

CLASSIFICATION PMSI-SSR  
EN  
GROUPES MEDICO ECONOMIQUES  
GME\_2022

RAPPORT DES TRAVAUX 2019-2021

# TABLE DES MATIERES

.....	1
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>10</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>13</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>16</b>
1    HISTORIQUE DES CLASSIFICATIONS PMSI-SSR .....	16
1.1 <i>Les Groupes Homogènes de Journées .....</i>	16
1.2 <i>Les Groupes de Morbidités Dominantes.....</i>	17
1.3 <i>Les Groupes Médico Economiques .....</i>	17
2    CALENDRIER DES TRAVAUX.....	19
3    NOUVELLE CLASSIFICATION : OBJECTIFS ET PRINCIPES .....	21
3.1 <i>Quels objectifs pour cette classification ? .....</i>	21
3.2 <i>Principes de la classification .....</i>	21
3.2.1    Classification au séjour (hospitalisation complète) et à la semaine (hospitalisation à temps partiel) .....	21
3.2.2    Les quatre niveaux descriptifs .....	21
3.2.2.1    Premier niveau descriptif : pathologie principale.....	21
3.2.2.2    Deuxième niveau descriptif : rééducation et réadaptation.....	22
3.2.2.3    Troisième niveau descriptif : niveau de lourdeur .....	22
3.2.2.4    Quatrième niveau descriptif : niveau de sévérité.....	22
3.2.3    Variables mobilisées.....	23
3.2.3.1    Les diagnostics .....	23
3.2.3.2    Les actes CCAM.....	23
3.2.3.3    Les actes CSARR .....	23
3.2.3.4    L'âge .....	23
3.2.3.5    Le score de dépendance physique.....	24
3.2.3.6    Le score de dépendance cognitive.....	24
3.2.3.7    L'indicateur post-chirurgical .....	24
3.3 <i>La structure générale de la classification .....</i>	26
4    ANALYSES PRELIMINAIRES .....	27
4.1 <i>Bases d'analyse .....</i>	27
4.1.1    Hospitalisation complète.....	27
4.1.2    Hospitalisation Partielle .....	29
4.2 <i>Pondération des actes de réadaptation .....</i>	30
4.2.1    Rappels et définitions.....	30
4.2.1.1    Les différents types d'actes de réadaptation.....	30
4.2.1.2    La notion de temps patient / temps intervenant.....	30
4.2.1.3    Pondération unique ou différenciée.....	31
4.2.2    Mise à jour des pondérations, actes à pondération unique .....	31
4.2.2.1    Historique et problématique .....	31
4.2.2.2    Méthode et résultats .....	31
4.2.3    Mise à jour des pondérations, cas particuliers des pondérations différencierées .....	37
4.2.3.1    Historique et problématique .....	37
4.2.3.2    Méthode .....	38
4.2.3.3    Résultats .....	40
4.2.4    Mise à jour des pondérations, cas particuliers des pondérations à 0 .....	40
4.2.4.1    Historique et problématique .....	40
4.2.4.2    Méthode et résultats .....	41
4.2.5    Conclusion .....	41
<b>II. CATEGORIES MAJEURES ET GROUPES NOSOLOGIQUES.....</b>	<b>42</b>
1.    LES CATEGORIES MAJEURES .....	42
1.1 <i>Principe et Méthode de construction .....</i>	42
1.2 <i>Règles de groupage .....</i>	42
1.3 <i>Description des catégories majeures : En chiffres .....</i>	44

1.3.1	Hospitalisation complète.....	44
1.3.2	Hospitalisation à temps partiel .....	45
2	LES GROUPES NOSOLOGIQUES.....	46
2.1	<i>Méthode de construction</i> .....	46
2.2	<i>Principes de groupage</i> .....	46
2.3	<i>Description des Groupes Nosologiques : En chiffres</i> .....	48
3	DU GN DES RHS AU GN DU SEJOUR.....	50
<b>III.</b>	<b>TYPE DE READAPTATION.....</b>	<b>51</b>
1	TYPE DE READAPTATION ADULTE HC.....	51
1.1	<i>Retours de terrain</i> .....	51
1.2	<i>Construction des listes d'actes spécialisées</i> .....	52
1.2.1	Introduction .....	52
1.2.2	Hypothèses de travail.....	53
1.2.2.1	Une réadaptation spécialisée est plus souvent présente dans une unité avec mention spécialisée.....	53
1.2.2.2	Une réadaptation spécialisée se traduit par des actes de réadaptation typiques.....	54
1.2.2.3	Ces actes typiques sont plus présents dans les unités avec mention spécialisée.....	54
1.2.3	Préalable .....	55
1.2.3.1	Le GN est-il en rapport avec l'autorisation ? .....	55
1.2.3.2	L'autorisation est-elle en rapport avec le GN ? .....	56
1.2.4	Méthode.....	56
1.2.4.1	Analyse statistique des actes CSARR codés dans chaque GN .....	56
1.2.4.2	Mise en cohérence médicale des actes retenus .....	57
1.2.4.3	Regroupement de GN avec des listes d'actes ressemblantes.....	58
1.2.4.4	Vérification de l'effet discriminant de ces actes spécialisés .....	58
1.2.5	Exemples .....	59
1.2.5.1	Exemple 1, GN 0406 insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives .....	59
1.2.5.2	Exemple 2, GN 1603, affections onco-hématoïlogiques .....	63
1.2.5.3	Exemple 3, GN 0303, pathologies tumorales ORL .....	63
1.2.5.4	Exemple 4, GN 1906, troubles dépressifs et anxieux .....	64
1.2.6	Résultats.....	65
1.2.6.1	Attribution des listes.....	65
1.2.6.2	Les regroupements de GN par liste .....	66
1.2.6.3	Nombre d'actes par liste.....	67
1.2.6.4	Unités de réalisation des actes .....	68
1.3	<i>Production d'indicateurs de réadaptation HC</i> .....	69
1.3.1	Pondération des actes CSARR et CCAM = temps patient .....	69
1.3.2	Quatre types de scores.....	69
1.3.3	Les différents scores : En chiffres .....	70
1.3.4	Utilisation des Scores de réadaptation (spécialisée ou globale) par jour et par séjour .....	75
1.4	<i>Construction des groupes de réadaptation spécialisée importante</i> .....	76
1.4.1	Principe général.....	76
1.4.2	Méthode.....	76
1.4.3	Exemples .....	77
1.4.4	Résultats.....	79
1.4.4.1	Choix des seuils.....	79
1.4.4.2	Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation spécialisée .....	82
1.4.4.3	Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation spécialisée, par CM .....	84
1.4.4.4	Création de 58 GR spécialisée importante .....	85
1.5	<i>Construction des groupes de réadaptation globale</i> .....	87
1.5.1	Principe général.....	87
1.5.2	Méthode.....	87
1.5.3	Exemples .....	88
1.5.4	Résultats.....	90
1.5.4.1	Choix des seuils.....	90
1.5.4.2	Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation globale .....	91
1.5.4.3	Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation globale, par CM .....	93
1.5.4.4	Création de 69 GR globale importante et 83 GR autres .....	95
1.6	<i>Synthèse des groupes de réadaptation adultes en HC</i> .....	96
1.6.1	Schéma général des groupes de réadaptation adulte en HC .....	96
1.6.2	Résultats en chiffres des groupes de réadaptation adulte en HC .....	96
2	TYPE DE READAPTATION ADULTE HTP .....	98

<b>2.1</b>	<i>Introduction</i> .....	98
2.1.1	L'HTP adulte, en chiffres.....	98
2.1.2	Notion de séjour non définie en HTP .....	99
<b>2.2</b>	<i>Prise en compte de l'HTP</i> .....	99
2.2.1	Historique .....	99
2.2.2	Prise en compte en GME_2022 .....	99
<b>2.3</b>	<i>Production d'indicateurs de réadaptation HTP</i> .....	100
2.3.1	Pondération des actes CSARR et CCAM = temps patient .....	100
2.3.2	Score global par jour .....	100
2.3.3	Les scores en chiffres .....	101
<b>2.4</b>	<i>Méthode</i> .....	103
<b>2.5</b>	<i>Résultats</i> .....	105
2.5.1	Création de 4 types de réadaptation en HTP adulte .....	105
2.5.2	Choix des seuils .....	105
2.5.3	Résultats en chiffre des groupes de réadaptation HTP .....	106
2.5.4	Caractéristiques des patients selon les GR.....	106
<b>2.6</b>	<i>Perspectives d'évolution</i> .....	106
<b>3</b>	<b>TYPE DE READAPTATION PEDIATRIQUE</b> .....	107
<b>3.1</b>	<i>Introduction</i> .....	107
3.1.1	L'activité pédiatrique, en chiffres.....	107
3.1.2	L'activité pédiatrique, particularités .....	107
<b>3.2</b>	<i>Prise en compte de la pédiatrie</i> .....	107
3.2.1	Historique .....	107
3.2.2	Prise en compte de la pédiatrie en GME 2022 .....	108
<b>3.3</b>	<i>Méthode</i> .....	109
<b>3.4</b>	<i>Résultats</i> .....	109
3.4.1	Création d'un GR pédiatrique pour 12 GN .....	109
3.4.2	Résultats en chiffres .....	110
<b>3.5</b>	<i>Perspectives d'évolution</i> .....	111
<b>4</b>	<b>RECAPITULATIF DES GROUPES DE READAPTATION</b> .....	112
<b>4.1</b>	<i>Synthèse des groupes de réadaptation</i> .....	112
<b>4.2</b>	<i>Principes de groupage dans un type de réadaptation</i> .....	113
4.2.1.1	En hospitalisation complète .....	113
4.2.1.2	En hospitalisation à temps partiel .....	114
<b>4.3</b>	<i>Codes et Libellés des groupes de réadaptation</i> .....	115
<b>IV.</b>	<b>NIVEAUX DE LOURDEUR</b> .....	116
<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	116
1.1	<i>Historique</i> .....	116
1.2	<i>Définitions</i> .....	116
1.3	<i>Cadre général de la méthode</i> .....	117
<b>2</b>	<b>METHODE D'ASSOCIATION D'UNE VALEUR DE VARIABLE A UN NIVEAU</b> .....	118
<b>2.1</b>	<i>Première étape médicale : détermination de règles simples et interprétables médicalement</i> .....	118
2.1.1	Age .....	118
2.1.2	La dépendance physique .....	120
2.1.3	La dépendance cognitive .....	121
2.1.4	L'antériorité chirurgicale .....	122
<b>2.2</b>	<i>Deuxième étape statistique</i> .....	123
2.2.1	Choix du modèle : effets associés ou effet maximum .....	123
2.2.2	Traduction en règles statistiques .....	124
2.2.3	Choix des combinaisons les plus pertinentes .....	126
2.2.4	Résultats des règles statistiques choisies .....	127
<b>2.3</b>	<i>Troisième étape médicale</i> .....	128
2.3.1	Suppression des règles non pertinentes. ....	129
2.3.2	Harmonisation des niveaux de lourdeur au sein d'un même GN .....	129
2.3.3	Harmonisation entre GN proches au sein d'une CM .....	129
2.3.4	Choix de règles non testées a priori .....	130
2.3.5	Création de règles combinées .....	131
2.3.6	Ajustement du nombre de NL en fonction des effectifs.....	132
2.3.7	GR atypiques, avec résultats statistiques non contributifs .....	132

2.4	<i>Impact des relectures</i> .....	133
2.4.1	Nombre de variables mobilisées .....	133
2.4.2	Type de variable mobilisée .....	134
2.4.3	Impact sur la PVE.....	134
3	RESULTATS DES GROUPES DE LOURDEUR .....	135
3.1	<i>Nombre de niveaux de lourdeur</i> .....	135
3.1.1	Nombres de NL par GR .....	135
3.1.2	Définitions de nombre de NL dans les GR d'un même GN .....	136
3.1.3	Définitions de nombre de NL dans les GR d'une même CM.....	136
3.2	<i>Impact des différentes variables sur l'orientation dans les GL</i> .....	137
3.2.1	Impact de la variable « âge ».....	137
3.2.2	Impact de la variable « antériorité chirurgicale ».....	139
3.2.3	Impact de la variable « dépendance cognitive » .....	139
3.2.4	Impact de la variable dépendance physique .....	139
3.2.5	Impact des variables dans l'orientation en GL par CM .....	140
3.2.6	Comparaison de l'impact des variables entre les deux versions de classification .....	141
3.3	<i>Caractéristiques des groupes de lourdeur avec la dépendance à l'entrée</i> .....	142
3.3.1	Caractéristiques générales, tous GN confondus.....	142
3.3.2	Caractéristiques par CM .....	144
3.3.2.1	CM 01 à 06 .....	144
3.3.2.2	CM 08 à CM27 .....	145
4	UTILISATION DE LA DÉPENDANCE MAXIMALE.....	148
4.1	<i>Introduction</i> .....	148
4.1.1	Contexte.....	148
4.1.2	Analyse préalable des séjours avec dépendance identique pendant le séjour .....	148
4.2	<i>Analyse des écarts entre indicateurs</i> .....	150
4.2.1	Comparaison entre les dépendances moyennes et les dépendances à l'entrée .....	150
4.2.2	Comparaison entre les dépendances maximales et les dépendances à l'entrée .....	152
4.2.3	Exemples de GN .....	154
4.2.4	Conclusion .....	155
4.3	<i>Analyse de durées de séjours et PVE en fonction de l'indicateur utilisé</i> .....	156
4.3.1	Méthode.....	156
4.3.2	Résultats.....	156
4.3.2.1	Pour la dépendance physique .....	156
4.3.2.2	Pour la dépendance cognitive .....	158
4.3.2.3	Conclusion .....	159
4.4	<i>Groupage avec la nouvelle classification avec les différents indicateurs</i> .....	159
4.4.1	Méthode.....	159
4.4.2	Résultats.....	159
4.4.2.1	Durées de séjours .....	159
4.4.2.2	Effectifs .....	160
4.4.2.3	Basculement des effectifs .....	160
4.4.2.4	Effets sur la PVE .....	163
4.5	<i>Conclusion</i> .....	163
4.6	<i>Caractéristiques des groupes de lourdeur v2022</i> .....	163
5	RECAPITULATIF DES GROUPES DE LOURDEUR.....	164
5.1	<i>Principes de groupage en niveaux de lourdeur</i> .....	164
5.1.1	Principe général.....	164
5.1.2	Cas particulier.....	165
5.1.3	Synthèse des principes de classement .....	165
5.2	<i>Codes et Libellés des groupes de lourdeur</i> .....	167
5.3	<i>Conclusion</i> .....	168
V.	<b>NIVEAUX DE SEVERITE .....</b>	169
1	HISTORIQUE, METHODE.....	169
2	DEFINITION.....	170
2.1	<i>Hospitalisation complète</i> .....	170
2.2	<i>Hospitalisation à temps partiel</i> .....	171
3	PRINCIPES DE DETERMINATION DU NIVEAU DE SEVERITE .....	171
3.1	<i>Les complications ou comorbidités associées</i> .....	171

3.2	<i>Les listes d'exclusion des complications ou morbidité associées</i> .....	171
3.3	<i>Niveau de sévérité</i> .....	171
4	RESULTATS .....	172
4.1	<i>Durées de séjour en fonction du niveau de sévérité</i> .....	172
4.2	<i>Part des sévérités 2 par CM</i> .....	173
4.3	<i>Codes CMA les plus fréquents</i> .....	173
4.4	<i>Codes CMA en fonction des CM</i> .....	175
5	CONCLUSION.....	176
<b>VI.</b>	<b>VUE GENERALE DE LA CLASSIFICATION</b> .....	<b>177</b>
1	CARACTERISTIQUES GLOBALES.....	177
1.1	<i>Nombre de groupes</i> .....	177
1.2	<i>PVE</i> .....	177
2	HOMOGENEITE DES GROUPES.....	178
2.1	<i>Distribution des durées moyennes de séjour et des coûts moyens par GME</i> .....	178
2.1.1	Disparités des durées moyennes de séjour en fonction des GME .....	178
2.1.2	Disparités des coûts moyens de séjours en fonction des GME .....	180
2.2	<i>Écart à la DMS prévue</i> .....	182
2.3	<i>Écart au coût prévu</i> .....	185
3	ANALYSE PAR VARIABLES .....	187
3.1	<i>Dépendance physique</i> .....	187
3.1.1	Durées moyennes de séjour .....	187
3.1.2	Coûts moyens .....	188
3.2	<i>Dépendance cognitive</i> .....	189
3.2.1	Durées moyennes de séjour .....	189
3.2.2	Coûts moyens .....	190
3.3	<i>Age</i> .....	191
3.3.1	Durées moyennes de séjour .....	191
3.3.2	Coûts moyens .....	193
3.4	<i>Statut post-chirurgical</i> .....	194
3.4.1	Durées moyennes de séjour .....	194
3.4.2	Coûts moyens .....	195
3.5	<i>Unité médicale</i> .....	196
3.5.1	Durée moyenne de séjour .....	196
3.5.2	Coût moyen .....	197
4	COMPARAISON DE LA DMS DES ETABLISSEMENTS ET DE LA DMS PREDITE.....	198
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>201</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>203</b>
1	ACTES CSARR AVEC TEMPS TRES VARIABLE SELON L'INTERVENANT.....	203
2	ACTES CSARR FAISANT L'OBJET D'UN CONTROLE OVALIDE .....	205
3	PART DES SEJOURS EN UNITES SPECIALISEES, PAR GN .....	207
4	CARACTERISTIQUES DES LISTES D'ACTES, PAR GN.....	210

## **LISTE DES FIGURES**

---

Figure 1 : Limites de la classification v2021.....	18
Figure 2 : Limites du modèle proposé en 2018.....	19
Figure 3 : Calendrier des travaux .....	20
Figure 4 : Structure générale de la classification v2022.....	26
Figure 5: Répartition des délais entre deux séjours concaténables avant concaténation.....	28
Figure 6 : Répartition des délais entre deux séjours concaténables après concaténation.....	29
Figure 7 : Variabilité des pondérations pour les actes individuels dédiés.....	32
Figure 8 : Variabilité des pondérations pour les actes d'appareillage avec étape .....	33
Figure 9 : Variabilité des pondérations pour les actes individuels non dédiés.....	34
Figure 10 : Variabilité des pondérations pour les actes collectifs .....	35
Figure 11 : Nombre d'actes CSARR distincts codés par intervenant .....	38
Figure 12 : Répartition des actes en fonction de la différence de temps de réalisation .....	39
Figure 13 : Arbre de décision pour le classement en catégorie majeure .....	43
Figure 14 : Répartition des séjours en HC selon la CM .....	44
Figure 15 : Répartition des journées d'HTP selon la CM.....	45
Figure 16 : Exemple d'arbre de groupage en groupe nosologique pour la CM-10 .....	47
Figure 17 : Distribution des DMS en fonction des GN au sein des CM 01 à 06 .....	49
Figure 18 : Distribution des DMS en fonction des GN au sein des CM 08 à 27 .....	50
Figure 19 : Nombre d'actes CSARR par taux de réalisation dans les unités avec mention spécialisée .....	54
Figure 20 : Pourcentage de la CM la plus fréquente selon l'autorisation.....	55
Figure 21 : Test liste d'actes spécialisés pour le GN 0406.....	62
Figure 22 : Test liste d'actes spécialisés pour le GN 0303.....	63
Figure 23 : Test liste d'actes spécialisés pour le GN 1906.....	64
Figure 24 : Nombre d'actes par liste .....	67
Figure 25 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation globale par jour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour .....	70
Figure 26 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation spécialisée par jour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour .....	71
Figure 27 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation globale par séjour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour .....	72
Figure 28 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation spécialisée par séjour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour .....	73
Figure 29 : Principe d'utilisation des scores de réadaptation .....	75
Figure 30 : Principe de construction des groupes de réadaptation .....	76
Figure 31 : Histogramme des seuils par séjour optimum statistiquement .....	79
Figure 32 : Histogramme des seuils par séjour choisis médicalement.....	79
Figure 33 : Histogramme des seuils par jour statistiques optimum .....	80
Figure 34 : Histogramme des seuils par jour choisis médicalement.....	81
Figure 35 : Schéma des groupes de réadaptation adultes en HC .....	96
Figure 36 : Schéma des types d'hospitalisation .....	100
Figure 37 : Distribution du score de réadaptation global, tous GN confondus .....	100
Figure 38 : Pourcentage des RHS en HTP, par score de réadaptation globale, en fonction de l'unité de réalisation du séjour .....	101
Figure 39 : Pourcentage des RHS en HTP, par score de réadaptation spécialisée, en fonction de l'unité de réalisation du séjour .....	102
Figure 40 : Répartition de l'activité d'HTP suivant les GN .....	103
Figure 41 : Distribution des scores de réadaptation dans le GN 0147 .....	104
Figure 42 : Schéma des groupes de réadaptation adulte en HTP .....	105
Figure 43 : Schéma du groupe de réadaptation pédiatrique en HC .....	109
Figure 44 : Schéma des groupes de réadaptation pédiatrique en htp .....	110

Figure 45 : Principe de groupage en GR pour l'HC.....	113
Figure 46 : Principes de groupage en GR pour l'HTP .....	114
Figure 47: Rappel de la structure de la classification.....	116
Figure 48 : Méthode de construction des groupes de lourdeur .....	117
Figure 49 : Effet de l'âge sur la durée de séjour .....	118
Figure 50 : Effet de l'âge sur le coût moyen du séjour .....	119
Figure 51: Effet de la dépendance physique sur la durée de séjour .....	120
Figure 52 : Effet de la dépendance physique sur les coûts de séjour .....	120
Figure 53 : Effet de la dépendance cognitive sur les durées de séjour .....	121
Figure 54 : Effet de la dépendance cognitive sur les coûts de séjour.....	121
Figure 55 : Effet du statut post-chirurgical sur les durées de séjours .....	122
Figure 56 : Effet du statut post-chirurgical sur les coûts de séjour .....	122
Figure 57 : PVE selon les CM, niveau GR et niveau GL.....	128
Figure 58 : Variation de PVE après relecture des GL .....	134
Figure 59 : DMS par groupes de lourdeur par CM, CM 01 à 06.....	144
Figure 60 : Effectifs par GL par CM, CM 01 à 06 .....	145
Figure 61 : DMS par GL par CM, CM 08 à 27.....	146
Figure 62 : Effectifs par GL par CM, CM 08 à 27 .....	147
Figure 63 : Distribution des GN avec dépendances identiques au cours du séjour .....	149
Figure 64 : Ecart entre la dépendance physique moyenne et la dépendance physique à l'entrée selon les GN .....	150
Figure 65 : : Ecart entre la dépendance cognitive moyenne et la dépendance cognitive à l'entrée selon les GN.....	151
Figure 66 : Ecart entre la dépendance physique maximale et la dépendance physique à l'entrée selon les GN.....	152
Figure 67 : Ecart entre la dépendance cognitive maximale et la dépendance cognitive à l'entrée selon les GN.....	153
Figure 68 : Ecart entre la dépendance physique moyenne ou max et la dépendance physique à l'entrée pour le GN 0106 .....	154
Figure 69 : Ecart entre la dépendance cognitive moyenne ou max et la dépendance cognitive à l'entrée pour le GN 0106 .....	155
Figure 70 : Exemple pour le GN 0106 de variation de durée de séjour selon l'indicateur.....	157
Figure 71 : Part de séjours changeant de niveau de lourdeur, par GN (volume de séjours) .....	162
Figure 72 : Processus d'orientation en GL.....	166
Figure 73 : Rappel de la structure de la classification .....	170
Figure 74 : Durées de séjours selon le niveau de sévérité et la CM .....	172
Figure 75 : Part des sévérités 1 et 2 dans chaque CM .....	173
Figure 76 : Part des codes CMA dans chaque CM .....	175
Figure 77 : Distribution des durées moyennes de séjour selon les GME .....	178
Figure 78 : Distribution du nombre de GME en fonction des coûts par séjour.....	180
Figure 79 : Différence entre la durée de séjour observée et la durée prévue .....	182
Figure 80 : Distribution des écarts entre DMS observée et DMS prévue pour la version 2022 de la classification.....	183
Figure 81 : Distribution des écarts entre DMS observée et DMS prévue pour la version 2021 de la classification.....	184
Figure 81 : Différence observée entre le coût prévu et le coût observé pour la version 2022 .....	185
Figure 82 : Différence observée entre le coût prévu et le coût observé pour la version 2021 .....	186
Figure 83 : Ecart entre la durée de séjour observée et prédictive en fonction de la dépendance physique .....	187
Figure 84 : Ecart entre le coût observé et le coût prédict en fonction de la dépendance physique .....	188
Figure 85 : Ecart entre durée de séjour observée et durée de séjour prévue, en fonction de la dépendance cognitive .....	189
Figure 86 : Ecart entre coût de séjour observé et coût de séjour prévu, en fonction de la dépendance cognitive .....	190

Figure 87 : Ecart entre la durée de séjour observée et la durée de séjour prévue, en fonction de l'âge .....	191
Figure 88 : Ecart entre coût observé et coût prévu, en fonction de l'âge.....	193
Figure 89 : Ecart entre DMS observée et DMS prévue selon le statut post-chirurgical .....	194
Figure 90 : Ecart entre coût observé et coût prévu selon le statut post-chirurgical.....	195
Figure 91 : Écart entre durée de séjour et durée de séjour prédite en fonction du type d'UM .....	196
Figure 92 : Écart entre coût observé et coût prévu, en fonction du type d'UM .....	197
Figure 93 : Distribution des résidus moyens dans les établissements pour la version 2022 de la classification.....	198
Figure 94 : Distribution des résidus moyens dans les établissements pour la version 2021 de la classification.....	199
Figure 95 : DMS moyenne des établissements par rapport à la DMS prévue .....	200

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1: Les informations mobilisées pour chaque niveau hiérarchique .....	25
Tableau 2 : Part des séjours concaténables dans la base (données 2017-2018) .....	27
Tableau 3 : Base d'analyse en HC, 2017- 2018.....	28
Tableau 4 : Base d'analyse en HTP, 2017- 2018.....	29
Tableau 5 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes individuels dédiés .....	33
Tableau 6 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes d'appareillage avec étapes	34
Tableau 7 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes individuels non dédiés .....	35
Tableau 8 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes collectifs .....	36
Tableau 9 Liste des actes pluri-professionnels et pondérations.....	36
Tableau 10 : Actes CCAM dont la pondération a été modifiée en v2022 .....	37
Tableau 11 : Différents types d'actes CSARR .....	41
Tableau 12 : Exemple d'arbre de groupage en GN pour la CM-10 .....	47
Tableau 13 : Effectifs moyens par GN et par CM et durées de séjour moyennes par CM.....	48
Tableau 14 : Liste des codes désignant les types d'autorisations.....	53
Tableau 15 : Actes fréquents dans le GN 0406 .....	59
Tableau 16 : Actes retenus pour constituer la liste d'actes spécialisés pour le GN 0406 .....	60
Tableau 17 : Regroupement des GN pour une même liste .....	66
Tableau 18 : Pourcentage moyen par liste de réalisation des actes en unités spécialisées .....	68
Tableau 19 : Scores de réadaptation moyens selon le type d'unités en HC.....	74
Tableau 20: Scores de réadaptation moyens en HC pédiatrique .....	75
Tableau 21 : Caractéristiques des séjours spécialisés et non spécialisés dans le GN 0512 .....	77
Tableau 22 : Caractéristiques des séjours spécialisés et non spécialisés dans le GN 0147 .....	78
Tableau 23 : Répartition des valeurs de seuil séjour pour les GR spécialisée importante.....	80
Tableau 24 : Répartition des valeurs de seuils par jour pour le GR spécialisée importante .....	81
Tableau 25 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur le score de réadaptation spécialisée* .....	82
Tableau 26 : Mode de sortie des séjours selon les cas après test sur les scores spécialisés .....	83
Tableau 27 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur le score de réadaptation spécialisée, par CM* .....	84
Tableau 28 : Caractéristiques des GN avec un seul GR spé sans test sur le score spé .....	86
Tableau 29 : Caractéristiques des séjours avec réadaptation globale importante et autre dans le GN 0512 .....	88
Tableau 30 : Caractéristiques des séjours avec réadaptation globale importante et autre dans le GN 0147 .....	89
Tableau 31 : Répartition des valeurs de seuil séjour pour le GR globale importante .....	90
Tableau 32 : Répartition des valeurs de seuils jour pour le GR globale importante .....	90
Tableau 33 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur les scores de réadaptation globale* .....	91
Tableau 34 : Mode de sortie selon les cas après test sur les scores globaux .....	92
Tableau 35 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur le score de réadaptation globale, par CM* .....	93
Tableau 36 : Caractéristiques des GN avec un seul GR autre.....	95
Tableau 37 : Caractéristiques des séjours selon le GR .....	96
Tableau 38 : Type de réadaptation selon l'autorisation .....	97
Tableau 39 : Distribution des âges des patients en HTP, comparativement avec ceux d'HC .....	98
Tableau 40 : Distribution des dépendances physiques des patients en HTP, comparativement avec ceux d'HC.....	98
Tableau 41 : Distribution des dépendances cognitives des patients en HTP, comparativement avec ceux d'HC.....	99
Tableau 42 : Scores de réadaptation journaliers en HTP.....	102
Tableau 43 : Valeurs des seuils HTP.....	105

Tableau 44 : Répartition de l'activité d'HTP selon les GR .....	106
Tableau 45 : Caractéristiques des patients dans les groupes de réadaptation en HTP .....	106
Tableau 46 : Effectifs pédiatriques .....	107
Tableau 47 : V2021, GN 01909, avec racine de GME pédiatrique.....	108
Tableau 48 : Activité pédiatrique, GN avec GR pédiatrique (2017-2018).....	110
Tableau 49 : Synthèse des groupes de réadaptation.....	112
Tableau 50 : Codes et libellés des groupes de réadaptation .....	115
Tableau 51 : Définition des niveaux de lourdeur .....	117
Tableau 52 : Exemple de détermination d'un niveau de lourdeur, effet maximum .....	123
Tableau 53 : Règles possibles pour l'âge .....	124
Tableau 54 : Règles possibles pour la dépendance physique .....	125
Tableau 55 : Règles possibles pour la dépendance cognitive.....	125
Tableau 56 : Règles possibles pour l'antériorité chirurgicale .....	125
Tableau 57 : Exemple de combinaison pour le GR 0512S.....	126
Tableau 58 : Exemple de combinaison pour le GR 0135U .....	126
Tableau 59 : Nombre de variables utilisées .....	127
Tableau 60 : Fréquence d'utilisation des variables .....	127
Tableau 61 : Exemple d'harmonisation de niveaux de lourdeur pour 2 GN proches (0134 et 0137) .....	129
Tableau 62 : Exemples d'ajustement à postériori des règles .....	130
Tableau 63 : Exemples de combinaison de règles primaires .....	131
Tableau 64 : Exemple de la prise en compte de l'effectif sur la création des GL.....	132
Tableau 65 : Exemple d'un GN où les variables n'expliquent pas la DMS .....	133
Tableau 66 : Nombre de variables mobilisées par GR avant et après relecture.....	133
Tableau 67 : Utilisation des variables par GR, avant et après relecture.....	134
Tableau 68 : Répartition des GR en fonction du nombre de leurs NL .....	135
Tableau 69 : Homogénéité du nombre de NL, en fonction des GR, au sein d'un GN .....	136
Tableau 70 : Répartition des GR, par CM, en fonction du nombre de niveaux de lourdeur .....	136
Tableau 71 : Impact de la variable âge pour les séjours des adultes .....	137
Tableau 72 : Impact de la variable âge pour les séjours des adultes, en fonction des tranches d'âge .....	138
Tableau 73 : Impact de la variable âge pour les séjours des enfants de 0 à 18 ans .....	138
Tableau 74 : Impact de la variable antériorité chirurgicale .....	139
Tableau 75 : Impact de la variable « dépendance cognitive » sur les GL .....	139
Tableau 76 : Impact de la variable dépendance physique toute valeurs confondues .....	139
Tableau 77 : Impact de la variable dépendance physique en fonction des tranches .....	140
Tableau 78 : Impact des différentes variables par CM .....	140
Tableau 79 : Comparaison de l'impact des variables entre v2022 / v2021 .....	141
Tableau 80 : Caractéristiques des patients et des séjours selon le niveau de lourdeur .....	142
Tableau 81 : GN avec l'écart entre la dépendance physique max et la dépendance physique à l'entrée le plus important .....	152
Tableau 82 : GN avec l'écart entre la dépendance cognitive max et la dépendance cognitive à l'entrée le plus important .....	154
Tableau 83 : Part et durées des séjours pour chaque tranche de dépendance physique, en fonction de l'indicateur .....	156
Tableau 84 : PVE en fonction de l'indicateur utilisé pour la dépendance physique .....	157
Tableau 85 : Part et durées des séjours pour chaque tranche de dépendance cognitive, en fonction de l'indicateur .....	158
Tableau 86 : PVE en fonction de l'indicateur utilisé pour la dépendance cognitive .....	158
Tableau 87 : Effectifs et durée de séjour selon le GL selon l'indicateur de dépendance utilisé .....	159
Tableau 88 : Basculement des effectifs entre niveau de lourdeur avec la dépendance moyenne .....	160
Tableau 89 : Basculement des effectifs entre niveau de lourdeur avec la dépendance maximale .....	161
Tableau 90 : Caractéristiques des patients et des séjours selon le niveau de lourdeur .....	163
Tableau 91 : Codes CMA les plus fréquents.....	173

Tableau 92 : Nombre de groupes dans la classification, par strate .....	177
Tableau 93 : PVE sur les durées de séjour, les coûts par séjour et par jour, en fonction des strates .....	177
Tableau 94 : Exemples de GME avec DMS faible ou important.....	179
Tableau 95 : Exemples de GME avec coût faible ou important.....	180
Tableau 96 : Caractéristiques des séjours en fonction de la dépendance physique .....	188
Tableau 97 : Caractéristiques des séjours en fonction de la dépendance cognitive.....	190
Tableau 98 : Caractéristiques des séjours en fonction de la classe d'âge .....	192
Tableau 99 : Caractéristiques des séjours en fonction du type d'unité.....	197

## GLOSSAIRE

---

AE	Affection Étiologique
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CdARR	Catalogue des Activités de Rééducation et de Réadaptation
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 <sup>ième</sup> révision
CM	Catégorie Majeure
CMA	Complication ou Morbidité Associée
CMC	Catégorie Majeure Clinique
CSARR	Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et de Réadaptation
Actes CSARR	Actes du catalogue CSARR
DAS	Diagnostic Associé Significatif
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DS	Durée de Séjour
ENC SSR	Étude Nationale de Coûts SSR
EVC-EPR	Etat végétatif chronique-état paucirelational
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FPP	Finalité Principale de Prise en Charge
GHJ	Groupe Homogène de Journées
GMD	Groupe de Morbidités Dominantes
GME	Groupe Médico-Économique
GL	Groupe de Lourdeur
GN	Groupe Nosologique
GR	Groupe de Réadaptation
HC	Hospitalisation Complète
HTP	Hospitalisation à Temps Partiel
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MMP	Manifestation Morbide Principale
MP	Morbidité Principale
NL	Niveau de Lourdeur
PAPD	Personne âgée polypathologique et dépendante
PCL	Prise en Charge Lourde
PCTL	Prise en Charge Très Lourde

PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PVE	Part de Variance Expliquée
RGME	Racine de Groupe Médico-Économique
RHA	Résumé Hebdomadaire Anonymisé
RHS	Résumé Hebdomadaire Standardisé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarification À l'Activité
UCC	Unité cognitivo-comportementale

## INFORMATION IMPORTANTE

Dans ce document, les fichiers auxquels il est fait référence sont **téléchargeables sous la forme de fichiers Excel ou texte sur le site de l'ATIH**. Ils sont repérables par un surlignage vert.

