présentation de la classification

○ Préambule

- Les travaux sont en cours de finalisation
- Les données chiffrées sont proposées à titre indicatif
- Les noms des groupes et des indicateurs sont provisoires

Structurer la classification autour de ces questions clés

Des questions simples

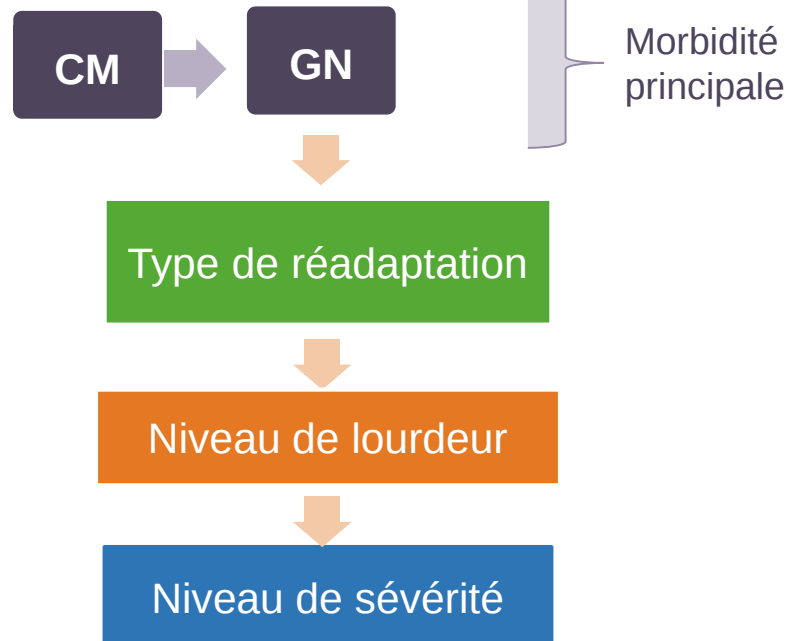
Quelle est la **pathologie** et/ou la prise en charge principale ?

Quel est le type de **réadaptation** reçue par le patient ?

Quel est le poids économique **dû aux caractéristiques du patient**, hors diagnostics ?

Quel est le poids économique dû aux **autres pathologies** prises en charge ?

Des réponses sur 4 niveaux hiérarchiques différents



Objectifs de la classification

- La classification est donc composée de 4 blocs répondant à différents objectifs

