



Le CSARR, Docteur JEKYLL ou Mister HYDE ?

Cette présentation est simplement faite dans un esprit critique et non de critique, les auteurs tiennent à le préciser.

Il n'y a par ailleurs aucun conflit d'intérêt.

Après avoir expérimenté le CSARR en 2011, assuré formations et mise en œuvre en 2012, communiqué aux Journées EMOIS 2013 et émis des propositions d'amélioration,

les Hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse (840 lits SSR, participant à l'ENCc SSR) en présentent un bilan d'utilisation par 13 catégories d'intervenants regroupant près de 600 professionnels de terrain.

Dr J. TALMUD – Médecin DIM La Renaissance Sanitaire – Formateur National CSARR

N. BREME, S. CARBONNEL – TIM Villiers Saint Denis (02310)

N. VUILLEMIN, K. BERTRAND, G. GILLON – TIM La Musse (27180)

Introduction

Nous avons assisté à la naissance du PMSI SSR, à ses prime et seconde enfances, à sa puberté (stade sans doute actuel puisque c'est nous qui avons des boutons quand on le pratique),

et s'agissant du CSARR (signe sexuel secondaire), à sa genèse, son développement et sa mise en œuvre.

Le poster que nous avons présenté à EMOIS 2013 pourrait donc être considéré comme le reflet de « la critique de la raison pure » de Kant.



Anatomie comparée CdARR vs CSARR



- **Aujourd'hui, après 2 ans d'utilisation de terrain, nous nous situerions dans « la critique de la raison pratique » en participant au jeu de Lego®, et non de l'Ego !**
- **But recherché : notion d'acte global, d'actes dédiés, non dédiés et collectifs, précision dans la description.**
- **Nombre d'actes passant de 217 pour le CdARR à 536 (+ 6 gestes complémentaires, + 10 modulateurs) pour le CSARR.**
- **Libellés des actes et actions élémentaires : celles-ci sont si nombreuses qu'elles semblent parfois tenir d'une recomposition familiale, parfois d'un regroupement familial.**
- **Le nombre d'actions élémentaires retenues semble être dû au fait que chaque expert participant à la rédaction du catalogue ait tenu à y voir figurer le reflet de sa propre pratique (on pourrait établir un parallèle avec les PTS dans un autre ordre d'idées).**
- **Recueil des actes uniquement par l'intervenant qui en assume la responsabilité et minutage des actes (répercussions sur le taux d'activité pour l'ENC uniquement).**

Points positifs et comparaison des exercices hospitaliers et libéraux



- **Actes plus détaillés dans le CSARR que dans le CdARR.**
- **Actes mieux explicités par les notes incluses.**
- **Intérêt de l'acte global (lorsqu'il n'y a que peu d'actions élémentaires se complétant entre elles).**

- **Principe de base : les intervenants hospitaliers et libéraux, de mêmes diplômes et compétences, traitent les mêmes pathologies (cf MSAP).**

- **En pratique, les libéraux travaillent selon des protocoles standardisés avec des choix beaucoup plus simples entre 3 ou 4 cotations.**

- **Le travail en équipe semble être difficile à réaliser en institution, les réunions multidisciplinaires y étant pourtant dévolues.**

Les points négatifs selon le terrain (1)



- **Difficultés persistantes à faire assimiler la notion d'acte global (lorsque le nombre d'actions élémentaires est très important).**
- **Difficultés de compréhension, de codage et de contrôle des actes pluri professionnels (ZZC+221 par exemple).**
- **Ambigüité pour certains professionnels (IDE vs Psychologues) sur les codes relatifs au comportement (ALQ+114 par exemple).**
- **Actions élémentaires trop nombreuses (on dirait que chaque expert a tenu à faire apparaître sa pratique propre, même si c'est très minoritaire) et ne correspondant pas toujours à la pratique locale.**
- **Pondérations inadaptées à la classification en GME si le temps de réalisation est inférieur (ou surtout trop supérieur) à la pondération.**
- **Actes parfois en décalage avec la pratique hospitalière.**

Les points négatifs selon le terrain (2)



- **Acte global « long » se déroulant sur plusieurs semaines, ou plusieurs séances (y compris en H.T.P. où le codage ne reflète plus la réalité de la prise en charge).**
- **PMSI des H.T.P. ne reflétant plus la réalité de la prise en charge lorsqu'on applique la règle de l'acte global pour certaines prises en charge au long cours (apprentissages, évaluations cognitives...), les règles n'étant ni clairement établies, ni opposables en SSR.**
- **Modulateurs dont l'importance n'apparaît pas clairement dans l'expression des PTS (et inversement).**
- **Modulateur de lieu dépendant du prestataire informatique.**
- **Renseignement du nombre d'intervenants en acte pluri professionnel dépendant du prestataire informatique.**
- **Non exhaustivité des actes, notamment ceux liés à une limite quantitative par séjour (Assistanat Social particulièrement).**