Exemple : **CIM\_infos\_SSR.xlsx**

- CIM\_infos\_SSR.xlsx (informations sur les codes CIM)
- TOTAL\_liste\_groupes.xlsx (liste des libellés de groupes)
- GN\_liste\_tests.xlsx (liste des tests d'entrée dans les GN)
- GR\_infos.xlsx (informations sur les groupes de réadaptation)
- ACTES\_ponderations.xlsx (pondérations des actes)
- ACTES\_listes-spe.xlsx (liste des actes spécialisés)
- GL\_infos.xlsx (informations sur les groupes de lourdeur)
- CMA\_exclusions.txt (liste des exclusions)
- CMA\_CCAM.xlsx (actes CCAM CMA)
- FG\_erreurs.txt (erreurs de la fonctions groupage)

## I. INTRODUCTION

---

Ce rapport présente les travaux médico-statistiques réalisés pour construire la version 2022 de la classification en Groupes Médico-Économiques (GME) en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), dans le cadre de l'évolution du mode de financement du secteur SSR. Il vient en complément du *Manuel des Groupes Médico-Économiques en Soins de Suite et de Réadaptation*, qui détaille tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre du groupage.

Ces travaux se sont déroulés sur 3 années, de 2019 à 2021.

Ce rapport se compose ainsi :

- Historique des classifications PMSI-SSR, objectifs visés par la nouvelle classification et grands principes appliqués pour sa construction, construction de la base de données ayant servi de support aux analyses, mise à jour des pondérations CSARR.
- Groupage en CM et GN
- Méthodes appliquées pour construire les différents groupes de réadaptation, résultats
- Méthodes appliquées pour construire les différents groupes de lourdeur, résultats
- Groupage en GME
- Présentation des casemix finaux
- Analyse de la performance statistique de la classification
- Perspectives d'évolutions

### 1 HISTORIQUE DES CLASSIFICATIONS PMSI-SSR

#### 1.1 Les Groupes Homogènes de Journées

La première version d'une classification PMSI pour le champ d'activité des SSR, a été élaborée par le Ministère du travail et des affaires sociales (mission PMSI), à partir d'une enquête réalisée auprès d'une centaine d'établissements SSR en France en 1997. Elle était basée sur des groupes homogènes de journées (GHJ), détaillés dans le fascicule spécial BO n° 97/8 bis, applicable à compter de l'activité de 1998. Les GHJ cherchaient à discriminer des niveaux journaliers de consommation de ressources. Le GHJ affecté à un RHS (correspondant en général à une semaine de prise en charge) était déterminé à l'aide d'un arbre de décision utilisant des variables telles que l'âge du patient, sa pathologie dominante, son niveau de dépendance physique, l'incidence d'une intervention chirurgicale récente, deux niveaux de lourdeur de prise en charge clinique et deux niveaux de rééducation-réadaptation.

Un certain nombre de modifications, notamment celles publiées dans la circulaire n° 105 du 22 février 2001, ont donné lieu à la version 2, applicable à compter de l'activité 2001, dont l'essentiel portait sur la création d'un GHJ supplémentaire, la révision de la liste des codes pour les prises en charge cliniques très lourdes (PCTL) et lourdes (PCL), la liste des codes de la CIM-10 subdivisés et leur affectation dans l'algorithme, la liste des codes imprécis interdits en finalité principale de prise en charge (FPP) et manifestation morbide principale (MMP) et la liste des codes d'erreurs de la fonction groupage.

La version 3 a été développée à l'occasion du remplacement du catalogue des actes médicaux (CdAM) par la Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour décrire les actes médicaux dans le recueil du PMSI en SSR de l'activité de 2002. La version 4, intégrant les évolutions de la CCAM, a été appliquée pendant la période de 2003 à 2007.

La version 5 relative à l'activité de 2008 a permis d'intégrer les évolutions des nomenclatures CIM-10 (prise en compte des extensions créées par l'ATIH à usage du PMSI) et CCAM.

## 1.2 Les Groupes de Morbidités Dominantes

La version 6 relative à l'activité de 2009 a constitué une évolution majeure par rapport aux versions précédentes. Les GHJ sont devenus des groupes de morbidités dominantes (GMD) auxquels s'est ajouté un index de consommation de ressources, le tout associé à un indicateur de valorisation de l'activité (IVA), détaillé dans le Manuel de groupage PMSI-SSR BO spécial n° 2009/1 bis. Dans cette version de la classification, chaque RHS se voyait attribuer un nombre de points IVA reflétant la consommation journalière de ressources. Les points IVA étaient obtenus en sommant les contributions de huit variables : le GMD (déterminé à partir des codes de la morbidité principale et parfois des diagnostics associés significatifs), la dépendance physique, la dépendance cognitive, la classe d'âge du patient, la présence éventuelle de comorbidités ou d'actes valorisants (codés avec la CIM-10 ou la CCAM), un score des activités de rééducation-réadaptation (reflétant la diversité des activités codées avec le CdARR), le type de finalité principale de prise en charge, enfin le type d'hospitalisation.

La version 7, mise en place à compter de l'activité de 2010, comportait 13 catégories majeures cliniques (CMC) composées de 31 GMD pédiatriques et 52 GMD d'adultes. Les évolutions principales ont concerné la création de 2 CMC permettant de distinguer les affections de l'appareil circulatoire de celles de l'appareil respiratoire (réunies initialement dans une même CMC), avec 10 GMD en remplacement des 5 dans la version 6. Les modifications ont également porté sur les CMC 14, 15, 16, 17 et 18 avec la création au total de neuf GMD (3 dans la CMC 14 et 15, 2 dans la CMC 16 et 1 dans la CMC 17) et la modification d'un GMD dans les CMC 14, 16 et 17 (détaillés dans le Manuel de groupage PMSI-SSR BO n° 2010/1 bis).

## 1.3 Les Groupes Médico Economiques

**La version 1 de la classification en GME**, reposant sur le « séjour » pour l'hospitalisation complète, a été mise en place pour 2013, à compter du lundi 31 décembre 2012. Le rapport de classification, disponible sur le site de l'ATIH ([classification en GME rapport des travaux 2011 - 2012](#)), présente les options choisies pour la construction de la classification en trois niveaux hiérarchiques.

Pour l'hospitalisation complète, dans un premier temps, chaque RHS d'un séjour est classé dans une catégorie majeure, puis dans un groupe nosologique en utilisant uniquement les diagnostics. Ce GN représente la pathologie principale. Puis, un séjour est reconstitué à partir des informations d'une suite de RHS. A cette étape, le Groupe Nosologique du séjour est alors défini comme le GN plus fréquent sur les 10 premiers RHS. Les séjours sont ensuite classés dans les Racines de Groupes Médico Economiques en utilisant certaines des variables explicatives alourdisant la prise en charge (âge, dépendance physique, dépendance cognitive, statut post-chirurgical, score de rééducation-réadaptation). Enfin, les niveaux de sévérité et le type d'hospitalisation permettent d'orienter les séjours dans les Groupes Médico-Economiques.

Pour l'hospitalisation à temps partiel, chaque RHS d'un séjour est considéré indépendamment et classé en CM, en GN, en RGME, puis en GME, selon les mêmes principes que l'hospitalisation complète.

Le type de structure choisi, avec une visibilité des variables prises en compte pour chaque racine permet une bonne lisibilité des groupes mais l'utilisation des variables est limitée en fonction des effectifs des GN : la rééducation est prise en compte dans environ 1/3 des GN, 12 GN sont subdivisés en fonction du jeune âge, les variables de dépendances ne sont pas prises en compte systématiquement. Par ailleurs, les racines de GME ne sont pas ordonnées. Il en résulte une lisibilité médicale imparfaite (voir la figure 1).

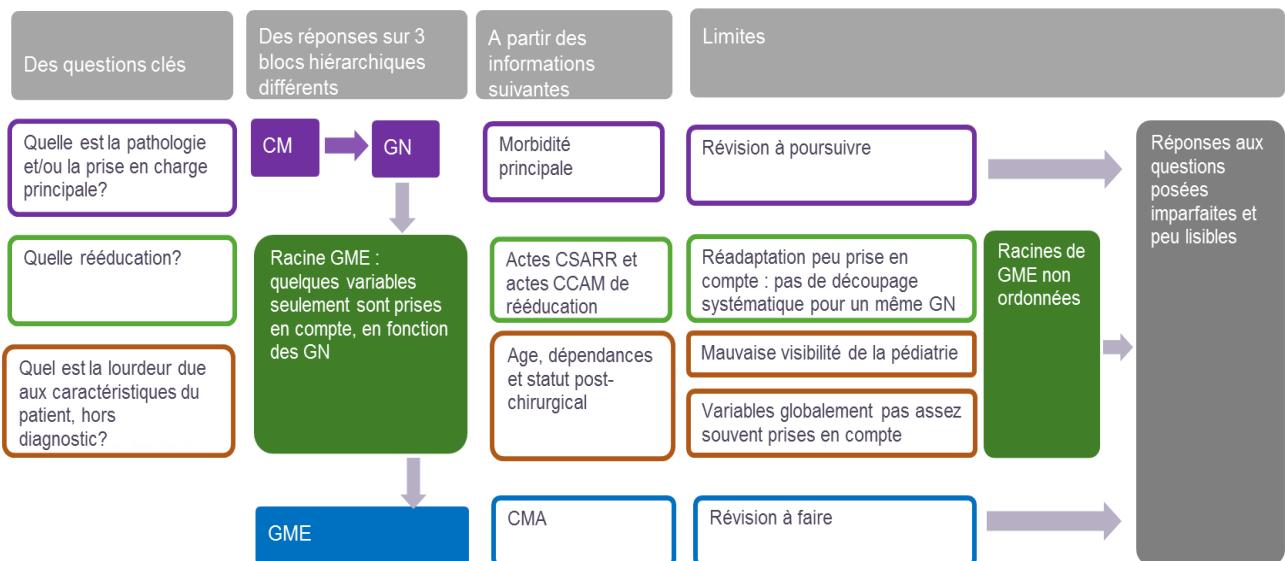


Figure 1 : Limites de la classification v2021

Parallèlement à la mise en place de cette classification, la nomenclature CSARR des actes de rééducation et réadaptation a remplacé la nomenclature Cdarr. Le codage des actes avec cette nouvelle nomenclature a été rendue obligatoire le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Un transcodage a été réalisé entre actes correspondants lorsque c'était possible. La prise en compte du score RR reposant sur la pondération des actes CdARR, les mêmes pondérations ont été appliquées dans ce cas pour les actes CSARR. Mais compte-tenu des différences entre les deux nomenclatures (nombre d'actes, principes de codages...), le transcodage était parfois impossible ou complexe : des ajustements ont dû être réalisés et certains actes CSARR ont été pondérés à dire d'experts.

**La version 1.2 de la classification en GME** s'est appliquée pour 2014, à compter du lundi 30 décembre 2013. Les modalités de groupage de l'hospitalisation complète ont évolué. Pour les séjours administratifs commencés en 2013 et se poursuivant en 2014, le groupage est réalisé sur des suites de RHS 2013 et 2014. Pour les séjours administratifs commencés avant 2013 et se poursuivant en 2014, le groupage est réalisé sur des suites de RHS 2013 et 2014 (pas de prise en compte des RHS antérieurs au 31/12/2012).

**La version 2.3 de la classification en GME** s'est appliquée pour 2015, à compter du lundi 29 décembre 2014. La principale évolution a concerné la révision du GN AVC (0112), remplacé par 3 nouveaux GN (0146, 0147 et 0148).

**La version 2.4 de la classification en GME** s'est appliquée pour 2016, à compter du lundi 04 janvier 2016.

**La version 2017 de la classification en GME** s'est appliquée à compter du lundi 27 février 2017. La principale évolution a concerné la révision de la CM 08 (*Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire*). La totalité des GN ont été revus. Les diagnostics d'entrée ont été revus pour tous les GN : révision de l'algorithme pour le GN de fractures multiples (GN0871), création de nouveaux GN pour les fractures compliquées (GN 0870), lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale (GN 0873), scolioses, hernies discales & autres dorsalgies (GN 0876), ostéopathies (GN 0878). Pour les amputations (GN 0803) des actes CSARR marqueurs sont utilisés.

**Des travaux ont été effectués en 2017/2018, qui ont conduit à une autre version de classification, finalement non retenue.**

- La nouveauté de ce modèle était de combiner les variables dépendances, âge, statut post-chirurgical et CMA pour en faire un indice, dit indice synthétique de lourdeur médico-économique (ISLE), celui-ci reflétant la lourdeur médico-économique du patient : ce modèle avait l'avantage de prendre en compte l'ensemble des variables pertinentes tout en limitant

le nombre de groupe. Néanmoins, son interprétabilité médicale a été jugée insuffisante.

- Ce modèle de classification positionnait la réadaptation en fin d'arbre : cette place a été jugée peu pertinente. Il a aussi été reproché de ne pouvoir distinguer les prises en charge rééducatives spécialisées des autres prises en charges réadaptatives, plutôt polyvalentes ou gériatriques. (Voir la figure 2).

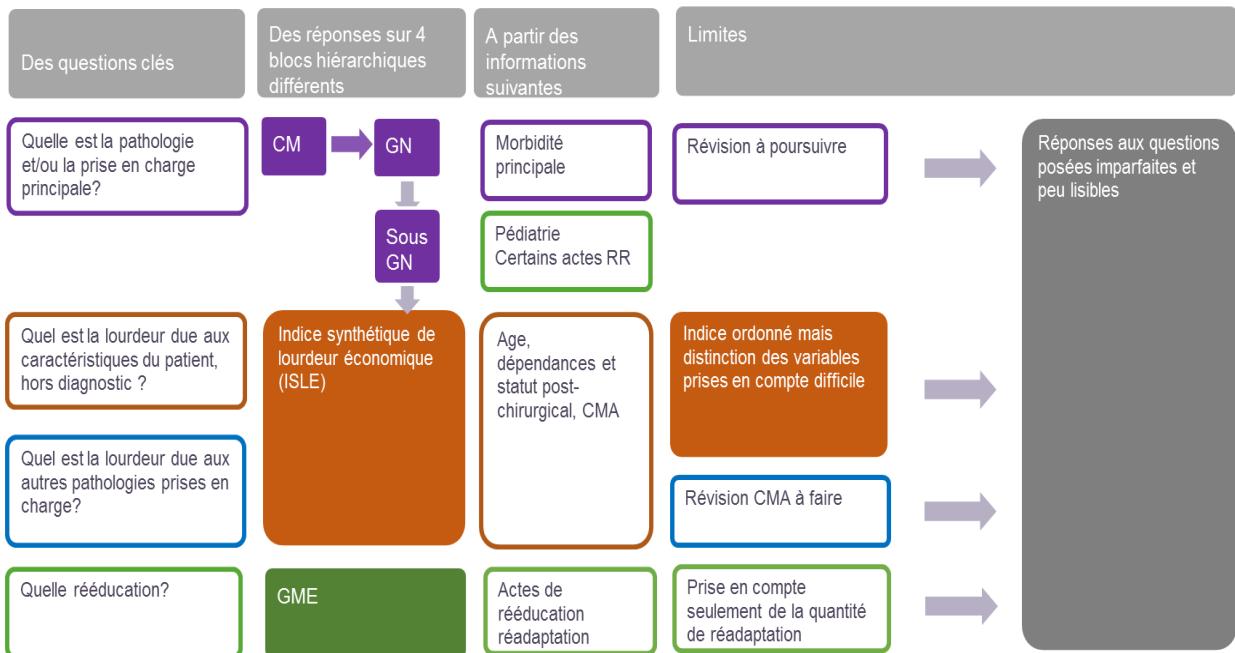


Figure 2 : Limites du modèle proposé en 2018

**La version 2018 de la classification en GME**, reconduction de la version 2017, s'est appliquée à compter du lundi 1er mars 2018.

**La version 2019 de la classification en GME**, s'est appliquée à compter du lundi 4 mars 2019.

**La version 2020 de la classification en GME**, s'est appliquée à compter du lundi 2 mars 2020.

**La version 2021 de la classification en GME**, s'est appliquée à compter du lundi 1<sup>er</sup> mars 2021.

## 2 CALENDRIER DES TRAVAUX

La classification en GME 2022 est le résultat d'un processus de construction concerté avec les fédérations hospitalières, qui s'est étendu de 2019 à 2021.

Une première version était finalisée pour une mise en œuvre en 2021, mais celle-ci a été reportée du fait du contexte sanitaire (pandémie liée au virus SARS-COV-2 / COVID-19) défavorable.

A la demande des fédérations hospitalières, des travaux ont donc été engagés dès 2021 pour une meilleure prise en compte de la dépendance en hospitalisation complète. L'utilisation de la dépendance maximale plutôt que la dépendance à l'entrée a montré des résultats très favorables : en effet, elle permet de prendre en compte la dégradation possible de la dépendance des patients, et donc l'augmentation de la lourdeur médico-économique des séjours concernés. L'impact est particulièrement observé pour les prises en charge des pathologies cancéreuses ou médicales lourdes. Cette nouveauté majeure a été intégrée dans une deuxième version de la nouvelle classification dès avril 2021.

Cette dernière version a fait l'objet, lors du deuxième semestre 2021, d'actions d'information et de communication auprès des établissements. Elle a également pu être directement expérimentée, par

le biais d'un « double groupage » des séjours via E-Pmsi, opération transparente pour les établissements.

- Version officielle et tarifante v2021
- Version EXP\_2022 (GME\_2022 expérimentale)

**La version 2022 de la classification en GME, ou GME\_2022, s'appliquera à compter du lundi 28 février 2022.**

La figure ci-dessous décrit les grandes lignes et le calendrier de ce processus

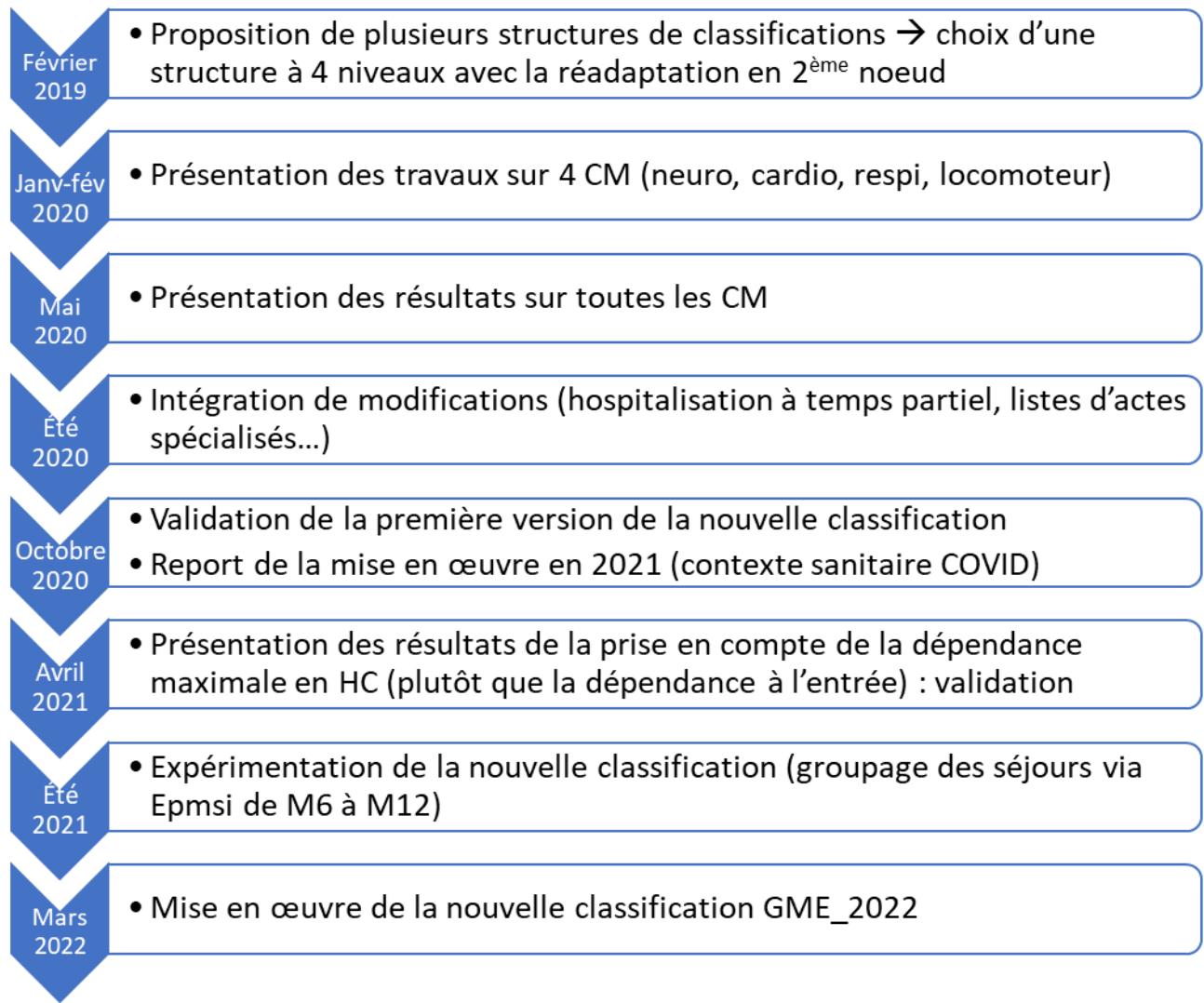


Figure 3 : Calendrier des travaux

### 3 NOUVELLE CLASSIFICATION : OBJECTIFS ET PRINCIPES

#### 3.1 Quels objectifs pour cette classification ?

L'objectif d'une classification est de classer les séjours dans des groupes cohérents, tant sur le plan médical que sur le plan économique. La classification sert ainsi, à décrire l'activité des établissements, et participe à leur financement. Il s'agit d'obtenir le meilleur compromis entre lisibilité médicale et pertinence économique.

Les objectifs de cette nouvelle classification sont donc de décrire au mieux l'activité des établissements SSR, en corrigeant les imperfections passées, et de constituer des groupes cohérents médicalement et économiquement, en conservant un nombre raisonnable de groupes.

#### 3.2 Principes de la classification

##### 3.2.1 Classification au séjour (hospitalisation complète) et à la semaine (hospitalisation à temps partiel)

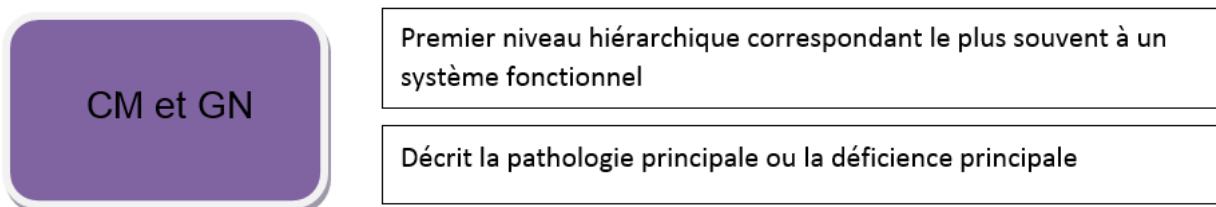
Comme dans la classification précédente, la description et le groupage sont réalisés au séjour pour l'activité d'hospitalisation complète, et à la semaine pour l'hospitalisation à temps partiel. La notion de séjour fait référence aux règles administratives de découpage des séjours, et celle de semaine à une semaine calendaire quelle que soit la durée de la prise en charge.

Le recueil en SSR est hebdomadaire, conduisant à la production de résumés hebdomadaires standardisés (RHS). Pour l'hospitalisation à temps complet, ce sont les données recueillies sur l'ensemble des RHS du séjour qui vont être prises en compte. Pour l'hospitalisation à temps partiel, ce sont les données d'un seul RHS qui vont être prises en compte.

##### 3.2.2 Les quatre niveaux descriptifs

###### 3.2.2.1 Premier niveau descriptif : pathologie principale

Les « Catégories Majeures » (CM) permettent une description par système fonctionnel (appareil circulatoire, respiratoire...). Chaque CM est ensuite subdivisée en groupes nosologiques (GN), regroupant des pathologies proches.



Le choix de partir du problème médical offre l'avantage de donner une meilleure lisibilité de l'activité, de faciliter les études épidémiologiques sur le champ du SSR, et l'observation des parcours des patients MCO-SSR (par exemple).

**Le classement en catégorie majeure et en groupe nosologique est inchangé par rapport à la classification v2021. Des modifications, si besoin, seront apportées dans les versions suivantes.**

### *3.2.2.2 Deuxième niveau descriptif : rééducation et réadaptation.*

Le terme générique de rééducation-réadaptation utilisé jusqu'à présent est remplacé par le terme de réadaptation, qui regroupe la rééducation, la réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la réinsertion.

La nouveauté de cette classification est la prise en compte, juste après la morbidité principale, du type de réadaptation et de la quantité de réadaptation reçue, en d'autres termes, de la réadaptation d'un point de vue qualitatif et quantitatif.

#### Type de réadaptation

Décrit le type de réadaptation dont a bénéficié le patient

Ainsi, une fois le GN du séjour déterminé, l'étape suivante consiste à classer le séjour de l'hospitalisation complète, ou chaque RHS de l'hospitalisation à temps partiel, dans un groupe de réadaptation (GR).

### *3.2.2.3 Troisième niveau descriptif : niveau de lourdeur*

Pour l'hospitalisation complète, le niveau de lourdeur est le degré de charge économique due aux différentes caractéristiques du patient.

#### Niveau de lourdeur

Décrit l'augmentation de la charge économique due aux différentes caractéristiques du patient

Ainsi, une fois le groupe de réadaptation (GR) du séjour déterminé, l'étape suivante consiste à classer le séjour dans un groupe de lourdeur (GL).

Dans cette première version, il y a un seul niveau de lourdeur pour l'hospitalisation partielle.

### *3.2.2.4 Quatrième niveau descriptif : niveau de sévérité.*

Pour l'hospitalisation complète, le niveau de sévérité décrit les différents degrés de charge économique due à certaines pathologies, déficiences ou situations n'ayant pas servi à la détermination du groupe nosologique.

#### Niveau de sévérité

Décrit l'augmentation de la charge économique liée à certains diagnostics et actes CCAM

Ainsi, une fois le groupe de lourdeur du séjour déterminé, l'étape finale consiste à classer le séjour dans un niveau de sévérité permettant d'obtenir ainsi le GME.

**Les principes de détermination du niveau de sévérité restent les mêmes pour l'hospitalisation complète. Pour l'hospitalisation à temps partiel, le niveau de sévérité est fixé à 0 par convention. Des modifications, si besoin, seront apportées dans les versions suivantes.**

### 3.2.3 Variables mobilisées

#### 3.2.3.1 *Les diagnostics*

Les diagnostics CIM10 peuvent être codés en 4 positions : Finalité principale de prise en charge (FPP), Manifestation morbide principale (MMP), Affection étiologique (AE) et Diagnostic associé significatif (DAS). La morbidité principale est constituée de la FPP, de la MMP, de l'AE. Les listes de codes de la CIM10 pour coder la morbidité principale sont disponibles dans le fichier **CIM\_infos\_SSR.xlsx**

Les codes CIM10 sont répartis dans des listes utilisées pour grouper en CM et en GN. Un code diagnostic de la CIM10 est affectable à une seule CM ; certains peuvent être insuffisamment discriminants et donc n'appartenir à aucune des listes d'entrée de CM.

Les listes de code CIM10 mobilisées pour chaque CM figurent dans le fichier **CIM\_infos\_SSR.xlsx**.

Les listes de code CIM10 mobilisées pour chaque GN figurent dans le fichier **CIM\_infos\_SSR.xlsx** et sont rappelées pour chaque GN dans le volume 2 du manuel de groupage.

Les diagnostics de la morbidité principale et les diagnostics associés sont également utilisés pour les niveaux de sévérité. Pour qu'un code CIM10 soit retenu comme un marqueur de sévérité, il faut qu'il appartienne à la liste des Complications et morbidités associées (CMA) et qu'il ne soit pas exclu par un des codes ayant orienté un des RHS du séjour dans le même groupe nosologique que celui retenu pour le séjour.

La liste des complications ou morbidités associées sont dans le fichier **CIM\_infos\_SSR.xlsx**.

La liste des exclusions entre codes CIM10 est présente dans le fichier **CMA\_exclusion.txt**.

#### 3.2.3.2 *Les actes CCAM*

Les codes CCAM sont utilisés pour définir les niveaux de sévérité. Pour qu'un code CCAM soit retenu comme un marqueur de sévérité, il faut qu'il appartienne à la liste des Complications et morbidités associées (CMA). La liste des complications ou morbidités associées sont dans le fichier **CMA\_CCAM.xlsx**

Certains actes CCAM sont des actes de réadaptation. Une pondération a été affectée à ces actes CCAM. Ces actes sont utilisés, ainsi que les actes CSARR, pour définir les types de réadaptation et dans le calcul des scores de réadaptation par jour et par séjour.

La liste des actes de réadaptation et leurs pondérations est présente dans le fichier **ACTES\_ponderations.xlsx**

#### 3.2.3.3 *Les actes CSARR*

Les actes CSARR sont utilisés pour définir les types de réadaptation. Une pondération a été affectée à chaque acte CSARR. La pondération des actes CSARR est utilisée pour le calcul des scores de réadaptation par jour et par séjour. Les scores permettent de définir les types de réadaptation.

La liste des actes de réadaptation et leurs pondérations est présente dans le fichier **ACTES\_ponderations.xlsx**

#### 3.2.3.4 *L'âge*

L'âge du patient est calculé à partir de la date de naissance contenue dans le premier RHS du séjour pour l'hospitalisation complète ou de chaque RHS d'hospitalisation partielle. Il est utilisé pour définir le type de réadaptation et participe à la détermination du niveau de lourdeur.

### *3.2.3.5 Le score de dépendance physique*

La valeur du score de dépendance physique est calculée en additionnant la cotation des quatre items de la dépendance physique : *habillage ou toilette, alimentation, déplacement et locomotion et continence-hygiène de l'élimination*. La valeur minimale est de 4 et la valeur maximale de 16. Ce score participe à la détermination du niveau de lourdeur.

Suite à des travaux réalisés en 2021, il est décidé de prendre en compte la dépendance maximale du séjour et non plus la dépendance à l'entrée du séjour. Ce choix est expliqué dans la partie IV.

### *3.2.3.6 Le score de dépendance cognitive*

La valeur du score de dépendance cognitive est calculée en additionnant la cotation des deux items de dépendance cognitive : *communication et comportement*. La valeur minimale est de 2 et la valeur maximale de 8. Ce score participe à la détermination du niveau de lourdeur.

Suite à des travaux réalisés en 2021, il est décidé de prendre en compte la dépendance maximale du séjour et non plus la dépendance à l'entrée du séjour. Ce choix est expliqué dans la partie IV.

### *3.2.3.7 L'indicateur post-chirurgical*

L'indicateur post-chirurgical est calculé à partir de la variable « date d'intervention chirurgicale » dans le premier RHS du séjour pour l'hospitalisation complète ou pour chaque RHS pour l'hospitalisation à temps partiel. L'indicateur post-chirurgical est utilisé sous une forme binaire : post-chirurgical lorsque le délai depuis l'intervention est inférieur ou égal à 90 jours, non post-chirurgical lorsque le délai depuis l'intervention est supérieur à 90 jours ou une date d'intervention absente. Cet indicateur participe également à la détermination du niveau de lourdeur.

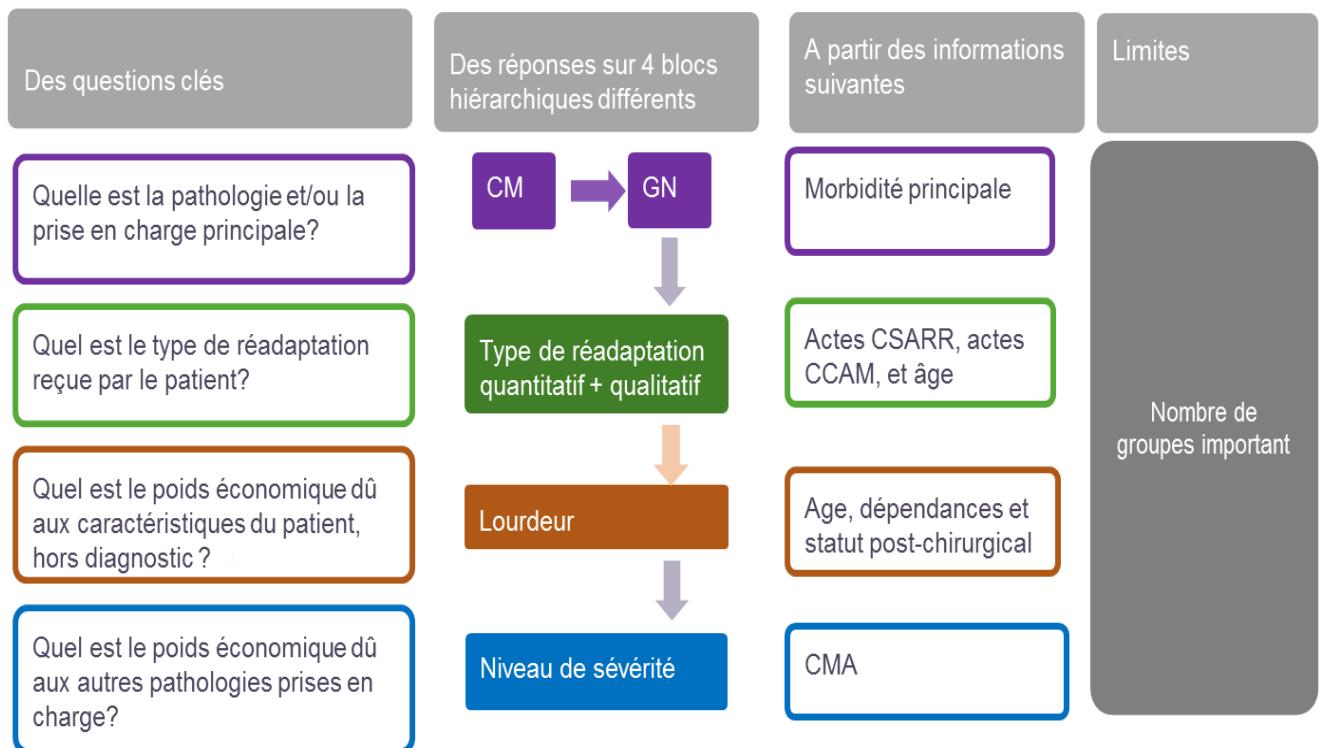
Le tableau suivant résume les différentes informations mobilisées, via les variables du recueil, et leur niveau d'utilisation dans la classification.