GN

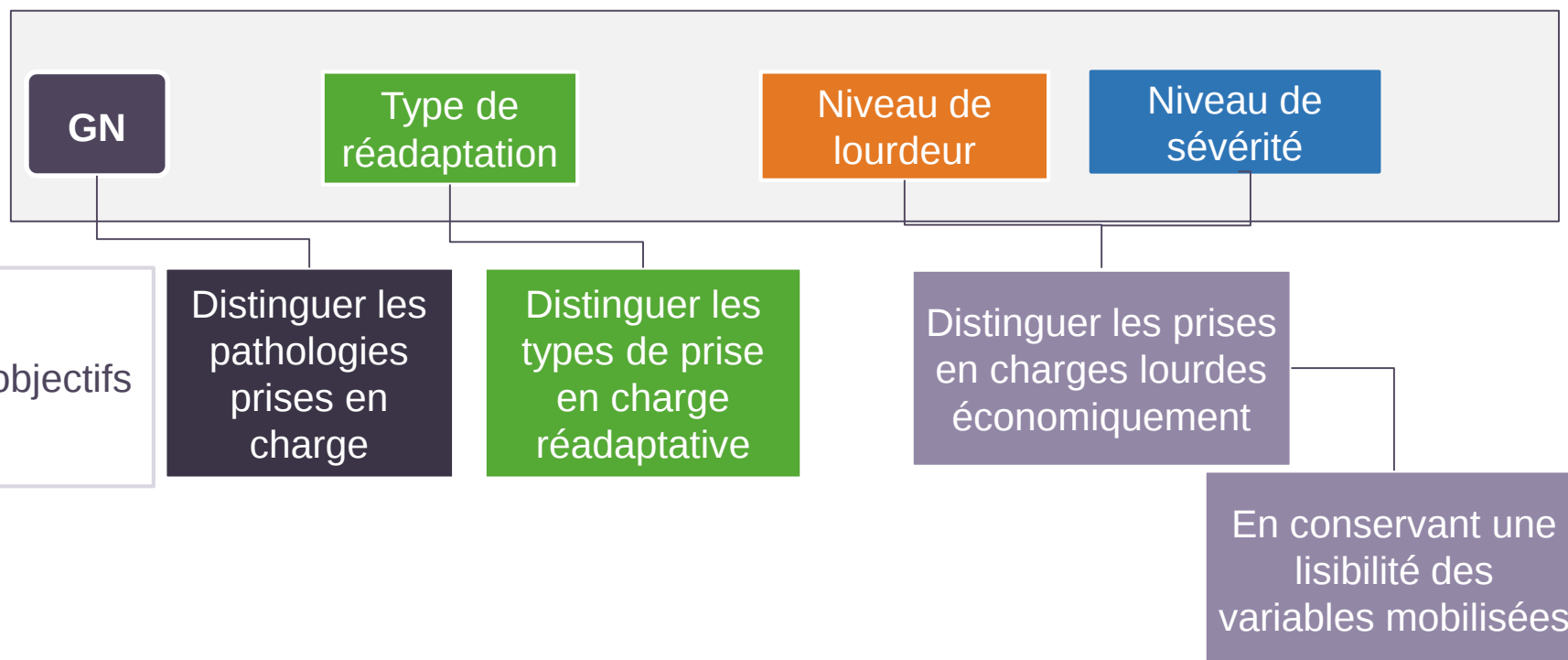
Type de
réadaptation

Niveau de
lourdeur

Niveau de
sévérité

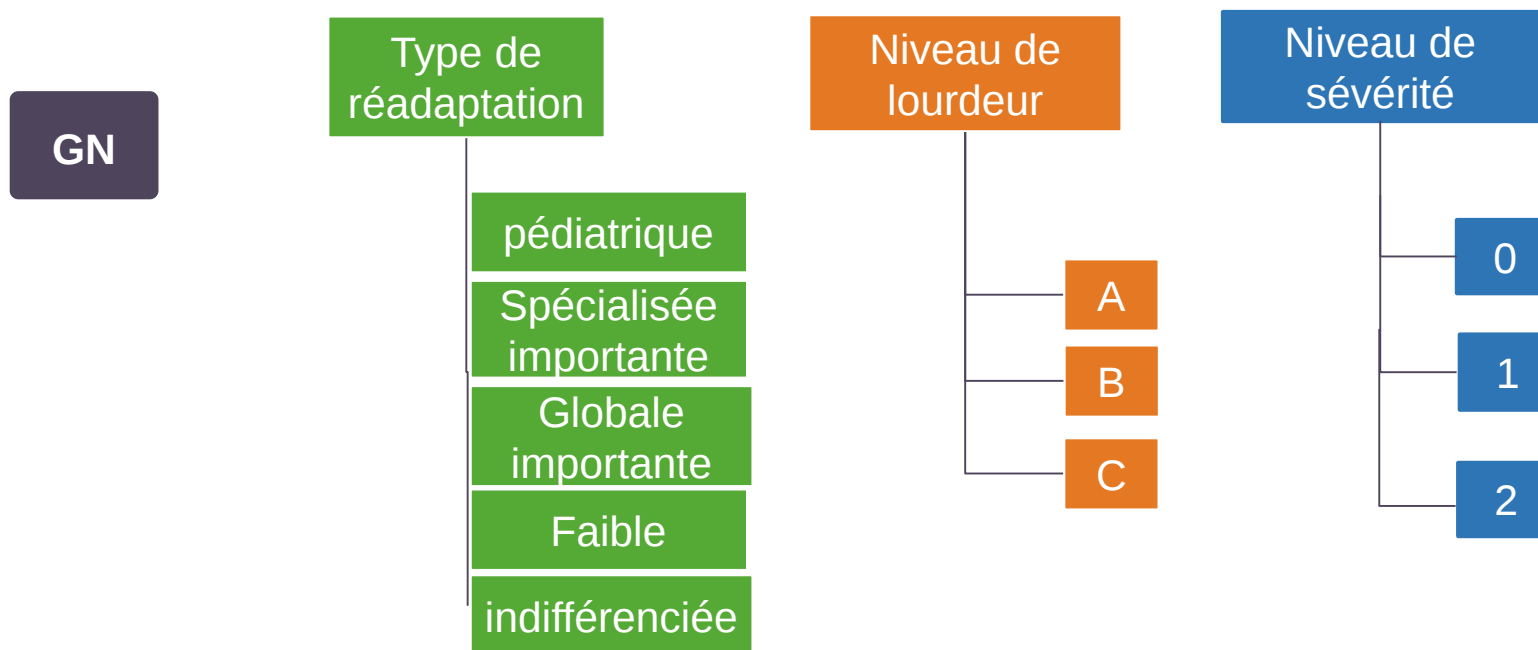
Objectifs de la classification

- La classification v2021 est donc composée de 4 blocs répondant à différents objectifs



Objectifs de la classification

- La classification v2021 est donc composée de 4 blocs



Objectifs de la classification

- La classification est donc composée de 4 blocs mobilisant des variables différentes

GN

Morbidité
principale

Type de
réadaptation

Actes de RR
CSARR et
CCAM
Pédiatrie

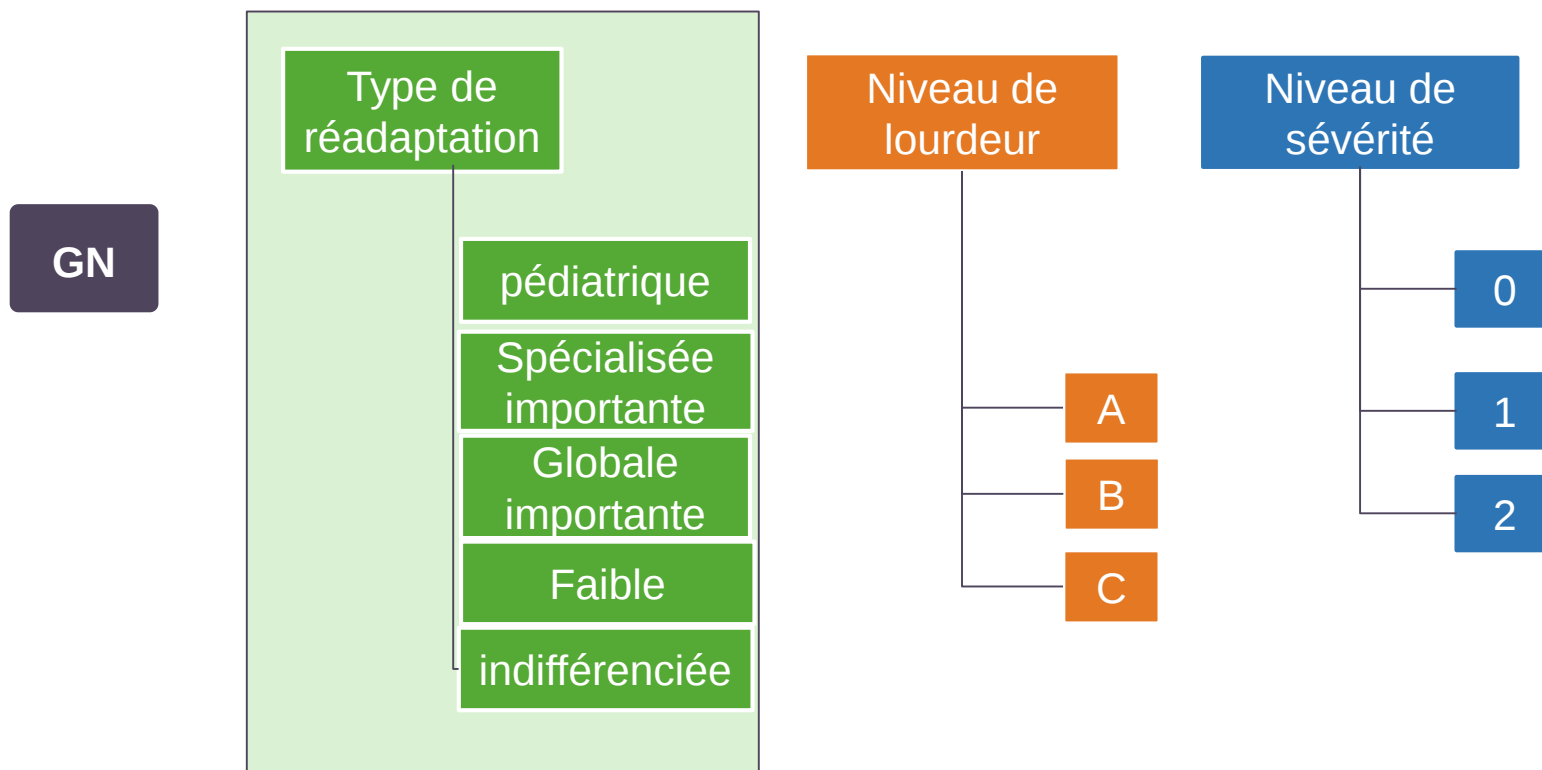
Niveau de
lourdeur

Age,
Dépendances
Post-chir

Niveau de
sévérité

CMA

Plan



Type de réadaptation

○ Plan

- Hypothèses de travail
- Constitution des listes d'actes spécialisés
 - Méthode
 - Résultats
- Constitution des groupes de réadaptation
 - Méthode
 - Résultats
- Résultats globaux

Réadaptations
« spécialisées »

Introduction : Types de réadaptation souvent décrites

Réadaptations « non
spécialisées »

PEC protocolisées

Séjours + courts

PEC rééducatives intenses

Plus en UM spécialisées

Patients + jeunes

Plus de plateaux techniques

PEC + médicales

Séjours + longs

Rééducation moins intense

Plus en UM polyvalente ou gériatrique

Plus de soins techniques IDE

Patients dépendants

Patients + âgés
polypathologiques

Entendu lors des
échanges avec les
acteurs de terrain



PEC pédiatriques

Hypothèses de travail

Différence entre Réadaptation spécialisée et Mention spécialisée

- La mention spécialisée
 - s'applique à une unité médicale
 - Elle est conditionnée par l'importance des ressources dédiées à la réadaptation spécifique **de l'unité.** (humaines et matérielles)
 - Règles administratives
- La réadaptation spécialisée
 - s'applique à un séjour.
 - Elle est conditionnée par l'importance de la réadaptation spécifique dédiée à la **pathologie** pour un séjour.
 - Prise en charge réadaptative effective

Hypothèses de travail: Typer la réadaptation spécialisée par des actes typiques 1/2

○ Objectif :

- Différencier la réadaptation spécialisée des autres
 - Avec les variables disponibles dans le PMSI actuel !

