



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

Travaux pour améliorer la classification SSR

Réunion DGOS 20 Mars 2017
DIM FEHAP du 6 avril

- Actu : publication du Manuel des GME hier sur le site de l'ATIH

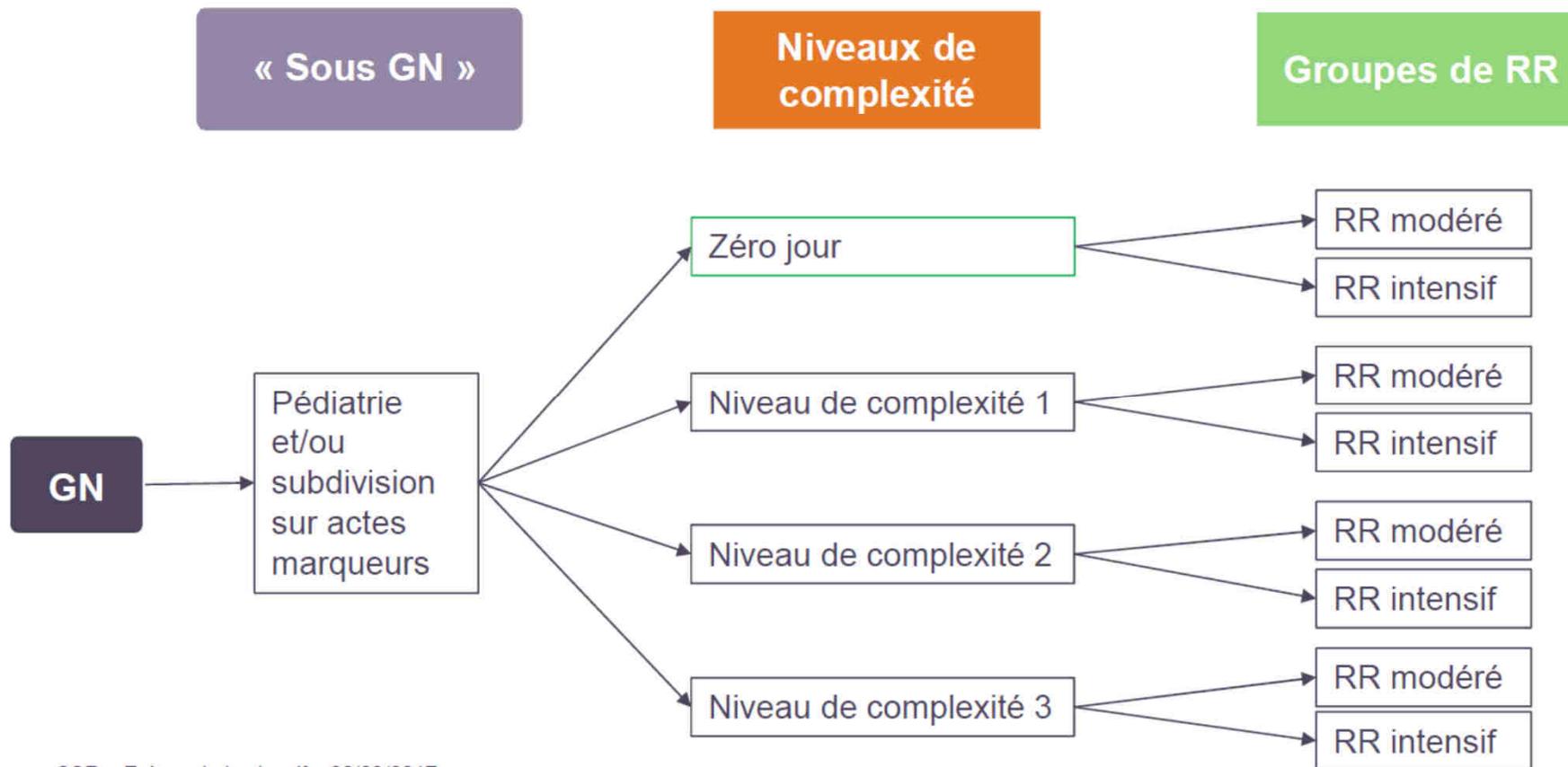
■ Problématique

- Comment **rendre visible systématiquement la rééducation** sans détériorer la description médicale des patients ?
- Autrement dit : comment prendre en compte l'ensemble des facteurs de lourdeur (pertinents économiquement) et la rééducation d'un séjour **sans augmenter fortement le nombre de groupes** ?

