

# SSR – Classification en GME

## Questions / Réponses

(d'octobre 2012 à février 2013)

*Mai 2013*

## Table Des Matières

### OBJECTIFS DU DOCUMENT

#### QUESTIONS-REPONSES CLASSIFICATION EN GME

1. UNITE DE DESCRIPTION (SEQUENCES, PARCOURS).....	4
2. PERFORMANCE STATISTIQUE DE LA CLASSIFICATION .....	7
3. ACTIVITE DE REEDUCATION ET READAPTATION .....	8
4. NIVEAUX DE SEVERITE.....	12
5. CHIRURGIE .....	18
6. GROUPES NOSOLOGIQUES.....	19
7. CODAGE .....	20
8. ENTRETIENS CLINIENS.....	21
9. ALGORITHME DE GROUPEMENT .....	22
10. METHODES DE REGROUPEMENT .....	24
11. PEDIATRIE.....	28
12. LIEN ENTRE CLASSIFICATION ET AUTORISATIONS .....	32

## Objectifs du document

Ce document synthétise les questions reçues par l'ATIH entre octobre 2012 et février 2013. Elles faisaient suite aux présentations réalisées en Sous-Groupe Activité des Comités Techniques SSR ainsi qu'à la transmission aux Fédérations hospitalières de la base PMSI SSR nationale 2011 regroupée en Groupes médico-économiques (GME).

Ces questions ont été résumées et regroupées par thème, chacun faisant l'objet d'une réponse globale. Les réponses restent volontairement synthétiques et ne cherchent pas à redonner tous les détails des documents techniques associés à la classification en GME, à savoir :

- le Guide méthodologique *BO 2013/2 bis* de production des informations en SSR, disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002B0012DFF>
- le Manuel des groupes médicoéconomiques en SSR *BO 2013/1 bis*, également disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002C0000DFF>

A noter que les questions sont antérieures aux publications ci-dessus.

## Questions-Réponses Classification en GME

### 1. Unité de description (séquences, parcours)

#### Séquences

##### **Question 1**

Il est nécessaire de travailler sur la notion de « séquence », c'est-à-dire « la variabilité de l'intensité des soins requis au cours d'une prise en charge en établissement SSR prenant en compte les phénomènes liés aux problématiques d'amont et d'aval ».

Exemple : bilan initial / prise en charge de RR / éducation thérapeutique / accompagnement pour la sortie (établissement médico-social le mieux adapté/adaptation du domicile). L'information médicale recueillie doit permettre d'identifier cette suite de séquences thérapeutiques. Ici, le terme d'aval ou de médico-social ne s'arrête pas à la notion des EPHAD mais peut également concerner des structures prenant en charge des patients lourdement handicapés (ex : MAS). Compte tenu de la très grande variété des prises en charge prodiguées en SSR (indications, recrutements, méthodes), il est probable qu'existe au sein de chaque groupe de la classification aujourd'hui constitué, une hétérogénéité liée au séquençage de la prise en charge dans le courant d'un même séjour. Il serait dès lors intéressant d'analyser le pouvoir explicatif de cette séquence en fonction de la variation des éléments du recueil hebdomadaire disponible (dépendance, GMD, rééduc, CAV).

En pratique, les résumés PMSI pourraient ne pas se faire nécessairement par séjour ou semaine calendaire, mais par séquence de soins : au cours d'une hospitalisation en SSR, chaque séquence de soins est définie tant que dure une combinaison des deux ou plusieurs variables classantes (ex : variation de la dépendance (à ce stade, seule la dépendance à l'entrée est prise en compte) et du motif principal de prise en charge).

Ex : Considérons un patient qui a été opéré d'une fracture du col du fémur mais il arrive en SSR en déséquilibre de son diabète. On pourrait par exemple considérer que son séjour a 3 séquences

- 1- Rééquilibrage du diabète
- 2- Prise en charge des soins de cicatrice
- 3- Période de rééducation de la fracture

Le passage d'une séquence à l'autre pourrait être identifié, notamment, par le codage médical (finalité principale ou MMP ou AE).

## **Question 2**

La prise en compte de la dépendance à la seule admission et non au cours de la prise en charge empêche toute analyse de l'évolution du patient. Une évolution qui peut tout aussi bien s'aggraver comme s'améliorer et qui est, d'ailleurs, un des critères du séquençage de la prise en charge en SSR.

## **Réponse**

La classification en GME a retenu comme unité de description, pour l'hospitalisation complète, le séjour.

Sur un plan méthodologique, et afin de rendre plus cohérente sur le plan médical cette unité de description, les travaux de la nouvelle classification ont porté sur des « séjours reconstitués ». Les séjours étudiés dans la base d'analyse correspondent aux séjours administratifs « concaténés » lorsque le délai entre eux est inférieur à 3 jours.

Pour tenter de mieux appréhender la diversité des séjours liés à une même pathologie, des premiers travaux d'investigation ont été menés à propos de la notion de séquence. Par exemple, pour le groupe nosologique « amputations », il a été tenté d'identifier des phases « médicales » (avec des objectifs de soins homogènes : cicatrisation, ajustement de prothèse,...) qui feraient l'objet de séjours distincts pour certains patients, et qui seraient regroupées en un seul séjour, plus long, pour d'autres. Plus généralement, les premières analyses et réflexions ont fait ressortir la complexité de l'analyse et de la modélisation : il n'est pas simple de définir médicalement les phases et de les identifier au travers de la variation des variables du recueil (imperfections des nomenclatures, hétérogénéité des pratiques de codage,...).

Les délais contraints n'ont pas permis de pousser plus avant l'analyse sur la séquence de soin. Ces travaux pourront être poursuivis pour les versions ultérieures de la classification, et plusieurs solutions pourront être proposées pour décrire ces situations complexes de manière adaptée .

Ainsi, concernant l'exemple donné (fracture du col du fémur et déséquilibre de diabète), dans la classification actuelle, il pourrait être considéré que le motif principal de prise en charge est la fracture opérée et que le diabète déséquilibré est un « Diagnostic Associé Significatif » pour la semaine considérée.

Excepté cette question des « séquences » dues à des pathologies distinctes du motif principal de l'hospitalisation, la détermination de séquences n'a d'intérêt medico-économique que si tous les établissements ne réalisent pas toutes les séquences standard d'une prise en

charge s'effectuant normalement au cours d'une même hospitalisation. L'étendue de cette inhomogénéité nous est pour l'instant inconnue.

Les modalités du futur recueil ne sont pas encore définies, mais la nouvelle classification ne nécessite plus formellement un recueil à la semaine. La notion de séquence, au sens médical du terme, pourrait jouer un rôle.

### Parcours

#### **Question**

Concernant le parcours de soins, la réponse est inadéquate via la nouvelle classification avec un point de départ pathologie, non discriminant pour la prise en charge en SSR, au regard notamment des notions de déficience et de dépendance. Une réelle réflexion sur les parcours est souhaitée.