○ Problème :

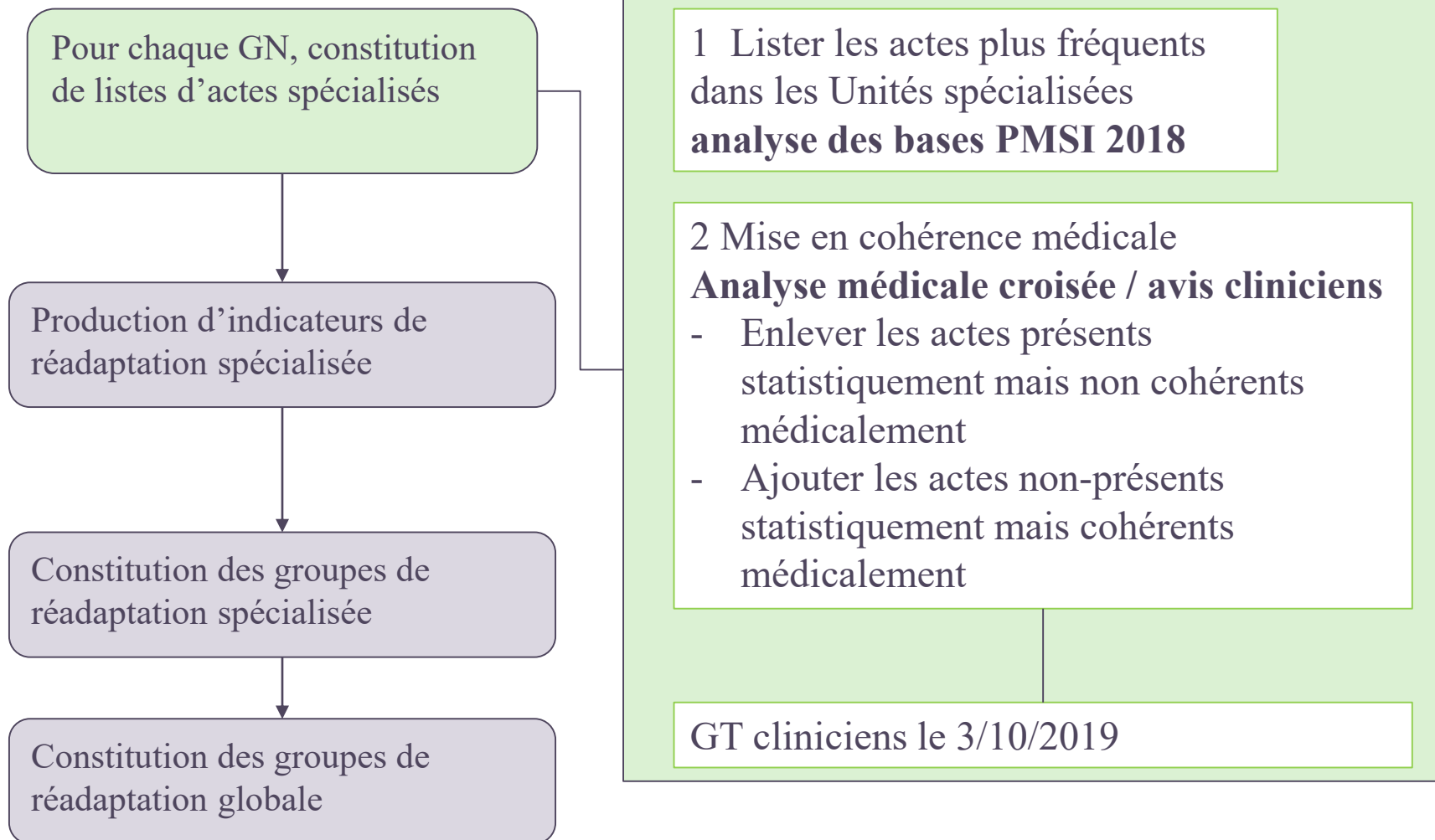
- Il n'existe pas de définition claire et consensuelle de la réadaptation spécialisée (même en dehors du PMSI)

Hypothèses de travail: Typer la réadaptation spécialisée par des actes typiques 2/2

- Dans les unités spécialisées, les prises en charge spécialisées sont plus fréquentes
- Une des caractéristiques d'une prise en charge spécialisée est de contenir des actes de réadaptation typiques (=spécialisés).
 - CSARR ou CCAM
 - Ces actes caractérisent la réadaptation de la **pathologie principale**

→ Ces actes typiques sont plus présents dans les unités spécialisées

Constitution des listes d'actes spécialisés : méthode



Constitution des listes d'actes spécialisés : résultats

- Possibilité de regrouper des GN dans certains cas (actes communs), voire liste commune pour toute une CM (CM04 et CM05)
- Pour un nombre important de GN, des actes spécifiques ressortent clairement. Pour certains GN, c'est plus difficile
 - Lésions médullaires traumatiques
 - AVC avec tétraplégie
 - EVC-EPR

Constitution des listes d'actes spécialisés : résultats



Dans l'attente du retour du GT cliniciens

- CM1 : 5 listes (138 actes CSARR distincts 1CCAM)
 - Tumeurs malignes du système nerveux / lésions cérébrales traumatiques / AVC / certaines affections cérébrales : 76 actes
 - Polyneuropathies / affections des nerfs : 28 actes
 - Maladies d'Alzheimer : 31 actes
 - Affections médullaires (non traumatiques) : 72 csarr et 1 CCAM
 - Autres affections du systèmes nerveux et autres affections neuro-dégénératives : 48 actes

Constitution des listes d'actes spécialisés : résultats

- CM4 : 1 liste (6 CCAM + 34 CSARR)
- CM5 : 1 liste (10 CCAM + 41 CSARR)
- CM8 : 6 listes (61 actes CSARR distincts)
 - Amputations : 7 actes
 - mb inf : 28 actes
 - mb sup : 20 actes
 - Rachis non traumatique : 33 actes
 - Rachis traumatique : 36 actes
 - GN sans localisation (infections, ostéopathies, arthropathies...) : 43 actes

Exemples de listes :

[lien_listesVF.xlsx](#)

Constitution des groupes de réadaptation : méthode

Pour chaque GN, construction de listes d'actes spécialisés

Production d'indicateurs de réadaptation spécialisée

Constitution des groupes de réadaptation spécialisée

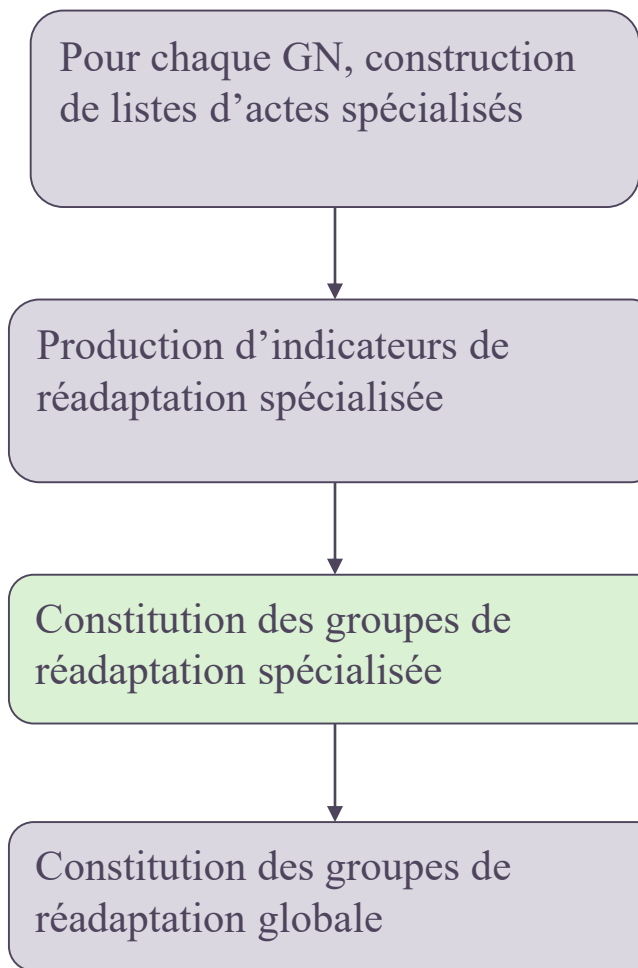
Constitution des groupes de réadaptation globale

A partir des listes , on calcule :

- un temps patient spécialisé par jour
- un temps patient spécialisé par séjour
- un temps patient global par jour
- un temps patient global par séjour

Temps passé par le patient pour sa réadaptation = sens médical de l'indice de réadaptation

Constitution des groupes de réadaptation : méthode



Pour chaque GN, l'intérêt de la subdivision en réadaptation spécialisée est discuté.
 Un seuil de réadaptation spécialisée par jour et par séjour est défini médicalement.