■ Solution proposée

- Mettre **la RR à part** dans la classification
- Et moduler le niveau de sévérité en fonction d'une ou plusieurs caractéristiques du patient (dépendances, âge, chirurgie) **niveau de complexité**
 - A l'instar du MCO où le niveau de sévérité « final » est modulé en fonction de l'âge
 - Nécessite l'augmentation du nombre de niveaux
 - Ex. *La dépendance physique et les niveaux de sévérité sont les facteurs majeurs d'augmentation de la durée de séjour dans la CM 08*

Demain : exemple de groupage



La classification en GME demain – Objectifs de la classification



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Demain

CM



GN

« Sous GN »

Niveaux de
complexité

Groupes de RR

Objectif : créer des groupes qui soient

- Lisibles / compréhensibles médicalement
 - En séparant les pathologies différentes
 - **Et en séparant certaines prises en charge**
- Homogènes économiquement
- **Et homogènes en termes de rééducation reçue**

Une approche par type d'information

Définition : subdivision des GN visant à identifier **explicitement** certaines populations et/ou certaines **prises en charge** (exemple : actes marqueurs)

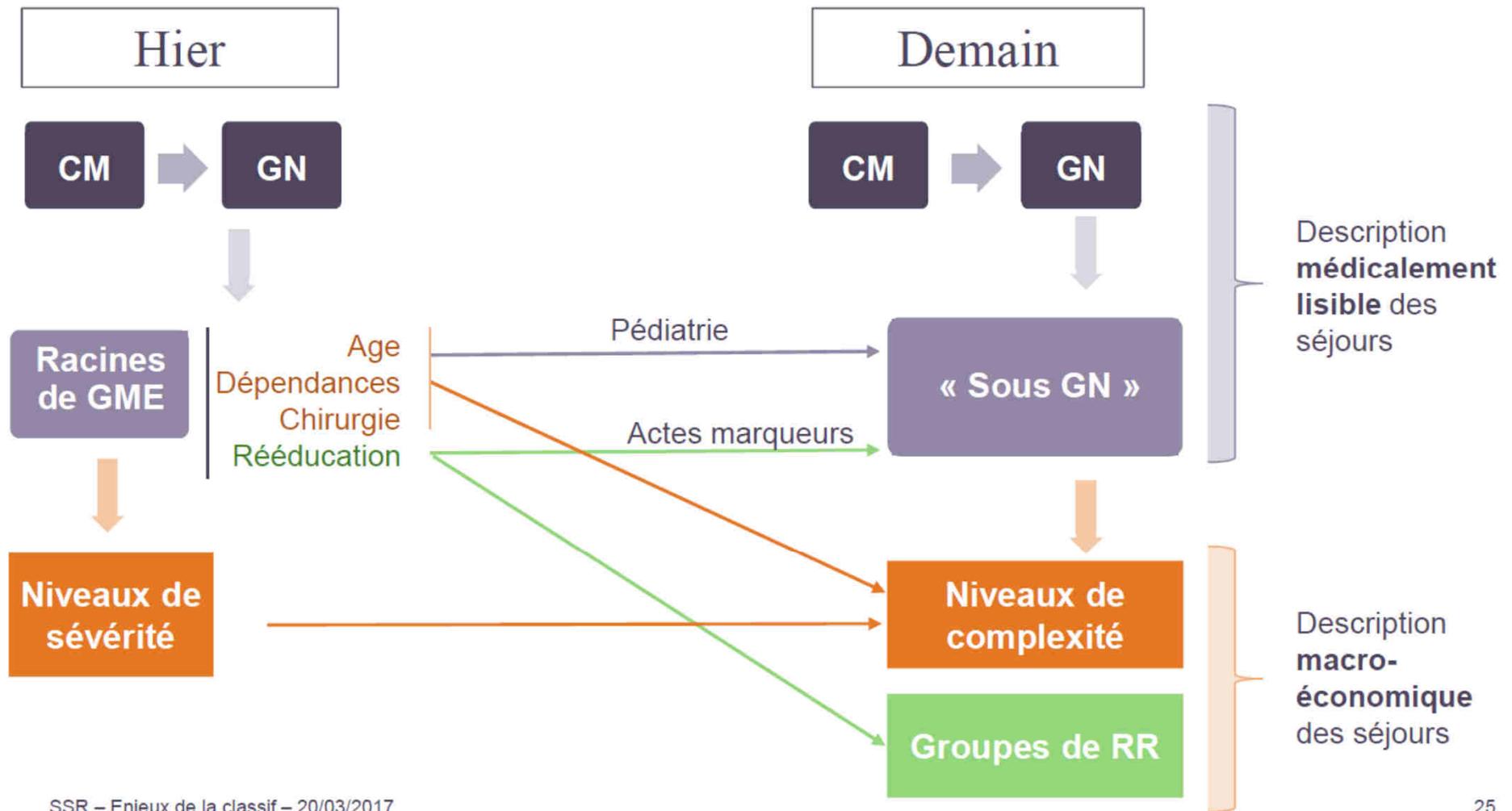
Description
**médicalement
lisible** des
séjours