**Tableau 1: Les informations mobilisées pour chaque niveau hiérarchique**

Variable du recueil	Information mobilisée	Niveaux hiérarchiques de la classification				
		CM	GN	Type de réadaptation	Niveau de lourdeur	Niveau de sévérité
Morbidité principale	FPP	✓	✓			✓
	MMP	✓	✓			✓
	AE	✓	✓			
DAS	DAS		✓			✓
Acte CSARR	Code de l'acte CSARR			✓		
	Pondération de l'acte			✓		
Acte CCAM	Code de l'acte CCAM			✓		✓
	Pondération de l'acte			✓		
Dépendance	Score de dépendance physique				✓	
	Score de dépendance cognitive				✓	
Date de l'intervention chirurgicale	Statut post chirurgical				✓	
Date de naissance	Age			✓	✓	

### 3.3 La structure générale de la classification

Au total, la figure ci-dessous résume la structure générale de la classification v2021, les questions posées, les niveaux hiérarchiques, les informations recueillies mobilisées.



**Figure 4 : Structure générale de la classification v2022**

Les quatre niveaux hiérarchiques conduisent à un nombre de groupe important. Toutefois cette limite est compensée par des possibilités de regroupements facilitées par la structure même de la classification.

## 4 ANALYSES PRELIMINAIRES

### 4.1 Bases d'analyse

Pour réaliser les analyses statistiques, trois bases de données ont été utilisées :

- Les bases PMSI SSR 2017 et 2018
- La base ENC 2017 comprenant les coûts des séjours et les durées des actes CSARR.
- La base ENC 2019 pour les durées des actes CSARR

#### 4.1.1 Hospitalisation complète

Dans le PMSI, les règles administratives imposent de clore et de rouvrir un séjour pour une interruption de plus de 48h. De ce fait, certains séjours d'hospitalisation complète, pourtant faisant partie d'une même prise en charge peuvent être scindés en deux ou plusieurs séjours. C'est particulièrement le cas en pédiatrie, où les patients rentrent fréquemment à domicile le week-end.

Pour éviter que ceci n'introduise un biais dans les analyses, lorsque 2 séjours sont proches, ils sont concaténés pour n'en constituer qu'un seul.

Cette opération vise à rendre plus robuste les analyses en ayant des durées de séjour plus fiables. Néanmoins, elle réduit alors le nombre de séjours totaux considérés et empêche toute comparaison directe avec les données administratives du PMSI sur le nombre de séjours.

Les critères pour effectuer cette concaténation sont :

- Les séjours distants de moins de 3 jours inclus
- Avec une sortie domicile pour le premier et une entrée domicile pour le deuxième.

#### Pourquoi les séjours avec sortie domicile et ré-entrée par le domicile ?

Ces séjours sont considérés comme ayant un motif de prise en charge commun, contrairement à des séjours interrompus par exemple par un transfert en MCO de plus de 48 heures. Ils représentent essentiellement :

- les permissions de sortie de plus de 48 heures
- les interruptions de séjours administratifs dans le cadre d'hôpitaux de semaine

#### Méthode de détermination du délai de 3 jours

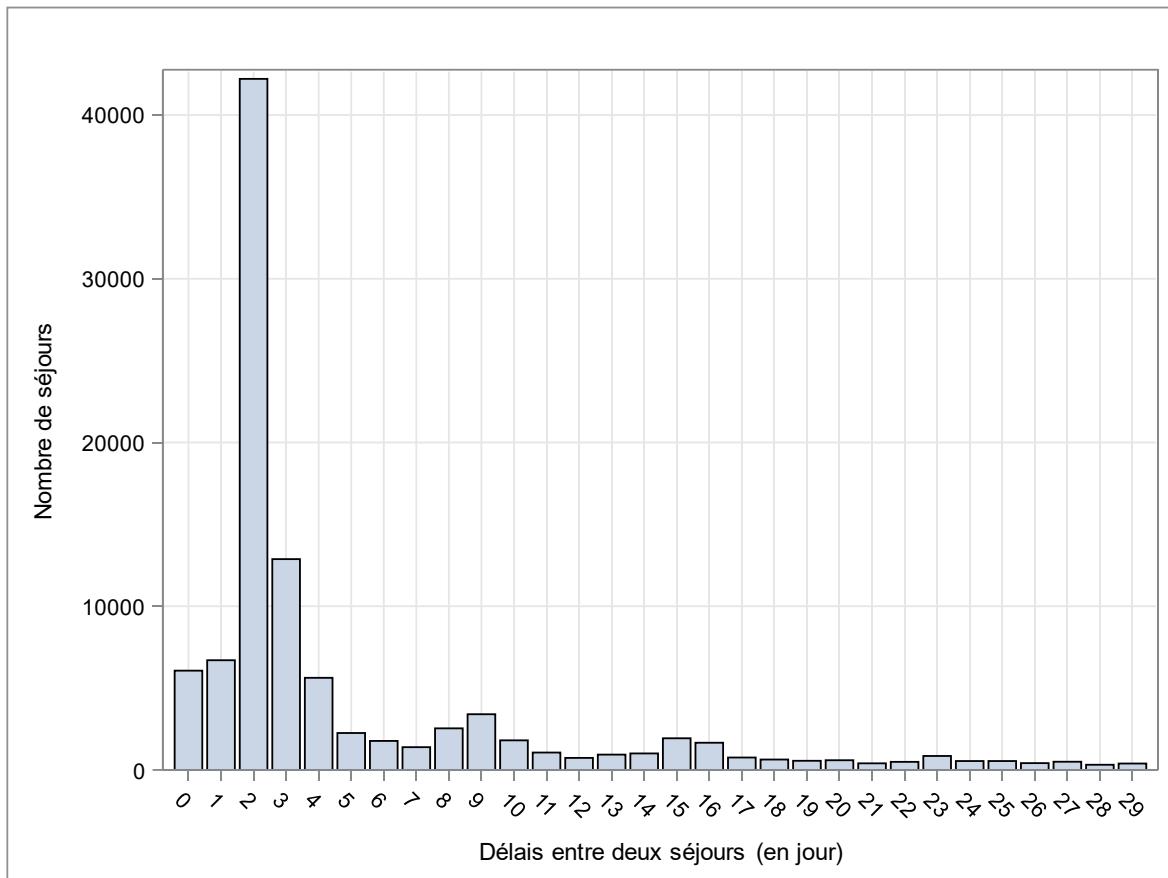
Le tableau suivant indique, **sans critère de délai entre 2 séjours consécutifs d'un même patient**, mais avec un mode d'entrée et de sortie « domicile » le nombre de séjours concaténables :

Tableau 2 : Part des séjours concaténables dans la base (données 2017-2018)

	Fréquence	Pourcentage
Séjours non concaténables	1 809 530	88%
Séjours concaténables : séjours consécutifs d'un même patient	Total : 238 677 - Séjours initiaux : 82 250 - Séjours secondaires : 156 427	12%
Total des séjours	2 048 207	100%

Parmi ces 238 677 séjours concaténables, 82 250 sont des séjours initiaux et 156 427 des séjours secondaires. Ce sont ces séjours secondaires, pour lesquels nous analysons le délai entre la date d'entrée et la date de sortie du séjour précédent.

La figure suivante présente la répartition des 101 006 délais de moins de 30 jours entre deux séjours.



**Figure 5: Répartition des délais entre deux séjours concaténables avant concaténation**

On observe un pic à 2 jours et dans une moindre mesure à 3 jours. Ce pic correspond à la durée de permissions de sortie de week-end, qui dépassant les 48 heures, entraînent une clôture et réouverture de séjours, les deux faisant pourtant partie intégrante de la même prise en charge.

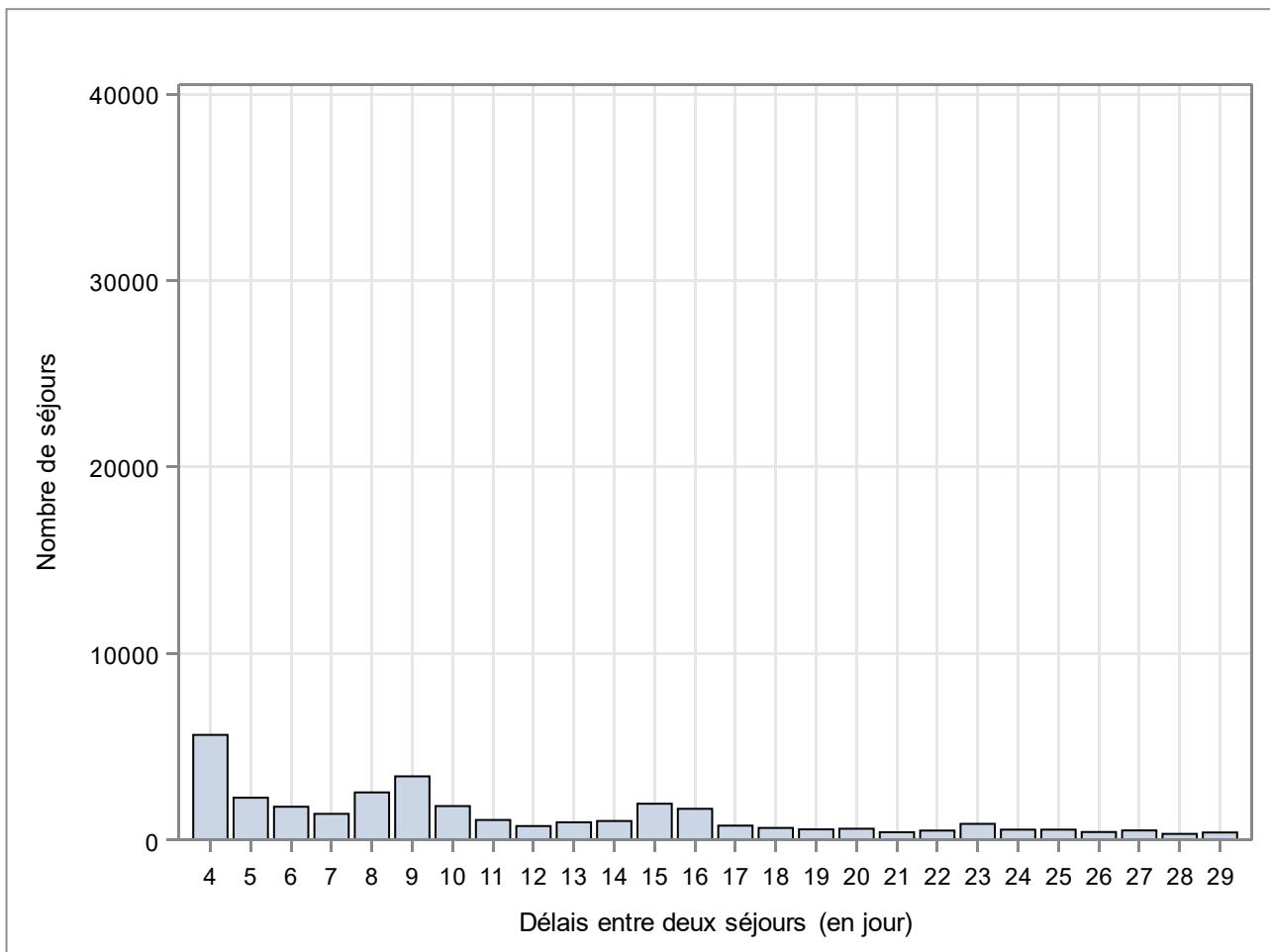
Cette observation conduit à faire le choix de concaténer les séjours (avec entrée et sortie domicile) si le délai est inférieur ou égal à 3 jours. Sur les 156 427 séjours, 32% vont être concaténés selon ces critères, avec le séjour précédent, soit 50 056 séjours en moins dans la base.

**On obtient donc au total 1 998 151 séjours d'HC à analyser (y compris les séjours non terminés et groupés en erreur, qui seront parfois exclus en fonction des analyses à réaliser).**

**Tableau 3 : Base d'analyse en HC, 2017- 2018**

	Nombre de séjours	Pourcentage
Pédiatrie	58 987	3%
Adultes	1 939 164	97%
Total	1 998 151	100%

La figure suivante montre, après la concaténation, la répartition des délais entre deux séjours reconstitués pour un même patient.



**Figure 6 : Répartition des délais entre deux séjours concaténables après concaténation**

Le délai entre les séjours d'un même patient passe logiquement à 4 jours ou plus après concaténation.

#### 4.1.2 Hospitalisation Partielle

L'unité d'analyse de ces prises en charge est la journée. En effet, la notion de séjour administratif n'existe pas, le recueil et le groupage se font au RHS. On comptera donc le nombre de journées de présence du patient par RHS. Pour les scores de réadaptation journaliers, on utilisera le score journalier moyen du RHS.

**Tableau 4 : Base d'analyse en HTP, 2017- 2018**

	Nombre de RHS	Nombre de journées	Pourcentage
Pédiatrie	325 854	698 044	8.2%
Adultes	3 093 195	7 765 177	91.8%
Total	3 419 049	8 463 221	100%

## 4.2 Pondération des actes de réadaptation

### 4.2.1 Rappels et définitions

Les codes des actes de Réadaptation du CSARR et de la CCAM sont les informations obtenues du recueil qui vont être utilisées pour définir les groupes de réadaptation. Ils sont associés à une pondération qui permet de calculer des scores de réadaptation.

**Les données concernant les actes CSARR ont été produites en considérant les nouveautés 2021 du catalogue CSARR.**

#### 4.2.1.1 Les différents types d'actes de réadaptation

##### *Les actes CSARR*

Les actes CSARR de réadaptation sont au nombre de 512 en 2021.

On distingue 4 types d'actes CSARR. Pour plus de précision sur leurs définitions, se reporter au guide de lecture et de codage du CSARR.<sup>1</sup>

- Actes individuels dédiés : 1 seul intervenant et 1 seul patient possible
  - o Dont les actes d'appareillage avec étape, relatifs à la fabrication d'orthèses ou de prothèses, dont le code doit être complété de la lettre A (prise de mesure, moulage, prise d'empreinte...), B (fabrication proprement dite), ou C (mise à disposition ou fourniture), qui sont traités à part
- Actes individuels non dédiés, réalisés par un seul intervenant, mais en présence de plusieurs patients qui bénéficient chacun de sa part d'un laps de temps spécifique
- Actes collectifs, réalisés par un seul intervenant avec plusieurs patients
- Actes pluri-professionnels, réalisés par plusieurs intervenants pour un seul patient. Ces actes font partie d'une liste fermée figurant dans le guide de lecture du catalogue CSARR.

##### *Les actes CCAM*

Les actes CCAM de réadaptation sont au nombre de 55.

La liste des actes CSARR et CCAM de réadaptation est présente dans le fichier **ACTES\_ponderations.xlsx**.

#### 4.2.1.2 La notion de temps patient / temps intervenant

La notion de temps patient et de temps intervenant est réinterrogée à l'occasion de ces travaux :

- Le temps patient est le temps passé par le patient à sa réadaptation. Il caractérise la prise en charge du patient en termes de durée de réadaptation. Il a un sens médical.
- Le temps intervenant est le temps passé par l'intervenant à réaliser l'acte pour un patient. Il est différent du temps patient dès lors que l'intervenant prend en charge plus de 1 patient en même temps, c'est-à-dire pour les actes collectifs et les actes individuels non dédiés. Ce temps caractérise le poids économique de l'acte pour l'établissement.

Exemples :

- Séance individuelle de relaxation : le temps patient est le temps passé par le patient pour sa séance. Le temps intervenant est le temps passé par l'intervenant à la séance. Dans le cas d'un acte individuel, ces deux temps sont identiques

---

<sup>1</sup> Guide de lecture et de codage des actes CSARR

- Séance collective de relaxation de 60 minutes, réalisée avec 6 patients :
  - Le temps patient est le temps passé par le patient à sa séance, soit 60 minutes. Il permet d'appréhender la durée de la réadaptation du patient.
  - Le temps intervenant est le temps passé par l'intervenant divisé par le nombre de patients, soit 10 minutes. Il permet d'appréhender le poids économique de l'acte pour l'établissement.

#### *4.2.1.3 Pondération unique ou différenciée*

Jusqu'à cette version de classification, les pondérations des actes étaient uniques quel que soit l'intervenant l'ayant réalisé. Dans cette version, certains actes ont des pondérations uniques, et d'autres des pondérations différencierées selon l'intervenant. Ils seront traités dans deux paragraphes distincts.

### 4.2.2 Mise à jour des pondérations, actes à pondération unique

#### *4.2.2.1 Historique et problématique*

Les pondérations des actes de réadaptation sont anciennes et résultent d'un transcodage des actes entre les deux nomenclatures CdARR et CSARR (changement en 2013).

Elles correspondent au temps estimé moyen de réalisation de l'acte par l'intervenant pour un patient : dans le cas des actes individuels, la pondération est égale au temps estimé moyen de réalisation de l'acte ; dans le cas des actes collectifs et individuels non dédiés, le temps de réalisation estimé moyen de l'acte est divisé par le nombre de patients, un coefficient est donc appliqué pour minorer la pondération issue du temps patient.

Comme, nous le verrons par la suite, la classification GME 2022 fait une place particulière à la description de la réadaptation. Un niveau hiérarchique est dédié à la réadaptation et ce niveau est centré sur une description qualitative et interprétable médicalement. Le sens médical est privilégié par rapport au sens économique : dans cette classification, le choix est fait d'utiliser le temps patient pour tous les actes, y compris les actes collectifs. Aussi, il a été choisi d'opter pour l'utilisation du **temps patient comme pondération de tous les actes CSARR**.

#### *4.2.2.2 Méthode et résultats*

Un des chantiers préalables à la construction de cette classification était la mise à jour de ces pondérations. Elle a nécessité :

- **En 2020, pour les actes individuels**, l'analyse de la base ENC 2017 : 3 500 000 occurrences d'actes sont prises en compte dans la base, avec une moyenne de 9000 occurrences par acte, mais avec une grande variabilité de fréquence selon les actes. L'ensemble des pondérations a été revu.

Le temps recueilli par les établissements ENC est le temps intervenant (le temps de réalisation de l'acte est divisé par le nombre de patients participant à l'acte) : le temps patient est donc identique au temps intervenant seulement pour les actes individuels. Ce sont donc seulement les pondérations des actes individuels qui ont été mises à jour lors de cette première phase.

- **En 2021, pour les actes collectifs**, l'analyse de la base ENC 2019. Dans cette base, la présence du nombre de patients a permis de déduire le temps patient du temps intervenant. La pondération des actes collectifs a donc été mise à jour.

Dans un souci de lisibilité, les pondérations sont arrondies à cinq minutes près, dans tous les cas.

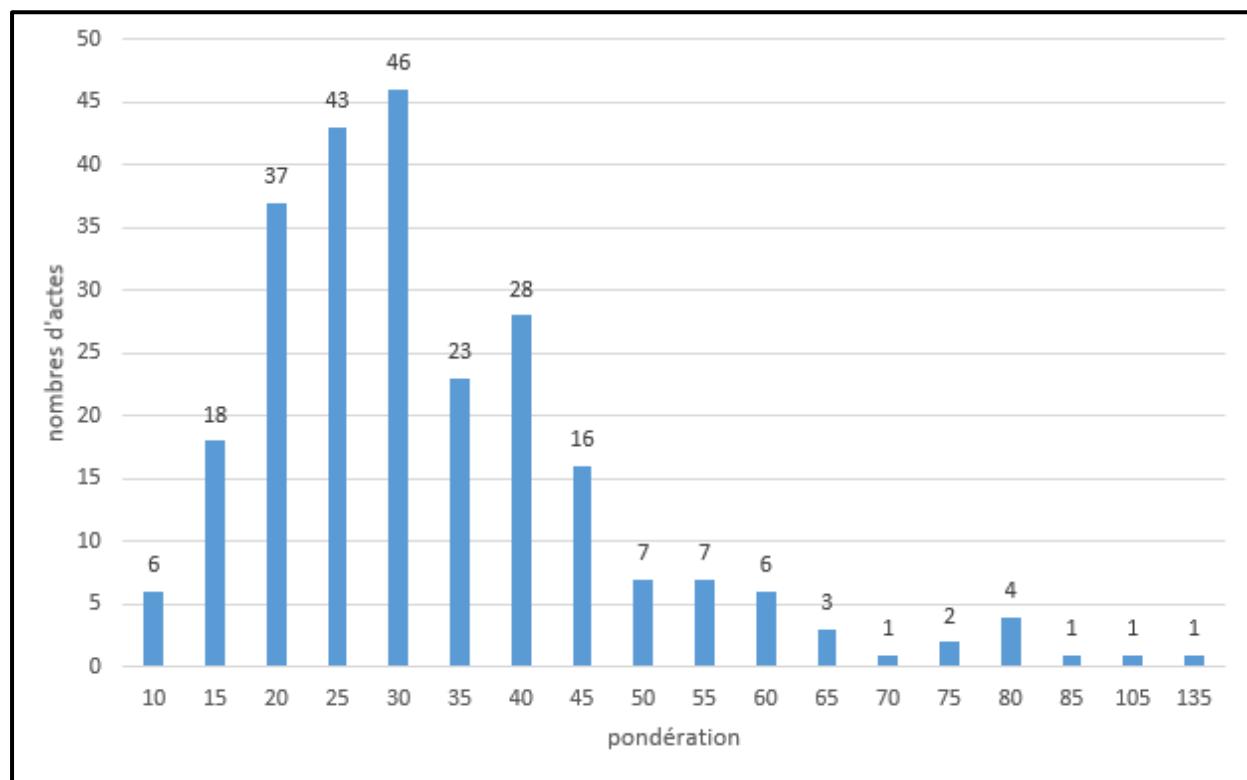
## *Actes individuels dédiés (hors acte d'appareillage avec étape)*

250 actes sont individuels dédiés, avec pondération unique pour tous les intervenants (ceux avec pondération différenciée sont traités dans le chapitre suivant).

**Le temps patient est égal au temps intervenant.**

- 204 actes ont donc été remis à jours avec les données disponibles dans la base ENC 2017.
- Pour 40 actes, les données étaient insuffisantes, il s'agit en grande partie d'actes d'appareillage (hors actes avec étapes), et d'actes peu codés (par exemple, les évaluations de l'audition). Les pondérations ont été effectuées à dire d'experts ou par analogie avec des actes proches, en s'appuyant en grande partie sur des travaux effectués en 2017.
- 11 actes ont été ajoutés et 5 supprimés en 2021 dans la nomenclature.

La figure suivante donne le nombre d'actes en fonction de leur pondération.



**Figure 7 : Variabilité des pondérations pour les actes individuels dédiés**  
La majorité des actes ont une pondération entre 20 et 40.

Le tableau suivant compare leurs pondérations dans la v2022 et la v2021.

**Tableau 5 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes individuels dédiés**

	V2021	V2022
Temps moyen des actes (minutes)	31,49	33,3
Temps minimum	5	10
Temps maximum	240	135

La pondération des actes est supérieure de 1.8 points dans la v2022.

Il y a moins d'extrêmes haut et d'extrêmes bas dans la v2022.

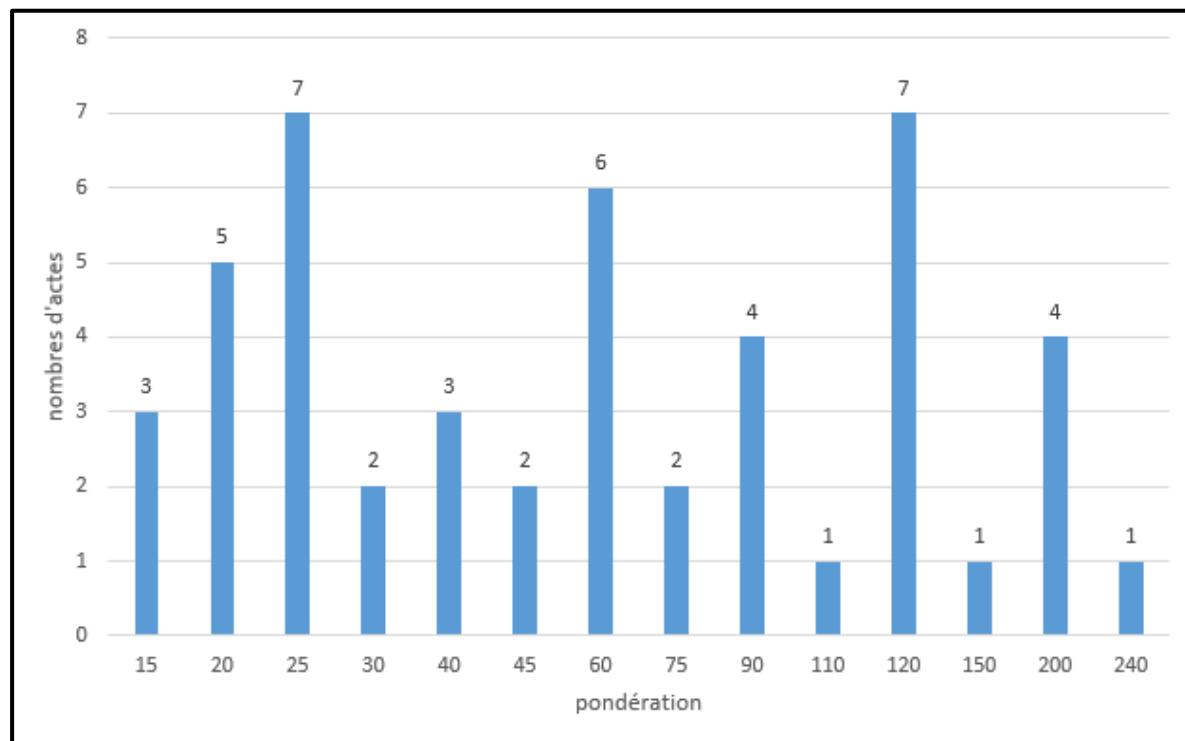
### *Actes d'appareillage avec étapes, A / B / C*

48 actes sont concernés. 58 actes ont été supprimés en 2021 et 17 créés, dans un objectif de simplification de ces actes d'appareillage.

Ils font partie des actes individuels dédiés. Ils sont peu codés et aucune donnée ENC n'était disponible. Les pondérations ont été effectuées à dire d'experts ou par analogie avec des actes proches, en s'appuyant en grande partie sur des travaux effectués en 2017.

Rappelons que seule l'étape C de mise à disposition de l'appareillage par l'établissement est pondérée. Ce principe est conservée dans la v2022.

Ce graphique donne le nombre d'acte en fonction de leur pondération.



**Figure 8 : Variabilité des pondérations pour les actes d'appareillage avec étape**

La pondération des actes varie de 15 à 240.

Le tableau suivant compare leurs pondérations dans la v2022 et la v2021.

Tableau 6 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes d'appareillage avec étapes

	V2021	V2022
Temps moyen des actes (minutes)	27,97	75
Temps minimum	11	15
Temps maximum	109	240

La pondération de ces actes était très sous-évaluée dans la v2021. Cela a pu être corrigé dans la v2022.

### *Actes individuels non dédiés*

108 actes individuels peuvent être réalisés en non dédiés, avec pondération unique pour tous les intervenants (ceux avec pondération différenciée sont traités dans le chapitre suivant).

**Le temps estimé moyen retenu est le même que celui pour les occurrences d'actes avec un seul patient.**

- 104 actes ont donc été remis à jours avec les données disponibles dans la base ENC 2017
- Pour 4 actes, les données étaient insuffisantes, les pondérations ont été déterminées à dire d'experts ou par analogie avec des actes proches.

Ce graphique donne le nombre d'actes en fonction de leur pondération.

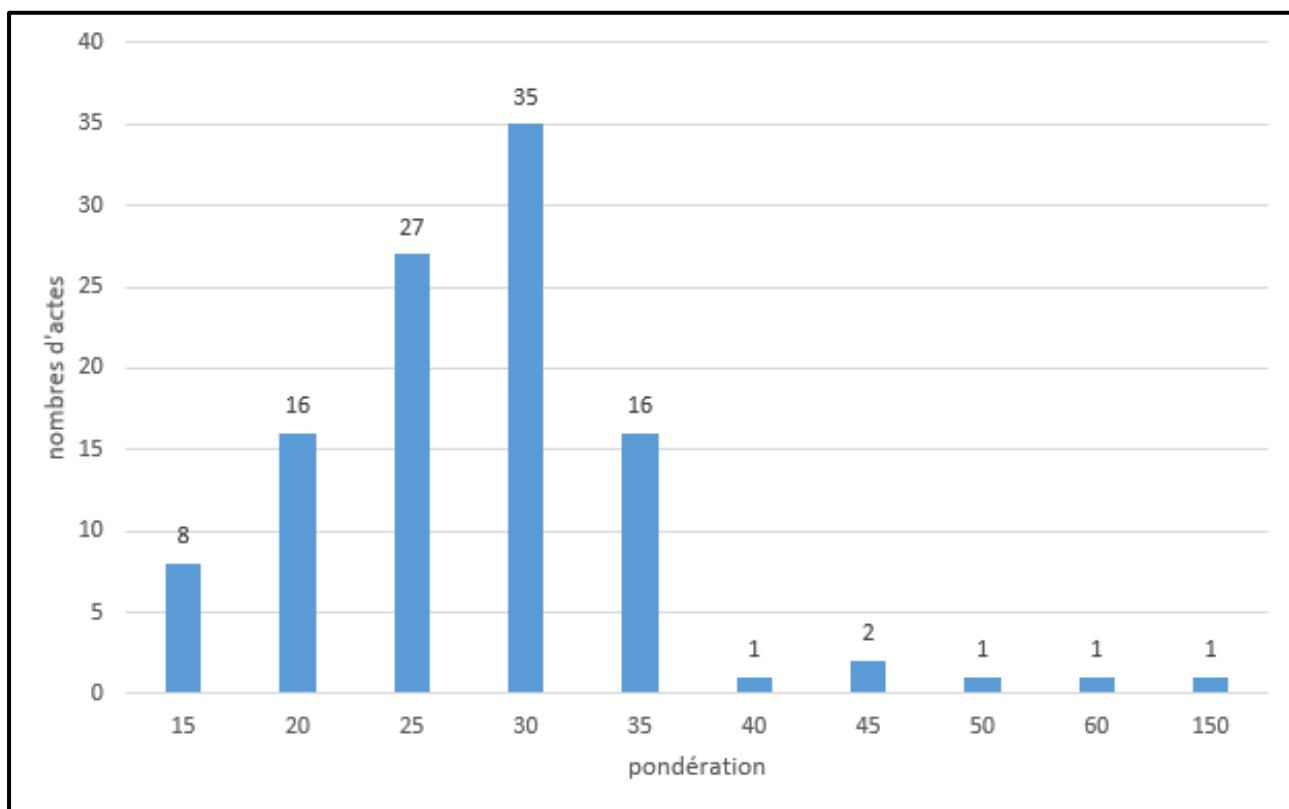


Figure 9 : Variabilité des pondérations pour les actes individuels non dédiés  
La majorité des actes ont une pondération entre 20 et 35.

Le tableau suivant compare leurs pondérations dans la v2022 et la v2021.

**Tableau 7 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes individuels non dédiés**

	V2021	V2022
Temps moyen des actes (minutes)	26,08	28,84
Temps minimum	7	15
Temps maximum	57	150

La pondération des actes est supérieure de 2.5 points dans la v2022.

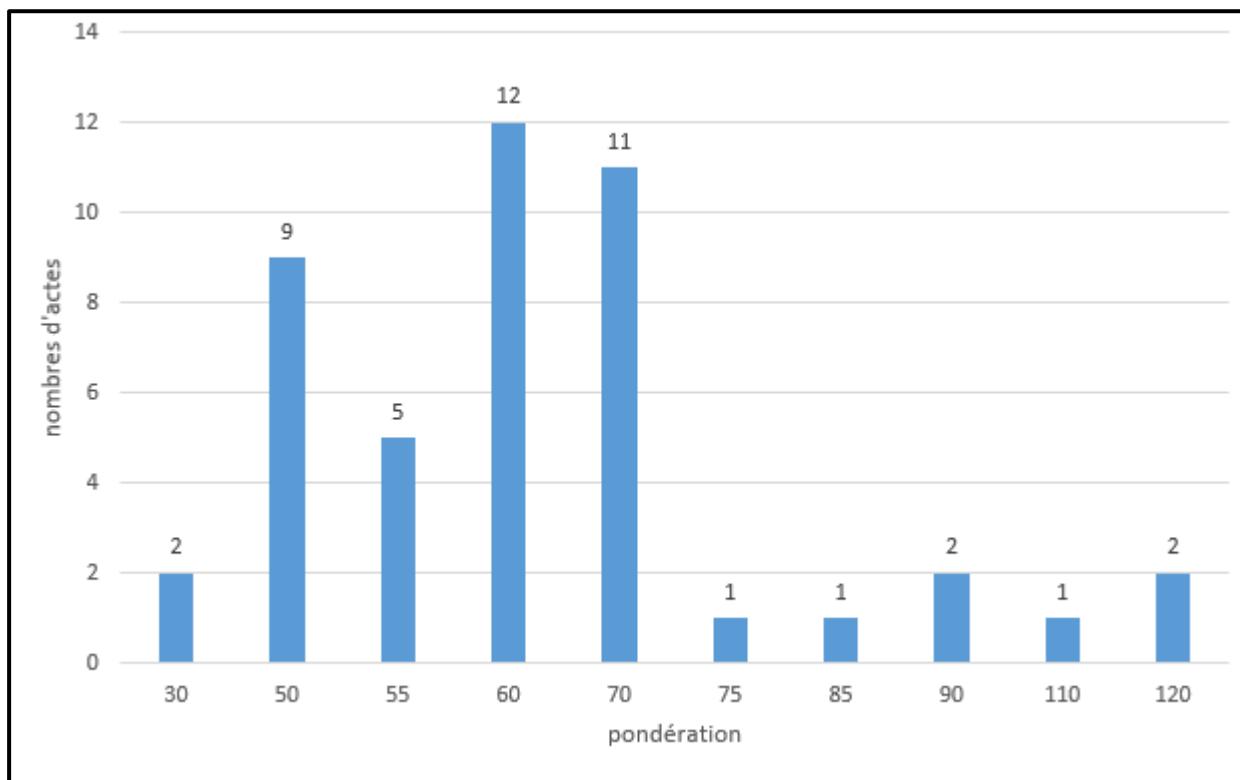
### *Actes collectifs*

46 actes sont concernés.