		Tps patient spécialisé par séjour	
		< seuil par séjour	>= seuil par séjour
Tps patient spécialisé par jour	< seuil par jour	Non spé	Non spé
	>= Seuil par jour	Non spé	spécialisée

Constitution des groupes de réadaptation spécialisée

Exemple : GN0512 (insuffisances cardiaques)

Patients de 86 ans
Dépendance phys 11 / dep cog 4

5% des séjours en unités spé

0,25 h par séjour de réadapt spé
1 min par jour de réadapt spé

		Tps patient spécialisé par séjour	
		< 5h par séjour	> 5h par séjour
Tps patient spécialisé par jour	< 30 min par jour	Non spécialisée	Non spécialisée
	> 30 min par jour	Non spécialisée	spécialisée

Patients de 69 ans
Dépendance phys 7 / dep cog 3

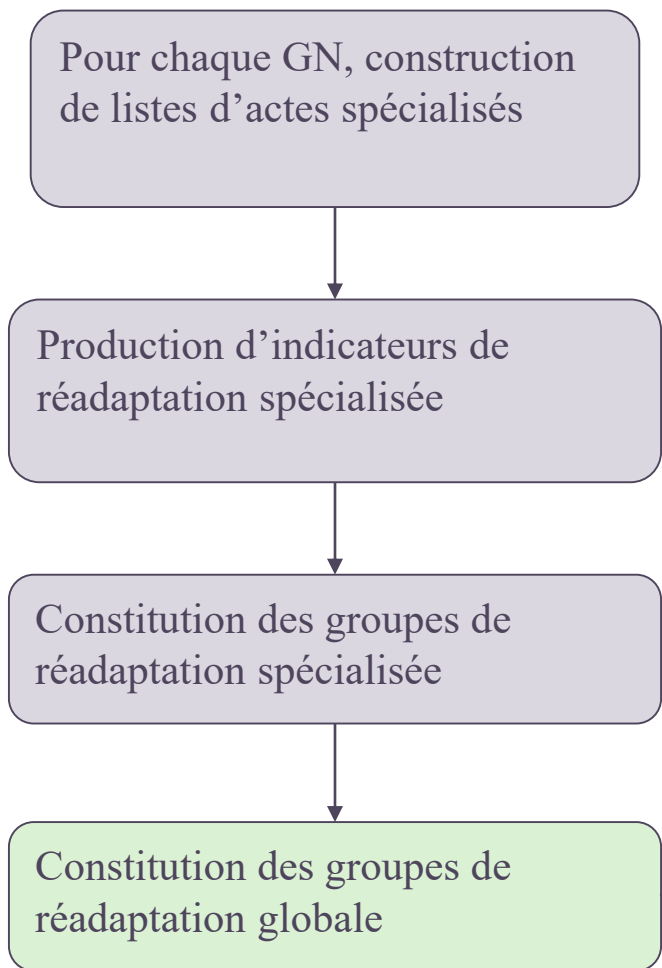
87,5% des séjours en unités spé

30 h par séjour de réadapt spé
104 min par jour de réadapt spé

Dans les 2 groupes :

- Prise en charge réadaptative spécialisée différente
- Unités différentes
- Patients différents

Constitution des groupes de réadaptation : méthode



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.

		Tps patient global par séjour	
		< seuil par séjour	>= seuil par séjour
Tps patient global par jour	< seuil par jour	faible	faible
	>= Seuil par jour	faible	global

Constitution des groupes de réadaptation globale

- Parmi les séjours non spécialisés, proposition de distinguer 2 types de prises en charge
 - Les séjours avec une réadaptation globale importante
 - Les séjours avec une réadaptation globale faible
- Pour chaque GN, l'intérêt de la subdivision en réadaptation globale importante ou faible est discuté médicalement.

Constitution des groupes de réadaptation globale

Exemple : GN0512 (insuffisances cardiaques)

Pour les séjours non classés spécialisés : test sur le RR global

Patients de 86 ans
Dépendance phys 11 / dep cog 4

5% des séjours en unités spé

2 h par séjour de réadapt globale
9 min par jour de réadapt globale

		Tps patient global par séjour	
		< 5h par séjour	> 5h par séjour
Tps patient global par jour	< 30 min par jour	faible	faible
	> 30 min par jour	faible	Globale importante

Patients de 85 ans
Dépendance phys 11 /
dep cog 4

8% des séjours en unités spé

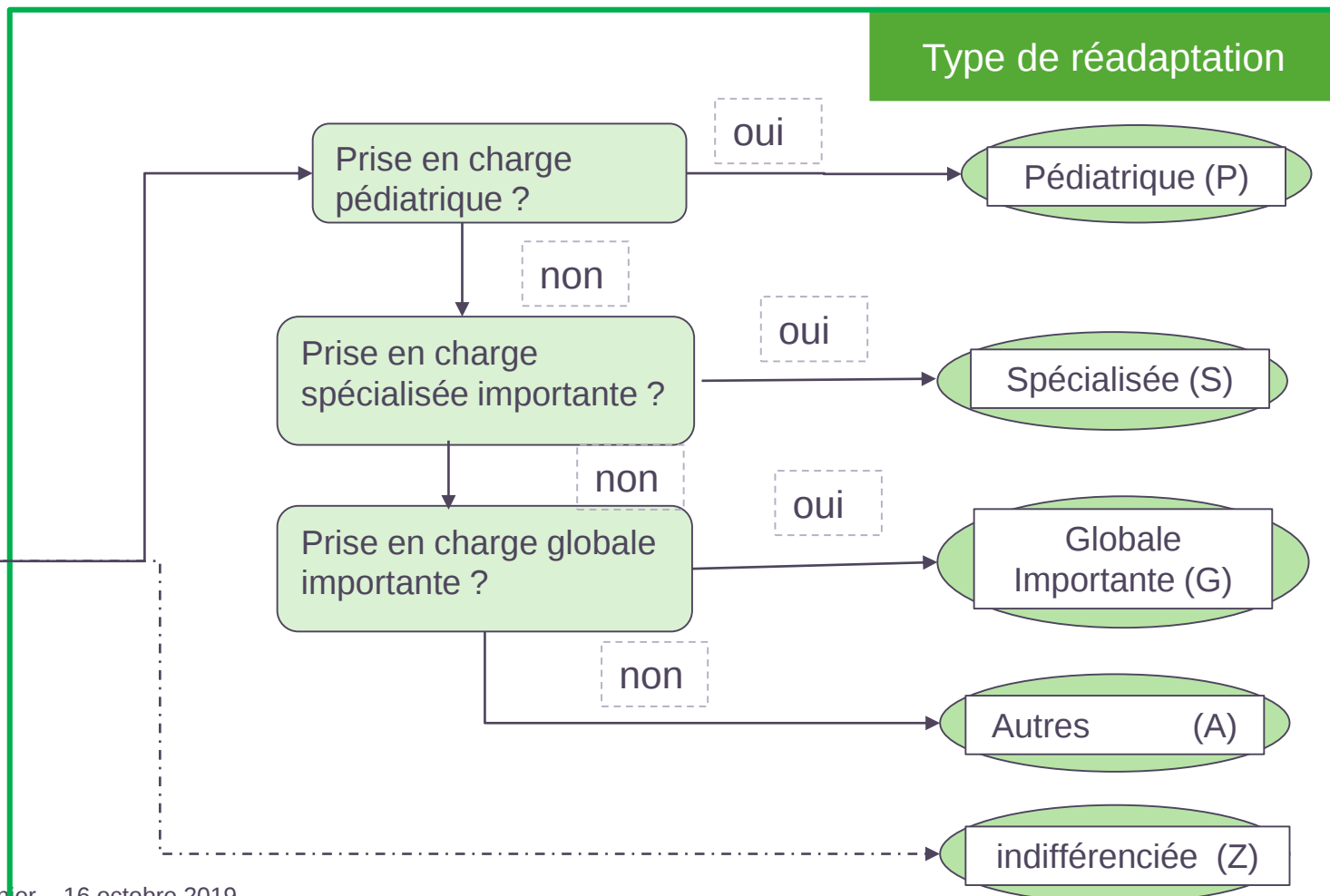
23 h par séjour de réadapt globale
61 min par jour de réadapt globale