Définition : indice se déclinant en 3 niveaux traduisant l'augmentation de la charge économique, à pathologie principale fixée, due aux différentes caractéristiques du patient

Description
**macro-
économique**
des séjours

Définition : groupes traduisant les différents niveaux de rééducation à patient égal

SSR – Enjeux de la classif – 20/03/2017



SSR – Enjeux de la classif – 20/03/2017

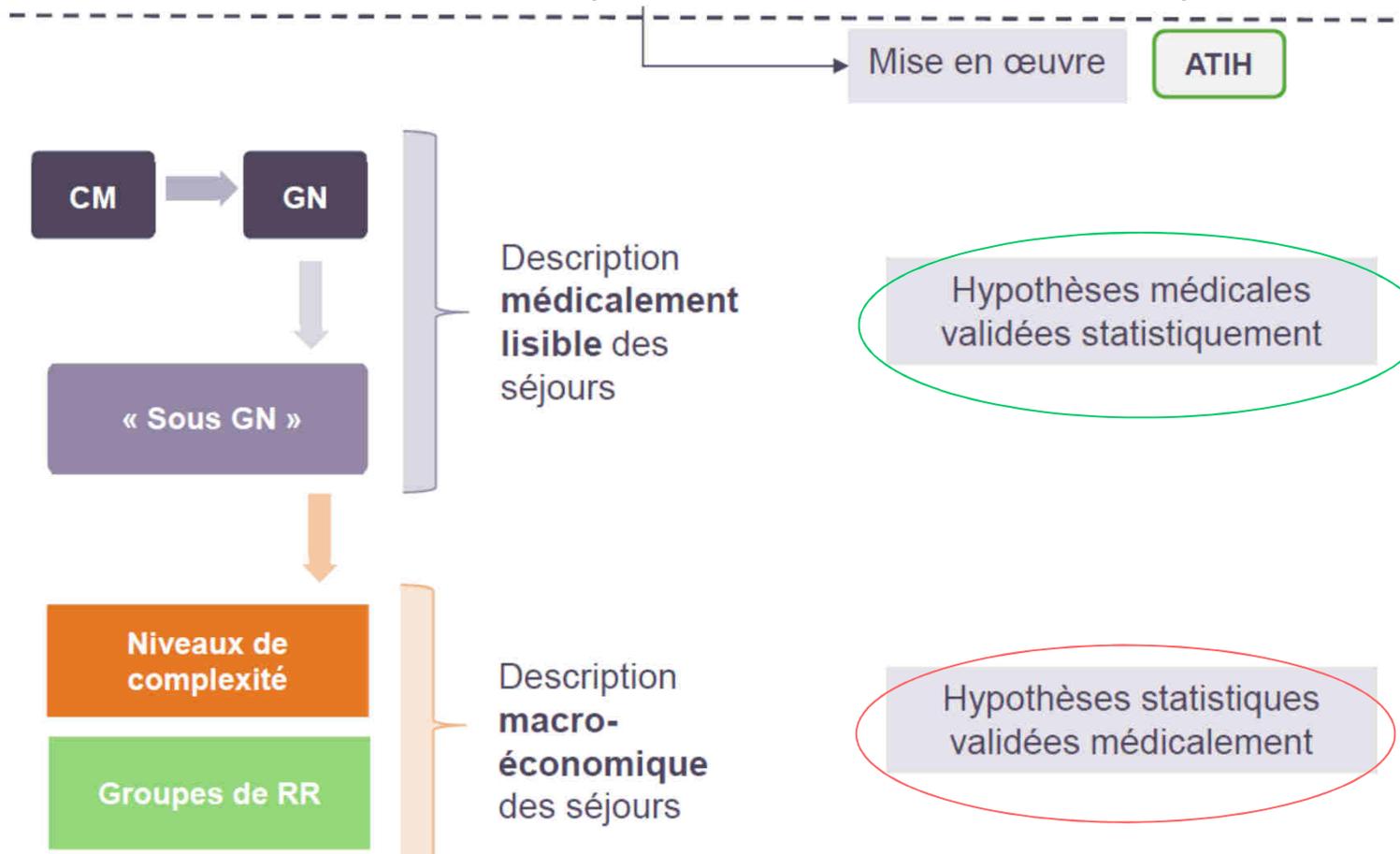
25

- **Permet à court terme (V2018)**

- D'identifier les prises en charge lourdes en termes de DMS/coût
- D'identifier les prises en charge lourdes en termes de RR

- **Permet à moyen terme**

- De caractériser explicitement certaines prises en charge particulières de RR (exemple: actes marqueurs)