La mise à jour de la pondération de ces actes s'est faite dans un deuxième temps, en 2021.

La base ENC 2019 a permis cette mise à jour car elle contenait les informations nécessaires, à savoir le nombre de patients pris en charge pendant un acte collectif donné, pour déduire le temps patient, du temps intervenant.

Ce graphique donne le nombre d'actes en fonction de leur pondération.



**Figure 10 : Variabilité des pondérations pour les actes collectifs**

La majorité des actes collectifs est pondéré entre 50 et 70.

Le tableau suivant compare leurs pondérations dans la v2022 et la v2021.

**Tableau 8 : Comparaison pondérations v2022 / v2021 pour les actes collectifs**

	V2021	V2022
Temps moyen des actes (minutes)	15,04	64,45
Temps minimum	5	30
Temps maximum	25	120

La moyenne des pondérations est beaucoup plus élevée dans la v2022 que dans le v2021 car c'est le temps patient qui est utilisé (temps intervenant dans la v2021).

### *Actes pluri-professionnels*

Le tableau suivant liste les 11 actes concernés :

**Tableau 9 Liste des actes pluri-professionnels et pondérations**

Code	Libellé	V2021	V2022
PEQ+086	Évaluation pour fourniture de fauteuil roulant électrique	28	75
ZZC+028	Diagnostic éducatif initial avec établissement d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique	105	50
ZZC+221	Synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou de réadaptation	12	55
ZZC+255	Diagnostic éducatif initial sans établissement de programme personnalisé d'éducation thérapeutique	92	40
ZZQ+027	Évaluation intermédiaire des compétences acquises au cours d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique	82	50
ZZQ+140	Évaluation du projet de vie du patient sans préparation de dossier pour maison départementale des personnes handicapées [MDPH]	32	40
ZZQ+200	Évaluation du projet de vie du patient avec préparation de dossier pour maison départementale des personnes handicapées [MDPH]	64	65
ZZQ+261	Évaluation finale des compétences acquises au cours d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique	106	50
ALT+076	Séance d'entraînement à la conduite avec mise en situation sur route	45	45
ZZC+463	Synthèse des évaluations des capacités sensorielles, sensitives et motrices nécessaires à la conduite automobile	55	55
ZZQ+136	Évaluation du fonctionnement avec mise en situation sur route [ESR]	45	45

Ces 3 derniers actes ont été introduits en 2021

Les pondérations de ces actes ont été mises à jour avec les données de la base ENC.

## Actes CCAM

Les pondérations de la v2021 ont été conservées, excepté celles des actes CCAM équivalents aux actes CSARR collectifs de réadaptation cardiaque, qui ont été alignées sur la pondération de ceux-ci, et un acte dont la pondération semblait sous-évaluée (test d'évaluation d'une dépression)

**Tableau 10 : Actes CCAM dont la pondération a été modifiée en v2022**

CSARR	Libellé	2021	2022
ALQP003	Test d'évaluation d'une dépression	5	30
DKRP001	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine et à la réalisation de tâches de la vie quotidienne	12	60
DKRP002	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine, à la réalisation de tâches de la vie quotidienne et à l'activité sportive collective	12	60
DKRP003	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine et à l'activité sportive collective	12	60
DKRP005	Séance de réentraînement d'un insuffisant cardiaque à l'effort sur machine	12	60
EQRP001	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine	12	60
GLRP001	Séance de réentraînement à l'exercice d'un enfant asthmatique, sur machine	12	60
GLRP002	Séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique, sur machine	12	60

### 4.2.3 Mise à jour des pondérations, cas particuliers des pondérations différencierées

#### 4.2.3.1 Historique et problématique

Un des concepts de la nomenclature CSARR est de ne pas associer un intervenant à un acte. « Le libellé des actes ne fait jamais référence à la qualité ou la spécialité de l'exécutant. Tout acte décrit peut être utilisé par un professionnel d'un établissement SSR, si cet acte entre dans son champ de compétence et correspond bien à la nature de l'acte exécuté »<sup>2</sup>.

Il en découle que les actes peuvent être codés par tous les types d'intervenants. Les remontées de terrain ont souligné que certains actes CSARR pouvaient être effectués différemment selon les intervenants.

La liste des différents intervenants est rappelée dans le fichier ACTES\_ponderations.xlsx.

<sup>2</sup> Guide de lecture et de codage

Le tableau suivant donne le nombre d'actes CSARR distincts codés par chaque professionnel (sur un total de 512 actes)

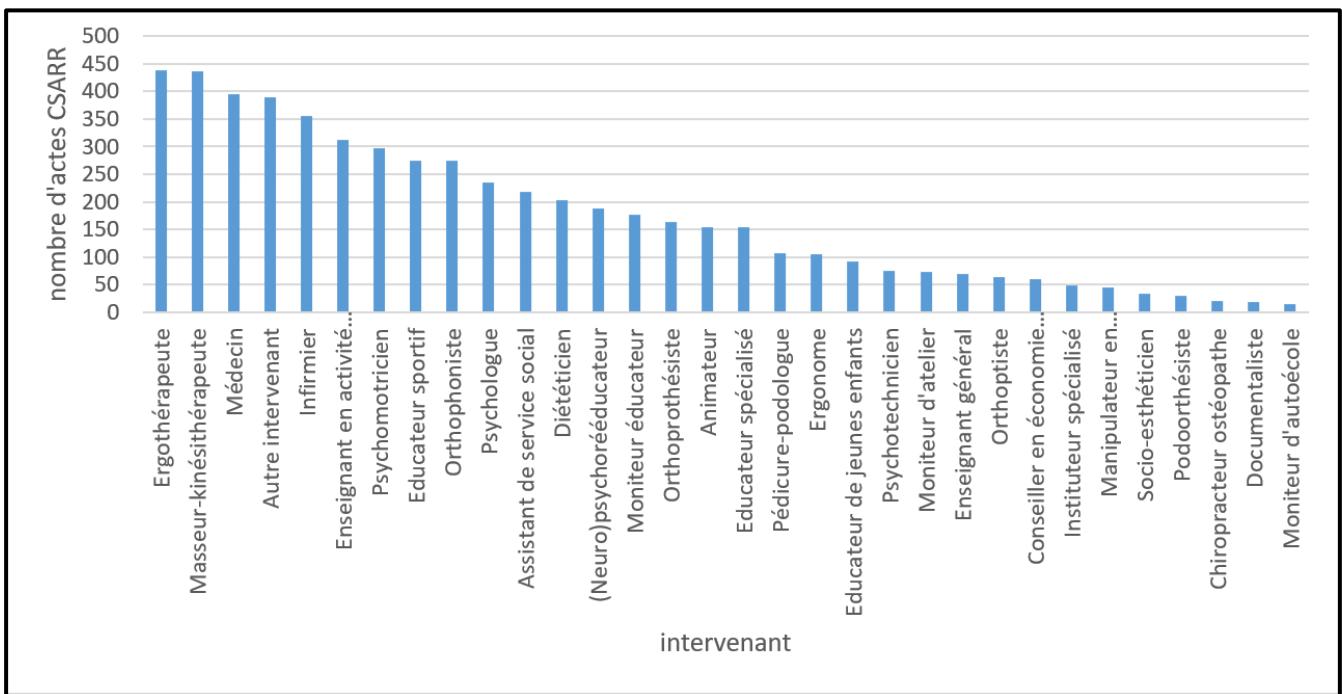


Figure 11 : Nombre d'actes CSARR distincts codés par intervenant

Les ergothérapeutes et kinésithérapeutes codent plus de 400 actes sur les 512, les médecins près de 400. Plus de la moitié des actes sont réalisés dans la base PMSI par plus de 10 intervenants.

Le paragraphe suivant questionne la durée des actes selon les intervenants.

#### 4.2.3.2 Méthode

Une attention particulière a été portée, dans la base ENC, aux temps observés en fonction du type d'intervenant : pour certains actes, ces temps varient de façon significative. L'analyse utilise les bases PMSI 2017/2018 et la base ENC 2017.

L'analyse s'est focalisée sur les actes individuels (dédiés seulement et non dédiés possible),

Pour ces actes, les couples actes/intervenants sont sélectionnés s'ils sont fréquents :

- Dans la base ENC (au moins 20 occurrences)
- Dans la base PMSI (au moins 200 occurrences/an / 1% des effectifs de l'acte tout intervenant confondu)

329 actes sont ainsi sélectionnés.

Puis, pour chaque acte, les temps moyens par intervenant sont calculés. On obtient autant de temps que d'intervenants. La différence entre le temps moyen maximum de réalisation de l'acte et le temps moyen minimum de réalisation de l'acte est utilisée comme indicateur de variabilité du temps entre les intervenants.

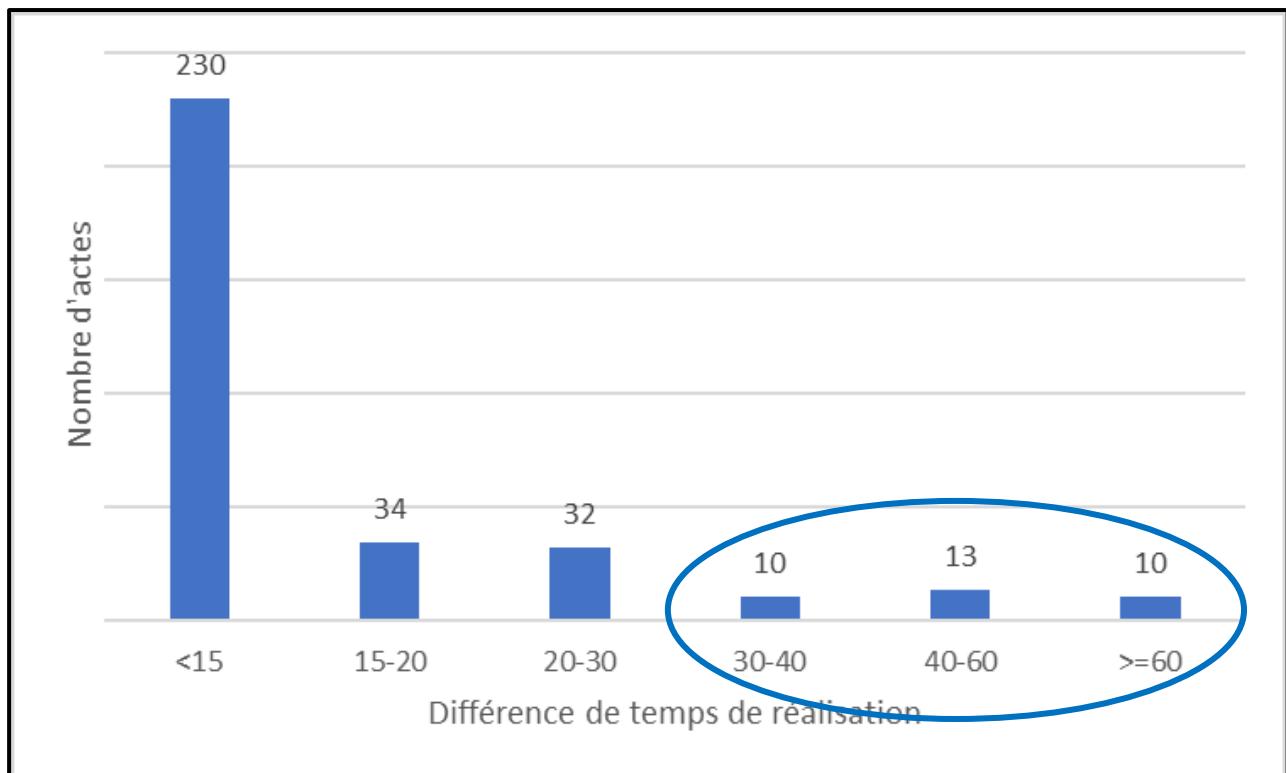
Remarque : Les temps moyens sont calculés en excluant les valeurs extrêmes basses (les temps sous un seuil de pertinence), déterminé à dire d'experts.

Exemple : pour l'acte AGR+047 Séance de rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection neurologique centrale dégénérative, 2 couples actes / intervenant sont retenus

- AGR+047 / kinésithérapeute :
  - o 301 424 actes (79.8% du total) dans la base PMSI
  - o 31 575 actes dans la base ENC dont 106 sous un seuil de 5 minutes (ces 106 actes sont exclus des analyses ultérieures)
  - o Temps moyen calculé sur 31 469 actes : **32.10**
- AGR+047 / ergothérapeute
  - o 73 292 actes (19.40% du total) dans la base PMSI
  - o 10 349 actes dans la base ENC dont 8 sous un seuil de 5 minutes (ces 8 actes sont exclus des analyses ultérieures)
  - o Temps moyen calculé sur 10 341 actes : **27.46**

→ Différence entre temps moyen maximum et minimum :  $32,10 - 27,46 = \mathbf{4,64}$

Ainsi, pour chaque acte, on obtient la différence, entre le temps moyen maximum de réalisation de l'acte et le temps moyen minimum de réalisation de l'acte, lorsque les données sont suffisantes dans les bases. La figure suivante montre la répartition des différences de temps de réalisation des actes.



**Figure 12 : Répartition des actes en fonction de la différence de temps de réalisation**

230 actes sont très peu variables avec une différences de temps entre intervenants inférieur à 15 minutes. 66 actes (32+34) sont légèrement variables avec une différence de temps entre intervenants entre 15 et 30 minutes.

33 actes (10+13+10) sont variables et très variables avec une différences de temps entre intervenants allant de 30 minutes à plus de 60 minutes.

On fait le choix, dans cette phase de travaux, d'analyser en détail les actes dont cette différence est supérieure à 30 minutes : 33 actes sont analysés.

#### 4.2.3.3 Résultats

Ces actes sont listés dans le fichier **ACTES\_ponderations.xlsx** (statut « diff inter ») et dans [l'annexe 1](#).

Ces actes sont principalement des évaluations. Les intervenants souvent concernés pour les temps de réalisation élevés sont les psychologues, neuropsychologues, orthophonistes. Les intervenants souvent concernés pour les temps de réalisation faibles sont les infirmiers et les médecins.

Ces actes représentaient en 2017 / 2018 une faible part du total : 3,5%. Soit 1 549 000 actes, sur presque 50 000 000. Pour ces 33 actes, 2 ou 3 pondérations ont ainsi été déterminées en fonction des durées observées suivant les intervenants.

Exemple 1 : ALQ +247, Évaluation globale initiale de plusieurs fonctions cognitives

Intervenant	Temps moyen ENC	Pondération retenue
Médecin	36	35
Orthophoniste	84	85
Ergothérapeute	32	35
Neuropsychologue	128	130
Psychologue	39	35

Exemple 2 : MKR+074, Séance d'apprentissage de la préhension avec prothèse

Intervenant	Temps moyen ENC	Pondération retenue
Kinésithérapeute	15	15
Ergothérapeute	49	50
Orthoprothésiste	44	50

#### 4.2.4 Mise à jour des pondérations, cas particuliers des pondérations à 0

##### 4.2.4.1 Historique et problématique

Pour la même raison évoquée plus haut, à savoir le principe du CSARR de ne pas limiter le recueil d'un acte à certains intervenants, certains actes sont parfois considérés comme codés à tort par certains intervenants, avec la justification qu'ils ne correspondent pas à la réalité de l'acte effectué. Par exemple, l'acte QAQ+198 (Évaluation initiale qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique de la tête et/ou de main) ne correspond pas à une simple surveillance, réalisée par une infirmière, dans le cadre d'une prévention d'escarre.

Des analyses des bases PMSI réalisées ces dernières années ont montré une forte proportion de certains actes réalisés par le type intervenant 21 (les infirmiers) ou encore le type 88 (autres intervenants), alors que ces intervenants ne sont pas attendus. Deux mesures ont été mises en place :

- D'une part, des journées d'informations réalisées par l'ATIH en 2016, faisant une large part aux questions concernant le codage des actes CSARR par les infirmiers et aide-soignants
- D'autre part, des contrôles OVALIDE réalisés en 2018 et 2019, portant sur 16 actes pour une réalisation par infirmier ou « autre intervenant », et 18 actes pour une réalisation par « autre intervenant ». Ces contrôles constituent une alerte pour les établissements et ne sont pas bloquants. Ils n'influent pas, jusqu'à la v2021 de la classification, sur la prise en compte des

actes pour le calcul des scores de rééducation-réadaptation.

#### 4.2.4.2 Méthode et résultats

A l'occasion de cette mise à jour des pondérations, il a été décidé d'instaurer une pondération à zéro pour ces couples d'acte / intervenant non attendus. Ces actes représentent un tiers des actes réalisés par les infirmières et 17% des actes réalisées par les « autres intervenants »

Parallèlement, le contrôle OVALIDE reste en place. Il a été étendu en 2020, avec 6 nouveaux actes, pour lesquels la pondération sera étudiée dans les années à venir.

Ces 22 actes sont listés dans le fichier **ACTES\_pondérations.xlsx** (statut « pond 0 ») et dans [l'annexe 2](#).

L'acte de synthèse pluri-professionnelle ZZC+221, fait partie des actes non attendus OVALIDE, lorsqu'il est codé par le type « autre intervenant ». Du fait de son caractère pluri-professionnel, il a toutefois gardé une pondération unique pour tous les intervenants, y compris lorsqu'il est codé par le type « autre intervenant ».

#### 4.2.5 Conclusion

Le tableau suivant récapitule les différents types d'actes avec leur statut de pondération, unique ou différenciée.

**Tableau 11 : Différents types d'actes CSARR**

Type d'acte	Actes individuels dédiés seulement	Actes d'appareillage avec étapes	Actes individuels non dédiés possibles	Actes collectifs	Actes pluri-professionnels	Total général
Pondération unique	250	48	108	46	11	463
Pondération différenciée	26	0	6	0	0	32
Pondération différenciée + à 0 pour 2 intervenants	1	0	0	0	0	1
Pondération à 0 pour 1 ou 2 intervenants	16	0	0	0	0	16
Total général	293	48	114	46	11	512

L'ensemble des pondérations des actes CSARR ont donc été revues et pour certaines différencier suivant les intervenants. Ce travail permet de construire des scores de réadaptation plus robustes.

Les scores et leurs utilisations seront présentés dans la partie III.1.3 consacrée aux groupes de réadaptation.

## II. CATEGORIES MAJEURES ET GROUPES NOSOLOGIQUES

---

Le classement en CM et GN est inchangé par rapport à la classification v2021. Ce paragraphe est un rappel.

### 1. LES CATEGORIES MAJEURES

#### 1.1 Principe et Méthode de construction

Les « Catégories Majeures » (CM) permettent une description par système fonctionnel, à l'exception des CM 23 et 27, où c'est une logique de prise en charge qui a été privilégiée.

La construction des catégories majeures a nécessité en 2013 la constitution complète des listes de codes CIM10 d'entrées par catégories.

Les catégories majeures (CM) sont définies par une des trois variables de la morbidité principale : finalité principale de prise en charge (FPP) ou manifestation morbide principale (MMP) ou affection étiologique (AE).

#### 1.2 Règles de groupage

La FPP n'est pas suffisamment informative pour orienter dans une catégorie majeure, sauf dans les trois cas suivants :

Z44.3 « Mise en place et ajustement d'une prothèse externe du sein » ;

Z45.0 « Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque » ;

Z51.5 « Soins palliatifs ».

L'orientation en Catégorie Majeure se fait donc principalement par la MMP qui définit le « problème médical principalement pris en charge » conformément au guide méthodologique. Si la MMP ne permet pas d'orienter dans une CM, alors l'AE est prise en compte.

L'ordre de priorité MMP/AE est inversé dans les situations où la MMP est décrite par un code appartenant à la liste définie comme « orientant en deuxième intention » et l'AE est renseignée.

Cette liste comprend :

- Des codes de symptômes ou de manifestations fonctionnelles, renseignés en MMP (exemples : dyspnée d'une insuffisance cardiaque, toux d'une bronchopneumopathie, raideur articulaire d'une gonarthrose...) ;
- Certains codes en Z caractérisant un état (dépendance envers un respirateur, porteur de trachéostomie...) ou des conditions socio-économiques particulières (ex : attente de placement) ; à noter que ces codes en Z pourront néanmoins être utilisés en tant que niveau de sévérité dans la suite de l'arbre.

La liste des catégories majeures figure dans le fichier **TOTAL\_liste\_groupes.xlsx**. La listes des codes CIM10 d'entrée dans chaque CM, la liste des diagnostics orientant en deuxième intention, la position de codage autorisée pour chaque code sont dans le fichier **CIM\_infos\_SSR.xlsx**.

La figure ci-dessous illustre cet algorithme du choix de la catégorie majeure.

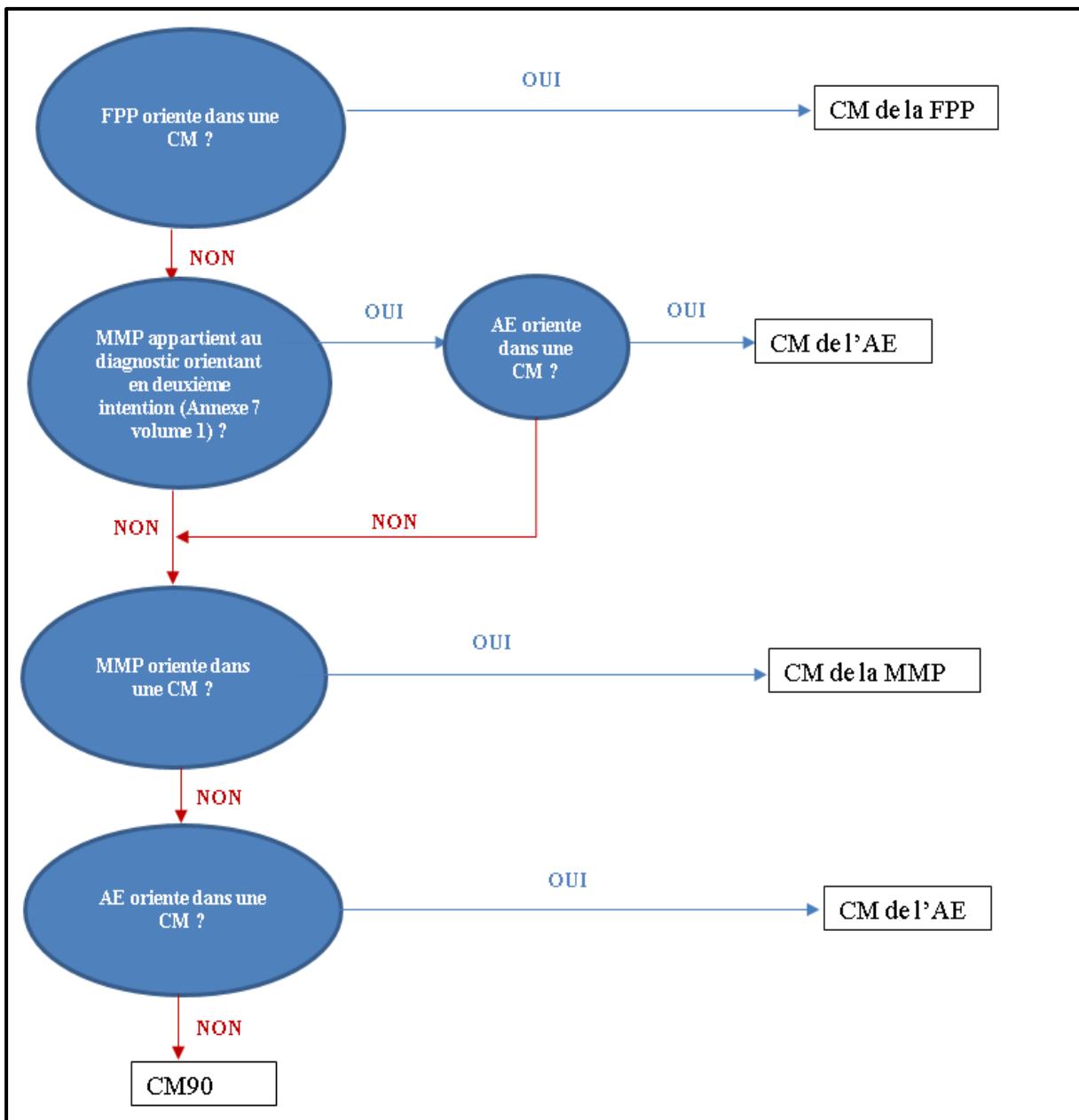
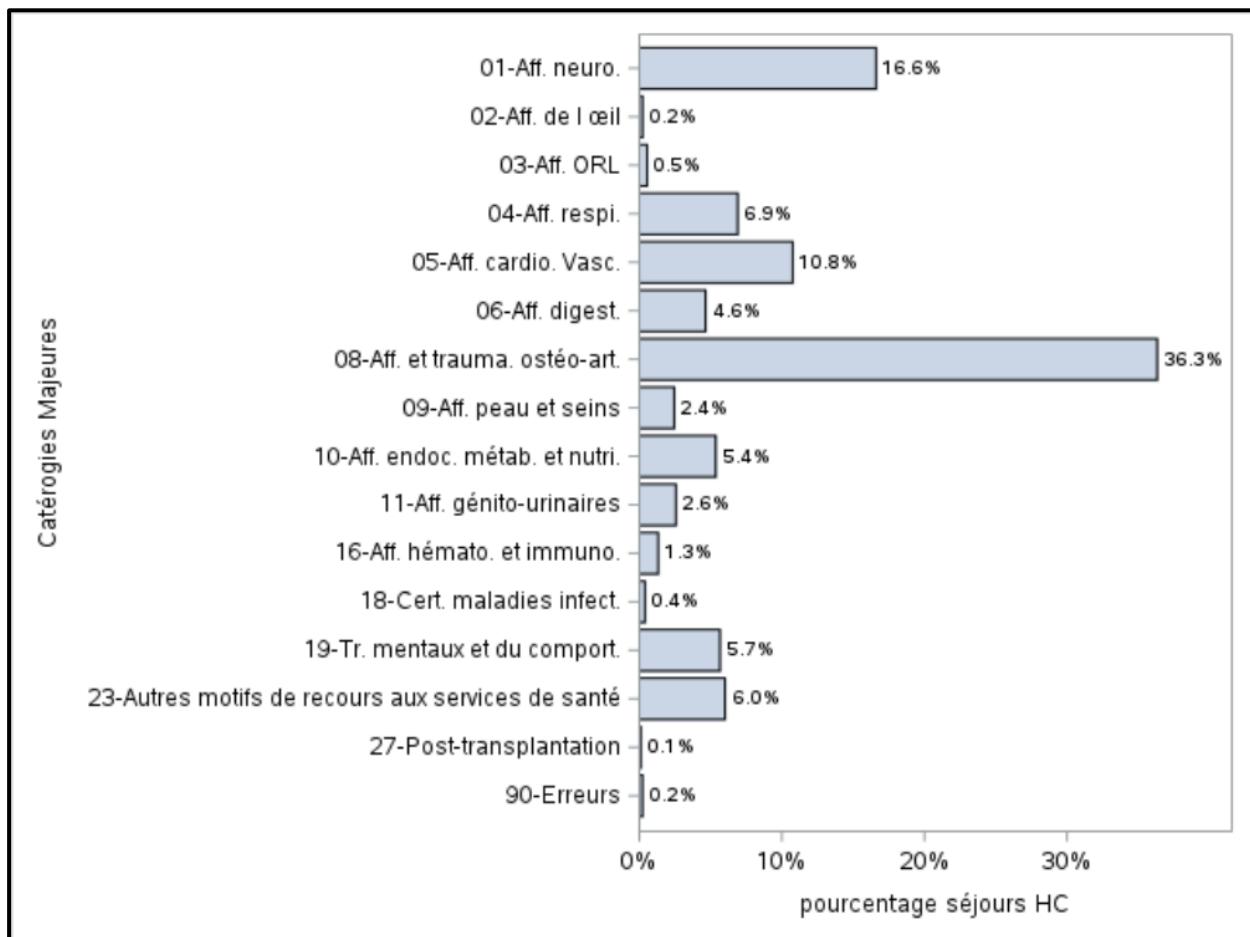


Figure 13 : Arbre de décision pour le classement en catégorie majeure

## 1.3 Description des catégories majeures : En chiffres

### 1.3.1 Hospitalisation complète

La figure suivante indique la part de chaque CM dans les effectifs de séjours d'HC.



**Figure 14 : Répartition des séjours en HC selon la CM**

Les affections de l'appareil locomoteur représentent la majorité des prises en charge, avec 36.3% des séjours puis ce sont les affections neurologiques, avec 16.6% des séjours, puis les affections cardiaques, avec 10.8% des séjours. Ces 3 CM représentent 63.7% des séjours en HC.

Les 3 CM suivantes, au-delà de 5% du total sont les affections respiratoires, les autres motifs de recours aux services de santé et les troubles mentaux et du comportement.

Certaines CM sont extrêmement peu représentées, avec des effectifs inférieurs à 1% du total : ce sont notamment les affections de l'œil, les affections ORL, certaines maladies infectieuses et les post-transplantations.

### 1.3.2 Hospitalisation à temps partiel

La figure suivante indique la part de chaque CM dans les effectifs de séjours d'HTP.

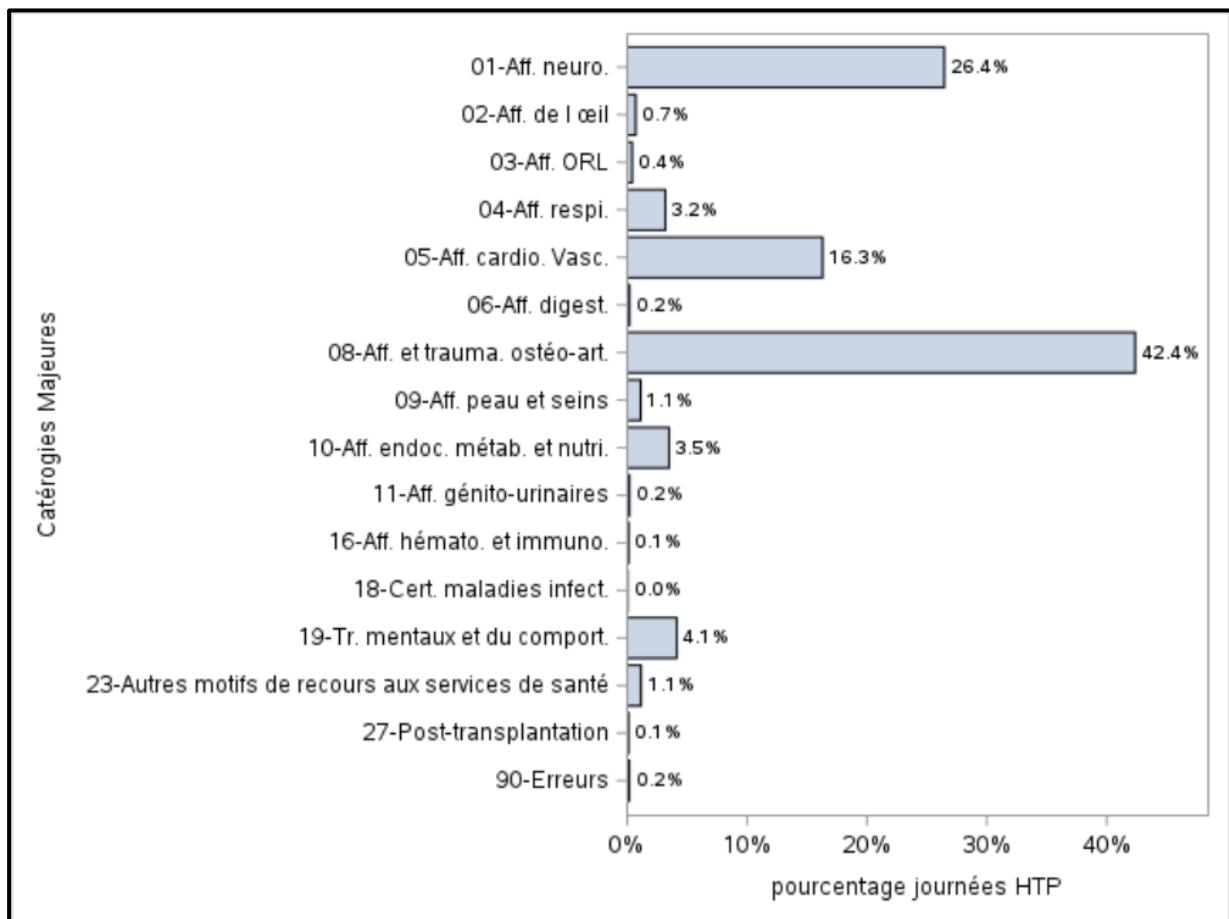


Figure 15 : Répartition des journées d'HTP selon la CM

Ce sont les mêmes CM, 08, 01, 05, dans le même ordre, qui sont majoritaires également en hospitalisation à temps partiel. Elles représentent à elles seules 85.1% du nombre total de journées.

Toutes les autres CM représentent moins de 5% du total.

## 2 LES GROUPES NOSOLOGIQUES

### 2.1 Méthode de construction

Les groupes nosologiques sont majoritairement construits selon une approche par « pathologie ».

Ils ont été construits suite à une série d'entretiens avec des cliniciens en 2010 et 2011.

L'approche des cliniciens pour distinguer leur activité se faisait le plus souvent par la pathologie. Dans certains cas, cette approche pouvait s'éloigner de la logique « pathologie » et se faire par type de prise en charge.