Quelques exemples de la complexité de la chose

- **ZZR+145** , la relaxation individuelle en 15 actions, est le « must » avec un temps de réalisation si long qu'une seule séance ne suffit pas.
- Actes lourds en englobant d'autres, au moins aussi complexes :
AGR+047 : 9 actions + prévention des chutes, elle même décrite sur la même page et comportant 10 actions à réaliser.
- Actes comportant des « apprentissages » et des « éducations » pour lesquels on s'interroge sur les conditions et la qualité de réalisation, sachant que cette activité est par ailleurs fortement encadrée, l'organisation en étant décrite de façon très précise dans d'autres chapitres (10 en particulier) : **GLJ+050** avec **ZZR+020**, **APR+036** avec **PER+103**.
- Actes qui mériteraient de bénéficier d'une prise en charge à part entière comme « **apprentissage à se relever du sol** » trouvé aussi ailleurs ou **CER+223**, actes comportant déjà de 7 à 9 actions pour leur propre compte.
- Notes correspondant souvent à la 1^{ère} prise en charge, certaines actions n'étant pas systématiquement reproduites aux venues suivantes du patient : **ANR+265**, où l'entretien « *centré sur le vécu de la douleur dans des expériences antérieures ou actuelles* » aurait davantage sa place dans un acte d'évaluation que de prise en charge.
- Lieux de réalisation différents pour un même code quand on débute à un endroit pour finir à un autre, afin de réaliser toutes les actions élémentaires.

Les effets pervers de la déconnexion entre la théorie comptable et les réalités du terrain



- Le mélange actuel de séances, d'actes réalisés en plusieurs fois, d'actes à codage unique par séjour a des répercussions graves sur la classification.
- En Social (cf diapo 6), un patient à séjour court est plus pondéré que celui à séjour long et de coût supérieur pour l'établissement, l'acte (dossier social) ne pouvant être codé qu'une seule fois.
- Les règles 2015 considérant la continuité du séjour induisent même un codage unique en fin de séjour (ou de suites de séjours).
- Ces arguments ont été développés en Comité Technique SSR.
- Evitons donc d'en arriver à :



Répercussions sur l'ENCc SSR

- **Le principe de l'acte global induit une baisse du minutage sur les actes non dédiés, relevée par l'ENCc, qui en convient, mais le reproche cependant.**
- **Baisse des taux d'activité de certains intervenants, un seul déclarant « ayant la responsabilité de l'acte », d'où un déficit d'activité pour l'autre intervenant par exemple.**
- **Non exhaustivité des actes (cf diapositive 7), avec répercussions sur les critères de qualité.**
- **Notions purement statistiques ne représentant qu'imparfaitement la réalité du terrain.**
- **Les exigences du PMSI et de l'ENCc ne coïncident pas, voire entrent en conflit.**



Propositions d'amélioration

- Si on ne peut limiter le nombre d'actions élémentaires, autoriser le codage avec un nombre beaucoup plus faible, mais à condition de respecter un protocole validé.
- Le CSARR est plus adapté à un codage au séjour plutôt qu'à la journée.
- Intégrer directement le lien entre tous les plateaux techniques et les actes (cf balnéothérapie, lieu de vie).
- Relier les PTS (annexe 3 CSARR) à un ou plusieurs codes (par exemple PCQ +179).
- Et/ou relier les PTS (annexe 3 du CSARR) aux modulateurs (par exemple code de simulation de conduite non relié actuellement à un PTS, idem pour Salle Snoezelen).
- Clarifier les règles du PMSI et de l'ENCc.
- Adapter les pondérations aux réalités du terrain.



Conclusions

- En théorie, génial.
- En pratique, plus délicat à manier qu'il n'y paraissait, induisant des effets pervers et un renseignement détérioré.
- Le CSARR correspond mieux à un codage au séjour plutôt qu'à la journée (reste à définir le séjour).
- Impact lourd sur la future tarification en GME et répercussions négatives sur l'ENCc.
- Revoir les règles de codage.
- En libéral, nombre de plateaux techniques moins important , mais surtout nombre de codes plus restreint, et utilisation de protocoles de prise en charge.

Nul doute qu'une future présentation correspondra à « la critique de la faculté de juger », mais ceci sera une autre histoire.

D'ici là, méfions nous du Kant-dira-t-on !

Message personnel

Médecin DIM, bien sous tous rapports, vétéran du PMSI SSR,
de franc parler mais de bonne composition,
ouvert à toutes expériences mais ayant connu déboires et déceptions

Recherche T2A avenante et fraîche,
honnête et fidèle (CSARR et MIGAC acceptés),
aimant échanges animés mais toujours constructifs

Pour relation franche, loyale et stable,
fondée sur le respect commun et l'écoute de l'autre.
Union possible (en séparation de biens) si affinités

Coureuses de fonds et aventurières s'abstenir.

Ecrire à EMOIS qui transmettra.