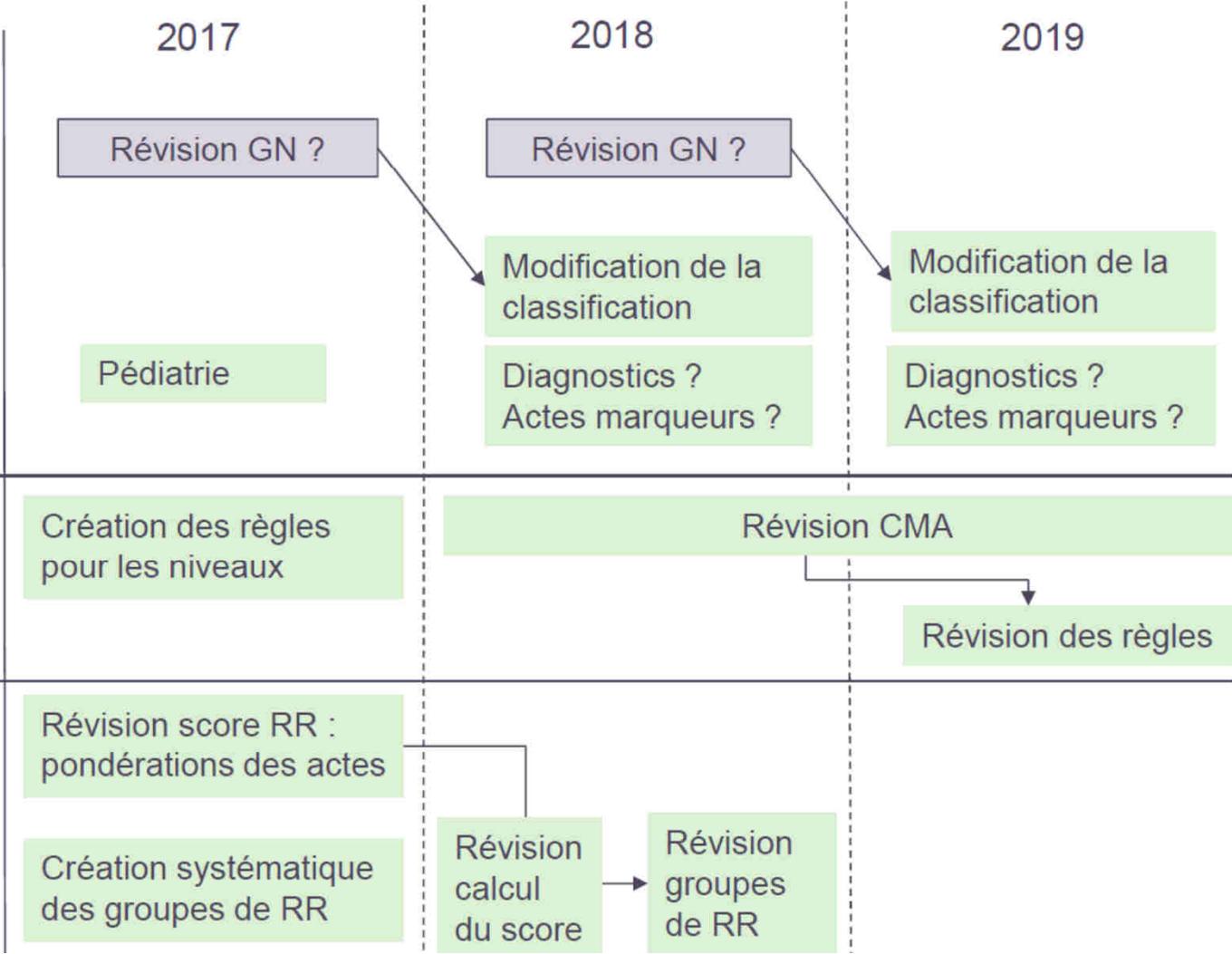
Calendrier des travaux sur la classification



« Sous GN »

Niveaux de complexité

Groupes de RR



Calendrier des autres travaux SSR-ATIH

RAPPEL - Comité technique SSR du 02/02/2017

	2017	2018	2019
GT « Recueil PMSI SSR »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des axes d'évolution du recueil ▪ Etude des impacts (outils PMSI, étab/éditeurs) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition des priorités et d'un calendrier de mise en œuvre ▪ Mise à jour des outils PMSI (ATIH, étab/éditeurs) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de la mise en œuvre des évolutions du recueil ?
GT « Dépendance SSR »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles cognitifs : identification des situations cliniques à caractériser (CIM-10, GM SSR) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GM SSR 2018 : évolution AVQ « toilette » 	
GT « CSARR – score RR »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Score RR : identification des axes d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Score RR : 1^{er} lot d'évolutions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Score RR : 2^{ème} lot d'évolution
CSARR : comité des experts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de maintenance ▪ CSARR : V2018 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de maintenance ▪ CSARR : V2019
	2017	2018	2019
GT « Qualité – restitutions SSR »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restitutions « activité SSR » de Scansanté : revue et identification des évolutions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restitutions « activité SSR » de ScanSanté : mise en œuvre des évolutions ▪ DALIA SSR : définition de nouveaux tests d'atypie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DALIA SSR : intégration des nouveaux tests d'atypie
Travaux « MF SSR » : appui technique à DGOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux « frontière HTP/ACE SSR » ▪ Travaux PTS, MO SSR, MIG SSR 		

- ATIH :
 - « **complexité** » (dépendance + âge +CMA)
 - et **RR partout en fin de test**
 - **relecture médicale** et **actes clasants** à moyen terme
- FEHAP :
 - **priorité à la révision des GN** : socle médical fiabilisé
 - Priorité à l'intégration **d'actes classants**
 - Analyse des écarts **entre établissements** pour guider les GN prioritaires
 - La **pédiatrie**
 - La **rééducation cardiaque et respiratoire**
 - **UCC** et **Unités post Réa**