Les groupes nosologiques sont donc majoritairement construits selon une approche par « pathologie ». Le découpage selon une logique « déficience », qui aurait conduit à regrouper des affections d'étiologies différentes, n'a pas été retenu dans l'objectif de favoriser la lisibilité médicale. L'axe de construction suit une logique unique. Néanmoins, l'algorithme déterminant l'affectation du groupe nosologique peut éventuellement combiner :

- La pathologie et la déficience (AVC avec hémiplégie)
- Plusieurs pathologies (Fractures multiples)

Pour chaque discipline, les groupes nosologiques ont été construits en plusieurs étapes :

- Première proposition de groupes nosologiques portant sur les hypothèses formulées par les cliniciens couplées à l'analyse de la base de données PMSI SSR afin de conforter et de compléter ces propositions ou de proposer une construction différente, le cas échéant
- Construction du contenu théorique de ces groupes par affectation de l'ensemble des codes CIM 10, chaque code devant appartenir à au moins une liste
- Relecture de la « morbidité principale » (triplets de codes FPP/MMP/AE) des séjours classés dans les groupes créés pour s'assurer de la relative cohérence médicale de leur contenu puis affinage par adaptation des listes
- Tests de versions successives de groupes nosologiques par modification des listes d'entrée

Outre le contenu médical, les critères de jugement qui ont influencé l'individualisation de ces groupes sont :

- Une certaine homogénéité vis-à-vis de la durée de séjour intra groupe (coefficients de variation)
- Une différence de durée de séjour suffisante inter groupe (une différence de 5 jours étant considérée comme significative)
- Des effectifs nationaux suffisants pour une stabilité du groupe dans le temps en se fixant comme règle générale d'avoir des effectifs de groupes proportionnels à la taille de la CM (au moins 1% des séjours en hospitalisation complète)

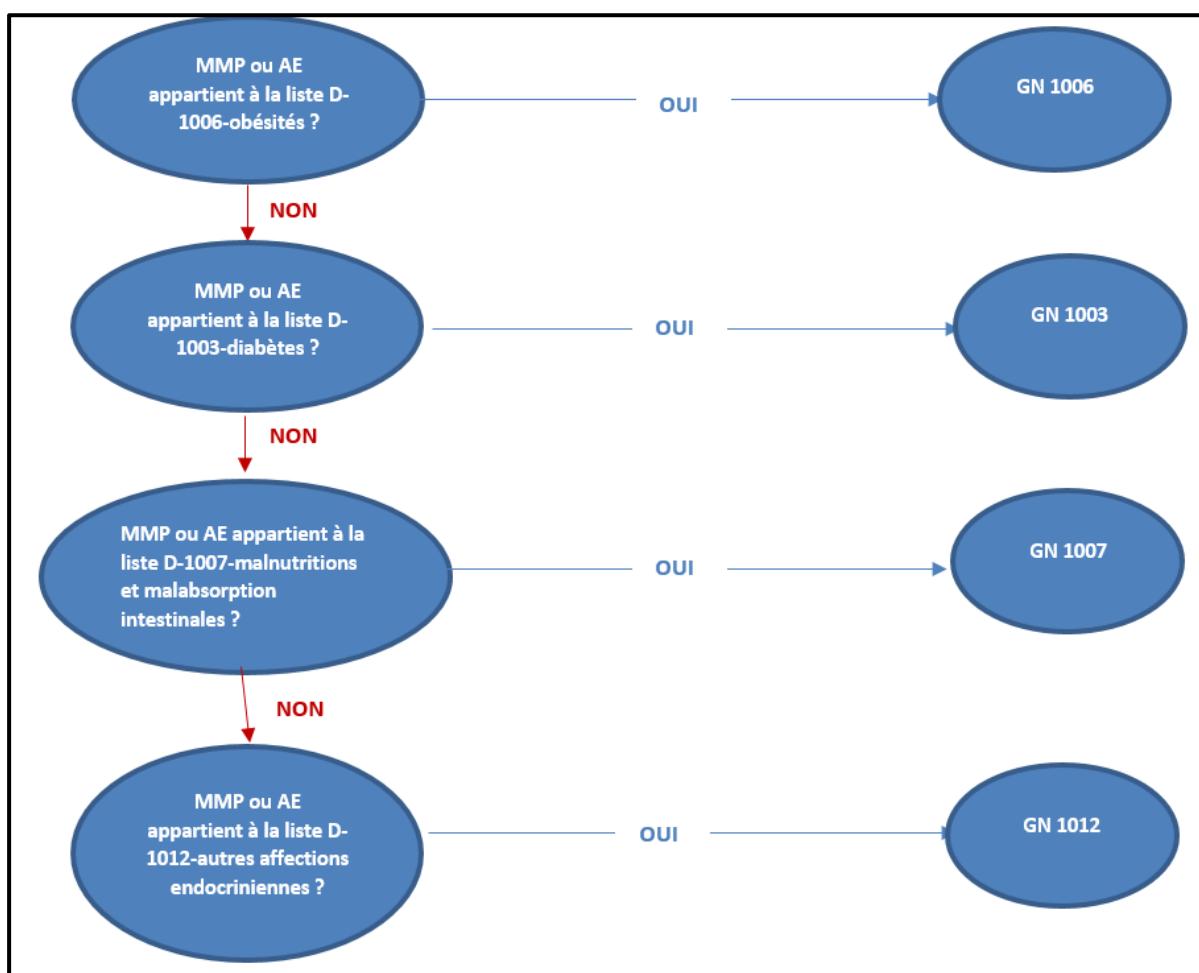
### 2.2 Principes de groupage

Au sein de la CM, ce sont l'ensemble des diagnostics qui sont susceptibles d'orienter dans un GN. Les trois variables permettant de décrire la morbidité principale (FPP, MMP et AE) et parfois les diagnostics associés significatifs (DAS), sont testés tout d'abord vis-à-vis du premier groupe nosologique positionné dans l'arbre de décision de la CM dans lequel a été classé le séjour; puis si les codes de la CIM10 ne sont pas affectables à ce premier GN, le test se poursuit vis-à-vis du deuxième GN ; et ainsi de suite, jusqu'au classement du RHS dans un groupe nosologique (à défaut dans le groupe erreur).

**Tableau 12 : Exemple d'arbre de groupage en GN pour la CM-10**

Ordre intra CM	Test 1	Test 2	Groupe Nosologique
1	MMP ou AE D-1006 - Obésités		1006-Obésités
2	MMP ou AE D-1003 - Diabète		1003-Diabète
3	MMP ou AE D-1007 - Malnutritions et malabsorptions intestinales		1007-Malnutritions et malabsorptions intestinales
4	MMP ou AE D-1012 - Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles		1012-Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles

À l'intérieur de chaque CM, les tests se font successivement dans l'ordre défini par Ordre intra-CM jusqu'à ce que le résultat de Test1 (et Test2 le cas échéant) soit positif. Dans ce cas, le groupe nosologique affecté au RHS est celui de la ligne.



**Figure 16 : Exemple d'arbre de groupage en groupe nosologique pour la CM-10**

Les listes des groupes nosologiques sont dans le fichier **TOTAL\_liste\_groupes.xlsx**. Les listes de code CIM10 d'entrée dans chaque GN, la position de codage autorisée pour chaque code sont dans le fichier **CIM\_infos\_SSR.xlsx**.

Les arbres de décision concernant l'ordre des tests en intra-CM figurent dans le fichier **GN\_liste\_tests.xlsx**.

## 2.3 Description des Groupes Nosologiques : En chiffres

Le tableau suivant, donne, par CM, l'effectif total des séjours, l'effectif moyen par GN et la DMS moyenne par GN.

**Tableau 13 : Effectifs moyens par GN et par CM et durées de séjour moyennes par CM.**

CM	Effectifs CM	Nombre de GN	Effectif HC moyen par GN	DMS (jours)
01-Aff. neuro.	317 060	18	17 614	43
02-Aff. de l'œil	4 200	1	4 200	33
03-Aff. ORL	10 296	2	5 148	35
04-Aff. respiratoires	131 670	7	18 810	30
05-Aff. cardio. Vasc.	205 343	7	29 335	26
06-Aff. digest.	88 631	6	14 772	29
08-Aff. et trauma. ostéo-art.	693 810	23	30 166	36
09-Aff. peau et seins	46 610	6	7 768	35
10-Aff. endoc. métab. et nutri.	102 285	4	25 571	27
11-Aff. génito-urinaires	48 871	6	8 145	29
16-Aff. hémato. et immuno.	25 121	2	12 561	29
18-Cert. maladies infect.	7 352	2	3 676	30
19-Tr. mentaux et du comport.	107 971	3	35 990	35
23-Autres motifs de recours aux services de santé	114 626	4	28 657	32
27-Post-transplantation	1 842	1	1 842	27
TOTAL	1 909 826	92	20759	34

Le nombre de GN est très variable suivant les CM. La CM 08 a le plus grand nombre de GN, 23 puis vient la CM 01 avec 18 GN. Les autres CM ont de 1 à 7 GN.

Les effectifs moyens par GN sont les plus importants dans la CM 19 (mais elle ne contient que 3 GN) , dans la CM08 (elle contient pourtant 23 GN), la CM05 (7 GN), la CM23 (4 GN) et la CM10 (4GN).

Pour rappel, la DMS en SSR est de 34 jours et la médiane à 26 jours.

La DMS la plus élevée est dans la CM01 avec 43 jours en moyenne, puis vient la CM08 avec 36 jours. Les autres CM avec les DMS supérieures à la DMS au global (34 j) sont les affections ORL, les affections de la peau et des seins, et les troubles mentaux et du comportement.

Les graphiques suivants montrent la variabilité de la DMS en fonction des GN, au sein d'une CM.

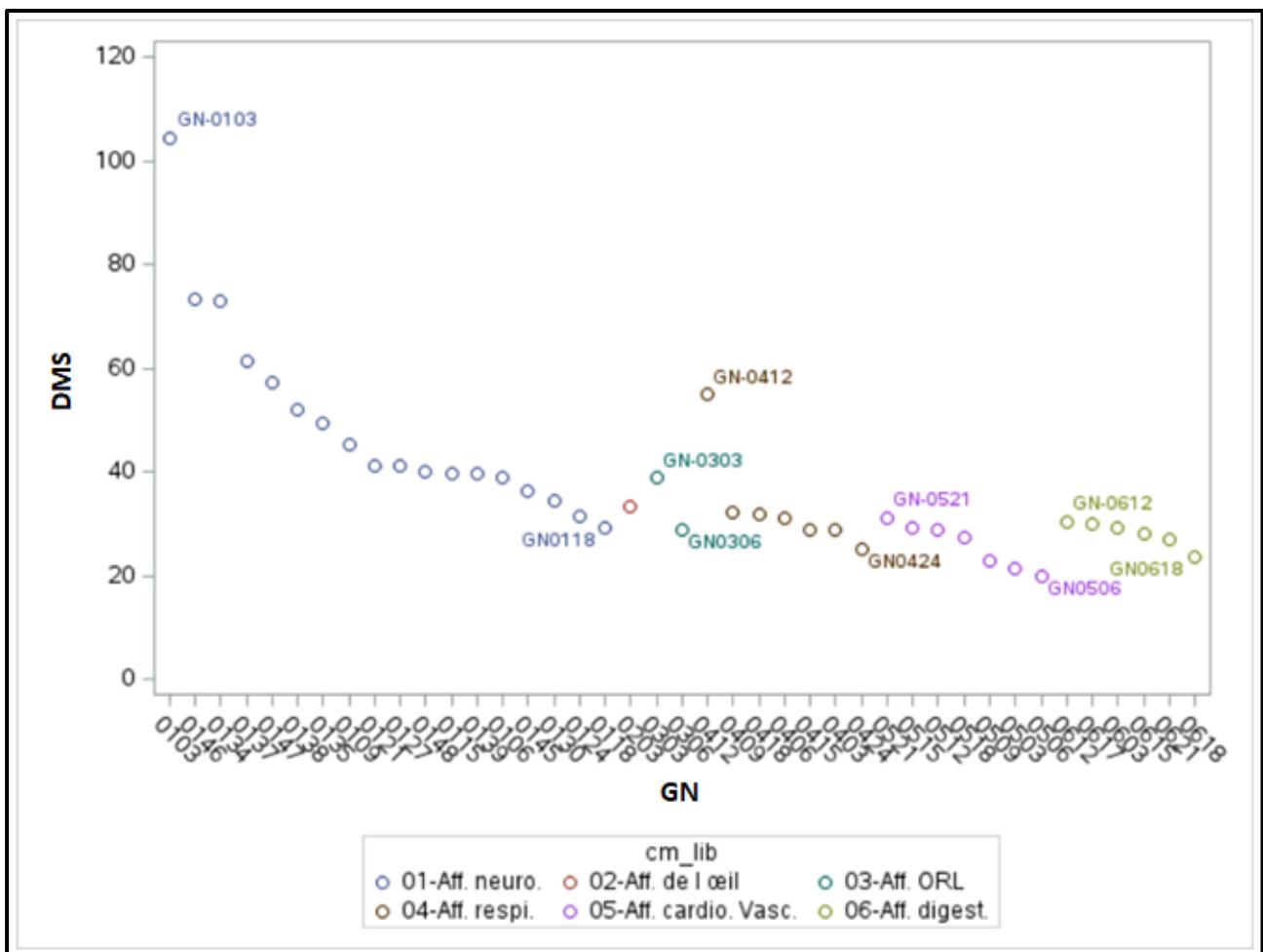
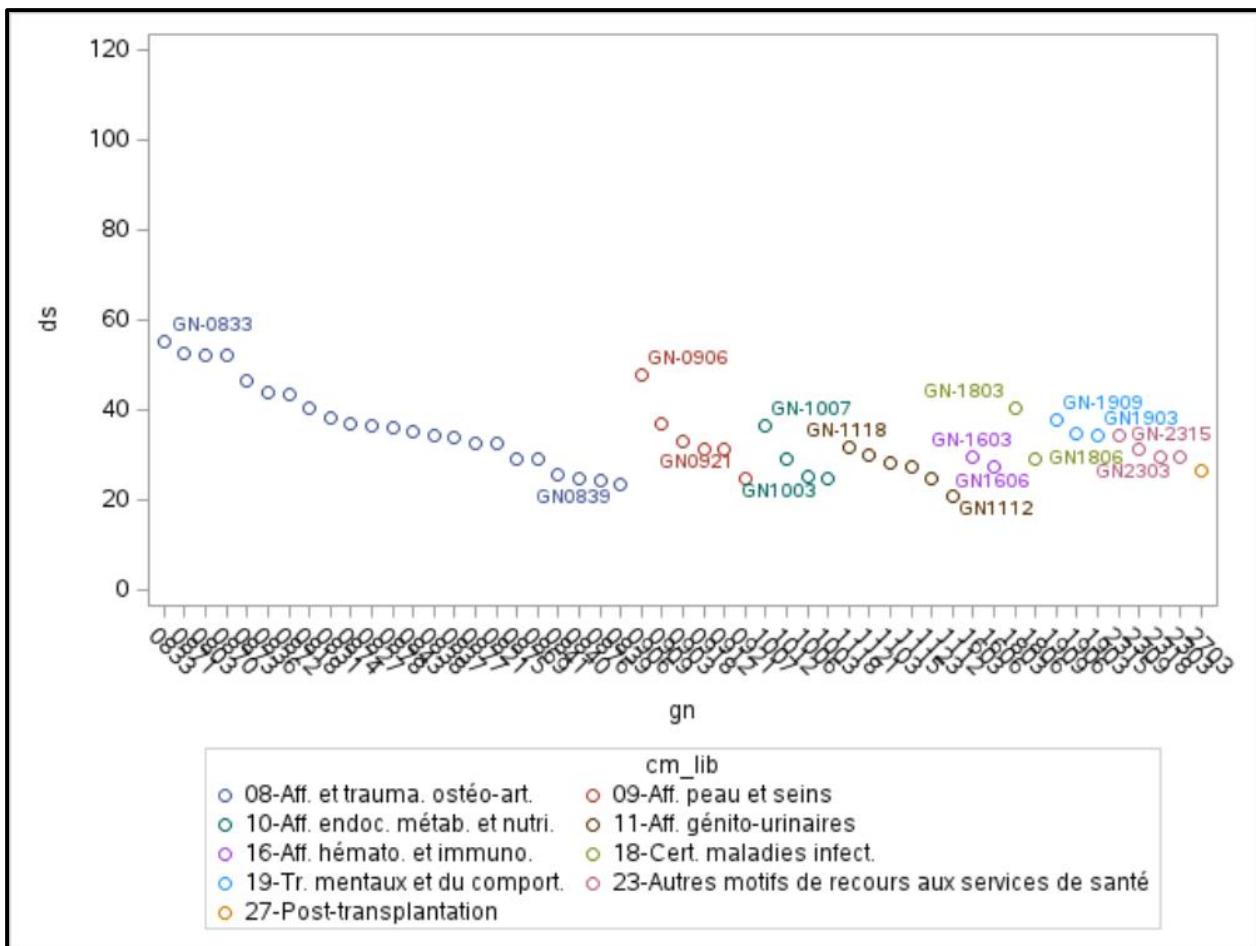


Figure 17 : Distribution des DMS en fonction des GN au sein des CM 01 à 06

Pour la CM 01, représentée en bleu à gauche de la figure, la durée de séjour varie d'une trentaine de jours pour le GN 0118 (paralysies cérébrales) à plus de 100 jours pour le GN 0103 (EVC-EPR).

Pour la CM 04, représentée en marron, la durée de séjour est relativement stable entre les GN (entre 25 et 30 jours), sauf pour le GN 0412 (tuberculoses pulmonaires) qui contient des séjours beaucoup plus longs.

Pour la CM 05 (cardiologie), représentée en violet, les séjours durent de 20 à 30 jours en moyenne.



**Figure 18 : Distribution des DMS en fonction des GN au sein des CM 08 à 27**

Pour la CM08, la durée moyenne des séjours est très variable. Pour le GN 0839 (lésions articulaire et ligamentaires du genou), elle est d'un peu plus de 20 jours, alors que pour le GN 0833 (fractures du membre inférieur) elle atteint presque 60 jours.

Les variations des DMS sont moins importantes pour les autres CM.

### 3 DU GN DES RHS AU GN DU SEJOUR

Pour les hospitalisations complètes, la première phase groupe chacun des RHS du séjour dans une CM, puis au sein de la CM groupe chacun des RHS du séjour dans un des GN. On attribue alors au séjour le GN le plus fréquent parmi ses 10 premiers RHS (ou parmi l'ensemble des RHS si le séjour est constitué de moins de 10 RHS). Dans les situations d'égalité, le GN retenu pour le séjour est le plus fréquent selon l'ordre chronologique de description des recueils.

Pour les hospitalisations à temps partiel, chaque RHS est considéré indépendamment et classé en CM et en GN.

### III. TYPE DE READAPTATION

---

Une fois le GN du séjour déterminé, l'étape suivante consiste à classer le séjour de l'hospitalisation complète, ou chaque RHS de l'hospitalisation à temps partiel, dans un groupe de réadaptation. Ce groupe vise à identifier le type de réadaptation reçue par le patient pendant la prise en charge.

Pour l'hospitalisation complète, 4 types de réadaptation sont différenciés :

- Réadaptation pédiatrique en hospitalisation complète
- Réadaptation (adulte) spécialisée importante en hospitalisation complète
- Réadaptation (adulte) globale importante en hospitalisation complète
- Réadaptation (adulte) autre en hospitalisation complète

Pour l'hospitalisation à temps partiel, 5 types de réadaptation sont différenciés :

- Réadaptation pédiatrique en hospitalisation à temps partiel
- Réadaptation (adulte) modérée en hospitalisation à temps partiel
- Réadaptation (adulte) intense en hospitalisation à temps partiel
- Réadaptation (adulte) très intense en hospitalisation à temps partiel
- Réadaptation (adulte) indifférenciée en hospitalisation à temps partiel

Chacun des types de réadaptation fera l'objet d'une partie de ce chapitre qui exposera l'enjeu et la problématique, la façon dont la problématique a été abordée dans les classifications jusqu'à présent, la méthode développée pour la classification actuelle et enfin les résultats associés.

Nous commencerons par les types de réadaptation adultes en HC, puis les types de réadaptation adultes en HTP, et enfin, nous finirons par les types de réadaptations pédiatriques HC et HTP.

## 1 TYPE DE READAPTATION ADULTE HC

### 1.1 Retours de terrain

Des échanges avec les acteurs de terrain ont mis en évidence une hétérogénéité des prises en charge de réadaptation, pour une même pathologie ou pour un même groupe de pathologies : il a été reproché aux classifications précédentes de mélanger dans un même groupe, différentes formes de réadaptation. L'objectif de cette classification est de les distinguer, de s'intéresser, non pas seulement à la quantité de réadaptation reçue, mais également à son contenu .

Le paragraphe suivant donne des exemples de ces différences de prises en charge réadaptatives.

Exemple 1 : 3 séjours sont groupés dans le même groupe nosologique 0512 (insuffisance cardiaque)

- **Séjour 1** : patient de 62 ans, hospitalisé en SSR cardiologique, pour une insuffisance cardiaque. Prise en charge de 20 jours, protocolisée, intensive (3 heures par jour de réadaptation à l'effort et éducation thérapeutique)
- **Séjour 2** : patient de 90, hospitalisé en SSR gériatrique suite à la prise en charge en MCO d'un œdème aigu du poumon. Il est resté hospitalisé longtemps, est dénutri, et a perdu son autonomie antérieure. Son séjour en SSR est axé sur la ré-autonomisation avant retour à domicile. Il bénéficie d'une réadaptation conséquente, pluridisciplinaire (assistant social, diététicien, kinésithérapeute, ergothérapeute). Son séjour dure 60 jours.

- **Séjour 3** : patient 80 ans, hospitalisé en SSR polyvalent suite à la prise en charge en MCO d'un œdème aigu du poumon. Son séjour en SSR est principalement axé sur la suite des soins médicaux (surveillance biologique, équilibration du traitement...). Il bénéficie de très peu de réadaptation. Son séjour dure 30 jours.

Exemple 2 : 3 séjours sont groupés dans le même groupe nosologique 0147 (AVC avec hémiplégie)

- **Séjour 1** : patient de 72 ans, autonome à domicile, hospitalisé en SSR neurologique suite à un AVC avec hémiplégie massive. Séjour de 3 mois, avec rééducation intensive (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie), récupération progressive de son autonomie avant retour à domicile.
- **Séjour 2** : patient de 80 ans, vivant à domicile, hospitalisé en SSR suite à un AVC avec hémiplégie. Il ne récupère pas, souffre d'une dépression réactionnelle et d'une dénutrition sévère. Il bénéficie d'une rééducation, axé sur la prise en charge nutritionnelle et psychologique, dans l'objectif d'un retour à domicile.
- **Séjour 3** : patient 85 ans, vivant en EHPAD, grabataire, hospitalisé en MCO puis en SSR gériatrique pour un AVC avec hémiplégie. Récupération de son autonomie antérieure après quelques séances de kinésithérapie, retour en EHPAD au bout de 8 jours.

Pour une même pathologie, les prises en charges réadaptatives sont différentes en fonction des situations cliniques. Les trois types de réadaptation, décrites dans les exemples 1 et 2, sont différentes aussi bien en termes d'intensité, que de contenu.

En général, le premier type de réadaptation décrite (**séjours 1**) s'adresse à des patients plus jeunes, avec des objectifs fonctionnels plus ambitieux. Les prises en charges sont plus intensives, plus souvent protocolisées. Les séjours sont souvent plus courts (on constatera une exception pour les prises en charge neurologiques). Les prises en charges requièrent souvent des plateaux techniques spécialisés. Elles sont plus souvent effectuées dans des unités avec mention spécialisées (hors personne âgées polyopathologiques et dépendantes).

En général, le deuxième type de réadaptation décrite (**séjours 2**) s'adresse à des patients plus âgés, polyopathologiques, les prises en charge sont pluridisciplinaires. La réadaptation est globale. Les séjours sont plus longs. Les prises en charges sont plus souvent effectuées en unités polyvalentes ou gériatriques.

En général, le troisième type de réadaptation décrite (**séjours 3**) s'adresse à des patients plus âgés. Il s'agit souvent de soins de suite médicaux, le séjour est plutôt axé sur la prise en charge médicale que réadaptative. Les prises en charges sont plus souvent effectuées en unités polyvalentes.

## 1.2 Construction des listes d'actes spécialisées

### 1.2.1 Introduction

Partant de ces retours de terrain, la première étape est de différencier ce que nous appellerons, la réadaptation spécialisée des autres réadaptations (séjours 1 des exemples 2 et 3). La difficulté est que nous ne disposons pas de définition claire et consensuelle de cette réadaptation spécialisée.

Pour autant, il existe des recommandations concernant la rééducation de certaines pathologies. Citons par exemple, les recommandations de bonne pratique publiées par la HAS, concernant la méthode de rééducation motrice chez l'adulte après un accident vasculaire cérébral. Elles nous aideront à définir la réadaptation spécialisée.

Par ailleurs, des travaux antérieurs avec les sociétés savantes, en particulier les GERS-P (Groupe Exercice Réadaptation Sport-Prévention), nous ont permis de conforter notre méthode de construction des listes d'actes spécialisés.

Cette méthode repose sur les variables disponibles dans le PMSI actuel, à savoir les actes de réadaptation CSARR et CCAM, qui seront organisés en listes, différentes selon les GN. La partie suivante décrit la méthode de construction de ces listes et les résultats.

### 1.2.2 Hypothèses de travail

#### 1.2.2.1 *Une réadaptation spécialisée est plus souvent présente dans une unité avec mention spécialisée*

Nous établissons un lien entre la réadaptation spécialisée de la classification, et l'existence d'une mention spécialisée dans l'unité concernée. Cependant, il faut rappeler les différences essentielles entre ces notions :

- La mention spécialisée s'applique à une unité médicale. Elle est conditionnée par l'importance des ressources dédiées à l'unité. Elle est régie par des règles administratives et fait l'objet d'une autorisation régionale. Il peut exister une certaine disparité en ce qui concerne la délivrance de ces autorisations.
- La réadaptation spécialisée, telle que nous tentons de la définir dans la classification, s'applique à un séjour. Elle est conditionnée par l'importance de la réadaptation spécialisée dont bénéficie le patient pour une pathologie au cours d'un séjour. Il s'agit d'une prise en charge réadaptative effective, décrite dans le PMSI.

En conséquence, il est tout à fait possible que certains établissements polyvalents soient amenés à prendre en charge des patients correspondant au 2ème profil (séjours 2 dans les exemples ci-dessus), et à réaliser des réadaptations dites spécialisées (séjours 1 dans les exemples ci-dessus). Inversement, des prises en charge peu spécialisées peuvent être réalisées dans des structures spécialisées.

Malgré les limites identifiées de l'utilisation de cette variable (type d'autorisation de l'unité médicale), nous sommes partis de l'hypothèse, que, en général, les réadaptations spécialisées telles que décrites au-dessus étaient le plus souvent réalisées dans des unités avec mention spécialisées. Par mention spécialisée, on entend toutes les mentions spécialisées, sauf celle intitulée « Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance ».

**Tableau 14 : Liste des codes désignant les types d'autorisations**

Code 51 <i>Affections de l'appareil locomoteur</i>
Code 52 <i>Affections du système nerveux</i>
Code 53 <i>Affections cardiovasculaires</i>
Code 54 <i>Affections respiratoires</i>
Code 55 <i>Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien</i>
Code 56 <i>Affections onco-hématoLOGIQUES</i>
Code 57 <i>Affections des brûlés</i>
Code 58 <i>Affections liées aux conduites addictives</i>
Code 59 <i>Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance</i>
Code 50 <i>Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents</i>

### *1.2.2.2 Une réadaptation spécialisée se traduit par des actes de réadaptation typiques*

La réadaptation est décrite dans le recueil PMSI SSR par des actes issus du catalogue CSARR et quelques actes CCAM ayant une valeur rééducative. Notre deuxième hypothèse de travail est, que les actes codés dans les séjours avec réadaptations spécialisées sont différents de ceux codés dans les séjours avec un autre type de réadaptation : il existe, dans les séjours avec réadaptation spécialisée, des actes typiques, ou marqueurs de ce type de réadaptation.

### *1.2.2.3 Ces actes typiques sont plus présents dans les unités avec mention spécialisée*

De ces hypothèses de travail va découler notre méthode, consistant à lister les actes de réadaptation plus fréquents, dans les unités avec mention spécialisée. Ces actes seront analysés, les listes seront corrigées et validées par des cliniciens experts. Ce sont ces actes qui vont permettre de caractériser les réadaptations spécialisées.

La figure suivante, montre le nombre d'actes, en fonction de leur part de réalisation en unités avec mentions spécialisées, tous GN confondus.

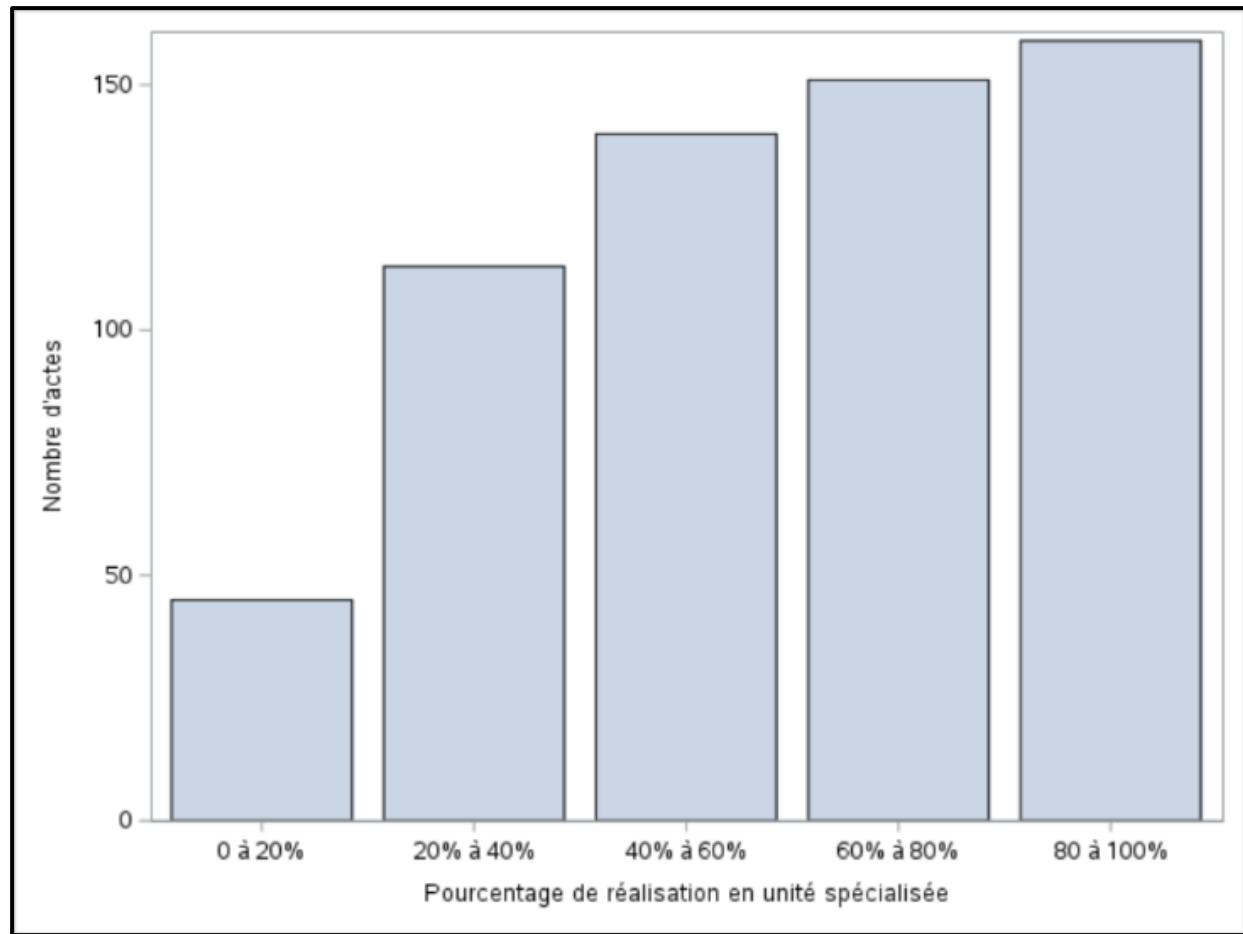


Figure 19 : Nombre d'actes CSARR par taux de réalisation dans les unités avec mention spécialisée

Par exemple à gauche, une cinquantaine d'actes ne sont réalisés qu'à 20% dans les unités avec mention spécialisée. A droite, un peu plus de 150 actes sont réalisés en majorité dans des unités avec mention spécialisée. C'est donc l'analyse détaillée, pour chaque GN, pour chaque acte, de sa

part de réalisation en unités spécialisées qui va nous servir d'hypothèse pour déterminer les listes d'actes spécialisés.

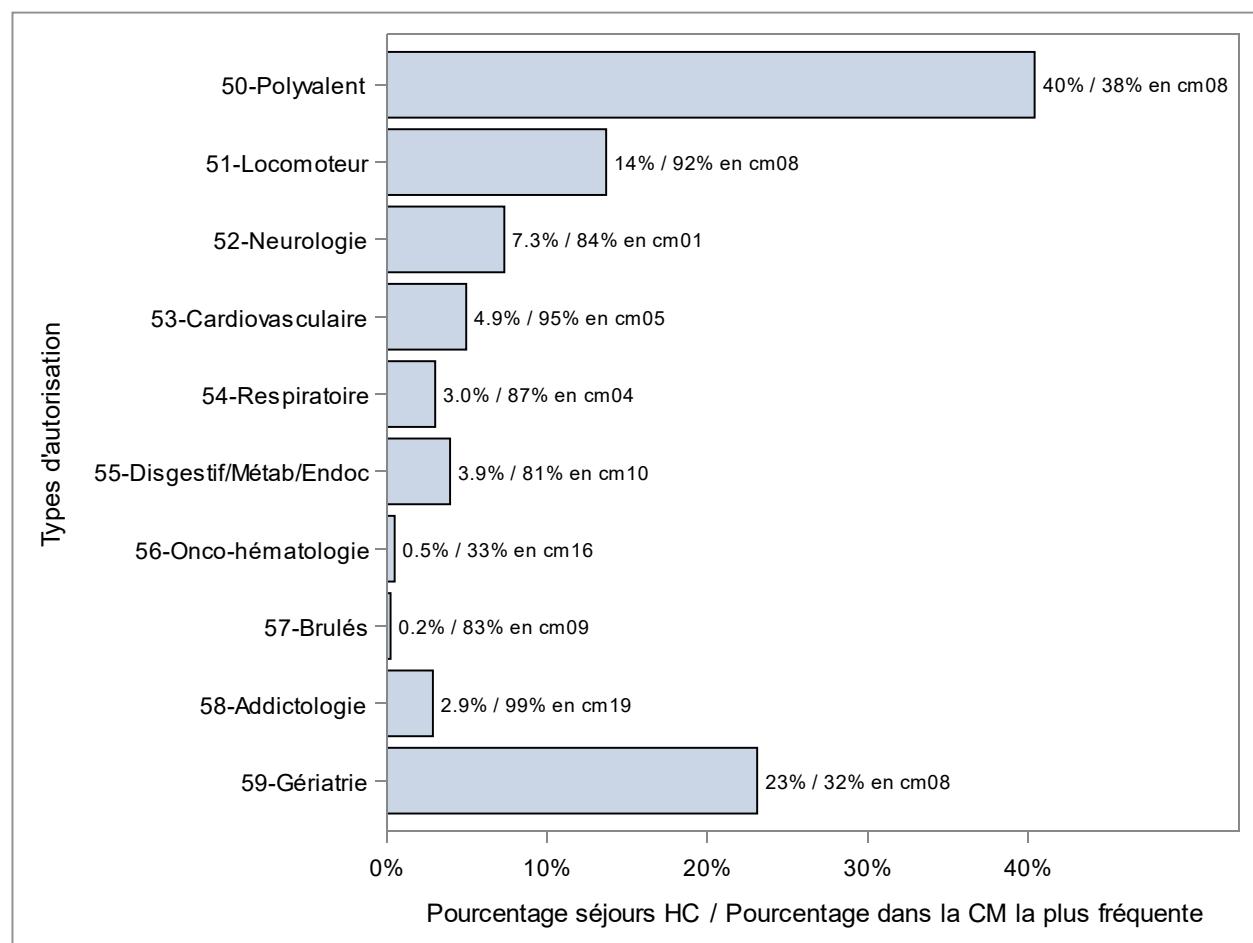
### 1.2.3 Préalable

A ce stade, il est utile d'analyser la corrélation entre les pathologies décrites par les GN et les mentions spécialisées, de façon à circonscrire le périmètre de l'analyse qui reposera sur l'hypothèse décrite au-dessus.