Dans les 2 groupes :

- Prise en charge réadaptative globale différente
- Pas de différence sur les unités
- Pas de différence sur l'âge et la dépendance

Groupes de réadaptation : résumé

Définition : subdivision des GN visant à identifier certaines réadaptations spécialisées





Groupes de réadaptation : Résultats

CM 01

Dans l'attente du retour du GT du 3 octobre

		réadaptation										
		par séjour		par jour		UM			patients			séjours
groupe de réadaptation	pct séjour	spécia lisée	global	spéciali sée	global	spécialisée	polyvalent	PAPD	Age	Dep phy	Dep cog	DMS
spécialisé	28%	53	95	72	133	83%	10%	7%	65	11	4	59
Global +	28%	7	39	15	83	34%	33%	32%	73	11	4	43
faible	40%	2	9	5	26	19%	42%	39%	78	11	5	35
indifférencié	4%	71	77	76	88	74%	23%	3%	51	12	4	66

Groupe spécialisé :

- Scores de réadaptation spécialisé et global important
- En unité spécialisé
- Des patients jeunes (65 ans) et dépendant

Groupe avec réadaptation globale importante :

- Score de réadaptation spécialisé faible et Score de réadaptation global important
- Dans les 3 types d'unités
- Des patients âgés (73 ans) et dépendant

Groupe avec réadaptation faible :

- Scores de réadaptation spécialisé et global faible
- En unité polyvalente et PAPD
- Des patients âgés (78 ans) et dépendant



Groupes de réadaptation

Résultats : CM 04

Dans l'attente du retour du GT du 3 octobre

		réadaptation				UM			patients			séjours
		par séjour		par jour		spécialisé	polyvalent	PAPD	Age	Dep phy	Dep cog	DMS
groupe de réadaptation	pct séjour	spécialisée	global	spécialisée	global							
spécialisé	27%	47	70	136	203	96%	3%	1%	66	6	3	30
global +	31%	6	26	14	67	24%	42%	34%	79	10	4	34
faible	38%	1	5	2	17	16%	53%	32%	79	10	4	28
indifférencié	4%	32	49	82	128	67%	25%	8%	61	6	4	39

Groupe spécialisé :

- Des patients jeunes et peu dépendants
- Scores de réadaptation spécialisé et global important
- En unité spécialisée

Groupe avec réadaptation globale importante :

- Des patients âgés et dépendant
- Score de réadaptation spécialisé faible
- Score de réadaptation global important
- En unité polyvalente et PAPD

Groupe avec réadaptation faible :

- Des patients âgés et dépendant
- Scores de réadaptation spécialisé et global faible
- En unité polyvalente et PAPD



Groupes de réadaptation

Résultats CM05

Dans l'attente du retour du GT du 3 octobre

groupe de réadaptation	pct séjour	réadaptation				UM			patients			séjours
		par séjour		par jour		Spécialisé	polyvalent	PAPD	Age	Dep phy	Dep cog	
		spécialisée	global	spécialisée	global							
spécialisé	40%	32	123	42	163	97%	2%	1%	66	6	3	22
global +	25%	5	14	24	65	16%	43%	40%	83	10	4	32
faible	35%	1	4	6	19	12%	52%	35%	83	10	4	28

Groupe spécialisé :

- Des patients jeunes et peu dépendants
- Scores de réadaptation spécialisé et global important
- En unité spécialisé

Groupe avec réadaptation globale importante :

- Des patients âgés et dépendant
- Score de réadaptation spécialisé faible
- Score de réadaptation global important
- En unité polyvalente et PAPD

Groupe avec réadaptation faible :

- Des patients âgés et dépendant
- Scores de réadaptation spécialisé et global faible
- En unité polyvalente et PAPD



Groupes de réadaptation

Résultats CM08

Dans l'attente du retour du GT du 3 octobre

		réadaptation										
		par séjour		par jour		UM			patients			séjours
groupe de réadaptation	pct séjour	spécia lisée	global	spécial isée	global	spécialisé	polyvalent	PAPD	Age	Dep phy	Dep cog	DMS
spécialisé	34%	27	67	46	113	69%	24%	7%	67	8	3	35
global +	32%	8	17	30	64	28%	44%	28%	77	10	3	42
faible	35%	3	10	9	25	15%	57%	28%	78	10	3	33

Groupe spécialisé :

- Des patients jeunes et peu dépendants
- Scores de réadaptation spécialisé et global important
- En unité spécialisée

Groupe avec réadaptation globale importante :

- Des patients âgés et dépendant
- Score de réadaptation spécialisé faible
- Score de réadaptation global important
- En unité polyvalente

Groupe avec réadaptation faible :

- Des patients âgés et dépendant
- Scores de réadaptation spécialisé et global faible
- En unité polyvalente

Groupes de réadaptation : résultats sur 4 CM

○ Prise en compte de la réadaptation

○ Aujourd'hui :

- 19/55 GN impactés par le score de réadaptation
 - 71/ 195 RGME
- 7 GN subdivisée sur la pédiatrie
 - 10 / 195 RGME

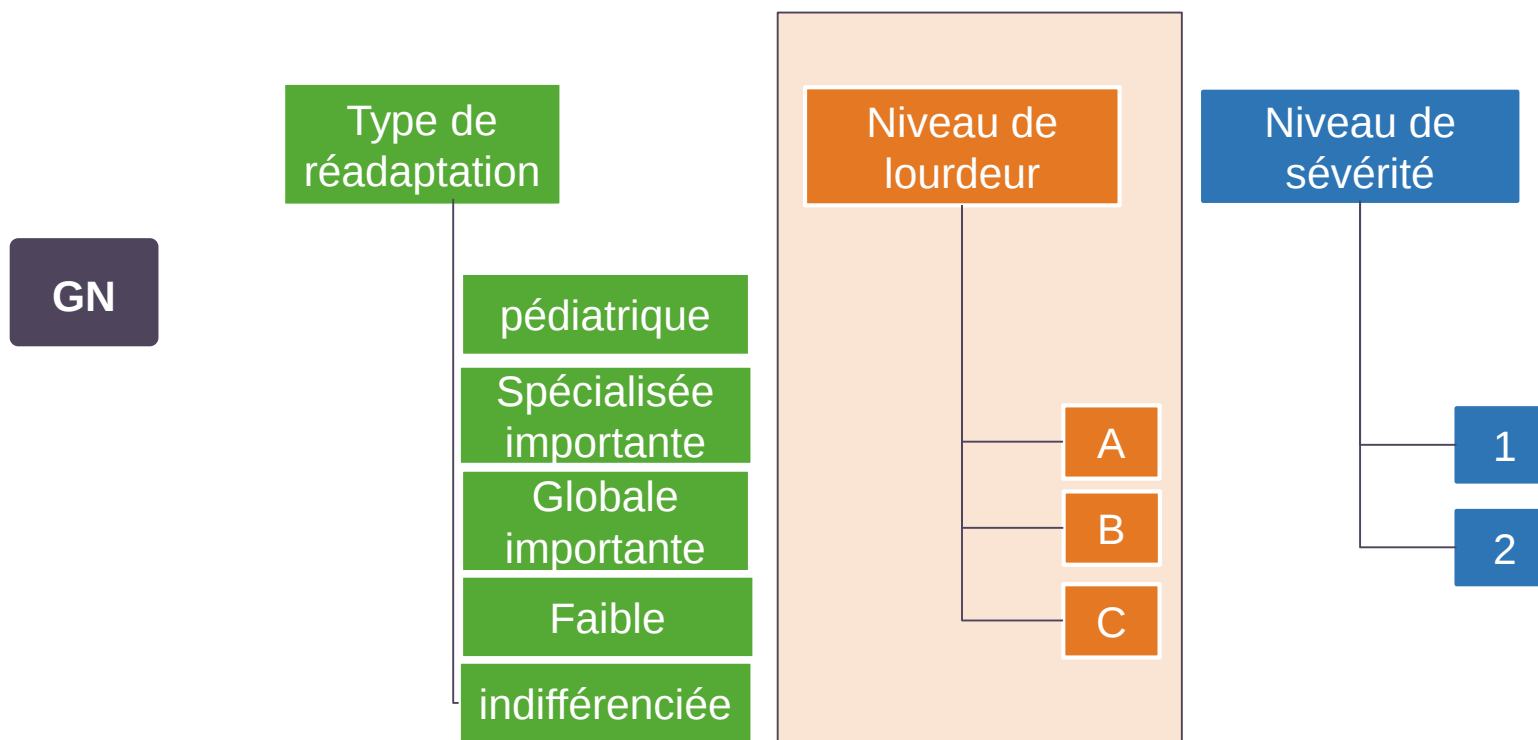
○ Demain :