#### **Réponse**

Le sujet du parcours de soins est une thématique que la Ministre a demandé de prendre en compte dans le cadre des propositions de modèle de financement à déployer à compter de 2016. Cette demande sera traitée dans le cadre de travaux de modélisation auxquels l'ATIH contribuera, en lien avec la DGOS. Ils doivent être distingués des travaux concernant la classification d'activité qui seront menés dès 2013 sur les sujets de la dépendance et des déficiences. Le parcours de soins ne peut être abordé, nous semble-t-il, qu'une fois la pathologie établie. Un score de dépendance identique ne supprime pas les différences de trajectoire entre un AVC et une prothèse de genou. Il nous semble donc que la voie que nous avons choisie dans la classification, à savoir débiter par le côté pathologie principale, et terminer par la déficience ou la dépendance, était pertinente, même si une étude simple montre que ces deux derniers paramètres sont les déterminants principaux des coûts.

## 2. Performance statistique de la classification

### Question 1

Nous émettons des réserves ou des observations sur la Part de Variance Expliquée (= Performance de la classification) « coûts », en complément de la PVE déjà très bonne sur l'explication de la durée de séjour. Il est nécessaire d'obtenir pour chaque GME un coût de prise en charge pour l'établissement, ou une estimation de ce coût.

### Question 2

Il a été pris bonne note par ailleurs du fait que la part de variance expliquée de la durée de séjour par la classification en GME est assez limitée (13,7%).

### Réponse

L'analyse de la performance statistique de la classification en GME sera détaillée dans un document à venir (rapport sur la construction de la classification). Concernant la part de variance expliquée (PVE), on se souviendra des ordres de grandeur suivants :

- PVE = 13,7% pour la durée de séjour en hospitalisation complète (base nationale 2011),
- PVE = 43,9% pour le coût journalier d'hospitalisation complète (base ENCC 2010),
- PVE = 27,2% pour le coût journalier d'hospitalisation à temps partiel (base ENCC 2010).

En terme de coût journalier, la performance est comparable à celle du modèle IVA. Il reste en revanche une forte hétérogénéité non expliquée sur la durée des séjours d'hospitalisation complète.

Par ailleurs, le référentiel de coûts SSR 2010 en GME a été publié sur le site de l'ATIH en février 2013 (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000C100001FF>).

Un des critères les plus pertinents pour le financement est la stabilité des coûts par établissement, ou par type d'établissement, pour un GME déterminé. Des analyses seront effectuées pour assurer le maximum d'homogénéité.

### 3. Activité de rééducation et réadaptation

#### **Question 1**

L'activité de rééducation-rééducation, appréhendée pour l'instant via le score RR, n'est pas assez omniprésente dans la classification, et ne discrimine que 30% de l'activité. Ainsi, par exemple, il est difficile d'admettre qu'elle n'ait pas d'impact dans l'activité de respiratoire ni ne figure dans le groupe nosologique des diabètes. La faible influence de cette variable provient sans doute du fait que la classification repose sur l'explication de la durée de séjour et non du coût engendré par la prise en charge et le profil du patient. L'idée est émise de demander à l'ATIH de recalculer ses statistiques sur l'année 2012 en fonction des types d'unités médicales renseignés.

En corollaire, cette classification est surtout basée sur la description médicale de la prise en charge et pas suffisamment sur l'intensité de la prise en charge, notamment en termes de rééducation-réadaptation.

Subsiste un problème de visibilité sur l'impact CSARR, comment impactera-t-il la classification en GME ? Sur le CSARR la crainte d'un lissage médico-économique de la prise en charge de rééducation-réadaptation existe sauf à pouvoir discriminer pour un acte donné, une variabilité de l'intensité (ex des modulateurs).

#### **Question 2**

Pour 73% des GME, les actes de rééducation-réadaptation ne sont pas pris en compte. Or, parmi ces GME, un certain nombre vont regrouper des profils de patients et des besoins de prise en charge complètement différents, sans traduction de l'intensité de rééducation requise.

Les GME « Autres affections de l'appareil respiratoire » permettront difficilement de décrire le niveau de rééducation et d'intervention des professionnels mis en oeuvre (le repérage par les niveaux de sévérité – 1 ou 2 – est insuffisant).

Le même constat peut être fait pour l'insuffisance cardiaque, certains insuffisants cardiaques relevant d'une intensité de rééducation plus importante que d'autres. La classification proposée ne permet pas d'identifier les patients requérant une prise en charge en structure SSR spécialisée en cardiologie.

En ce qui concerne l'orthopédie (ex : arthrose du genou avec implant articulaire 0841a), un casemix identique d'un établissement à un autre peut recouvrir des profils de patient totalement différents en terme d'intensité rééducative requise.

Au-delà même de ces quelques exemples, et à titre d'illustration, certains établissements ex-MPR accueillant des patients aux pathologies neuro-locomoteurs lourdes font le constat que leur activité de rééducation, pourtant très importante, n'est pas prise en compte dans le groupage pour plus de la moitié de leurs journées.

### **Question 3**

Pour 73% des GME, les actes de rééducation-réadaptation ne sont pas pris en compte dans le fonctionnement de la classification. Or, parmi ces GME, un certain nombre regroupe des profils de patients et des besoins de prise en charge complètement différents, sans traduction de l'intensité de rééducation requise. Conjugué avec l'éventuelle prise en compte des résultats de l'enquête plateaux techniques 2011, présentés pour la première fois (mais de manière très globale, le 31 janvier), marqués par un fort resserrement du périmètre pris en compte, avec l'exclusion de tout personnel spécialisé en rééducation, apparaît ainsi un risque de double éviction de l'activité de rééducation (dans la classification, dans le compartiment plateaux techniques).

### **Question 4**

Le score RR est certainement l'élément qui paraît le plus insatisfaisant dans le modèle actuel de classification. Il n'intervient à ce jour que sur 18 groupes nosologiques (20%).

Deux CM sont particulièrement impactées par l'enjeu des actes de rééducation-réadaptation, la CM08, appareil locomoteur, et la CM01, neurologie ; en effet, dans ces deux CM, pour la majeure partie des journées, la variable « intensité de RR » n'est pas prise en compte alors que les temps de RR sont très variables selon le type d'établissement (SSR ou MPR notamment). Cette insuffisante prise en compte de l'intensité de la RR peut, pour certains établissements mono spécialité, rendre inopérante la classification.

Pour la CM 08 « affections et traumatismes du système ostéoarticulaire » la rééducation n'est pas testée dans l'algorithme dans 96% des journées, alors même qu'au sein de cette CM, les niveaux d'intensité de rééducation pratiqués sont variables. Donc que l'on fasse une rééducation intensive ou rien, la classification ne retient pas de différenciation.

## **Réponse**

Importance de la RR dans le coût des séjours

### Retour sur la méthodologie de construction des GME

La subdivision d'un groupe nosologique GN s'est faite en recherchant de façon itérative les variables et les seuils expliquant au mieux les variations de durée de séjour et de coût journalier entre séjour.