#### 1.2.3.1 Le GN est-il en rapport avec l'autorisation ?

Le graphique ci-dessous indique, pour chaque autorisation, la part des séjours réalisés dans cette autorisation, et la part des séjours correspondant à la CM attendue.

Par exemple, on note que 14% des séjours sont réalisés dans une unité avec mention 51 (locomoteur). Sur ces 14%, 92% des séjours sont groupés dans la CM attendue, à savoir la CM08.



**Figure 20 : Pourcentage de la CM la plus fréquente selon l'autorisation**

Les résultats des autorisations 50 (polyvalent) et 59 (gériatrie) ne permettent pas de souligner la spécificité de la CM la plus fréquente. Logiquement, ces unités prennent en charge des pathologies variées ou multiples. La majorité des séjours sont groupés en CM08 qui est la CM la plus représentée globalement.

Les résultats sont concordants pour les autorisations 51 (92% en CM08), 52 (84% en CM01), 53 (95% en CM05), 54 (87% en CM04), 55 (81% en CM10), 57 (83% en CM09), 58 (99% en CM19).

En ce qui concerne l'autorisation 56 (onco-hématologie), seulement 33% des séjours sont groupés en CM16, mais on sait que cette autorisation regroupe, outre l'onco-hématologie, des prises en charges oncologiques plus larges : de ce fait les séjours peuvent être groupés dans les GN de pathologies cancéreuses de plusieurs CM.

### 1.2.3.2 *L'autorisation est-elle en rapport avec le GN ?*

A l'inverse, si le séjour est réalisé dans une unité spécialisée, le GN correspond-il à l'autorisation attendue ? Tous les GN correspondent-ils à une autorisation existante ?

Le tableau en [annexe 3](#), donne pour chaque GN, en hospitalisation complète et pour les adultes, l'autorisation attendue, la part des séjours réalisés en unité spécialisée (hors PAPD), et, parmi ceux-ci, la part des séjours réalisés dans une unité avec autorisation attendue.

Trois situations se distinguent, qui vont faire varier la méthode de construction des listes d'actes spécialisés, détaillée dans le paragraphe suivant.

- Les GN avec autorisation attendue : dans la grande majorité des cas, l'autorisation de l'unité spécialisée, quand le séjour est réalisé en unité spécialisée, est celle attendue. Par exemple, les séjours groupés dans le GN 0137 (lésions médullaires traumatiques avec paraplégie) sont réalisés à 94% en unités spécialisées, dont 85% avec la mention spécialisée attendue (neurologie)
- Les GN sans autorisation attendue. Par exemple, les GN 0303 (tumeurs ORL) ou 1118 (insuffisances rénales) n'ont pas de mention spécialisée dédiée aux pathologies qu'ils regroupent.
- 3 GN sont particuliers et seront analysés à part. Ils font l'objet d'un recueil particulier dans le PMSI (outre la mention éventuelle), lorsque les établissements sont autorisés pour ces activités : « lits et unités spécifiques »
  - GN 0103 (EVC-EPR) : unité EVC-EPR
  - GN 0127 (maladies d'Alzheimer et démences apparentées) : unité cognitivo-comportementale
  - GN 2303 (Soins palliatifs) : lits dédiés ou unité de soins palliatifs

### 1.2.4 Méthode

#### 1.2.4.1 *Analyse statistique des actes CSARR codés dans chaque GN*

Pour les GN avec mention spécialisée attendue, nous recherchons, par GN, dans les séjours de la base nationale, les actes CSARR, plus souvent codés en moyenne dans des unités avec mention spécialisée. Par mention spécialisée, on entend toutes les mentions spécialisées hormis la mention « Personne Agée Polypathologique et à risque de dépendance » (PAPD). L'adéquation entre la pathologie et la mention spécialisée a été vérifiée ([annexe 3](#)).

Pour les GN 0103, 0127, 2303, nous recherchons les actes CSARR, plus souvent codés en moyenne, respectivement, dans les unités EVC-EPR, dans les UCC et dans les lits dédiés ou unités de soins palliatifs.

Pour les GN décrivant des pathologies non concernées par les mentions spécialisées SSR, il n'y a pas d'intérêt à rechercher les actes les plus codés dans les unités avec mention spécialisée. C'est donc, à dire d'expert, que des listes d'actes sont constituées en fonction de la pathologie. Pour certains GN, aucun acte CSARR n'est particulièrement lié à la pathologie (dermatologie sauf brûlés, néphrologie...) : aucune liste n'est alors créée.

#### *1.2.4.2 Mise en cohérence médicale des actes retenus*

Quatre groupes de travail d'experts cliniciens, désignés par leur société savante, ont été constitués pour relire, corriger et valider ces liste. Ce travail a été réalisé en deux phases :

- Listes des CM 01, 04, 05, et 08 avec un groupe constitué de Médecin de MPR et de gériatres.
- Listes des CM10 et 19 avec un groupe de travail constitué d'endocrinologue et d'addictologues.

En général, les actes retenus statistiquement sont également retenus après relecture médicale, mais pas systématiquement. De même, certains actes non retenus statistiquement, le sont après relecture médicale.

Les actes retenus doivent répondre à des définitions réfléchies préalablement.

#### *Un acte est dit spécialisé*

s'il est **marqueur de la réadaptation de la ou des déficiences liées à la pathologie** motivant le séjour. Un acte de réadaptation marqueur ne peut être considéré isolément pour affirmer la réadaptation spécialisée d'une déficience (voir calcul des scores).

Exemple 1 : pour le GN 0147 (AVC avec hémiplégie), plusieurs déficiences, plusieurs actes marqueurs

ALQ+183 : Évaluation analytique initiale de fonction cognitive (Fonctions cérébrales, cognition)

GKQ+190 : Évaluation initiale du langage oral (Fonctions cérébrales, langage)

AGR+102 : Séance de rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection neurologique centrale, en phase de récupération (fonctions de l'appareil locomoteur et liée aux mouvements)

Exemple 2 : l'acte ALQ+183 de l'exemple 1 est également marqueur des réadaptations du GN 012 (Maladies d'Alzheimer et démences apparentées) et du GN 1903 (Toxicomanies avec dépendance)

Exemple 3 : l'acte HSQ+043, évaluation diététique initiale avec prescription diététique personnalisée, est marqueur des réadaptations des GN de la CM05 et CM10.

#### *Un acte est dit non spécialisé*

si l'acte est imprécis dans son libellé sur la nature de la déficience ciblée. Nous parlons aussi d'un acte à caractère généraliste.

Exemple 1 :

Les évaluations et séances individuelles de rééducation à la marche sont des actes imprécis et sont mobilisables dans de nombreuses CM. Ils sont rejettés des listes.

Exemple 2 :

L'acte ZFR+002, séance de réadaptation aux activités de base de la vie quotidienne, est généraliste et ne figure dans aucune liste.

Les actes de prise en charge globale du patient, **même s'ils sont reconnus comme des critères de qualité**, ne sont pas nécessairement considérés comme marqueurs d'une réadaptation spécialisée ou comme des actes dits spécialisés.

### *Exceptions :*

Les actes spécialisés ont un caractère précis. Cependant, des actes à caractère généraliste, sont considérés comme marqueurs de certaines pathologies : ils sont apparus particulièrement importants pour définir la réadaptation spécialisée, car typiquement présents dans une prise en charge habituelle et complète de la pathologie.

Exemple 1 :

ZGR+255 Séance d'atelier d'activités artistiques, culturelles et/ou de loisirs, est un acte généraliste mais il est considéré comme faisant partie d'un protocole spécialisé pour les GN 0127 (Maladie d'Alzheimer) et les GN de la CM19 (psychiatrie)

Exemple 2 :

NKR+085 Séance collective de rééducation à la marche, est considérée comme marqueur d'une réadaptation spécialisée, dans le cadre de protocoles, dans de nombreuses pathologies cardiaques, respiratoires, locomotrices, nutritionnelles...

#### *1.2.4.3 Regroupement de GN avec des listes d'actes ressemblantes*

Même si l'analyse est réalisée GN par GN, certaines listes sont quasiment similaires entre plusieurs GN. C'est le cas par exemple dans la CM1 pour les GN décrivant des pathologies cérébrales (0106, 0109, 0115, 0130, 0145, 0147, 0148). La même liste sera attribuée à ce regroupement de GN. De même, toutes les GN des CM 4 et 5 ont les mêmes actes spécialisés.

#### *1.2.4.4 Vérification de l'effet discriminant de ces actes spécialisés*

Pour chaque GN, pour chaque séjour de la base, on calcule un score de réadaptation spécialisé par séjour : somme des pondérations des actes appartenant à la liste testée codée dans le séjour.

Le temps intervenant et le temps patient ont été testés comme pondération possible. Le temps patient s'est avéré plus prédictif de l'appartenance du séjour à une unité spécialisée. Au final, c'est donc le temps patient qui est utilisé comme pondération des actes.

Puis, on va chercher s'il existe un seuil pouvant constituer deux groupes de séjours à partir du score de réadaptation spécialisée. Ces groupes doivent être différents par les **caractéristiques des séjours et/ou des patients, et par leur degré d'appartenance à une unité avec mention spécialisée** (pour les GN avec mention spécialisée attendue). Dans la mesure où aucun seuil de temps de réadaptation n'est défini dans les textes réglementaires, un seuil statistique nous permet d'initier la réflexion.

Des graphiques sont établis pour tous les GN permettant une analyse médicale simplifiée. Des exemples seront présentés dans les paragraphes suivant.

## 1.2.5 Exemples

### 1.2.5.1 Exemple 1, GN 0406 insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives

#### Analyse statistique

Pour ce GN, en moyenne, les actes de réadaptation sont codés à 82% dans des unités spécialisées (mention respiratoire en l'occurrence), 7% dans des unités gériatriques et 11% dans des unités polyvalentes.

Dans le tableau suivant, figurent les 24 premiers actes, par ordre décroissant de volume, codés dans ce GN, ainsi que la part respective des unités où ils sont codés. Tous les actes sont analysés, même les moins fréquents. On retient donc, les actes qui sont codés à plus de 82% en moyenne dans des unités spécialisées (cases bleutées).

Tableau 15 : Actes fréquents dans le GN 0406

Acte	Libellé long	Nb total	UM spé	% UM spé	% UM géria	% UM poly
GLR+139	Séance collective de gymnastique pour réadaptation respiratoire	115 220	113 986	99%	0%	1%
DKR+200	Séance collective de réentraînement à l'effort aérobie avec 1 ergomètre	107 136	106 243	99%	0%	1%
GLR+226	Séance de ventilation dirigée abdomino-diaphragmatique	89 578	77 537	87%	4%	9%
DKR+061	Séance individuelle de réentraînement à l'effort aérobie avec 1 ergomètre	81 454	72 675	89%	3%	8%
GLJ+255	Séance de désencombrement non instrumental des bronches d'un patient stable	71 466	50 241	70%	9%	21%
NKR+117	Séance individuelle de rééducation à la marche	62 957	25 707	41%	25%	34%
NKR+059	Séance collective de réadaptation à la marche	47 619	45 403	95%	0%	4%
PER+285	Séance collective de gymnastique	45 609	39 898	87%	2%	10%
ZZR+079	Séance individuelle d'information du patient et/ou de son entourage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	42 973	35 469	83%	8%	10%
ZZR+293	Séance collective d'éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	40 314	40 137	100%	0%	0%
PCM+253	Séance collective de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire collectif]	33 166	32 041	97%	1%	3%
NKR+006	Séance individuelle de réadaptation à la marche	32 513	15 735	48%	21%	31%
DKR+181	Séance collective de réentraînement à l'effort aérobie sans ergomètre	32 064	31 564	98%	0%	1%
ZZR+028	Séance collective de relaxation	28 067	27 691	99%	0%	1%
ZZR+238	Séance collective d'éducation thérapeutique en atelier	27 051	26 329	97%	0%	3%
PCM+064	Séance individuelle de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire individuel]	26 577	23 812	90%	4%	6%
ZZC+221	Synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou de réadaptation	25 198	15 734	62%	15%	22%

Acte	Libellé long	Nb total	UM spé	% UM spé	% UM géria	% UM poly
GLR+236	Séance collective de réadaptation respiratoire par entraînement des membres supérieurs	23 612	23 527	100%	0%	0%
GLJ+199	Séance de désencombrement non instrumental des bronches d'un patient avec exacerbation des symptômes	21 865	14 467	66%	12%	22%
GLR+077	Séance individuelle de gymnastique pour réadaptation respiratoire	21 582	17 320	80%	6%	14%
GLJ+050	Séance de désencombrement instrumental des bronches	21 152	17 000	80%	4%	15%
EQR+175	Épreuve de marche en terrain plat en 6 minutes [Test de marche 6 minutes] ou réalisation d'un test navette	21 121	20 561	97%	0%	2%
DKQ+008	Quantification des capacités fonctionnelles cardiovasculaires et/ou respiratoires pour la réalisation des gestes quotidiens	21 093	18 842	89%	5%	6%
EQQ+206	Mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène [TcPO2] au cours d'un exercice à puissance croissante	20 696	20 542	99%	0%	0%

### *Mise en cohérence médicale de la liste obtenue*

Le tableau suivant indique les actes retenus. La raison est notée en cas de discordance entre le résultat statistique et le choix médical.

**Tableau 16 : Actes retenus pour constituer la liste d'actes spécialisés pour le GN 0406**

Acte	Libellé	Commentaires	Acte retenu
GLR+139	Séance collective de gymnastique pour réadaptation respiratoire		×
DKR+200	Séance collective de réentraînement à l'effort aérobie avec 1 ergomètre		×
GLR+226	Séance de ventilation dirigée abdomino-diaphragmatique		×
DKR+061	Séance individuelle de réentraînement à l'effort aérobie avec 1 ergomètre		×
GLJ+255	Séance de désencombrement non instrumental des bronches d'un patient stable		non
NKR+117	Séance individuelle de rééducation à la marche		non
NKR+059	Séance collective de réadaptation à la marche	Acte généraliste mais inclus dans protocole spécialisé	×
PER+285	Séance collective de gymnastique	Acte généraliste mais inclus dans protocole spécialisé	×
ZZR+079	Séance individuelle d'information du patient et/ou de son entourage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	Acte généraliste exclu de toutes les listes	non
ZZR+293	Séance collective d'éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique		×
PCM+253	Séance collective de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire collectif]	Acte généraliste mais inclus dans protocole spécialisé	×

Acte	Libellé	Commentaires	Acte retenu
NKR+006	Séance individuelle de réadaptation à la marche		non
DKR+181	Séance collective de réentraînement à l'effort aérobiose sans ergomètre		x
ZZR+028	Séance collective de relaxation	Acte généraliste	non
ZZR+238	Séance collective d'éducation thérapeutique en atelier		x
PCM+064	Séance individuelle de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire individuel]	Acte généraliste mais inclus dans protocole spécialisé	x
ZZC+221	Synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou de réadaptation		non
GLR+236	Séance collective de réadaptation respiratoire par entraînement des membres supérieurs		x
GLJ+199	Séance de désencombrement non instrumental des bronches d'un patient avec exacerbation des symptômes		non
GLR+077	Séance individuelle de gymnastique pour réadaptation respiratoire	Retenu : cohérence médicale	x
GLJ+050	Séance de désencombrement instrumental des bronches		non
EQR+175	Épreuve de marche en terrain plat en 6 minutes [Test de marche 6 minutes] ou réalisation d'un test navette		x
DKQ+008	Quantification des capacités fonctionnelles cardiovasculaires et/ou respiratoires pour la réalisation des gestes quotidiens		x
EQQ+206	Mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène [TcPO2] au cours d'un exercice à puissance croissante		x

#### Exemples :

- Résultat statistique et lecture médicale concordants :
  - o La séance collective de gymnastique pour réadaptation respiratoire est retenue
  - o La séance de désencombrement instrumental des bronches n'est pas retenue
  - o la séance collective de réadaptation à la marche, bien que non spécifique d'une réadaptation respiratoire, est typiquement présente dans une prise en charge habituelle et complète de la pathologie (exception)
- Résultat statistique et lecture médicale discordants :
  - o L'acte de séance de relaxation est réalisé surtout en unité spécialisées. Pour autant, nous avons considéré que cet acte « généraliste » n'était pas marqueur d'une réadaptation spécialisée respiratoire
  - o La séance individuelle de gymnastique pour réadaptation respiratoire est peu codée en unité spécialisée : nous l'avons retenu pour des raisons de cohérence médicale.

## Vérification de l'effet discriminant de la liste obtenue

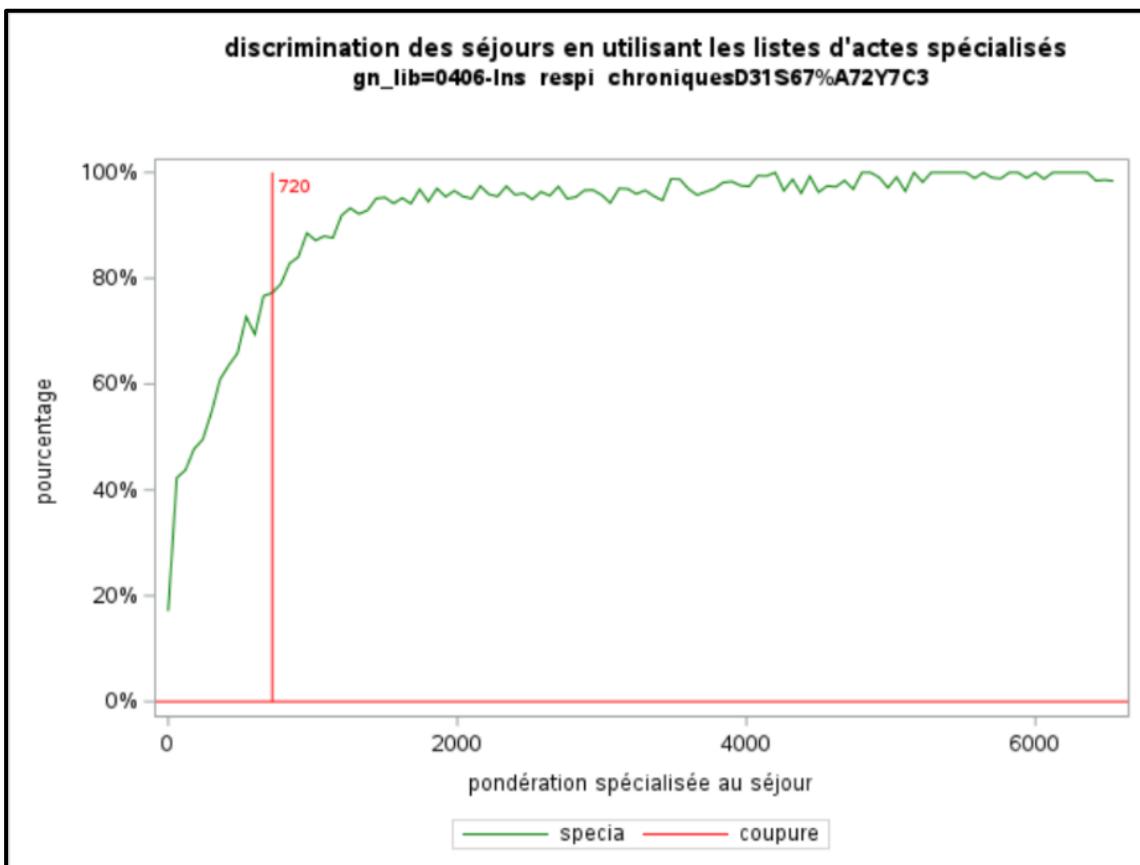


Figure 21 : Test liste d'actes spécialisés pour le GN 0406

Le titre indique que la durée moyenne des séjours dans ce GN est de 31 jours (D31), le pourcentage de séjours en unités avec mention spécialisée de 67% (S67), l'âge moyen des patients de 72 ans (A72), la dépendance physique moyenne de 7 (Y7) et la dépendance cognitive moyenne de 3 (C3).

Dans ces tests, on va utiliser le score de réadaptation spécialisée au séjour, c'est-à-dire la somme de toutes les pondérations (temps patient) des actes spécialisés.

La courbe verte représente, en fonction du score de réadaptation spécialisé par séjour (en abscisse), le pourcentage de séjours réalisés en unités spécialisées (en ordonnée) : plus le score augmente, plus ce pourcentage augmente.

Un seuil, déterminé statistiquement (ici 720), permet de discriminer puis de comparer les deux groupes :

- Score < seuil : le groupe représente 41% des séjours. En moyenne, la DMS est de 27 j, 31% de ces séjours sont réalisés en unités avec mention spécialisée, en moyenne les patients ont 78 ans, une dépendance physique à 9 et une dépendance cognitive à 4.
- Score > seuil : le groupe représente 59% des séjours. En moyenne, la DMS est de 34 j, 93% de ces séjours sont réalisés en unités avec mention spécialisée, en moyenne les patients ont 67 ans, une dépendance physique à 6 et une dépendance cognitive à 3.

Pour ce GN, le score des actes spécialisés de la liste sépare bien les groupes :

- en termes de caractéristiques des patients : au-delà du seuil, les patients sont plus jeunes et moins dépendants
- en termes d'autorisation de l'unité de réalisation du séjour : au-delà du seuil, les séjours sont plus présents en unités spécialisées

Quel que soit le seuil utilisé, les conclusions ci-dessus restent les mêmes.

La liste d'actes spécialisés est retenue à ce stade pour ce GN.

#### 1.2.5.2 Exemple 2, GN 1603, affections onco-hématologiques

##### Analyse statistique

Constitution d'une liste d'actes selon le principe décrit dans l'exemple 1

##### Mise en cohérence médicale

Les actes les plus codés en unités avec mention spécialisée, ne sont pas retenus pour constituer une liste d'acte pour ce GN, car ils ne sont en rien marqueurs de la pathologie décrite. On retrouve par exemple des actes de réadaptation à l'effort, d'assistance éducative individuelle, d'hétéro-évaluation de la douleur...

Le caractère spécialisé de ces prises en charge n'est pas remis en cause bien entendu, mais il n'est pas repéré par les actes de réadaptation réalisés. Nous verrons plus loin que la lourdeur des patients et la sévérité des séjours (3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> oeuds de l'algorithme) auront un impact bien plus important pour ce GN.

#### 1.2.5.3 Exemple 3, GN 0303, pathologies tumorales ORL

##### Constitution des listes / mise en cohérence médicale

Il n'existe pas de mention spécialisée attendue pour ce GN. La liste constituée à dire d'expert, contient des actes à priori marqueurs des pathologies décrites par ce GN, notamment des actes de rééducation de la déglutition et de prise en charge nutritionnelle.

##### Vérification de l'effet discriminant de ces actes spécialisés

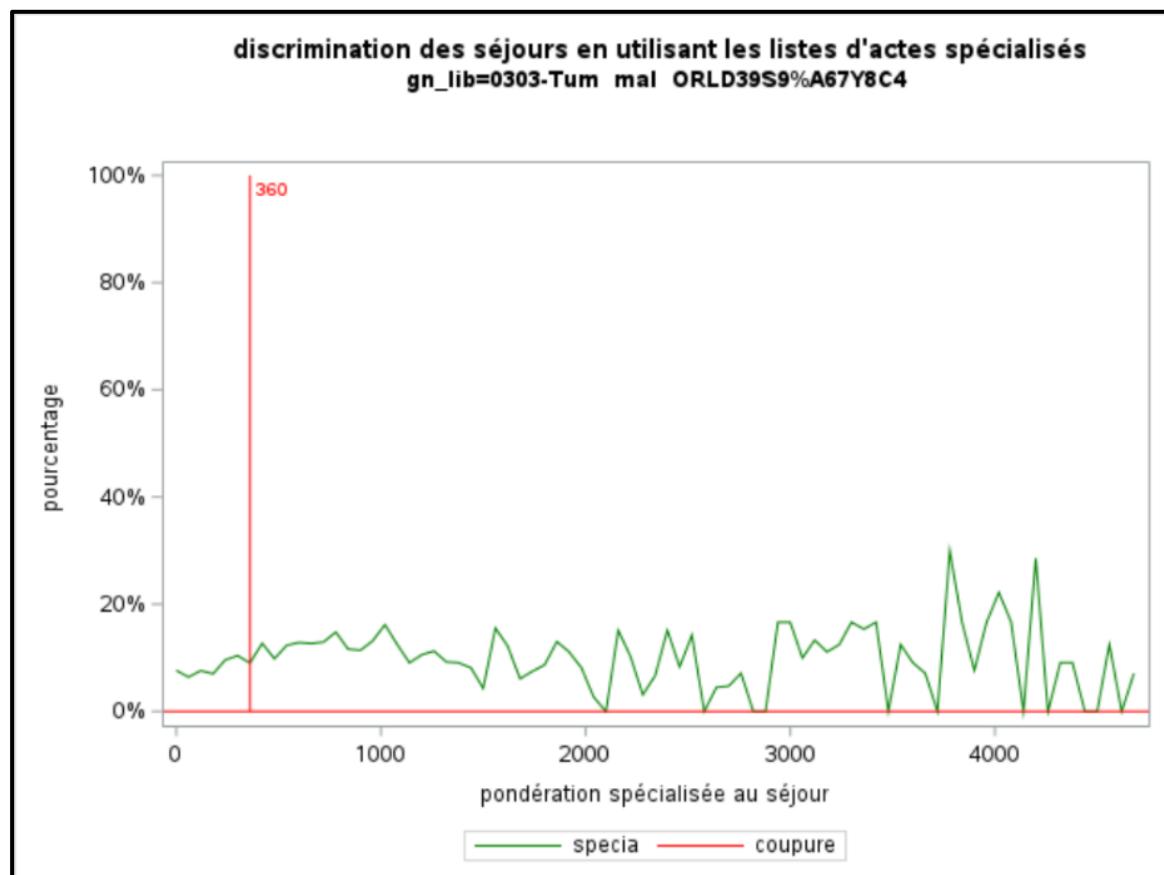


Figure 22 : Test liste d'actes spécialisés pour le GN 0303

La durée moyenne des séjours dans ce GN est de 39 jours (D39), le pourcentage de séjours en unités spécialisées de 9% (S9%), l'âge moyen des patients de 67 ans (A67), la dépendance physique moyenne de 8 (Y8) et la dépendance cognitive moyenne de 4 (C4).

Pour ce GN, les caractéristiques des patients, âge et dépendance, ne changent pas quel que soit le score de réadaptation spécialisé. La liste n'est pas retenue.

#### 1.2.5.4 Exemple 4, GN 1906, troubles dépressifs et anxieux

##### Constitution des listes / mise en cohérence médicale

Il n'existe pas de mention spécialisée attendue pour ce GN. La liste constituée à dire d'expert contient essentiellement des actes de prise en charge psychologique, sociale.

##### Regroupement de GN avec des listes d'actes ressemblantes le cas échéant

Les listes des GN 0106 et 0109 sont similaires et fusionnées.

##### Vérification de l'effet discriminant de ces actes spécialisés

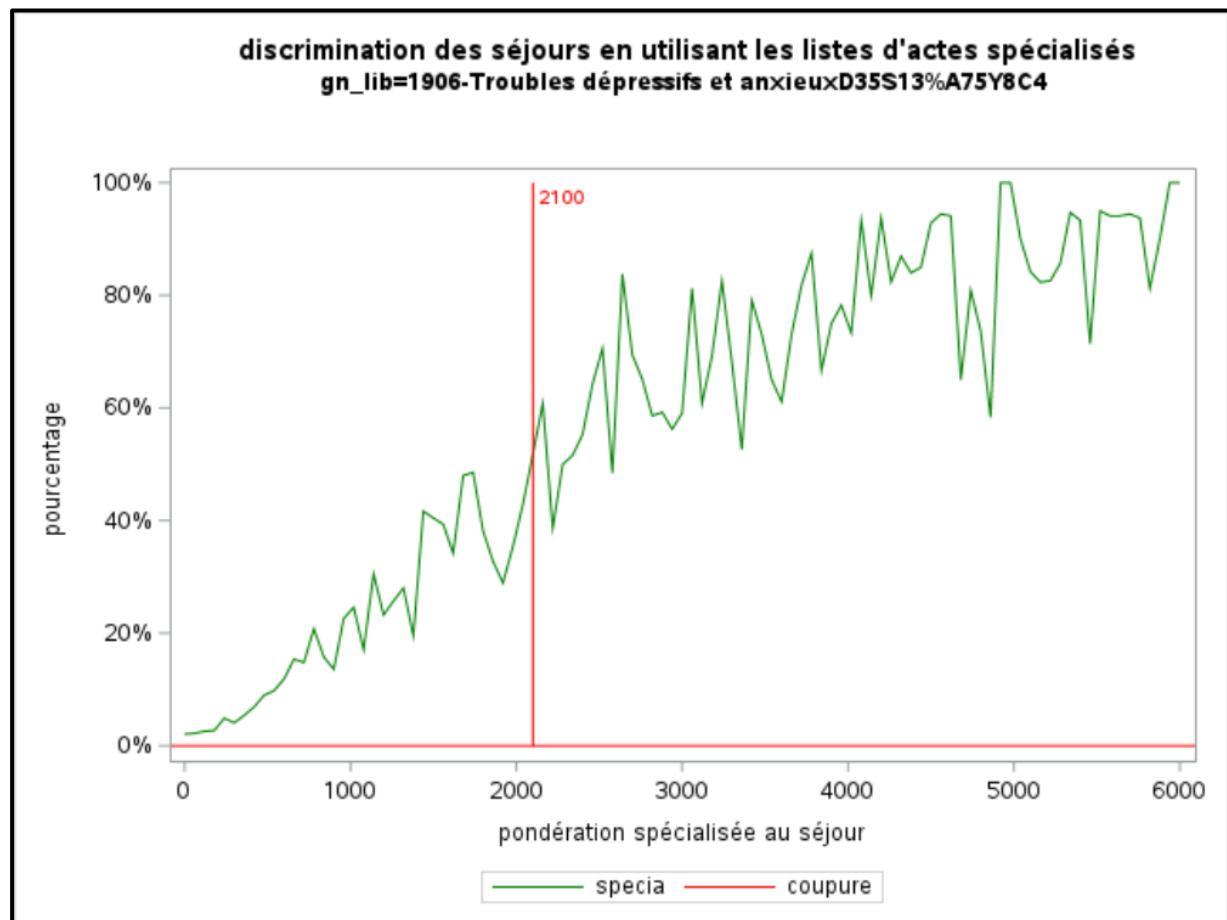


Figure 23 : Test liste d'actes spécialisés pour le GN 1906

Pour le GN 1906, les patients sont nettement plus jeunes et légèrement moins dépendants, lorsque leur score de réadaptation spécialisé est élevé. La liste est retenue.

## 1.2.6 Résultats

L'annexe 4 reprend les différentes étapes de construction des listes, par GN.

### 1.2.6.1 Attribution des listes

#### *25 GN sans liste cohérente médicalement*

Pour 25 GN, aucune liste n'est construite : absence de cohérence médicale des actes retrouvés statistiquement, ou, en l'absence de données statistiques, pas de liste à dire d'expert réalisable.

Pour 2 d'entre eux, 0103 et 0146 (EVC EPR et AVC avec tétraplégie), il s'agit de pathologies prises en charge de façon quasi exclusive en unités spécialisées : les séjours de ces GN, avec de faibles effectifs, seront groupés dans un groupe de réadaptation unique spécialisé sans test sur le score spécialisé.

Pour les 23 autres ( 0412, 0415, 0418, 0521, 0906, 0909, 0912, 0918, 0921, 1012, 1103, 1112, 1115, 1118, 1121, 1123, 1603, 1606, 1803, 1806, 2309, 2318, 2703 ), il s'agit de GN décrivant des pathologies sans actes de réadaptation marqueurs des prises en charge. Les séjours sont souvent réalisés en unités polyvalentes ou gériatriques. Il s'agit souvent de suites de soins médicaux. Le caractère éventuellement spécialisé de ces prises en charge n'est pas repéré par les actes de réadaptation, mais peut l'être par des soins techniques ou médicaux particuliers par exemple.

Donc, dans un premier temps, 23 listes d'actes sont construites, attribuées à 67 GN.

#### *13 GN dont la liste n'est pas retenue*

Pour 13 GN , la liste construite et validée médicalement, n'est pas retenue pour construire un GR spécialisé : la présence de ces actes n'est pas ou peu corrélée avec l'appartenance du séjour à une unité avec mention spécialisée quand elle existe, et/ou à une différence de caractéristique des patients.

Pour les 3 d'entre eux (GN 0118, 0134, 0137), il s'agit de GN avec de faibles effectifs décrivant des pathologies prises en charge de façon quasi exclusive en unités spécialisées : paralysies cérébrales, lésion médullaires traumatiques avec paraplégie et tétraplégie. Ils seront groupés dans un groupe de réadaptation unique spécialisé sans test sur le score spécialisé.

Pour les 10 autres (GN 0303, 0306, 0603, 0612, 0615, 0617, 0618, 0621, 0821, 2315) , les listes retenues ne sont finalement pas assez discriminantes en termes de caractéristiques des patients.

#### *5 GN dont la liste n'est pas retenue faute d'effectifs*

Pour 4 GN (0139, 0203, 0409, 0903), la liste n'est pas retenue, faute d'effectif total permettant la subdivision en GR. Les GN 0139, 0409 et 0903 seront groupés dans un groupe de réadaptation unique spécialisé sans test sur le score spécialisé.

Pour le GN 2303, la liste n'est pas retenue faute d'effectif pour constituer le groupe spécialisé.

#### *49 GN se voient attribuer une liste d'actes spécialisés*

Ces listes permettront de construire un groupe de réadaptation spécialisée importante pour ces 49 GN.

### 1.2.6.2 Les regroupements de GN par liste

Le tableau suivant indique comment les GN sont regroupés pour une même liste.