- 49/55 GN subdivisés sur la réadaptation adultes
 - 129 /148 Gpe de Réadaption
- 11 GN subdivisée sur la réadaption pédiatrique
 - 11 /148 Gpe de Réadaption

○ Séjours des unités spécialisés :

- 84% des séjours en UM spécialisés sont dans un groupe de réadaptation spécialisée (64%) ou globale (20%)

Plan



Indice de lourdeur

- Principe de construction
- Méthode
- Résultats

Indice de lourdeur

Définition : indice traduisant l'augmentation de la charge économique, à type de rééducation fixé, due aux différentes caractéristiques du patient (hors diagnostics)

Type de
réadaptation

Niveau de lourdeur

Niveau de sévérité

Niveau faible

Niveau A

Niveau moyen

Niveau B

Niveau important

Niveau C

Type de
réadaptation

CM

GN

Indice de lourdeur

Définition : indice traduisant l'**augmentation de la charge économique**, à type de réadaptation fixé, due aux différentes **caractéristiques du patient (hors diagnostics)**

Principe de classement

Indice de lourdeur

Pour chaque GN et chaque type de rééducation, des règles d'association entre caractéristiques du patient et niveaux de lourdeur sont définis

CM



GN

- Age
- Dépendance physique
- Dépendance cognitive
- Post-Chir

règles

Niveau A

Niveau B

Niveau C

Indice de lourdeur : problématique

○ Objectif :

- Différencier les séjours selon la lourdeur économique en fonction des caractéristiques des patients hors diagnostics

○ Problématique :

- Avoir une **séparation optimale** au niveau des coûts
- Tout en conservant une **lisibilité / interprétabilité** médicale



Indice de lourdeur : méthode

Pour chaque GN et chaque type de réadaptation,

Association de chaque profil de patient (age, dépendance, post-chir) avec un niveau de lourdeur

Constitution des groupes de lourdeur

1 Production

- d'indicateurs sur la lourdeur économique (coût, durée, niveau optimal) de chaque profil de patient.

2 Mise en cohérence médicale

Analyse médicale croisée

Intra GN (pour différents types de réadaptation)

Inter GN

En cours





Résultats préliminaires

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

groupe de lourdeur	pct séjour	UM			patients			séjours	Coût total
		specialisé	polyvalent	PAPD	Age	Dep phy	Dep cog	DMS	
A	39%	54%	34%	12%	68	6	3	27	6146
B	34%	36%	39%	25%	77	10	3	37	9207
C	37%	27%	39%	35%	79	14	5	48	13546

Lourdeur niveau A:

- En unités spécialisés
- Des patients **jeunes** (68 ans) et **peu dépendants**
- Des séjours courts
- Coût faible

Lourdeur niveau B:

- En unités spécialisées et polyvalentes
- Des patients âgés (77 ans) et dépendants
- Durée de séjour moyenne
- Coût moyen

Lourdeur niveau C:

- En **unités PAPD et polyvalent**
- Des patients encore **plus âgés (79 ans)** et dépendants
- Durée de séjour longue
- **Coût important**

plan

GN

Type de
réadaptation

pédiatrique

Spécialisée
importante

Globale
importante

Faible

indifférencié
e

Niveau de
lourdeur

A

B

C

Niveau de
sévérité

0

1

2

Niveaux de sévérité

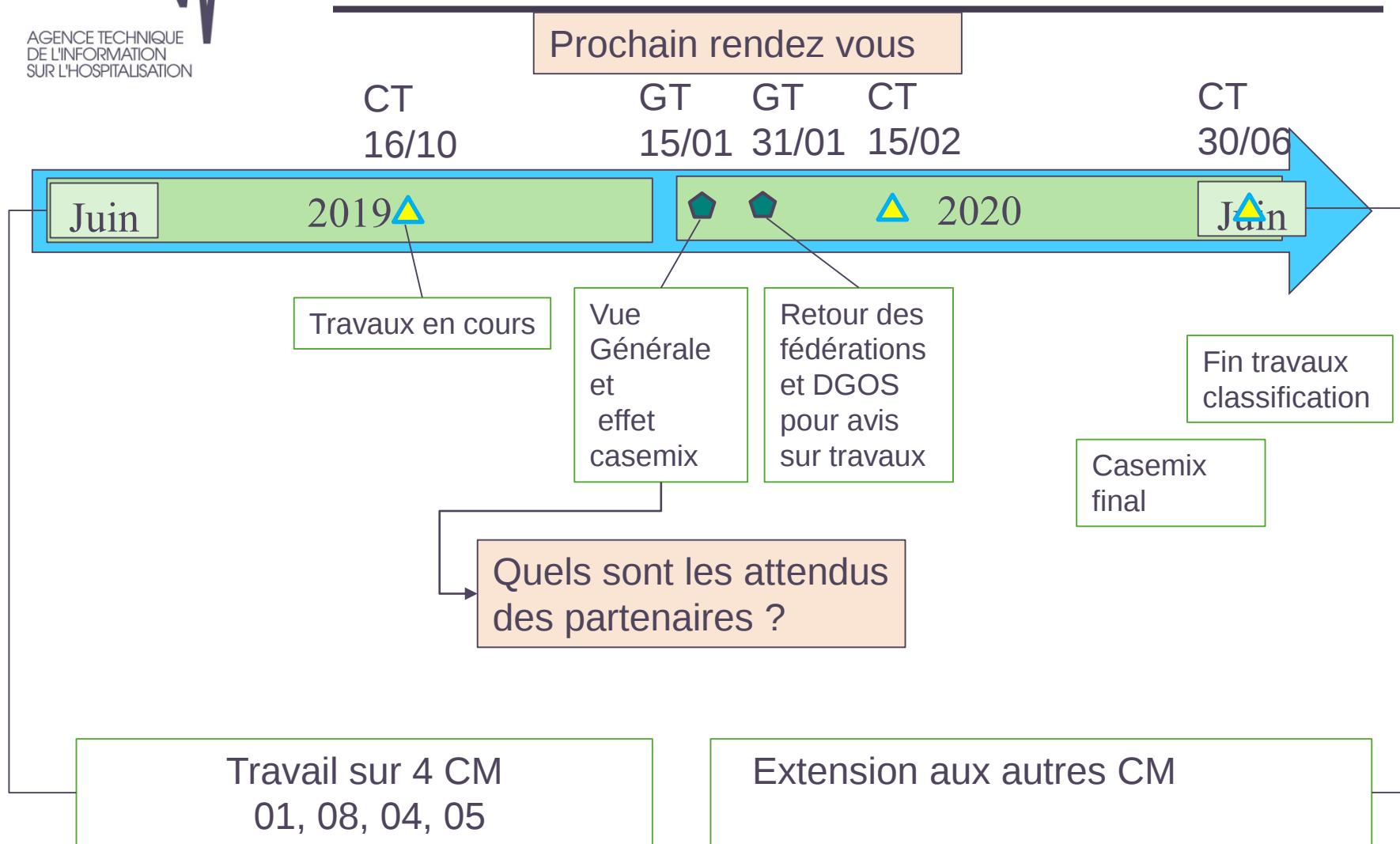
Définition : indice traduisant l'**augmentation de la charge économique**, à type de rééducation fixé et à niveau de lourdeur fixé, due aux autres pathologie prise en charge pendant le séjour