A chaque étape, la méthode statistique utilisée (CART) identifie la variable et le seuil permettant de maximiser l'augmentation de PVE induite par une segmentation. Pour que la subdivision soit retenue, la méthodologie de construction de la classification a retenu 2 critères :

- les subdivisions du GN ont au moins 500 séjours annuels (base nationale) ;
- les subdivisions du GN se distinguent par un écart de plus de 7 jours de DMS ou plus de 30 euros en coût journalier.

De plus, si le score RR n'a pas été utilisé dans ces subdivisions, une dernière étape est appliquée. Un groupe est subdivisé sur le score RR si :

- le coût lié à la rééducation est supérieur à 10% du coût journalier (cf. base ENCC),
- et l'hétérogénéité des scores RR observés pour ce groupe dans la base nationale est importante :
  - l'écart entre les 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ième</sup> quartiles du score RR des séjours est supérieur à 60,
  - **ou** l'écart entre les 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ième</sup> quartiles du score RR moyen par établissement est supérieur à 60.

Ainsi, si la variable « score RR » ne figure pas dans la liste des variables définissant un GME, cela peut signifier :

- que la variable n'a pas d'effet significatif sur la durée de séjour ni sur le coût journalier,
- ou que le groupe a des effectifs insuffisants pour être subdivisé,
- ou qu'une autre variable (ex la dépendance), corrélée avec le score RR, est déjà intégrée dans le modèle.

### La place de la RR dans les GME ainsi construits

Dans la classification en GME, 178 GME sur 684 comportent spécifiquement une subdivision RR dans leur libellé.

### Prise en compte des ARR dans les GME

Il est à souligner que si la variable « score RR » n'est pas présente dans le libellé d'un GME, cela n'indique pas qu'il n'y ait pas de rééducation dans le groupe considéré.

En effet, parmi les 506 GME sans mention explicite de la RR, 278 ont un score RR moyen supérieur à 60.

### Perspectives

La prise en compte de la RR dans la classification en GME est très clairement perfectible : il s'est avéré délicat de traduire via les actes CdARR l'importance de l'intensité et de la diversité de rééducation décrite par les professionnels du SSR. Le déploiement du CSARR en 2013 permettra de disposer d'un outil de description plus efficace, et de proposer des solutions à cette faiblesse de la classification. D'ailleurs, si la première version des GME utilise le CSARR via un système de pondérations et de scores, cela ne présage en rien de l'utilisation qui sera faite de cette nomenclature dans les futures versions. On peut par exemple envisager l'utilisation de listes d'actes CSARR classants pour la construction des groupes.

Cet axe d'évolution est de première importance, mais ne pourra être étudié dans toute sa finesse que quand les données utilisant le CSARR seront disponibles en nombre suffisant. Compte tenu du calendrier (utilisation obligatoire du CSARR dans le PMSI à compter de juillet 2013, enquête CSARR début 2014), on peut envisager de premières analyses statistiques à partir de la mi 2014.

Les analyses à mener devraient permettre en particulier d'identifier si le lissage constaté est plus important avec le CSARR qu'avec le CdARR.

#### 4. Niveaux de sévérité

##### **Question 1**

Sur les codes CIM 10 marqueurs de sévérité, il est demandé une harmonisation entre les champs MCO et SSR . Il est observé que :

- La liste des « CMA » reste trop limitée (d'où l'harmonisation avec le MCO). Dans l'objectif d'amélioration de la performance de la classification, on peut se poser la question du faible nombre de codes de pathologies aujourd'hui intégré dans la liste des CAV et de l'extension éventuelle de cette liste selon une méthode et pour une utilisation équivalentes à la liste de CMA utilisée en MCO (plusieurs milliers de CMA pour plusieurs niveaux de complexité).
- Les niveaux de sévérité sont insuffisants: il en faudrait au moins trois de façon à tenir compte, en plus des CMA auxquelles ils sont intégrés, de la lourdeur ajoutée par des états nécessitant des actes lourds tels que l'alimentation parentérale l'oxygénothérapie en pression positive, des examens complémentaires etc.
- Pour certaines CM et certains GN, des codes CIM 10, pour l'instant non pris en compte pour les niveaux de sévérité, permettraient d'affiner de manière pertinente la classification. Exemples de la surface des brûlures ou du niveau de la sévérité de l'obésité.

##### **Question 2**

L'inadaptation de la liste des CMA et des listes d'exclusions proposées qui ne semblent pas refléter la réalité des prises en charge et en particulier ne permet pas de repérer les prises en charges complexes qui sont discriminantes en termes de charge pour la structure et bien souvent en termes de durée de séjour.

La liste des CMA dans la nouvelle classification dite GME a été profondément remaniée, passant de 706 à 731 codes, soit une augmentation de 3%. Nous nous serions attendus à une plus forte augmentation comparativement à l'augmentation des ensembles médico-économiques des pathologies de l'ancienne classification à la nouvelle. En effet, nous passons de 83 GMD (hors GMD erreur) à 255 racines de GME soit une augmentation de plus de 200%...

L'ancienne liste et la nouvelle ne comprennent que 75 codes en commun soit à peu près 10% de codes : la restitution par l'ATIH des pourcentages de sévérité 2 issus du transcodage à partir des données PMSI 2011, codées selon l'ancienne liste est difficilement

exploitable dans la mesure où le codage par les établissements était assez largement impacté par les consignes de codage et la méthodologie.

### **Question 3**

La nouvelle liste des CMA semble à première vue intégrer plus de spécialités autrefois absentes. En revanche, les démences, pourtant sources de difficultés pour réinsérer le patient disparaissent ainsi que les diabètes les plus compliqués. Des racines de GME spécifiques démences ou diabètes existent bien mais il faut coder la pathologie de suite en morbidité principale. On nie l'impact de ces pathologies en DAS.

### **Question 4**

Les listes d'exclusion sont toujours aussi strictes et conduisent aux critiques déjà émises sur le modèle GMD (exemple : complications cardio non retenues en tant que CMA si on a un DP cardio ; pathologie psychiatriques associées non retenues pour les prises en charges en addictologie). Comme dans le modèle GMD les listes d'exclusion des CMA et le caractère dichotomique (oui/non) des CMA ne tiennent pas compte de la charge supplémentaire induite par les patients complexes.

Il serait intéressant de savoir si les DAS appartenant à la même catégorie que le DP (et donc de fait exclues selon la méthodologie proposée et actuelle) ont été testés en termes de variation de la DMS ? Quel en est le résultat ?

Un biais possible relatif à la méthodologie : Jusqu'à présent les établissements ne codaient pas forcément les DAS de manière très exhaustives : de ce fait le traitement statistique des bases a dû éliminer certains codes sous représentés par insuffisance de codage.

La proportion des différents niveaux de sévérité par spécialité : le pourcentage de séjours de niveau de sévérité 2 est peu important particulièrement dans les domaines cardio et addicto.

Pour les établissements qui ont pu travailler sur ce sujet, on ne retrouve pas les DAS qui auraient pu permettre d'obtenir les niveaux de sévérité 2 affichés dans les tableaux de restitution de l'ATIH. Toutefois les modalités de transcodage ne sont pas connues. Il semblerait que la liste retenue pour cette simulation soit l'ancienne liste.