**Tableau 17 : Regroupement des GN pour une même liste**

Libellé de la liste	GN concernés
<b>1_aff_cereb_et autres</b>	0106_09_15_30_45_47_48
<b>1_aff_des_nerfs</b>	0121_24
<b>1_aff_med</b>	0135_38
<b>1_mal_alz</b>	0127
<b>4_pneumo</b>	tous_04
<b>5_cardio</b>	tous_05
<b>8_amput</b>	0803
<b>8_mb_inf</b>	0831_33_39_40_41_72
<b>8_mb_sup</b>	0836_38_43
<b>8_rachis_autres</b>	0875_76
<b>8_rachis_trauma</b>	0873_74
<b>8_sans_local</b>	0818_27_37_69_70_71_77_78
<b>10_diabetes</b>	1003
<b>10_malnutritions</b>	1007
<b>10_obesites</b>	1006
<b>19_addicto</b>	1903
<b>19_psy</b>	1906_09

4 listes concernent les GN de la CM 01 avec liste : les affections cérébrales et les autres affections du système nerveux, les affections des nerfs périphériques, les affections médullaires et les maladies d'Alzheimer.

Les listes de la CM 04 et 05 sont communes à tous leurs GN (quand le GN a effectivement une liste).

6 listes concernent les GN de la CM08 avec liste : les amputations, les pathologies du membre inférieur, les pathologies du membre supérieur, les pathologies du rachis traumatiques, les pathologies du rachis autres, les pathologies sans notion de topographie.

3 listes concernent les GN de la CM10 avec liste : les diabètes, les obésités et les malnutritions.

2 listes concernent les GN de la CM 19 avec liste : les addictions (1903), les autres pathologies psycho-comportementales (1906 et 1909).

### 1.2.6.3 Nombre d'actes par liste

La figure suivante indique, par liste, le nombre d'acte

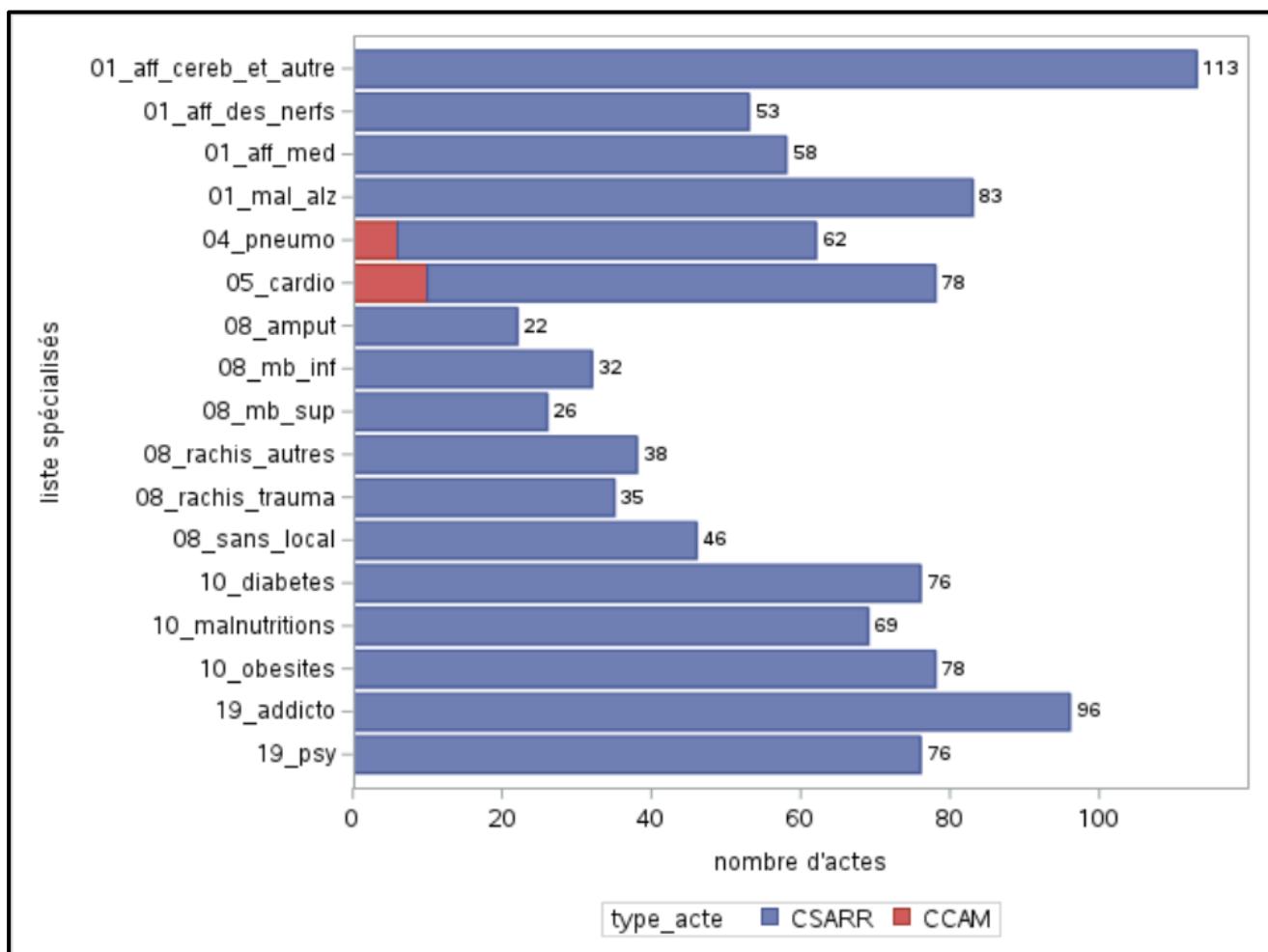


Figure 24 : Nombre d'actes par liste

La liste des GN d'affections cérébrales de la CM01 contient le plus d'actes, 113 actes CSARR. Les listes des GN de la CM08 comportent en général moins d'actes, entre 22 et 46.

Les listes des GN de pneumo et de cardio sont les seules à comporter des actes CCAM.

Des actes sont spécifiques à une liste, mais la plupart du temps les actes sont communs à plusieurs listes.

#### 1.2.6.4 Unites de réalisation des actes

Le tableau suivant permet de vérifier que, dans environ 2/3 des cas, les actes spécialisés des listes retenues sont réalisés en majorité en unités spécialisées.

**Tableau 18 : Pourcentage moyen par liste de réalisation des actes en unités spécialisées**

GN	type_acte	n_acte	specia
01_aff_cereb_et_autre	CSARR	113	66%
01_aff_des_nerfs	CSARR	53	68%
01_aff_med	CSARR	58	67%
01_mal_alz	CSARR	83	55%
04_pneumo	CCAM	6	99%
04_pneumo	CSARR	56	73%
05_cardio	CCAM	10	100%
05_cardio	CSARR	68	69%
08_amput	CSARR	22	68%
08_mb_inf	CSARR	32	62%
08_mb_sup	CSARR	26	65%
08_rachis autres	CSARR	38	68%
08_rachis_trauma	CSARR	35	62%
08_sans_local	CSARR	46	63%
10_diabetes	CSARR	76	66%
10_malnutritions	CSARR	69	59%
10_obesites	CSARR	78	65%
19_addicto	CSARR	96	59%
19_psy	CSARR	76	59%

On remarque que les actes CCAM, pour les CM04 et CM05 sont réalisés presque exclusivement en unité spécialisées.

Pour les actes CSARR, les pourcentages de réalisation en unitées spécialisées varient de 55% (GN 0127, maladies d'Alzheimer) à 73% (GN de pneumo).

Le détail des listes figure dans le fichier [ACTES\\_liste\\_spe.xls](#).

La liste des GN avec un groupe de réadaptation spécialisée figure dans le fichier [GR\\_infos.xls](#)

### 1.3 Production d'indicateurs de réadaptation HC

Plusieurs indicateurs sont utilisés pour la construction des groupes de réadaptation spécialisée et globale importantes :

#### 1.3.1 Pondération des actes CSARR et CCAM = temps patient

Voir [Définitions : temps patient / temps intervenant](#)

Dans cette classification, le choix est fait d'utiliser le temps patient comme pondération des actes CSARR et CCAM. Rappelons que dans les classifications antérieures (GMD et GME), c'est le temps intervenant qui était utilisé. Ce choix a été fait pour deux raisons principales :

- Lors des tests des listes d'actes spécialisés, on a montré que le temps patient d'un acte spécialisé est plus relié à l'appartenance à une unité spécialisée que le temps intervenant.
- Le temps patient correspond mieux au sens du type de réadaptation, sens plus médical qu'économique

#### 1.3.2 Quatre types de scores

Ces scores serviront à déterminer les types de réadaptation des séjours.

##### *Score de réadaptation globale par jour*

Il correspond à la somme des pondérations de tous les actes de réadaptation, réalisés en moyenne pour une journée du RHS.

##### *Score de réadaptation spécialisée par jour*

Il correspond à la somme des pondérations des actes spécialisés, appartenant à la liste d'actes correspondant au GN du séjour concerné, réalisés en moyenne pour une journée du RHS.

##### *Score de réadaptation globale par séjour*

Il correspond à la somme des pondérations de tous les actes de réadaptation réalisés au cours du séjour.

##### *Score de réadaptation spécialisée par séjour*

Il correspond à la somme des pondérations des actes spécialisés, appartenant à la liste d'actes correspondant au GN du séjour concerné, réalisés au cours du séjour.

### 1.3.3 Les différents scores : En chiffres

#### *Observation des scores de réadaptation globale par jour en HC*

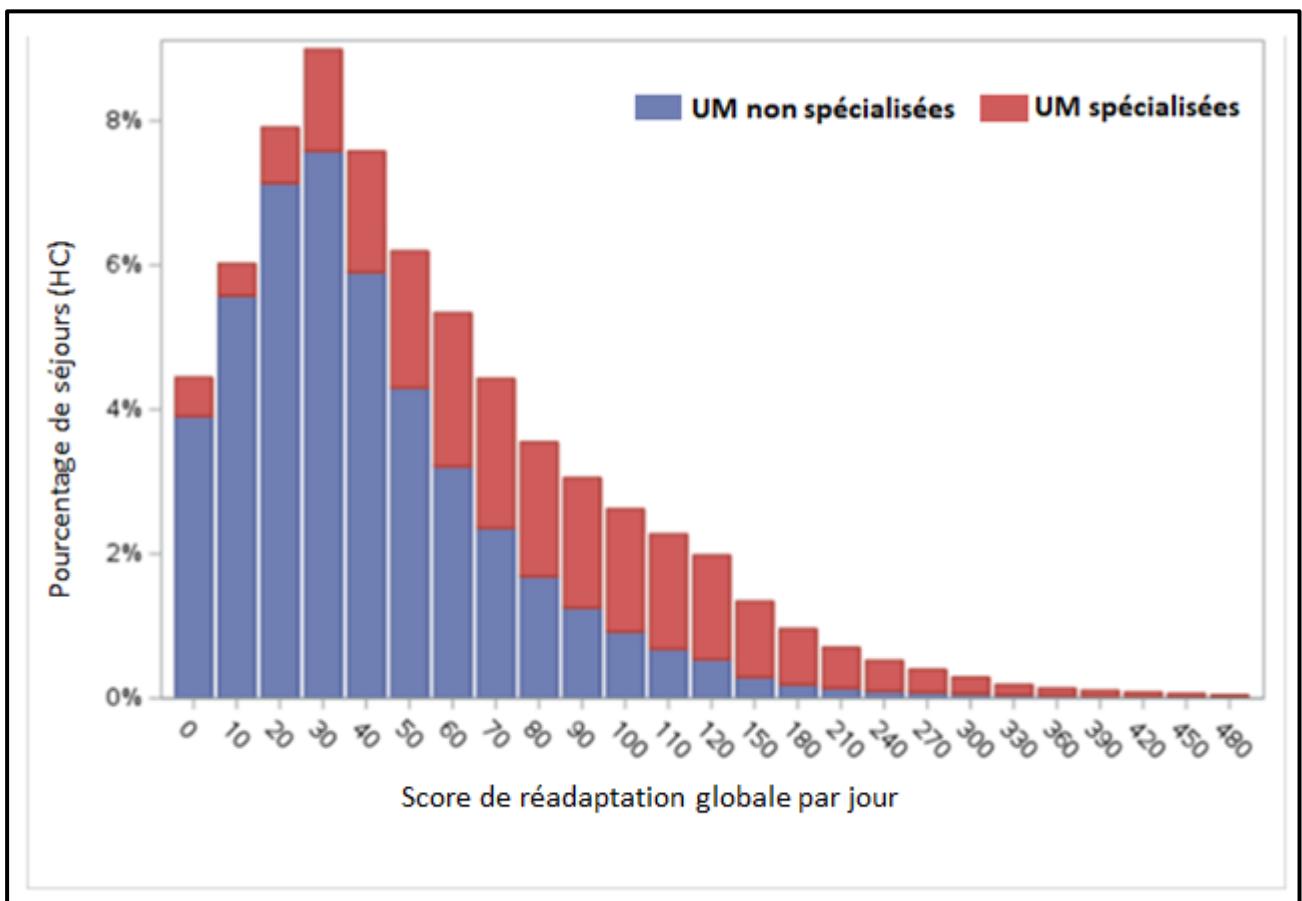


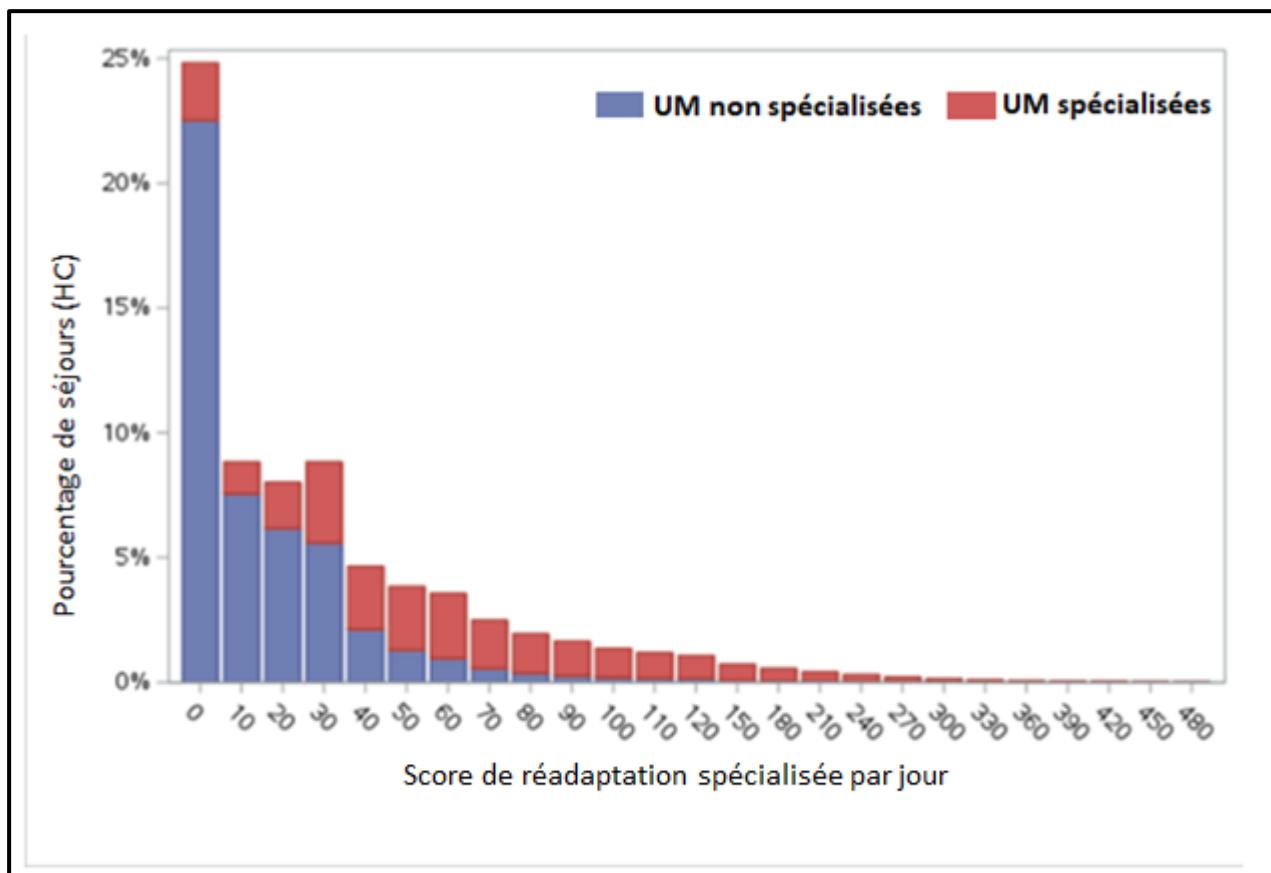
Figure 25 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation globale par jour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour

En HC, un peu plus de 4% des séjours ont un score de réadaptation globale par jour moyen nul. La majorité des séjours ont un score de réadaptation globale par jour entre 20 et 40.

La partie bleue des barres de l'histogramme représente la part des unités non spécialisées, et la partie rouge la part des unités spécialisées, unités où sont réalisées les séjours dont on observe le score de réadaptation globale journalier moyen.

Plus ce score augmente, plus la part des unités spécialisées augmente. Par exemple, si un score global à 180 par jour représente seulement 1% des séjours, presque la totalité de ces séjours sont réalisés en unités spécialisées.

## *Observation des scores de réadaptation spécialisée par jour HC*



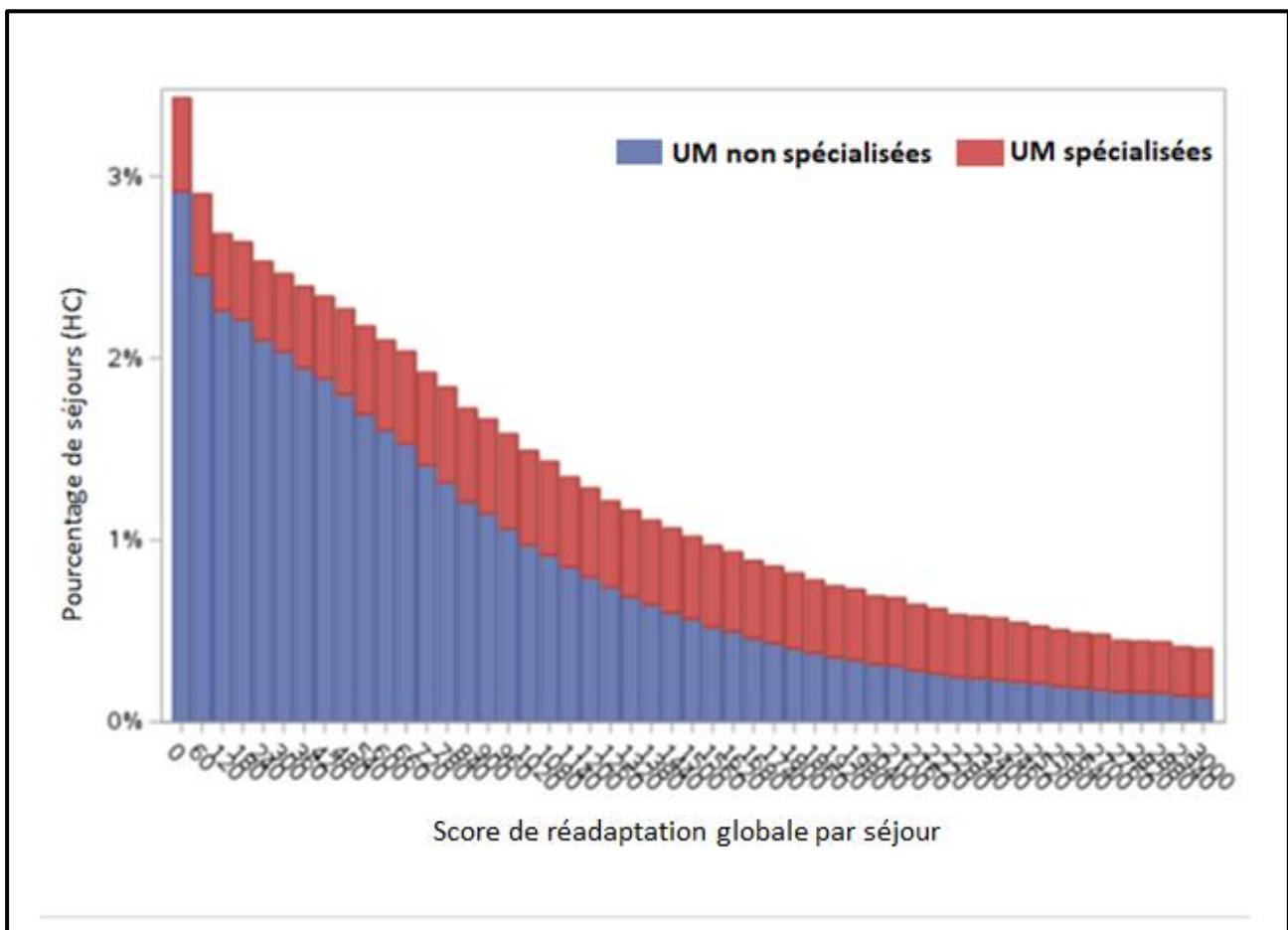
**Figure 26 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation spécialisée par jour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour**

En HC, près de 25% des séjours ont un score de réadaptation spécialisé par jour nul, dont la majorité en unités polyvalentes.

30% des séjours ont un score entre 10 et 40.

De manière encore plus forte que pour le score de réadaptation globale par jour, plus le score de réadaptation spécialisée par jour augmente, plus la part des unités spécialisées augmente.

## *Observation des scores de réadaptation globale par séjour en HC*

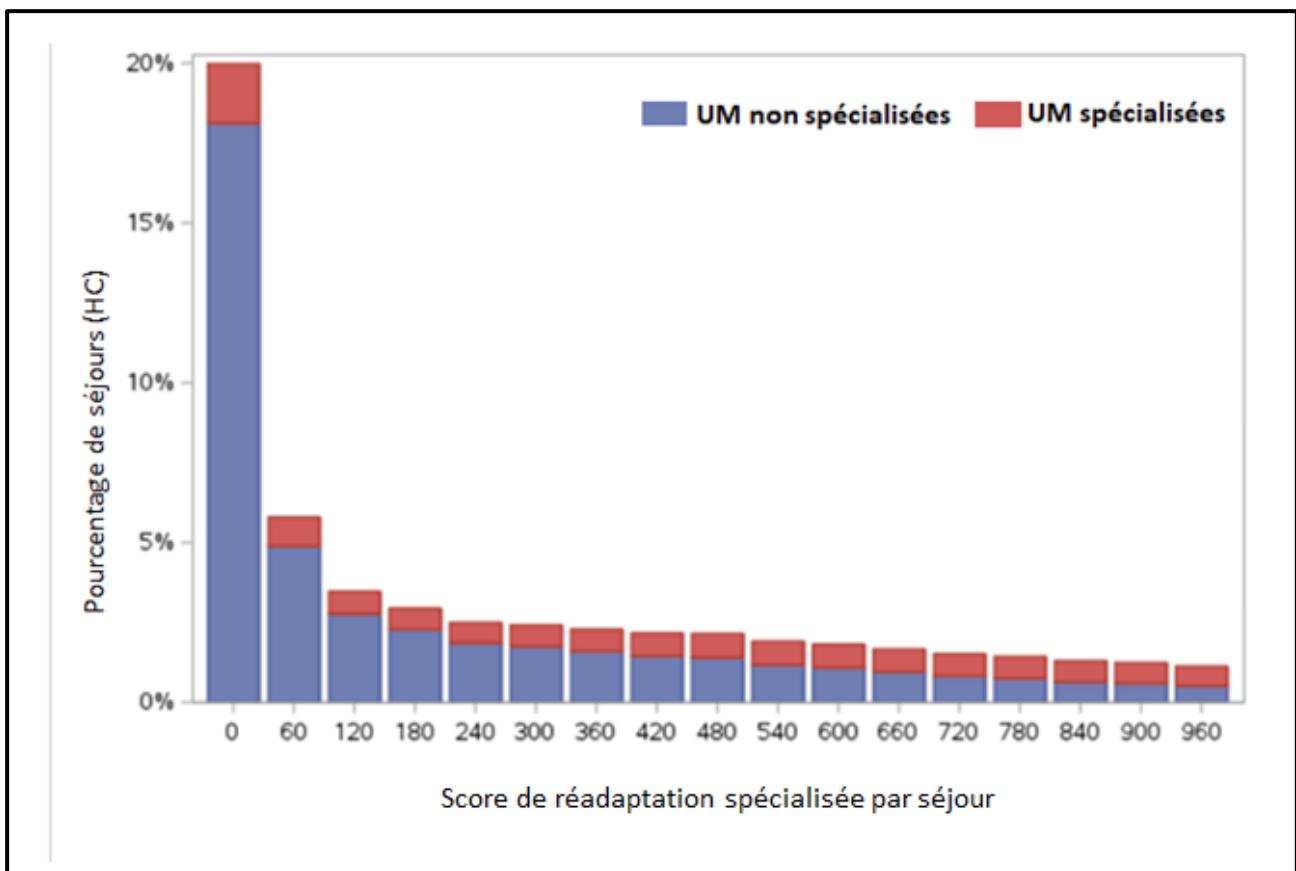


**Figure 27 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation globale par séjour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour**

Environ 3.5% des séjours ont un score nul.

Comme pour le score journalier, plus le score global par séjour augmente, plus la part des séjours réalisés en unités spécialisées augmente.

## *Observation des scores de réadaptation spécialisée par séjour en HC*



**Figure 28 : Pourcentage des séjours en HC, par score de réadaptation spécialisée par séjour, en fonction de l'unité de réalisation du séjour**

Près de 20% des séjours ont un score de réadaptation spécialisée par séjour nul, dont la majorité en unités polyvalentes ou gériatriques.

Les scores varient de 60 à 960. La part des unités spécialisées augmente quand le score augmente.

## Scores de réadaptation moyens en HC

Le tableau suivant indique les scores moyens, la médiane et les quartiles, pour chaque type de score, par type d'unité.

Tableau 19 : Scores de réadaptation moyens selon le type d'unités en HC

Variable	Type UM	Moyenne du score	1 <sup>er</sup> Quartile	Médiane	3 <sup>ème</sup> Quartile
Score R globale / jour	Tout	77	23	48	97
Score R globale / jour	Gériatrie	44	17	33	57
Score R globale / jour	Polyvalent	44	15	31	53
Score R globale / jour	Spécialisé	126	59	101	166
Score R globale/ séjour	Tout	1870	360	900	2160
Score R globale/ séjour	Gériatrie	1156	240	660	1380
Score R globale/ séjour	Polyvalent	1051	240	540	1200
Score R globale/ séjour	Spécialisé	3096	960	2040	3780
Score R spé / jour	Tout	40	0	14	48
Score R spé / jour	Gériatrie	11	0	3	15
Score R spé / jour	Polyvalent	15	0	3	21
Score R spé / jour	Spécialisé	86	29	60	118
Score R spé /séjour	Tout	931	0	240	1020
Score R spé /séjour	Gériatrie	303	0	60	360
Score R spé /séjour	Polyvalent	356	0	60	420
Score R spé /séjour	Spécialisé	1989	420	1200	2640

- Scores de réadaptation globale

En HC, le score moyen journalier de réadaptation globale importante est de 77 par jour. On remarque que la médiane (p50), score séparant les séjours en deux parts égales, est bien plus basse à 48. Ce sont donc les séjours avec des très forts scores de réadaptation qui tirent la moyenne des scores vers le haut.

Le score global par jour est le plus élevé à 126 dans les unités spécialisées, avec une médiane à 101, et enfin, il est à 44 dans les unités polyvalentes et gériatriques, avec des médianes autour de 30.

On retrouve les mêmes hiérarchies pour les scores moyens au séjour, toujours avec des médianes très inférieures aux moyennes.

- Scores de réadaptation spécialisée

En HC, le score moyen de réadaptation spécialisée importante est le plus important dans les unités spécialisées : 86 par jour et 1989 par séjour, avec des médianes un peu plus proches de la moyenne que dans les autres unités.

En gériatrie et unités polyvalentes, ces scores sont plus bas : 11 par jour et 303 par séjour en gériatrie, 15 par jour et 356 par séjour en polyvalent.

**Ces résultats montrent la corrélation entre le codage des actes spécialisés et la réalisation des séjours en unités spécialisées.**

A titre indicatif, un tableau pour la pédiatrie est présenté, avec les scores de réadaptation spécialisée et globale par jour et par séjour (on rappelle qu'aucun score de réadaptation n'est utilisé en pédiatrie). Pour le score de réadaptation spécialisée, ce sont les listes adultes qui sont utilisées.

Tableau 20: Scores de réadaptation moyens en HC pédiatrique

Variable	Moyenne du score	1 <sup>er</sup> Quartile	Médiane	3 <sup>ème</sup> Quartile
Score R globale / jour	204	69	159	281
Score R globale/ séjour	4031	660	2040	5100
Score R spé / jour	69	0	30	91
Score R spé /séjour	1174	0	360	1440

Le score moyen de réadaptation globale par jour est très élevé en unités pédiatriques, à 204, avec une médiane à 159, ainsi que le score par séjour, à 4031. Ces scores sont plus importants que pour l'activité adulte, tout type d'UM confondus (cf tableau ci-dessus).

Les scores moyens de réadaptation spécialisée sont également élevé en pédiatrie, 69 par jour et 1174 par séjour, mais moins que dans les unités spécialisées adultes. Il faut noter que les listes d'actes spécialisés ont été construites à partir des bases adultes, et qu'elles ne sont sans doute pas adaptées à l'activité pédiatrique.

### 1.3.4 Utilisation des Scores de réadaptation (spécialisée ou globale) par jour et par séjour

Dans cette classification, le choix est fait de combiner le score par jour et par séjour, en associant un seuil pour chaque score (spécialisé ou global). Rappelons que dans les classifications antérieures (GMD et GME), c'est le score par jour uniquement qui était utilisé. L'attribution d'un groupe de réadaptation dépend d'un seuil par jour et d'un seuil par séjour.

	< seuil séjour	> Seuil séjour
< Seuil jour	1	2
> Seuil jour	3	4

Séjours inclus dans GR

Figure 29 : Principe d'utilisation des scores de réadaptation

Ce choix a été fait pour les raisons suivantes :

- Les séjours courts (anormalement courts) auraient été classés dans le GR concerné si le score à la journée seule avait été utilisé, malgré une quantité globale de réadaptation faible.
- Les séjours longs (anormalement longs) auraient été classés dans le GR concerné, du fait

de leur score au séjour, malgré une intensité faible à la journée.

On souhaite construire un groupe de réadaptation avec un score suffisant :

- À la journée car l'intensité de la réadaptation doit être prise en compte
- Au séjour : on introduit ici la notion de protocole, avec un contenu de réadaptation souhaité pour une pathologie prise en charge
- ➔ La combinaison des scores spécialisés permettra d'orienter dans le groupe de réadaptation spécialisée importante
- ➔ La combinaison des scores globaux permettra d'orienter dans le groupe de réadaptation globale importante

## 1.4 Construction des groupes de réadaptation spécialisée importante

### 1.4.1 Principe général

En l'absence de définition objective de la réadaptation spécialisée, et en l'absence de seuils établis médicalement, les groupes sont définis les uns par rapport aux autres de manière à ce que les différences entre groupes soient médicalement interprétables. Dans le même temps, les différents seuils des scores spécialisés sont évalués, ajustés et choisis.

### 1.4.2 Méthode

Parmi les GN, certains ont des effectifs de séjours très faibles, insuffisants pour subdiviser le GN en groupes de réadaptation : l'unique groupe de réadaptation sera choisi en fonction de la proportion des séjours en unités spécialisée et de l'importance moyenne de la réadaptation. Dans certains cas le groupe unique sera un GR spécialisée importante. Aucune liste, même retenue médicalement, ne sera alors utilisée.

Pour chaque GN, **les différents couples possibles seuil score spécialisé par jour / seuil score spécialisé par séjour sont analysés**. Les seuils sont ajustés et choisis de manière à obtenir des groupes cohérents en termes de caractéristiques patients (âge, dépendance) et de prises en charges (durée, réadaptation par jour ou par séjour...)

	< seuil spé séjour	> Seuil spé séjour
< Seuil spé jour	1	2
> Seuil spé jour	3	4

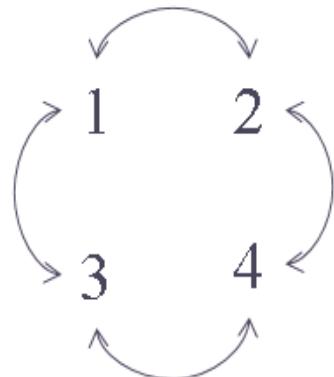


Figure 30 : Principe de construction des groupes de réadaptation

Le groupe 4 :

- Présente un nombre suffisant de séjours : certains groupes de réadaptation spécialisée ne seront pas constitués faute d'effectifs suffisants dans ce groupe ( par exemple, le GN 2303 Soins palliatifs sera seulement subdivisé en GR globale importante et GR autres)
- Est constitué de séjours plus souvent réalisés dans des unités spécialisées
- Est différent des autres groupes en termes de prises en charge réadaptatives et de caractéristiques des patients

### Le groupe 3 :

- Présente des séjours anormalement courts, probablement témoins d'une prise en charge réadaptative incomplète (possiblement interrompus par un transfert, un décès...) : les seuils sont choisis de façon à ce que la DMS moyenne de ce groupe soit suffisamment basse par rapport à la DMS moyenne du groupe 4, pour le GN concerné.
- La quantité de réadaptation par jour dépasse le seuil mais est en moyenne moins importante que dans le groupe 4

### Le groupe 2

- Présente des séjours longs avec une faible intensité de réadaptation/jour en moyenne.
- La quantité de réadaptation totale dépasse le seuil mais est en moyenne moins importante que le groupe 4.

### Le groupe 1

- Présente des séjours avec peu de réadaptation en moyenne.
- Est constitué de séjours plus souvent réalisés dans des unités polyvalents ou gériatriques

**Le groupe 4 devient le GR spécialisée importante. Les séjours des groupes 1, 2 et 3 seront analysés dans un second temps selon le même principe pour former le GR globale importante.**

#### 1.4.3 Exemples

##### *GN 0512, insuffisances cardiaques*

Les seuils choisis sont de 30 pour le seuil par jour et de 300 pour le seuil par séjour.

Le tableau suivant décrit les caractéristiques des séjours et des patients dans chacun des 4 groupes obtenus.