- 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 stabilisée.

Conclusion

- Des groupes de réadaptation discriminants en terme de prises en charge, d'UM, et de patients.
- Indice de lourdeur discriminant en terme de coût et de patients
- Un nombre de GME en augmentation
 - Pour les CM 01,04,05,08,
 - 1332 GME Avec 3 niveaux de lourdeur et 3 niveaux de sévérité :
 - 544 GME Actuellement
 - Réflexion en cours pour la gestion du nombre de groupes

Calendrier des travaux



- Quels sont les attendus en terme de casemix et de présentation des résultats ?

- Plan travaux classification:
 - Calendrier
 - Evolution des pondérations CSARR
 - Vue générale de la classification
 - Groupes de réadaptation
 - Groupes de lourdeur
 - **Polypathologie**

Contexte

- Demande récurrente des acteurs d'intégrer la polypathologie comme facteur de lourdeur médico-économique
- Ce facteur serait particulièrement important en gériatrie (mais pas que)
- Les CMA aujourd'hui
 - Prise en compte d'une seule pathologie ayant l'impact le plus fort
 - Pas de distinction entre événements intercurrents et pathologies présentes à l'entrée

Méthode : premiers pas

○ Utilisation du score de Charlson

Pathologie	Nb	Pathologie	Nb
pathologies cérébrovasculaires	76	insuffisance cardiaque	40
connectivités	30	pathologies pulmonaires	52
démences	23	patho rénales modérées ou sévères	23
diabète compliqués	21	ulcères gastro-duodénaux	36
diabètes non compliqués	25	sida	24
hémiplégies / paraplégies	23	pathologies vasculaires périphériques	36
pathologies hépatiques modérées à sévères	11	tumeur solide / lymphome / leucémie	442
pathologies hépatiques légères	29	métastases	29
infarctus du myocarde	10		

Sans pondérations

Sans exclusions

Méthode : premiers pas

- Base 2018 en séjours administratifs
- Codes recherchés en DAS sur les deux 1^{ers} RHS
 - Repérer des pathologies présentes à l'entrée
 - Comparaisons effectuées avec l'ensemble des RHS

Nb pathos	2 RHS	Tous RHS
0	55,9%	55,1%
1	29,6%	29,7%
2 et +	14,5%	15,2%
3 et +	3,9%	4,2%

Premiers résultats

Nb de pathos	Répartition	dshc	dep_phy_ent	dep_cog_ent	âge
0	55,9%	33,5	8,8	3,5	67,0
1	29,6%	35,9	9,9	3,8	75,0
2	10,6%	36,5	10,5	4,0	78,4
3	3,0%	36,3	10,8	4,1	79,3
4	0,7%	36,6	11,2	4,3	79,6
5	0,1%	35,5	11,4	4,5	79,4
6	<0,1%	33,3	11,8	4,5	79,5
7	<0,1%	25,4	10,2	4,9	80,5
8	<0,1%	60,0	9,0	4,0	70,0
Total		34,6	9,3	3,7	71,0
	moy 0-1	34,3	9,1	3,6	69,8
	moy 2 et +	36,5	10,6	4,0	78,6
	écart	2,2	1,4	0,4	8,9

Suite des travaux

- Analyses à compléter
 - Quelles combinaisons de pathologies ?
 - Quels GN les plus impactés ?
- Combiner Charlson et Elixhauser ?
 - Les deux ont été développés pour prédire la mortalité
 - Autres scores ? Groupe REDSIAM sur la polypathologie
- Réflexions en cours
 - Typage des diagnostics (chroniques / subaigus / aigus) ?
 - Place de la polypathologie dans la future classification ?
 - Pondérations ? Exclusions ? Seuil ?

Ordre du jour

- Introduction
- Travaux classification : vers les GME v2021
- Travaux recueil information médicale**
- Points divers

- Travaux recueil information médicale
 - contenu du recueil et fréquence du recueil
 - informations manquantes :
 - contexte
 - liste des demandes
 - méthode de priorisation
 - proposition de priorisation
- Calendrier des travaux recueil

Contexte : suite CT du 4 juillet

Message adressé après le CT :

nous proposons de poursuivre les travaux selon les orientations suivantes :

- **Sujet classification** : poursuite de la construction de l'algorithme de classification
 - basé sur 3 indices synthétiques de type réadaptation / dépendance (ou autonomie) / sévérité.
 - l'indice de type réadaptation, placé après les GN, ayant pour objectif de distinguer les réadaptations spécialisées
 - dont les premiers travaux seront menés sur les CM neuro, locomoteur, cardio et pneumologie, avec premières mesures d'impact en fin d'année
- **Sujet recueil** :
 - poursuite des travaux pour un passage du recueil d'information hebdomadaire à un recueil d'information ajusté au séjour (administratif) è mise en œuvre mars 2021
 - En parallèle,
 - poursuite de la réflexion sur le concept de « séjour médical » en SSR è échéance à préciser
 - Réflexion, dès 2019, sur les nouvelles variables à recueillir

Contexte : ajustement de la feuille de route proposée le 20/09/2019

○ Simplification du recueil

- Recueil au séjour, définition du séjour médical, définition du projet de soins



○ Amélioration et simplification du recueil

Travailler en même temps

- sur l'introduction de nouvelles variables
- sur la fréquence du recueil



- **Alourdissement du recueil**
- **Ajustement du calendrier**
 - Introduction des nouvelles variables en mars 2021
 - Recueil au séjour mars 2022

Informations manquantes

○ Demandes reçues en amont de la réunion du 20/09/2019

○ Avec description de la demande selon le formulaire type proposé

- 3 FHP + 2 FHP retransmis le 20/09/2019

- 9 UGECAM

- 2 ATIH

○ Proposition de l'ATIH de compléter ces demandes

- 7 FEHAP

- 5 FHF

Liste des propositions reçues

Caractéristiques

données infirmières : charge en soins infirmiers, nutrition parentérale, pansement complexe chez les brûlés, soins techniques infirmiers particuliers

données médicales - DAS -comorbidités majeures

données médicales - morbidité simplifiée. Recueil simplifié des DAS

données médicales - DAS - datation des diagnostics

données médicales - instabilité

données Médicales – ciblage de l'obésité morbide

médicaments onéreux

isolement familial ou absence de famille (pédiatrie)

réinsertion sociale et familiale avec éducation thérapeutique (pédiatrie)

facteurs socio-environnementaux, fragilité sociale, précarité

plateau technique extérieur (pédiatrie)

rééducation intensive : durée des actes (pédiatrie)

actes pluri-professionnels

statut fonctionnel

échelles de dépendance validées, dépendance affinée (relation, comportement)

impact fonctionnel des déficiences

objectifs de réadaptation

score de polypathologie

niveau de l'atteinte et limitation fonctionnelle

Méthode de priorisation

- **Analyse de l'ensemble des demandes transmises en prenant en compte**
- **Les éléments du formulaire type**
 - Type d'information
 - Objectif de la nouvelle information
 - Facilité de recueil
 - Fréquence de recueil
 - Délai et type de mise en œuvre