Pour mémoire : la plupart des diagnostics associés qui ont été retenus dans la notion de pertinence des séjours ne sont pas retenus dans les listes de CMA.

### **Question 5**

Autres constats relatifs à la description :

- La classification proposée décrit mal les différents types de prise en charge requis pour certaines pathologies neurologiques sévères et d'intensité très variable selon les situations, telle que par exemple la sclérose en plaques (un seul GME...).
- La polyopathie qui influe sur les modalités de prise en charge n'est pas retranscrite à travers la classification par les niveaux de sévérité tels qu'ils sont construits aujourd'hui.
- Un certain nombre de données, discriminantes dans les prises en charge, ne sont pas recueillies et donc non prises en compte par la classification : à titre d'exemple, le retentissement sur les soins et leur organisation de la complexité de la situation sociale, le niveau d'incapacité fonctionnelle (la dépendance physique ne suffit pas à décrire les incapacités fonctionnelles et les besoins de rééducation correspondants).

### **Question 6**

Les niveaux de sévérité et la liste des CMA semblent devoir être revus compte tenu de la distribution importante de séjours en niveau 2 par comparaison au niveau 1 pour certaines prises en charge.

Une illustration des insuffisances de la liste des CMA est la présence, comme premier diagnostic, du choléra (dont on peut s'interroger sur la fréquence en SSR ces 10 dernières années) et l'absence des Pyélonéphrites (N10), des amputations, des insuffisances rénales dialysées ou du retard mental profond.

### **Réponse (liste des CMA, liste d'exclusions)**

#### Liste des CMA

##### Retour sur la méthodologie de construction

La liste des CMA utilisée pour cette première version de la classification en GME n'est reproduite ni du MCO, ni de la classification en GMD / points IVA. Elle a été reconstruite spécifiquement à l'aide d'une analyse des bases PMSI nationales 2007-2010.

L'analyse s'est appuyée sur la méthode statistique des *effets isolés* développée par l'ATIH, et déjà appliquée pour la construction des niveaux de sévérité en MCO. Le principe général de cette méthode est de calculer un ensemble de statistiques pour chaque code CIM-10 et acte CCAM, en comparant les séjours « proches » (e.g. groupés dans le même GN) ne différant essentiellement que par la présence de ce code. Ces statistiques sont alors mises en regard de seuils pour décider si un code CIM-10 ou un acte CCAM doit être inclus dans la liste des CMA ; par exemple, pour les GME, il était requis que la présence du code étudié augmente la DMS d'au moins 8 jours.

Ces résultats montrent au moins clairement que les effets « CMA » d'un diagnostic sont assez différents entre MCO et SSR, comme on pouvait le supposer (au vu par exemple des différences de durée de séjour entre les deux secteurs).

Pour que la méthode des effets isolés produise des résultats interprétables, il est crucial que les populations comparées pour un code CIM-10 ou un acte CCAM comportent suffisamment de séjours. Pour cette raison, dans les travaux de construction des GME, l'analyse s'est focalisée principalement sur les bases nationales, avec comme critères de décisions des statistiques sur la durée de séjour. Compte tenu des effectifs des bases ENCC 2009-2010, il n'était pas possible de raisonner uniquement sur la base de statistiques sur le coût. Les bases ENCC ont donc servi uniquement de complément d'information ou de vérification pour certains diagnostics ou actes plus fortement représentés.

De même, dans la méthode des effets isolés, les questions d'effectifs nécessitent, de procéder à des regroupements de codes CIM-10 : on n'évalue pas exactement l'effet de la présence d'un code CIM-10 sur la durée de séjour, mais plutôt l'effet de la présence *de l'un des codes CIM-10 appartenant à une liste*.

Enfin, le nombre de séjours bien plus restreint en SSR qu'en MCO n'a pas permis, dans cette première version, d'envisager le même niveau de finesse dans les 2 champs. C'est pourquoi une version à 2 niveaux de sévérité (contre 4 en MCO) a été privilégiée.

On notera également que dans l'algorithme de groupage, il a été choisi de chercher les diagnostics CMA sur l'ensemble des positions (DAS et morbidité principale), à l'exception du ou des diagnostics ayant orienté le séjour dans le groupe nosologique. Par exemple, un séjour dont les RHS ont une hémiplégie en MMP et un AVC en AE seront groupés dans un des GME d'AVC (du fait de l'AE) de niveau 2 (du fait de la MMP). Pour mémoire, les codes CIM-10 CAV (comorbidités ou actes valorisants) n'étaient recherchés que parmi les DAS dans le modèle IVA.

### Résultats

La liste des CMA comporte 821 codes CIM-10 et 13 actes CCAM. A titre de comparaison, les CAV du modèle IVA comprenaient 695 codes CIM-10 et 36 actes CCAM, alors que la v11e de la classification en GHM du MCO inclut 4 864 codes CIM-10 dans les listes de CMA.

La liste des CMA est présentée dans le manuel de groupage par ordre alphabétique du code CIM-10. C'est pour cette raison que le choléra (codes en A00) apparaît en premier. Il ne s'agit en aucune façon d'un critère de fréquence ; d'ailleurs, la présence du choléra dans la liste des CMA vient du choix, dans la méthode des effets isolés, de regrouper les A00 dans une liste plus importante de codes infectieux.

La nature des codes CIM-10 présents dans la liste des CMA est très diverse : on y trouve des déficiences (hémiplégie, tétraplégie,...), des marqueurs du contexte social (difficultés liées à un logement inadéquat, au fait d'être sans-abri,...) et des codes qui se rapprochent plus de la définition d'une comorbidité (ulcères de décubitus de stade III ou IV, fractures, infections,...). Il en résulte potentiellement une grande hétérogénéité du profil médical des séjours groupés dans un GME de niveau 2.

La nature variée des CMA, conjuguée à leur recherche sur toutes les positions de diagnostic, et pas uniquement les DAS), peut également expliquer la forte variabilité inter-CM de la proportion de niveaux 2. Le cas des AVC avec hémiplégie évoqué ci-dessus en est une bonne illustration, qui explique la proportion de séjours de niveaux 2 particulièrement forte dans la CM 01.

Les différences importantes entre les CMA GMD et GME proviennent en grande partie de la méthodologie différente : les CMA des GMD ont été établies sur les coûts ENC 2001, avec le RHS comme unité statistique (il y a 4 à 5 fois plus de RHS que de séjours). , les bases étudiées étaient moins fournies en DA, de sorte que les listes avaient été autant établies d'après les résultats statistiques qu'à dire d'experts.

### Perspectives

Comme pour d'autres composantes de cette première version de classification, la liste des CMA est perfectible.

Tout d'abord, les bases analysées n'ont évidemment pas été saisies avec les consignes de codage associées au groupage en GME, ont nécessité des transcodages, suscité des questions sur l'exhaustivité du codage des diagnostics, etc. Il sera donc indispensable d'actualiser les résultats statistiques avec les futures bases nationales et ENCC. On pourra aussi revoir l'utilisation des MP et AE en CMA, selon le contexte.