1. La classification ne porte pas sur l'objet du SSR

- elle se focalise sur des diagnostics et non pas sur les **objectifs de soins** qui ne sont pas recueillis
- **Les variables classantes ne prennent en compte que marginalement la prise en charge** des patients, alors que c'est déterminant dans le type de service rendu
- **La classification ne traite pas de l'intensité des soins**, elle est construite sur la durée de séjour
- **L'étape de construction médicale (CM et GN)**
 - donne son sens à la classification
 - n'est pas aboutie et **doit être approfondie**

2. La classification mélange en permanence les prises en charge différentes

- celles ayant des objectifs ciblés de rééducation
- la récupération/réadaptation des patients âgés,
- la réadaptation et l'équilibrage des patients polypathologiques
 - *Insuffisance cardiaque, Insuffisance respiratoire, Troubles de la marche...*

3. La classification est construite avec une hypothèse inexacte : la distribution des durées de séjours pour un GME n'est pas homogène entre les établissements car

- l'offre de soins est graduée et segmentée
- les GME mélangent des prises en charges différentes

- **la 1^{ère} priorité est d'améliorer la discrimination médicale sur les situations de prises en charge**
 - Les travaux sur la CM 08 vont dans le bon sens,
 - la pédiatrie doit être distinguée (prises en charges différentes),
 - Ces travaux doivent absolument **être construits avec les médecins du SSR et pas sans eux,**
 - **il doit tenir compte des catégories d'établissements et de leurs prises en charge (étape descriptive des établissements concernés par GN, pour affiner et guider les choix).**
 - Ce n'est que sur cette base solidifiée que les travaux statistiques d'analyses de coûts pourront être appliqués

Une relecture et un redécoupage des CM/GN et une segmentation optimisée pour un socle solide sont nécessaires.

Proposition n°2 : intégrer l'intensité

- L'intensité de la rééducation est mieux prise en compte par la notion d'acte classant ou de diagnostic classant
- L'intensité des soins de base est liée à la dépendance mais aussi à des diagnostics qui devraient être classants
- La poly-pathologie et les comorbidités lourdes doivent être distinguées en début d'arbre pour l'intensité et la diversité des acteurs mobilisés (sous GN « complexes » ou « lourds »)
- **NB :**
 - La pondération CSARR est peu fiable (cf étude durée des actes)
 - La dépendance seule est limitée (cf étude AVQ/SIIPS) et les troubles cognitifs sont à redéfinir

- Ces pistes, déjà évoquées avec l'ATIH, doivent être travaillées concrètement et de manière prioritaire
- Les travaux statistiques pourront s'asseoir sur un socle consolidé pour améliorer leur performance et le sens médical des résultats
- L'analyse des différents types d'établissements permettra d'identifier les zones de superposition inadaptées
- Les zones de bons résultats et de mauvais résultats statistiques doivent être clairement identifiées et guider les parties à améliorer en priorité

- **Relecture médicale des CM et GN** pour identifier des redécoupages nécessaires (*insuff.cardiaque, insuff respiratoire, ...*) **par les diagnostics et actes classants**
- Distinguer systématiquement **la pédiatrie**
- Introduire les éléments **qualitatifs de l'intensité** (actes et diagnostics classants pour les sous GN)
- **GN prioritaires** = ceux pour lesquels il existe une superposition d'établissements très différents pour 1 GN
- **Validation des étapes et du calendrier** : mai 2017
- Par ailleurs préparer **un recueil au séjour pour 2019**

- **Simplifier le recueil** (« au séjour »)
- Développer un **Score de polypathologie** (pour la lourdeur) plutôt que les CMA (durée)
- **Affiner les codes CIM 10** (CM) = précisions sur le degré d'atteinte ou limitation fonctionnelle
- Revoir sérieusement **la structure du CSARR**
 - Simplifier – moins quantitatif et plus qualitatif
 - Centré sur les besoins de la classification d'actes distinctifs « traceurs » des prises en charge ...

Merci de vos avis et remarques