Méthode de priorisation

- **Analyse de l'ensemble des demandes transmises en prenant en compte**
- **Des éléments complémentaires**
 - Cohérence avec le périmètre du recueil
 - Antériorité de la demande
 - Autres éléments favorables
 - Difficultés à prévoir

Proposition de priorisation (1/9)

Des travaux en plusieurs temps

○ Travaux à initier rapidement

- Echelles de dépendance et le statut fonctionnel (1)
- Facteurs socio-environnementaux (2)
- Catégorisation des diagnostics (3)

Proposition de priorisation (2/9)

Des travaux en plusieurs temps *(Suite et fin)*

- **Travaux à réaliser lorsque la construction de la classification sera avancée**
 - Pédiatrie (4)
 - isolement familial / famille absente
 - rééducation intensive : durée des actes
 - plateau technique extérieur
 - réinsertion sociale et familiale avec éducation thérapeutique
 - Données infirmières (5)
 - Instabilité (6)
 - Objectifs de réadaptation (7)
- **Les autres demandes seront prises en compte dans le cadre d'autres travaux**

Proposition de priorisation (3/9)

Des travaux à initier rapidement

○ Dépendance et statut fonctionnel (1)

- Recueil de la dépendance via des échelles validées
- Objectif : utilisation dans la classification
- L'information n'est pas existante dans les établissements, recueil à créer de novo
- Définition de la fréquence du recueil
- De nombreux travaux ont été réalisés (Audit MAPI, GT dépendance de 2012- début 2017)
 - pas d'échelle idéale unique
 - faut-il une ou plusieurs échelles ?

Proposition de priorisation (4/9)

Des travaux à initier rapidement

○ Facteurs socio – environnementaux / précarité / fragilité (2)

- Objectif : marqueur de coût
- Information existante partiellement
- Définition de la fréquence du recueil
- Nombreux projets en cours :
 - Épisode de soins (article 51)
 - Gradation des soins (HDJ, HDJ minorés, externe)
 - Révision des **GHM** médicaux – sévérité en médecine

Proposition de priorisation (5/9)

Des travaux à initier rapidement

○ Catégorisation et datation des diagnostics – DAS (3)

- Morbidité simplifiée – diagnostics
- Objectif : marqueur de coûts
- Information inexistante
- Définition de la fréquence du recueil
- Des travaux
 - révision des **GHM** médicaux-sévérité en médecine
 - catégorisation des diagnostics existante à l'étranger

Proposition de priorisation (6/9)

Après stabilisation de la classification

○ Demandes de pédiatrie (4)

- Isolement familial / famille absente,
 - rééducation intensive : durée des actes,
 - plateau technique extérieur,
 - réinsertion sociale et familiale avec éducation thérapeutique
-
- Objectif : marqueur de coût et de la qualité de prise en charge
 - Information : nouvelle information
-
- Définition de la fréquence du recueil

Proposition de priorisation (7/9)

Après stabilisation de la classification

- **Donnée infirmières (5)** : charge en soins, nutrition entérale, pansement complexe, soins infirmiers techniques
 - Objectif : marqueurs de coût
 - Information : existante dans le dossier de soins infirmiers, SIIPS dans certains cas
- Définition de la fréquence du recueil
- Des travaux existants :
 - à l'étranger,
 - en France : définition des SIIPS (relationnel, soins de base, technique), travaux ARS ARA (Pr P. Calmels)

Proposition de priorisation (8/9)

Après stabilisation de la classification

○ Instabilité (6)

- Objectifs : marqueurs de coût
- Information : existante
- Définition de la fréquence du recueil
- Des travaux existants :
 - à l'étranger (Suisse)
 - en France : travaux ARS ARA (Pr P. Calmels)

Proposition de priorisation (9/9)

Après stabilisation de la classification

○ Objectifs de réadaptation (7)

- Objectif : qualité de la prise en charge
- Information : recueil de novo
- Définition de la fréquence du recueil
 - lié à la définition de l'unité d'analyse, du séjour

Autres demandes

Dans le cadre de la classification ou du modèle de financement

- Revoir les CMA en SSR
- Score de polypathologie
 - Voir point précédent
- Ciblage de l'obésité morbide
- Révision des pondérations pour les actes CSARR pluriprofessionnels
- Médicaments coûteux
 - Travaux prévus par la DGOS en 2020 de mise à jour de la liste spécifique SSR

Votre avis ?

○ Quelle priorisation ?

Méthode de travail

Exemple de la Dépendance et du statut fonctionnel

- Définition et objectif de l'introduction
 - des échelles de dépendance / du statut fonctionnel
- Évaluation de la dépendance pour quelles fonctions ?
 - Analyse des échelles existantes
 - Une ou plusieurs échelles pour le PMSI SSR ?
- Travaux avec les cliniciens sur les échelles utilisées en pratique clinique
- Intégration dans quel indice de la classification ?

Méthode de travail

Exemple de la Dépendance et du statut fonctionnel

- Quel impact sur les variables existantes (AVQ, ...) ?
- Recueil : à quelle fréquence ?
 - Dans la perspective d'un recueil au séjour
- Etude de la faisabilité avec informaticiens ATIH et éditeurs
- Mise en place de contrôle de la qualité du codage et tableaux de restitution
- Rédaction de consignes de codage (guide méthodologique / notice technique)



Un travail long à débiter fin 2019
pour une mise en place en 2022

Calendrier

- En fonction de la priorisation définie ensemble
- Travaux sur le contenu du recueil
 - Recueil d'informations manquantes
- Travaux sur la fréquence du recueil
 - Vers un abandon du recueil hebdomadaire
- Production d'un calendrier avec un programme de travail précis lors du prochain CT

Ordre du jour

- Introduction
- Travaux classification : vers les GME v2021
- Travaux recueil information médicale
- **Points divers**

Plan

- **Points divers**
 - **Nouveautés nomenclature**
 - **Recueil et contrôles 2020**

Nouveautés Nomenclatures

○ Code CIM10

○ Codage du Vapotage :

- Pour suivi des retentissements / effets indésirables

○ CSARR

○ Introduction dans le guide de lecture CSARR, comme c'est déjà le cas pour les actes individuels dédiés

○ Des valeurs limites du nombre de patients

- Pour les actes individuels non dédiés [2-8]

- Pour les actes collectifs

- [2-25] pour tous les actes

- Sauf pour l'acte ZZR+026 (*Séance collective d'information du patient et/ou de son entourage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique*), où le nombre maximum de patients peut dépasser **25**

Recueil et contrôles 2020

- Mise à jour du guide méthodologique
 - PIA externe réalisée en MCO
 - Mise à jour des exemples de hiérarchisation des diagnostics
- Financement des transports
 - « Datexp » pour le recueil au séjour des forfaits transports
- Contrôle qualité du codage (Tableaux OVALIDE)
 - Extension des actes non attendus
 - Évaluation de la déglutition HQQ+257, HQQ+136, HQQ+106
 - Séances de rééducation/réadaptation à la marche NKR+117, NKR+006
 - Evaluation comportementale ALQ+114
 - Contrôle sur le nb d'actes de séance enregistré pour un même code acte en HDJ

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

13, rue Moreau 75012 Paris

Téléphone : 01 40 02 75 63

Fax : 01 40 02 75 64

www.atih.sante.fr