De plus, la méthode des effets isolés requiert un paramétrage assez fin (par exemple des regroupements de codes CIM-10 pour pallier les problèmes d'effectifs restreints) qui peut encore être amélioré.

En outre, certaines CMA fréquentes pourraient être traitées différemment, non pas via le niveau de sévérité mais par exemple en créant des groupes nosologiques les intégrant explicitement. Ceci permettrait peut-être de rendre plus homogène la nature des codes qui resteraient dans la liste des CMA.

Outre les travaux sur ces trois volets (inclusion des nouvelles données, consolidation du paramétrage de la méthode des effets isolés, évolutions des GN), on peut également envisager la nécessité d'amorcer des travaux exploratoires sur des sujets complexes, comme l'utilisation de plus de niveaux de sévérité, ou encore la prise en compte du cumul de plusieurs CMA pour un même séjour.

## Liste d'exclusions

### Retour sur la méthodologie de construction

La liste des exclusions s'appuie sur le même support que dans le champ MCO : un ensemble de couples (code « excluant », code « exclu ») construit par l'ATIH sur la totalité de la CIM-10. Néanmoins, certains couples sont utilisés dans un champ mais pas dans l'autre : un « filtre » différent est appliqué en MCO et en SSR.

- En MCO : les codes excluant considérés sont ceux autorisés en DP ; les codes exclus considérés sont ceux appartenant à la liste des CMA du MCO.
- En SSR :
  - Pour le modèle IVA : les codes excluant considérés sont ceux autorisés en FPP, MMP ou AE ; les codes exclus considérés sont ceux appartenant à la liste des CAV.
  - Pour la classification en GME : les codes excluant considérés sont ceux appartenant aux listes orientant dans les groupes nosologiques (les diagnostics « classants ») ; les codes exclus considérés sont ceux appartenant à la nouvelle liste des CMA SSR.

### Résultats et perspectives

Le changement de filtre entre IVA et GME a permis d'éliminer des exclusions souvent appliquées pour l'IVA mais clairement inadaptées au contexte SSR (voir exemple ci-dessous). Pour autant, cette amélioration ne constitue qu'une première étape. Un travail important reste à accomplir afin de mieux adapter les exclusions à la réalité des prises en charge ; ce travail sera entamé dès 2013.

### Exemple

Il existe en MCO plusieurs règles du type « un code en Z de soins avec rééducation (Z50) exclut un code de la liste des CMA (diabète, obésités, malnutrition,...) ». Ceci correspond à un choix de classification propre à ce champ : si le DP choisi est un code en Z50 – ce qui est un motif d'hospitalisation plutôt inhabituel en MCO – il n'est pas souhaité donner un rôle de CMA à un DAS qui peut être la cause de la rééducation et pas forcément une complication ou une comorbidité. Ces règles sont inadaptées en SSR, où l'on rencontre souvent un code en Z50 en FPP (67% des journées dans la base 2011) et la cause de la rééducation détaillée en MMP et AE ; les DAS décrivent alors bien des complications ou une comorbidités et il n'est pas souhaitable de les exclure du fait de la seule présence d'un code de soins avec rééducation en FPP. Ces règles d'exclusion étaient utilisées pour le calcul des points IVA, mais ne s'appliquent plus dans la classification en GME car les FPP Z50 n'orientent pas dans un groupe nosologique.

## 5. Chirurgie

### **Question 1**

La variable « post chirurgicale » a peu d'influence dans les suites d'ORL, de chirurgie vasculaire, de chirurgie de la peau des tissus sous cutanés et des seins, de l'appareil génito-urinaire etc.

Il serait plus intéressant de mesurer le délai entre la date d'intervention chirurgicale et la date d'admission car notamment en SSR cardiologie il n'est pas rare d'admettre des patients à J4-J5 et la prise en charge n'est pas la même.

### **Réponse**

#### Methodologie

L'utilisation de la variable « date de chirurgie » reprend une particularité des GHJ, abandonnée dans les GMD. Cette variable ne jouait en effet aucun rôle dans le calcul des points IVA. De ce fait, sa fiabilité dans les bases PMSI reste aujourd'hui très limitée : le chaînage avec le MCO a mis en évidence des proportions non négligeables de séjours avec chirurgie récente, et pourtant une date d'intervention erronée ou même manquante dans la base SSR.

C'est la date d'intervention « corrigée » à l'aide du chaînage MCO qui a été considérée dans les travaux de construction de la classification en GME. Néanmoins, il a été choisi d'utiliser une modélisation « binaire » très simple (avec / sans chirurgie dans les 90 jours) le temps que cette variable soit globalement renseignée de façon plus robuste.

#### Résultats

La chirurgie intervient dans 58 GME (sur un total de 684 GME), répartis dans les CM 02 (affections de l'œil), 06 (affections des organes digestifs) et 08 (affections et traumatismes du système ostéo-articulaire).

#### Perspectives

Avec l'augmentation attendue de l'exhaustivité et de la précision de cette variable dans les futures remontées PMSI, le rôle de la date de chirurgie pourra être réévalué dans les futures versions de la classification.

## 6. Groupes Nosologiques

### Fracture col du fémur

#### **Question**

La division des fractures du col du fémur paraît complexe et les experts se demandent comment se fera le groupage (Z966+ fracture du col ou Z967+fracture du col, fracture du col sans z967 ni z966 ?).

#### **Réponse**

Concernant les fractures du col du fémur, bien que des exemples de codage figurent dans le guide méthodologique pour ces situations, une part non négligeable de séjours est mal renseignée dans la base de données nationale PMSI SSR. Le classement de ces séjours, même après consolidation avec le chaînage MCO, ne permet pas de les affecter en « fractures avec implant articulaire » ou « fractures avec implant extraarticulaire ».

« L'effectif important du groupe «Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (sans PTH, ni ostéosynthèse)» peut surprendre le clinicien. Il est maintenu dans cette première version pour ne pas classer ces séjours dans le groupe « Autres » de la CM, même si des imprécisions de codage sont fortement supposées ».

### Groupes « autres »

#### **Question**

Le pourcentage de « autres affections cardiaques » est plus important pour cette CM « appareil circulatoire » que dans les autres CM. Dans le groupe « autres affections cardiaques » on retrouve essentiellement les arythmies. Celles-ci pourraient être identifiées dans un groupe spécifique bien que ces pathologies sont rarement à l'origine d'une admission en SSR cardio. Elles représentent plus généralement un DAS à une autre pathologie cardiaque, représentant le motif principal.

#### **Réponse**

Pour ces GN, ou d'autres cas comme le groupe « autres affections cardiaques », l'analyse des futures bases PMSI pourra donner lieu à un réexamen du contenu, et le cas échéant amener à des modifications de leur périmètre pour aller vers une meilleure lisibilité médicale.

## 7. Codage

### Infection à Bactérie Hautement Résistante

#### **Question**

En cas d'arrêt des admissions à cause d'un patient porteur d'une Bactérie Hautement Résistante (BHR) (ex : bactérie *Klebsiella Pneumoniae* productrice de Carbapénèmase (KPC)) :

- quels codes utiliser pour identifier ces patients générateurs de surcoûts très importants ?
- quid de l'utilisation du code Z29.0 ? (cf CIRCULAIRE N°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC))

#### **Réponse**

Le code Z29.0 « isolement prophylactique » est autorisé en position de FP et DAS et fait partie de la liste des CMA. Des codes CIM 10 existent pour décrire les germes (codes en B) et les résistances aux antibiotiques (codes en U).

En revanche la prise en compte du surcoût, lié à l'arrêt des admissions durant une période donnée, ne peut pas relever uniquement du compartiment « activité » (qui ne peut s'appuyer que sur les RHS générés, pas sur ceux qui auraient pu l'être).

## 8. Entretiens cliniciens

### **Question**

L'ATIH a-t-elle utilisé les entretiens praticiens pour distinguer les prises en charge facilement « protocolisables » des autres. Et, le cas échéant, comment cette distinction a été prise en compte.

### **Réponse**

Les entretiens menés auprès des cliniciens rencontrés avaient pour objectif de proposer des groupes « cohérents en termes de contenu médical et de projet thérapeutique mis en œuvre ». Suite aux visites d'établissements, les hypothèses formulées à l'issue des entretiens ont été testées en complément des résultats statistiques observés dans les bases nationales PMSI SSR, mais les résultats des entretiens ont surtout été utilisés en amont de la construction des groupes, pour guider le choix des groupes nosologiques.

## 9. Algorithme de groupage

### **Question 1**

Demande de précision sur les modalités de production du score RR : cumul des minutes de manière identique quel que soit l'activité concernée ? Existe-t-il une pondération selon les activités ou selon la diversité des activités ? Pas d'extrapolation concernant l'impact du CSARR sur les scores RR.

### **Question 2**

Questionnement sur l'adéquation entre la version présentée dans l'algorithme et les résultats réels constatés pour les établissements. A minima, on ne peut qu'émettre des incertitudes sur le caractère descriptif de l'algorithme tel qu'il est actuellement utilisé. Il semble par ailleurs que le modèle actuel « écrase », par la référence à des moyennes nationales, les différences de niveau de rééducation constatées selon les types d'établissement, et soit de ce fait construite au détriment de la MPR.

### **Question 3**

Concernant l'hospitalisation de jour, une anomalie a été relevée dans la prise en compte de l'activité de rééducation-réadaptation : dès lors que le séjour court sur deux RHS ou plus, pour un 1<sup>er</sup> RHS classé en rééducation intensive, le 2<sup>ème</sup> et les suivants passent en rééducation modérée sans que dans les faits la prise en charge n'ait été différente.

### **Réponse**

#### **« Manques » de la classification :**

Les questions posées abordent deux aspects de l'algorithme de groupage : les modalités de calcul du score RR, et le groupage de l'HTP. Pour tous les détails sur ces points, le lecteur est invité à se reporter au manuel de groupage maintenant disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002C0000DFF>. Voici néanmoins quelques éléments de réponse synthétiques.

#### **Modalités de production du score RR**

Extrait du manuel de groupage : « *Le score RR est calculé en additionnant les pondérations des actes de rééducation-réadaptation codés (à partir du CdARR, du CSARR et de la CCAM), puis en divisant le résultat par le nombre total de jours de présence en semaine (du*

*lundi au vendredi). Pour un séjour d'hospitalisation complète, le score RR est calculé sur l'ensemble des RHS du séjour. Dans un séjour d'hospitalisation à temps partiel, le score RR est calculé indépendamment pour chaque RHS.* »

Ainsi, il n'est pas fait de distinction en fonction de l'activité de rééducation concernée, comme cela était le cas pour le calcul des points IVA. De plus il convient d'insister sur le fait que la somme des pondérations des actes de RR n'est pas divisée par le nombre total de jours de présence, mais seulement sur les journées de présence en semaine. Ceci, conjugué aux erreurs qui s'étaient glissées dans les tables de pondération de la version de juillet du manuel, explique en grande partie les éléments surprenants rapportés dans les questions des fédérations ci-dessus.

#### Hospitalisation de jour : groupage de l'HTP

Extrait du manuel de groupage : « *Le GME est obtenu à partir de l'ensemble des recueils décrivant un même séjour d'hospitalisation complète, et il est obtenu de façon indépendante pour chacun des recueils d'un séjour d'hospitalisation à temps partiel.* »

Les RHS appartenant à un même séjour d'hospitalisation partielle peuvent donc potentiellement être groupés dans des GME différents (par exemple un RHS dans un GME de RR « intensive » et le suivant dans un GME de RR « modéré » si le score RR est moins élevé pour le second RHS). En HTP, le groupage s'effectuant semaine par semaine, le niveau d'intensité de RR est fonction des variables de la semaine considérée.

## 10. Méthodes de regroupage

### Question 1

En l'absence d'indications méthodologiques quant à la réalisation du transcodage, un certain nombre d'interrogations ont été formulées :

- Concernant les codes erreurs, en dehors des cas qui peuvent être expliqués par l'introduction de nouveaux libellés (ex : certains EVC-EPR), d'autres séjours se retrouvent groupés en erreur dans la nouvelle classification sans que les motifs puissent en être appréhendés.
- Suite au transcodage, il a été constaté la ventilation d'une part importante de l'activité dans des catégories majeures différentes de la CMC d'origine, et ce notamment en neurologie sans cohérence médicale évidente.

A l'inverse, ce fait ne semble pas observé pour d'autres CMC (ex : CMC 16 et 17).

La question du codage en amont et des précisions à apporter se pose probablement ici.

Il est suggéré à l'ATIH de mettre rapidement à disposition des professionnels de terrain un utilitaire de groupage sur son site, de telle sorte qu'il soit possible de mieux comprendre la nature des blocages ou dysfonctionnements intervenus, et d'identifier ensemble ceux qui appellent rapidement des améliorations techniques versus ceux qui relèvent d'une meilleure compréhension des établissements et/ou de l'impact naturel du passage d'une classification à une autre, pour la description d'une activité en n – 2.

### Question 2

Soins palliatifs : le groupage de certains séjours interroge, renvoyant sur plusieurs GME différents.

### Réponse

La réponse à ces questions nécessite d'aborder deux points : le principes des méthodes de regroupage appliquées par l'ATIH pour grouper la base 2011 et les erreurs qui s'étaient malheureusement glissées dans les résultats transmis aux fédérations.

### [Les principes de regroupage](#)

Le case-mix, envoyé le 21 novembre 2012, a été obtenu par l'application de l'algorithme de groupage, défini pour l'année 2013, sur les données de l'année 2011.

La CIM ayant évolué entre 2011 et 2013 (ajouts, suppressions, interdictions de code) et le codage n'étant pas toujours exhaustif (date de chirurgie absente, codage partiel des diagnostics ...), trois procédures de consolidation ont été utilisées pour produire le casemix:

- Utilisation de listes de transcodage associant anciens et nouveaux diagnostics
  - Des diagnostics sont présents en 2011 mais n'existant plus au moment de la création de la classification. Aussi, pour pouvoir grouper les données 2011, avec la classification défini pour l'année 2013, une liste associant avec des diagnostics « anciens » et nouveaux est utilisée.
  - Ex : I70.2 Athérosclérose des artères distales (2011) → I70.20 Athérosclérose des artères distales sans gangrène (2013)
- Utilisation du chaînage avec le MCO
  - Lorsque le caractère post-chirurgical n'est pas renseigné sur une suite de RHA, l'information est complétée en utilisant le chaînage avec le MCO.
  - Pour les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, lorsque le type d'intervention, (prothèse ou ostéosynthèse), n'est pas renseigné dans les diagnostics, l'information est recherchée en utilisant le chaînage avec le MCO et en analysant les actes effectués.
- Utilisation de méthodes de consolidation spécifiques :
  - Pour entrer dans le groupe nosologique 0103 EVC-EPR, la morbidité principale doit être codé avec R4010 (EVC) ou R4020 (EPR). Or ces codes n'existeront qu'en 2013. Aussi, il a été choisi, de classer dans ce groupe les RHA présentant en morbidité principale un coma d'origine neurologique et une durée de séjour de plus de 90 jours.

De plus, le casemix transmis a été constitué en tentant de limiter le nombre de RHA groupés en erreur. Restent en erreur :

- Les séjours ayant des diagnostics trop imprécis au vu de la classification en GME (erreur 90000).
- Les séjours ayant des erreurs ne permettant pas le groupage :
  - au moins un RHA ne contenant aucune journée de présence validée entre le lundi et le dimanche dans le RHA concerné (toutes renseignées avec la valeur « 0 ») (code retour C49)
  - au moins un RHA qualifié de « doublon », car
    - Contenant les mêmes informations (journées de présence, antériorité, numéro séquentiel du séjour) qu'au moins un autre RHA du même FINISS et/ou

- Contenant le même numéro séquentiel du séjour et le même numéro séquentiel du RHA
  - au moins un RHA ayant un code de type d'hospitalisation non conforme. (code retour C22, C23)
  - RHA d'HTP ou premier RHA d HC ayant un âge non renseigné. (code retour C13)
  - RHA d'HTP ou premier RHA d HC ayant une des cotations de dépendance non conformes. (code retour C72)

D'autres erreurs ont été « rattrapées ». Par exemple, lorsque pour une suite de RHA d'un même séjour administratif, le type d'hospitalisation change (ce qui n'est pas autorisé), le séjour n'est pas classé en erreur. La valeur du type d'hospitalisation du 1<sup>er</sup> RHA est arbitrairement appliquée à l'ensemble de la suite de RHA. C'est ce mécanisme qui explique les quelques cas de RHS en HC groupés dans un GME de niveau 0 (car ils appartiennent à un séjour administratif pour lequel le premier RHS est en HTP).

### Anomalies du casemix transmis

Le casemix transmis le 31 novembre comportait des anomalies dues à des problèmes de programmation informatique. Les points ci-dessous ont été corrigés dans la version actuelle:

- Au niveau de l'hospitalisation à temps complet :
  - le groupe 0103 EVC EPR a été reconsolidé
  - par endroit, le caractère post-chirurgical a été revu,
  - par endroit, le calcul du score RR a été corrigé,
  - par endroit, l'algorithme d'application des règles d'exclusion des CMA a été revu ;
- Au niveau de l'hospitalisation à temps partiel :
  - dans le premier envoi, des RHA étaient classés par erreur en niveau 2,
  - par endroit, le calcul du score RR a été corrigé,
  - en cas de changement de GN au cours d'une suite de RHA, la définition du GN pour le RHA était incorrect.

Le tableau suivant résume les impacts de ces anomalies :

Type d'anomalie	% des journées 2011
Détermination du GN	0,4%
Détermination de la racine de GME	2,0%

Détermination du niveau du GME	1,0%
Ensemble des erreurs	3,4%

## 11. Pédiatrie

### Question 1

Les différentes versions de la classification présentent des lacunes, et en particulier la nouvelle classification en GME qui ne distingue que rarement les enfants, les mélangeant systématiquement aux adultes alors même qu'ils sont différents mais pas assez nombreux pour ressortir statistiquement. A contrario lorsque les enfants ont été dissociés, ils ne bénéficient des effectifs que d'un seul groupe alors que les adultes bénéficient de nombreux groupes, ce qui risque de pénaliser les établissements qui prennent en charge les pathologies les plus lourdes, fortement représentés dans le secteur privé non lucratif.

A titre d'illustration, on relève dans la classification en GME les carences suivantes :

- la classe d'âge 0-17 ans ne coïncide pas avec le découpage des autorisations et pourrait être scindée compte tenu des différences de mobilisation de moyens entre jeunes enfants et adolescents, que la dépendance à elle seule ne peut totalement expliquer.
- Il n'y a pas de GME pour la mucoviscidose, tandis qu'il existe aujourd'hui un GMD enfant. Les séjours concernés seraient classés selon les cas dans les GN « autres affections des organes digestifs » ou « infections broncho-pulmonaires ».
- Il n'y a pas de GME pour l'anorexie mentale (un GMD enfant existe) : les séjours seraient groupés en « autres affections endocriniennes, métaboliques, nutritionnelles » puis répartis par tranche d'âge de 0 à 74 ans en fonction du score de dépendance cognitive.
- pour le groupe nosologique (GN) 01-09 des lésions cérébrales traumatiques, on dénombre 1 racine pour les enfants et 7 pour les adultes
- pour le GN 10-07 des malabsorptions intestinales et malnutrition, on note 1 seule racine mélangeant les personnes âgées dénutries et les enfants avec des déficits enzymatiques graves en nutrition entérale à vie
- pour le GN 01-35 des tétraplégies non traumatiques, il n'y a pas de distinction pour les enfants, mais simplement un seuil de dépendance à 9
- les niveaux de dépendance des enfants en bas âge et atteints de pathologies lourdes posent question, en ce qu'ils conduisent à considérer indifféremment les dépendants, adultes ou enfants, au-delà du seuil.

Il convient également de noter que le niveau de recours consacré par le décret n°2008-377 du 17 avril 2008, codifié à l'article R6123-125 du code de la santé publique ne fait l'objet d'aucune transposition dans la classification telle qu'elle est conçue aujourd'hui. Or, de fait, les établissements qui exercent ce rôle d'expertise et de recours sont majoritairement voire quasi-exclusivement de statut privé non lucratif.

Enfin, force est de rappeler que l'ENCc a des difficultés à mesurer et construire des moyennes pertinentes intégrant la spécificité des services rendus par les établissements

pédiatriques du secteur privé non lucratif, où l'on observe un encadrement plus important et moins de prise en charge collectives par comparaison aux établissements du secteur privé lucratif.

### **Question 2**

En échos aux interrogations importantes soulevées sur la classification hors valorisation, on soulignera une forte pénalisation des établissements spécialisés, à conjuguer avec le sort médiocre des activités spécialisées de rééducation fonctionnelle indiqué supra. A titre d'illustration, la prise en charge de la mucoviscidose connaît une dévaluation majeure en GME, pouvant être évaluée par un établissement Y à -57% par comparaison au niveau de ressources qu'il percevrait par application du modèle IVA (hors taux de modulation).

Ceci, conjuguée à la prise en compte insuffisante voire absente, de l'intensité rééducative dans la description des services rendus, place un nombre d'établissements SSR pédiatriques proposant exclusivement des prises en charge de rééducation fonctionnelle, dans une situation très pénalisante.

Quelques exemples précis méritent ici d'être cités en exemple :

- les groupes relatifs à la prise en charge des Affections médullaires non traumatiques avec tétraplégie ou paraplégie (0135a1...0138a1...) ne distinguent pas les classes d'âge ni l'intensité de prise en charge en actes de RR,
- ceux relatif aux lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie (0134a0...) ne distinguent pas les classes d'âge ni l'intensité de prise en charge des actes de RR, (les seules lésions médullaires prenant en compte les intensités d'actes de RR concernent la paraplégie, mais toujours sans distinction d'âge),

A partir de ce constat, et en complément des améliorations qui devront nécessairement intervenir dans la classification pour la description des activités pédiatriques, il est indispensable que soit mis en oeuvre un mécanisme de compensation des surcoûts structurels auxquels sont exposés les établissements pédiatriques au moyen d'une MIG dédiée ou d'un coefficient correcteur.

### **Question 3**

L'âge intervient dans moins d'un quart des groupes nosologiques. Dans 18 GN, il intervient pour dissocier les moins de 18 ans, dans 8 GN, il dissocie les plus de 75 ans.

Nous avons déjà fait part de l'insuffisance de cette classification à rendre compte des différences de prise en charge liées à l'âge, pour les prises en charge pédiatriques.

Le problème c'est bien la proportion d'enfants qui vont dans des groupes non discriminés sur l'âge.

### **Réponse**

#### Retour sur la méthodologie de construction des GME

Dans l'arbre de groupage, il a été choisi d'introduire les découpages éventuels sur un critère d'âge après la détermination du groupe nosologique. La philosophie est donc différente des GMD, dans lesquels la séparation des moins de 18 ans était systématiquement la première étape après l'entrée dans une catégorie majeure. Ainsi, les moins de 18 ans étaient isolés dans des GMD spécifiques (sans aucun adulte) mais regroupant souvent des pathologies très différentes (souvent un seul GMD pédiatrie par CMC). Dans les GME, la distinction des pathologies est généralement plus fine, mais les moins de 18 ans peuvent éventuellement se retrouver groupés avec des adultes. La philosophie est donc plus proche de ce que l'on trouve dans la classification MCO.

Dans la classification en GME, un GN a été scindé en deux parties (moins de 18 ans versus plus de 18 ans) dès que chacune de ces deux classes d'âge comportait dans le GN considéré plus de 500 séjours par an. Dans le cas contraire (pas assez de séjours des - de 18 ans ou au contraire pas assez de séjours des + de 18 ans), cette séparation « adultes / pédiatrie » n'a pas été retenue dans l'arbre de décision. Après cette éventuelle séparation sur l'âge, la suite des découpages a été obtenue statistiquement avec notamment des critères d'effectifs minimum pour les GME obtenus.

#### Résultats

La classification comporte 51 GME spécifiques à la pédiatrie sur le total de 684. En outre, 7 GME n'incluent pas explicitement l'âge dans leur définition mais concernent majoritairement les moins de 18 ans (+ de 50% des journées de présence du GME dans la base 2011).

Dans la base 2011, 66% des journées de présence des moins de 18 ans sont groupées dans des GME exclusivement pédiatriques, 68% dans des GME majoritairement pédiatriques.

De plus, lorsque la pédiatrie est isolée au sein d'un GN, les effectifs restreints amènent à un découpage globalement moins fin que pour les adultes. Ainsi, les 13 « sous-GN pédiatrie »

produisent 51 GME, soit 4 GME en moyenne par sous-GN. En comparaison, les 88 « sous-GN adultes » produisent 633 GME, soit en moyenne 7 GME par sous-GN.

### Perspectives

La description de la pédiatrie dans la classification en GME est aujourd'hui limitée, principalement à cause des volumes relativement restreints. Les pistes potentielles d'amélioration seront étudiées au sein du Sous-Groupe Activité.

## 12. Lien entre classification et autorisations

### **Question 1**

En oncohématologie, la finalité de prise en charge va orienter vers des CM qui ne reflètent pas l'activité attendue du fait de l'autorisation délivrée. Il faut compléter l'approche à des niveaux beaucoup plus fins de la construction pour retrouver le diagnostic expliquant la prise en charge en établissement autorisé pour cette spécialité (exemple du myélome, avec des traductions par la classification dans l'ostéo-articulaire, le neurologique).

Il est indispensable que l'ATIH et la DGOS proposent rapidement aux fédérations une grille de traduction réciproque classification / mentions spécialisées du droit des autorisations pour éviter les erreurs de compréhension d'ARS, de médecins en charge du contrôle des codages le temps venu, etc... Cette grille de traduction sera très éclairante également pour identifier les zones d'amélioration urgente de la classification.

Pour certaines prises en charge très spécifiques, la classification ne rend pas visible le haut niveau de prise en charge et de spécialisation déployés par l'établissement (temps de rééducation, temps de pansements, temps médical, formations spécifiques, ...). C'est le cas notamment de la prise en charge des tétraplégies, grands brûlés, des patients en post-chirurgie cardiaque, des insuffisants respiratoires ventilés au long cours...

### **Question 2**

Il est à ce niveau, très difficile de se rendre compte de la capacité de la classification à distinguer l'activité des établissements « indifférenciés » de ceux « spécialisés ». Pas de précision concernant les GME produits par des unités spécialisées (et donc soumises à un cahier des charges contraint au regard de la réglementation) et par des unités polyvalentes. Est-il envisagé de faire un lien entre niveaux de sévérité et unités spécialisées ?

### **Réponse**

Les mentions spécialisées n'ont pas été utilisées comme critères de construction des GME. Il ne nous semble d'ailleurs pas possible d'intégrer cette information dans le groupage, qui doit s'appuyer sur les pathologies et leurs traitements. Néanmoins, il s'agit d'une grille de lecture particulièrement importante pour juger de la pertinence de la classification. Des travaux ont été entamés par l'ATIH en ce sens, Les premiers résultats montrent des résultats satisfaisants sur l'adéquation classification / autorisations (bonne correspondance générale entre mentions spécialisées et CM observées dans le casemix, séjours de niveau 2 plus présents dans les établissements avec la mention spécialisée correspondant à la CM, etc.).



AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

Ces travaux sont à poursuivre, et pourront être utilisés parmi d'autres critères pour déterminer

déterminer et évaluer les futures évolutions de la classification.