**Tableau 21 : Caractéristiques des séjours spécialisés et non spécialisés dans le GN 0512**

	Seuil séjour < 300	Seuil séjour > 300
Seuil jour < 30	Effectifs : 50118 séjours Durée moyenne de séjour : 28 Age = 86 ans Dép phy = 10, Dép cog = 4 5% des séjours en unités spé 52% en unités polyvalentes 43% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 3 Score moyen spé séjour = 53	Effectifs : 4357 séjours Durée moyenne de séjour : 51 Age = 85 ans Dép phy = 10, Dép cog = 4 11% des séjours en unités spé 40% en unités polyvalentes 49% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 19 Score moyen spé séjour = 618
Seuil jour > 30	Effectifs : 632 séjours Durée moyenne de séjour : 5 Age = 78 ans Dép phy = 9, Dép cog = 3 44% des séjours en unités spé 31% en unités polyvalentes 24% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 53 Score moyen spé séjour = 180	Effectifs : 9233 séjours Durée moyenne de séjour : 27 Age = 71 ans Dép phy = 7, Dép cog = 3 79% des séjours en unité spé 11% en unités polyvalentes 10% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 121 Score moyen spé séjour = 2170

Pour ce GN d'insuffisance cardiaque, les effectifs sont inégaux selon les groupes. Le groupe spécialisé contient 9233 séjours contre 55 107 pour les autres groupes. Les durées de séjours sont

comparables entre le groupe 1 et 4.

Dans le GR spécialisé, les patients sont plus jeunes, moins dépendants et très majoritairement présents en unités spécialisées de cardiologie. Les retours de terrain nous confirment que ce sont ces patients qui sont en mesure de bénéficier d'une réadaptation cardiaque plus intensive et spécialisée.

Les patients du groupe 1 sont plus âgés, plus dépendants et majoritairement pris en charge en unités polyvalentes ou gériatriques.

### *GN 0147, AVC avec hémiplégie*

Les seuils choisis sont de 30 pour le seuil par jour et de 600 pour le seuil par séjour.

Le tableau suivant décrit les caractéristiques des séjours et des patients dans chacun des 4 groupes obtenus.

**Tableau 22 : Caractéristiques des séjours spécialisés et non spécialisés dans le GN 0147**

	Seuil séjour < 600	Seuil séjour > 600
Seuil jour < 30	Effectifs : 11442 séjours Durée moyenne de séjour : 30 Age = 78 ans Dép phy = 12, Dép cog = 5 30% des séjours en unités spé 39% en unités polyvalentes 31% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 10 Score moyen spé séjour = 173	Effectifs : 3355 séjours Durée moyenne de séjour : 89 Age = 78 ans Dép phy = 14, Dép cog = 5 33% des séjours en unités spé 34% en unités polyvalentes 33% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 22 Score moyen spé séjour = 1319
Seuil jour > 30	Séjours Effectifs : 3869 séjours Durée moyenne de séjour : 11 Age = 69 ans Dép phy = 11, Dép cog = 4 74% des séjours en unités spé 17% en unités polyvalentes 9% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 54 Score moyen spé séjour = 374	Effectifs : 32669 séjours Durée moyenne de séjour : 69 Age = 69 ans Dép phy = 12, Dép cog = 4 84% des séjours en unité spé 9% en unités polyvalentes 7% en unités gériatriques Score moyen spé jour = 84 Score moyen spé séjour = 4294

Pour ce GN d'AVC avec hémiplégie, les effectifs sont plus importants dans le groupe spécialisé avec 32 669 séjours, contre 18 666 pour les autres groupes. Les durées de séjours sont beaucoup plus longues dans le groupe spécialisé que dans le groupe 1 (69 jours versus 30 jours)

Les patients du groupe spécialisé sont plus jeunes, mais les dépendances sont comparables quel que soit le groupe : Ils sont en mesure de bénéficier d'une réadaptation spécialisés, mais sont pour autant très dépendants à leur arrivée. On verra plus loin que c'est une particularité de la CM de neurologie.

Les séjours du groupe spécialisé sont plus souvent réalisés en unités spécialisées de neurologie.

Les séjours du groupe 1 sont réalisés à part presque égale entre les unités spécialisées, polyvalentes et gériatriques.

## 1.4.4 Résultats

### 1.4.4.1 Choix des seuils

Il existe des seuils optimum, proposés statistiquement, afin de séparer le mieux possible les séjours qui vont être groupés en réadaptation spécialisée des autres, en termes d'appartenance à une unité spécialisée. Les figures suivantes comparent ces seuils avec ceux choisis après analyse médicale.

#### Seuils par séjour

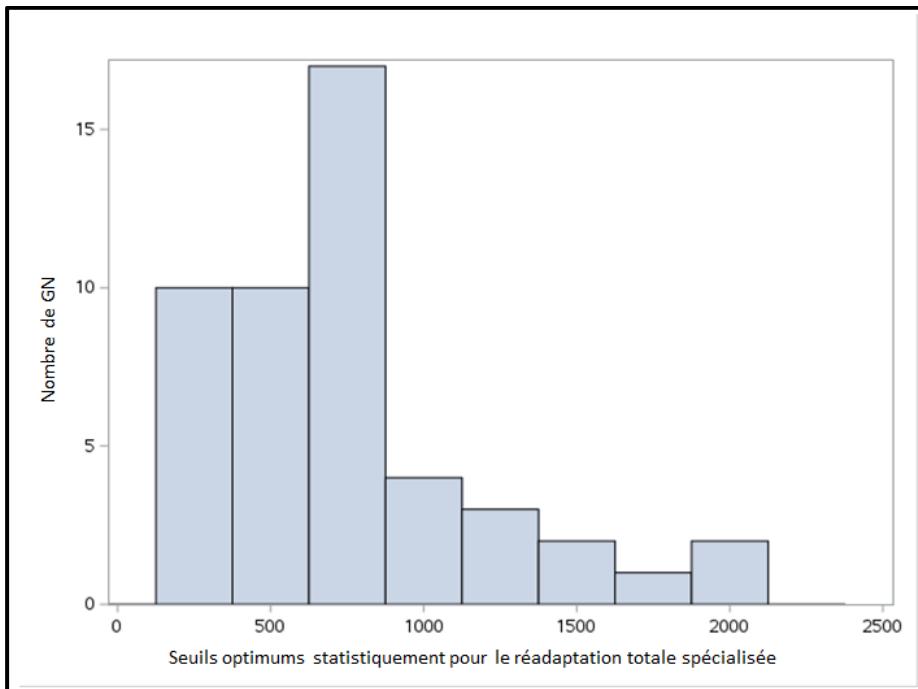


Figure 31 : Histogramme des seuils par séjour optimum statistiquement

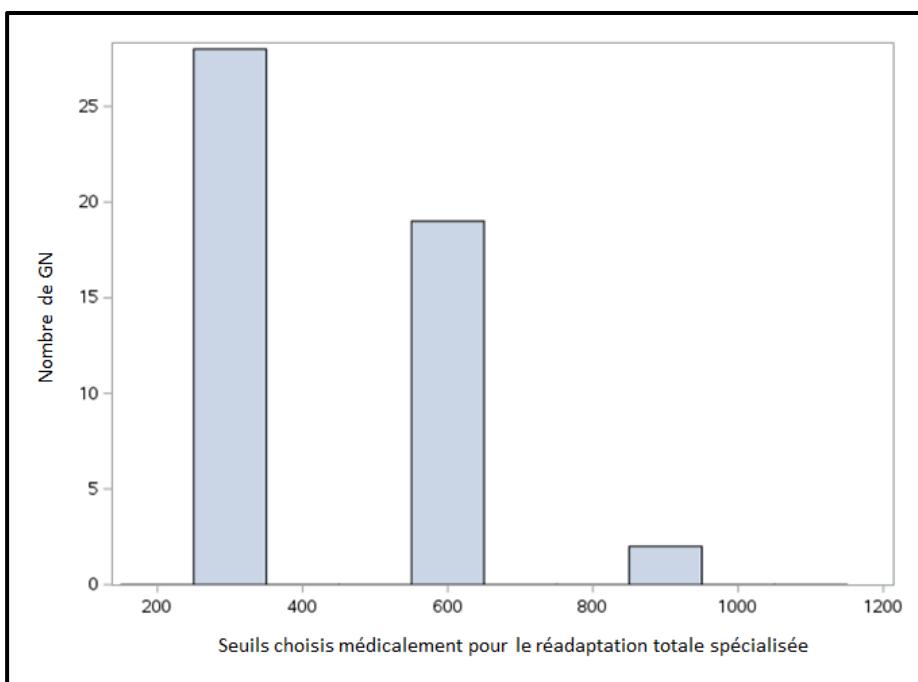


Figure 32 : Histogramme des seuils par séjour choisis médicalement

Les seuils statistiques sont majoritairement compris entre 250 et 750. En moyenne, ils sont statistiquement plus importants que ceux choisis médicalement.

Le tableau suivant donne le nombre de GN par valeur de seuil au séjour.

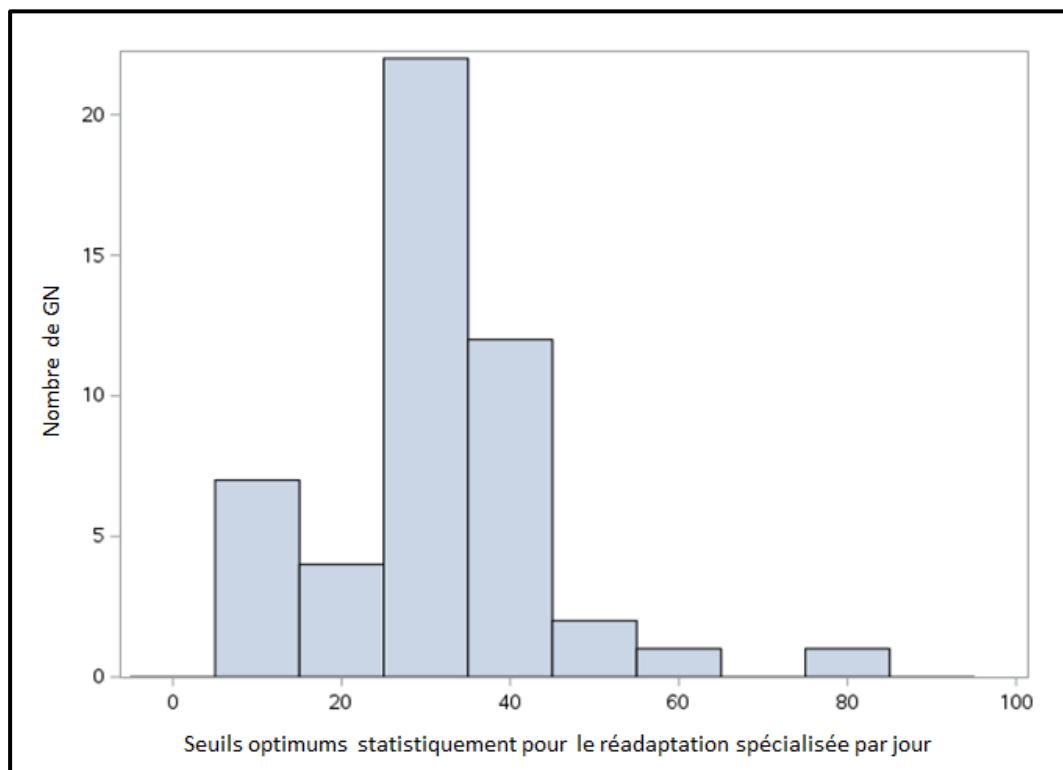
**Tableau 23 : Répartition des valeurs de seuil séjour pour les GR spécialisée importante**

Seuil par séjour	Nb de GN
300	28
600	19
900	2

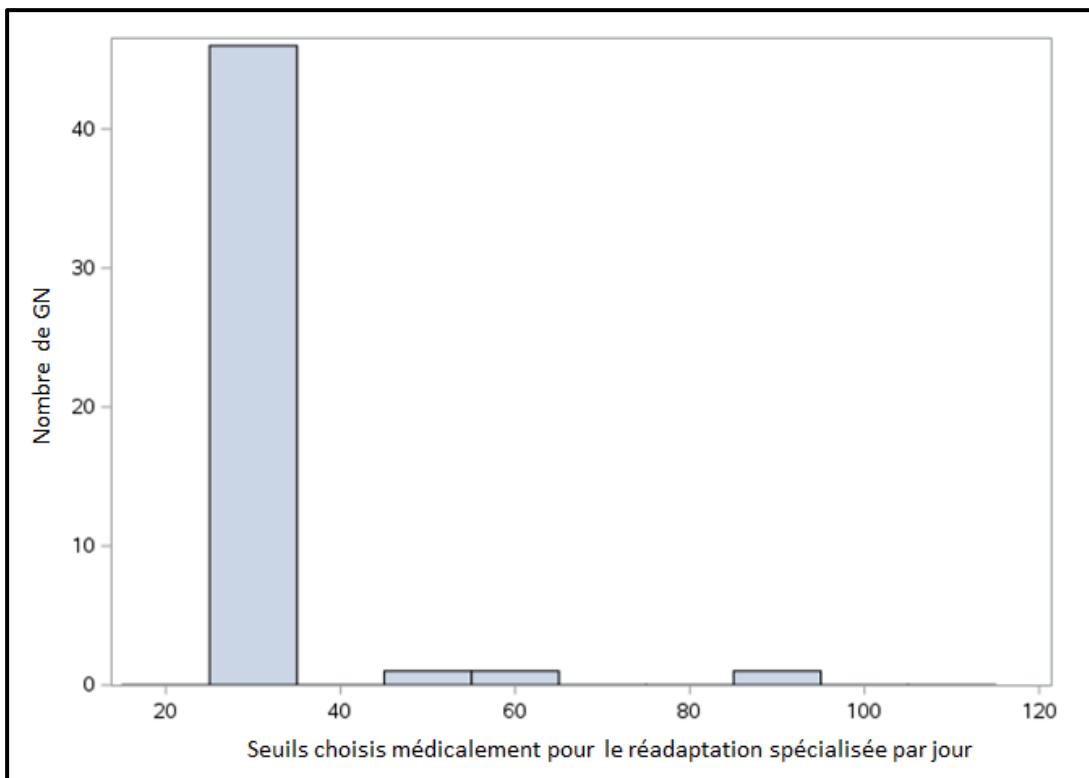
Pour la plupart des GN avec un GR spécialisée importante, le seuil choisi est de 300 ou 600.

Les 2 GN qui se distinguent avec des seuils au séjour à 900 sont les GN 1006 (obésités) et 1903 (toxicomanies avec dépendance)

### *Seuils par jour*



**Figure 33 : Histogramme des seuils par jour statistiques optimum**



**Figure 34 : Histogramme des seuils par jour choisis médicalement**

Les seuils proposés statistiquement sont majoritairement compris entre 30 et 40. Le seuil statistique optimum le plus fréquent est de 30 par jour.

Dans un soucis d'harmonisation, c'est ce seuil de 30 qui a été choisi pour presque tous les GN.

**Tableau 24 : Répartition des valeurs de seuils par jour pour le GR spécialisée importante**

Seuil jour	Nb de GN
30	46
45	1
60	1
90	1

Les GN qui se distinguent sont les suivants :

- GN 0840 (arthrose de la hanche avec implant), avec un score de 45
- G1903 (toxicomanies avec dépendance), avec un score de 60
- GN1006 (obésités), avec un score de 90

#### 1.4.4.2 Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation spécialisée

Dans ce tableau, on retrouve, au total, par groupe issus des test, les caractéristiques des patients et les unités de réalisation des séjours.

**Tableau 25 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur le score de réadaptation spécialisée\***

CAS	Nb total séjours	DS moyenne	Age moyen	Dép phy moyenne	Dep cog moyenne	Pct moyen en unités spé	Pct moyen en unités polyv	Pct moyen en unités géria
1	643 504 (45.3%)	29,8	78,8	10,1	3,9	14%	51%	34%
2	183 886 (12.9%)	56,4	75,6	10,0	3,5	31%	46%	24%
3	47 385 (3.4%)	10,0	66,2	8,3	3,5	60%	27%	13%
4	545 883 (38.4%)	36,6	64,1	7,6	3,2	79%	15%	6%

\*seuls les séjours des GN avec un test sur les scores de réadaptation spécialisée sont pris en compte dans ce tableau

#### *Cas 1 : séjours avec peu de réadaptation spécialisée*

Ces séjours représentent environ 45% du total.

Les patients sont âgés (78.8 ans en moyenne), ils sont dépendant physiquement (10.1) et cognitivement (3.9).

Ces séjours sont plus présents en unités polyvalentes et géériatriques, peu en unités spécialisées. Ils durent en moyenne 29.8 jours.

#### *Cas 4 : séjours avec réadaptation spécialisée importante*

Ces séjours représentent environ 38% du total.

Les patients sont jeunes (64.1 ans en moyenne), ils sont peu dépendants physiquement (7.6) et cognitivement (3.2) .

Ces séjours sont beaucoup plus présents en unités spécialisées (79%). Ils durent en moyenne plus longtemps de 7 jours que les premiers.

#### *Cas 2 : score de réadaptation spécialisée par séjour supérieur au seuil, et score de réadaptation spécialisée par jour inférieur au seuil*

Ces séjours représentent environ 13% du total.

Logiquement, il s'agit de séjours longs, 56.4 j en moyenne, qui ont une intensité de réadaptation spécialisée par jour insuffisante pour dépasser le seuil. Les caractéristiques des patients et des séjours sont proches du cas 1 avec cependant :

Des patients un peu plus jeunes (75.6 ans versus 78.8 ans) et un moins dépendants (10 versus 10.1, 3.5 versus 3.9)

Les séjours sont un peu réalisés un peu plus en unités spécialisées (31% versus 14%)

### *Cas 3 : score de réadaptation spécialisée par séjour inférieur au seuil et score de réadaptation spécialisée par jour supérieur au seuil*

Ces séjours représentent environ 3% du total.

Logiquement, il s'agit de séjours courts, 10j en moyenne, qui ne dépassent pas le seuil par séjour, alors qu'ils ont une intensité journalière suffisante pour dépasser le seuil à la journée.

On les trouve le plus souvent en unités spécialisées (60%).

Les dépendances sont intermédiaires entre le groupe 1 et le groupe 4.

**Tableau 26 : Mode de sortie des séjours selon les cas après test sur les scores spécialisés**

CAS	Sortie par mutation	Sortie par transfert	Sortie domicile	Sortie décès
1	5%	17%	74%	4%
2	2%	9%	88%	1%
3	5%	22%	71%	1%
4	1%	6%	92%	0%

L'analyse des modes de sortie selon les cas, montrent que les séjours aboutissant dans le cas 3, ont plus souvent des modes de sortie par mutation/transfert, ce qui peut être une des explications de leur courte durée.

#### **Conclusion :**

Les cas 1 et 4 représentent la majorité des séjours (84%)

Globalement, les séjours dépassant les 2 seuils de réadaptation spécialisée importante correspondent à des patients plutôt jeunes et peu dépendants. Médicalement, ces patients correspondent bien au profil attendu pour une réadaptation spécialisée (même si on a vu dans l'exemple du GN 0147, qu'il existait des exceptions). Ces séjours sont bien réalisées dans des unités spécialisées disposant des moyens pour mettre en œuvre cette réadaptation.

D'un autre côté, les patients âgés et dépendants sont moins accessibles à une réadaptation spécialisée. Leurs séjours sont réalisés plutôt en unités polyvalentes ou gériatriques.

#### 1.4.4.3 Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation spécialisée, par CM

Dans ce tableau, on retrouve, par CM, par groupe issus des test, les caractéristiques des patients et les unités de réalisation des séjours.

**Tableau 27 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur le score de réadaptation spécialisée, par CM\***

CM	Cas	Nb séjours	% de séjours	DMS	Age	Dép. phy. moyenne	Dép cog moyenne	% en unité spé.	% en unité poly.	% en unité géria.
01	1	155 963	53%	33	78	11	5	14%	44%	41%
01	2	22 568	8%	81	74	12	5	32%	34%	34%
01	3	15 384	5%	11	68	10	4	60%	21%	19%
01	4	97 873	34%	56	66	11	4	77%	12%	11%
04	1	38 415	49%	26	76	9	4	24%	51%	25%
04	2	5 355	7%	56	74	9	3	48%	34%	17%
04	3	949	1%	6	68	6	3	78%	19%	3%
04	4	34 431	44%	31	66	6	3	94%	5%	1%
05	1	95 243	50%	27	84	10	4	9%	54%	37%
05	2	9 709	5%	49	81	10	4	22%	40%	37%
05	3	3 091	2%	5	70	7	3	76%	15%	9%
05	4	8 3820	44%	22	67	6	3	94%	4%	2%
08	1	283 587	42%	30	80	10	4	13%	55%	32%
08	2	129 729	19%	53	77	10	3	28%	51%	22%
08	3	21 233	3%	12	70	9	3	49%	39%	12%
08	4	241 919	36%	36	67	8	3	69%	24%	7%
10	1	24 826	32%	27	72	9	4	30%	45%	24%
10	2	8 643	11%	47	63	7	3	65%	24%	10%
10	3	1 818	2%	5	56	6	3	77%	18%	5%
10	4	41 280	54%	25	56	5	3	90%	9%	1%
19	1	45 470	43%	29	73	8	4	17%	51%	33%
19	2	7 882	8%	67	66	8	4	34%	34%	32%
19	3	4 910	5%	7	47	5	4	87%	9%	4%
19	4	46 560	44%	40	48	5	4	90%	6%	4%

\* seuls les séjours des GN avec un test sur les scores de réadaptation spécialisée sont pris en compte dans ce tableau

La part de séjours positifs aux 2 tests est la plus importante pour la CM 10 à 54%, avec 90% des séjours réalisées en unités spécialisées.

Arrivent ensuite les CM 4, CM 5, et CM19 avec 44% des séjours en groupe 4, et 90 à 94% des séjours réalisées en unités spécialisées.

Enfin, ce sont dans les CM 1 et CM8, que cette part est la plus faible, respectivement à 34 et 36%, avec 77% et 69% des séjours réalisées en unités spécialisées.

La hiérarchie des âges est sensiblement la même dans toutes les CM : les patients sont plus jeunes dans le groupe spécialisé. La hiérarchie des dépendances est également la même, **sauf pour la CM01, ou les dépendances sont équivalentes entre groupe 1 et groupe 4 (cf exemple du GN 0147).**

**On note une part importante des séjours longs (cas 2) dans la CM 08**, avec près de 20% de séjours, et une DMS de 53j. Ce sont donc des séjours qui dépassent le seuil de réadaptation spécialisée au séjour, mais pas le seuil à la journée : ce peut-être des séjours allongés par des complications médicales ou du fait de facteurs socio-environnementaux, pour lesquels la réadaptation cesse ou diminue pendant une période du séjour, avec une diminution mécanique du score journalier.

La part des séjours courts (cas 3) est toujours faible, entre 1% (CM04) et 5% (CM01 et CM19).

#### *1.4.4.4 Création de 58 GR spécialisée importante*

➔ Cas général : 49 après un test sur une liste d'actes spécialisés

Les seuils sont variables selon les GN, mais le plus souvent, le seuil à la journée est de 30, le seuil au séjour de 300 ou 600.

Le fichier **GR\_infos** détaille, par GN, les groupes de réadaptation spécialisée importante et les seuils choisis.

➔ Cas particulier : 9 GN ont un seul groupe de réadaptation spécialisée importante (sans test).

Ces GN ont des effectifs globaux insuffisants pour subdiviser le GN en GR (hormis le groupe pédiatrique éventuellement comme pour le GN 0118)

- 0103 : États végétatifs chroniques - états pauci-relationnels
- 0118 : Paralysies cérébrales
- 0134 : Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie
- 0137 : Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie
- 0139 : Autres affections médullaires
- 0146 : Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie
- 0409 : Asthmes
- 0903 : brûlures
- 2703 : Post-transplantation d'organe

Le tableau suivant explique pourquoi, faute d'effectifs, il a été décidé de grouper tous les séjours de ces GN dans un GR spécialisée importante. Il analyse les caractéristiques des patients et des séjours.

**Tableau 28 : Caractéristiques des GN avec un seul GR spé sans test sur le score spé**

GN	Nombre de	DMS	Age moyen	Dép. phy. moyenne	Dép cog moyenne	Pct en unité spé	Pct en unité polyv	Pct en unité géria
0103	1603	107	46	16	8	49%	47%	3%
0118	1769	33	41	12	4	65%	18%	3%
0134	2257	73	49	14	3	92%	7%	1%
0137	2108	62	49	11	3	94%	5%	1%
0139	2535	40	65	10	3	67%	23%	10%
0146	1283	90	54	14	6	80%	17%	2%
0409	3382	31	67	6	3	79%	12%	8%
0903	2456	38	54	8	3	83%	12%	5%
2703	1786	26	55	6	3	78%	21%	1%

Les séjours de ces GN se retrouvent en grande majorité dans des unités avec mention spécialisée (à l'exception du GN 0103 des EVC-EPR, dont le type d'unité spécifique ne dépend pas d'une mention spécialisée).

Pour tous les GN, les patients sont jeunes, ce qui est une caractéristique des GR spécialisée importante.

Pour les GN de neurologie, les patients sont très dépendants, ce qui est une particularité des GR spécialisée importante en neurologie. Pour les autres GN (asthmes, brûlures et post-transplantations), la dépendance est plutôt faible, ce qui est également cohérent.

## 1.5 Construction des groupes de réadaptation globale

Les séjours non groupés en GR spécialisé important ( les séjours des groupes 1, 2 et 3 du test précédent ) sont analysés selon le même principe pour former le GR globale importante.

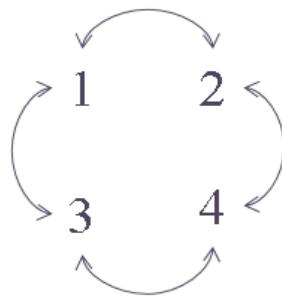
### 1.5.1 Principe général

Les groupes sont définis les uns par rapport aux autres de manière à ce que les différences entre groupes soient interprétables. Dans le même temps, les différents seuils sont évalués, ajustés et choisis.

### 1.5.2 Méthode

Pour chaque GN, les différents couples possibles « seuil score global par jour / seuil score global par séjour » sont analysés. Les seuils sont ajustés et choisis de manière à obtenir des groupes cohérents : les caractéristiques des patients sont la plupart du temps semblables entre les groupes de réadaptation globale importante et autre. Ce sont donc essentiellement les différences de prises en charge (durée, réadaptation par jour ou par séjour...), et les effectifs dans chaque groupe qui vont être observés et influencer le choix des seuils.

	< seuil global séjour	> Seuil global séjour
< Seuil global jour	1	2
> Seuil global jour	3	4



Le groupe 4 :

- Présente un nombre suffisant de séjours. Certains groupes de réadaptation globale importante ne seront pas constitués faute d'effectifs suffisants dans ce groupe.
- Est différent des autres groupes en termes de prises en charge réadaptatives

Le groupe 3 :

- Présente des séjours anormalement courts, probablement témoins d'une prise en charge réadaptative incomplète (possiblement interrompus par un transfert, un décès...) : les seuils sont choisis de façon à ce que la DMS moyenne de ce groupe soit suffisamment basse par rapport à la DMS moyenne du groupe 4, pour le GN concerné
- La quantité de réadaptation par jour dépasse le seuil mais est en moyenne moins importante que dans le groupe 4

Le groupe 2

- Présente des séjours longs avec une faible intensité de réadaptation/jour en moyenne.
- La quantité de réadaptation totale dépasse le seuil mais est en moyenne moins importante que le groupe 4.

Le groupe 1

- Présente des patients avec peu de réadaptation en moyenne

**Le groupe 4 devient le GR globale importante. Les groupes 1, 2 et 3 constitueront le GR autre.**

### 1.5.3 Exemples

Les exemples choisis sont les mêmes que pour la construction des groupes spécialisés.

Les séjours non groupés dans le GR spécialisée importante sont donc testés avec les scores de réadaptation globale importante.

Les tableaux suivants décrivent, pour chaque exemple, les caractéristiques des séjours et des patients dans chacun des 4 groupes obtenus.

#### *GN 0512, insuffisances cardiaques*

Les seuils choisis dans ce GN sont 30 par jour et 300 par séjour

**Tableau 29 : Caractéristiques des séjours avec réadaptation globale importante et autre dans le GN 0512**

	Seuil séjour < 300	Seuil séjour > 300
Seuil jour < 30	Effectifs : 19 855 séjours Durée moyenne de séjour : 19 jours Age = 86 ans Dép phy = 10, Dép cog = 4 5% des séjours en unités spé <b>56% en unités polyvalentes</b> <b>39% en unités gériatriques</b> Score moyen global jour = 11 Score moyen global séjour = 128	Effectifs : 12 088 séjours Durée moyenne de séjour : 46 jours Age = 86 ans Dép phy = 11, Dép cog = 4 4% des séjours en unités spé <b>53% en unités polyvalentes</b> <b>43% en unités gériatriques</b> Score moyen global jour = 22 Score moyen global séjour = 664
Seuil jour > 30	Effectifs : 2858 Durée moyenne de séjour : 6 jours Age = 84 ans Dép phy = 10, Dép cog = 4 14% des séjours en unités spé <b>48% en unités polyvalentes</b> <b>37% en unités gériatriques</b> Score moyen global jour = 54 Score moyen global séjour = 207	Effectifs : 20 073 séjours Durée moyenne de séjour : 33 jours Age = 86 ans Dép phy = 11, Dép cog = 4 <b>5% des séjours en unité spé</b> <b>45% en unités polyvalentes</b> <b>49% en unités gériatriques</b> Score moyen global jour = 61 Score moyen global séjour = 1354

L'âge moyen et les caractéristiques des patients des groupes 1 et 4 sont sensiblement les mêmes, avec un âge moyen de 86 ans, une dépendance physique moyenne de 10 pour le groupe 1 et 11 pour le groupe 4, et une dépendance cognitive moyenne à 4 dans les 2 cas.

La réalisation en unité spécialisée est faible dans tous les groupes. Les séjours du groupe 4 (seuils jour et séjour dépassés) sont plus fréquents en unité gériatrique qu'en unité polyvalente (49% contre 39% pour le groupe 1).

La plus grande différence entre les groupes réside dans les scores de réadaptation globale importante, logiquement plus importants dans le groupe 4.

Dans ce GN, la quantité de réadaptation reçue par le patient n'est pas en rapport avec son âge et sa dépendance, mais en peut-être en lien avec la réalisation du séjour dans une unité gériatrique.

## GN 0147, AVC avec hémiplégie

Les seuils choisis dans ce GN sont 30 par jour et 600 par séjour

**Tableau 30 : Caractéristiques des séjours avec réadaptation globale importante et autre dans le GN 0147**

	Seuil séjour < 600	Seuil séjour > 600
Seuil jour < 30	Effectifs : 4 250 séjours Durée moyenne de séjour : 23 jours <b>Age = 79 ans</b> <b>Dép phy = 13, Dép cog = 5</b> 24% des séjours en unités spé 45% en unités polyvalentes 31% en unités gériatriques Score moyen global jour = 14 Score moyen globa séjour = 223	Effectifs : 1 739 séjours Durée moyenne de séjour : 88 jours <b>Age = 79 ans</b> <b>Dép phy = 14, Dép cog = 5</b> 18% des séjours en unités spé 43% en unités polyvalentes 38% en unités gériatriques Score moyen global jour = 23 Score moyen global séjour = 1342
Seuil jour > 30	Effectifs : 2 858 séjours Durée moyenne de séjour : 9 jours <b>Age = 71 ans</b> <b>Dép phy = 11, Dép cog = 4</b> 61% des séjours en unités spé 24% en unités polyvalentes 14% en unités gériatriques Score moyen global jour = 71 Score moyen global séjour = 370	Effectifs : 8 138 séjours Durée moyenne de séjour : 45 jours <b>Age = 76 ans</b> <b>Dép phy = 12, Dép cog = 5</b> <b>41% des séjours en unité spé</b> 30% en unités polyvalentes 29% en unités gériatriques Score moyen global jour = 74 Score moyen global séjour = 2067

Contrairement à l'exemple ci-dessus, les patients sont légèrement plus jeunes et moins dépendants dans le groupe avec réadaptation globale importante : 76 ans contre 79 dans le groupe 1, dépendance physique à 12 contre 13 dans le groupe 1.

Les séjours du groupe 4 sont réalisés à 41% en unité spécialisée : ce sont donc des séjours qui ont une réadaptation globale importante, mais qui n'ont pas été groupés préalablement en GR spécialisés importante.

Les score de réadaptation globale importante sont bien sur différents dans les groupes 1 et 4.

Dans ce GN, la quantité de réadaptation reçue par le patient semble en rapport avec son âge et sa dépendance. Une réadaptation globale plus importante serait plus accessible aux patient plus jeunes et moins dépendants. Elle est également en lien avec la réalisation du séjour dans une unité spécialisée. C'est une particularité de ce GN (et dans une moindre mesure de la CM, dont on retrouvera les résultats plus loin).

## 1.5.4 Résultats

### 1.5.4.1 Choix des seuils

#### *Seuils au séjour*

Le tableau suivant indique les différentes valeurs de seuils pour le score de réadaptation globale au séjour.

**Tableau 31 : Répartition des valeurs de seuil séjour pour le GR globale importante**

Seuil séjour	Nb de GN
300	48
600	19
900	1

Pour la plupart des GN avec un GR globale importante, le seuil choisi est de 300 ou 600.

Le GN qui se distingue avec un seuil à 900 est le GN 1006 (obésités)

#### *Seuils à la journée*

Le tableau suivant indique les différentes valeurs de seuils pour le score de réadaptation globale à la journée.

**Tableau 32 : Répartition des valeurs de seuils jour pour le GR globale importante**

Seuil jour	Nb de GN
30	65
45	1
60	2
90	1

Pour la plupart des GN avec un GR globale importante, le seuil choisi est de 30.

Les GN qui se distinguent avec des seuils plus élevés sont les suivants : le GN 0840 (arthrose de la hanche avec implant) avec un seuil à 45, les GN 0121 (polyneuropathies) et 0124 (affections des nerfs) avec des seuils à 60 et le GN 1006 (obésités), avec un seuil à 90.

#### 1.5.4.2 Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation globale

Dans ce tableau, on retrouve, au total, par groupe issus des test, les caractéristiques des patients et les unités de réalisation des séjours.

**Tableau 33 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur les scores de réadaptation globale\***

CAS	Nb séj	DS moy	Age moyen	Dep phy moy	Dep cog moy	Pct unité spé	Pct unité polyv	Pct unité géria	Pond globale jour	Pond globale séjour
1	375 260 (31%)	22	79	10	4	9%	59%	32%	12,0	169,1
2	249 782 (21%)	51	80	11	4	10%	56%	34%	22,5	776,5
3	94 945 (8%)	9	76	10	4	27%	46%	27%	57,8	312,1
4	491 372 (40%)	38	78	10	4	19%	46%	35%	67,3	1 703,2

\*sont pris en compte uniquement les séjours des GN non groupés en GR spécialisés et avec un test sur les scores de réadaptation globale

#### *Cas 1 : séjours avec peu de réadaptation globale*

Ces séjours représentent environ 31% du total.

Les patients sont âgés de 79 en moyenne, ils sont dépendant physiquement (10) et cognitivement (4).

Ces séjours sont les plus présents en unités polyvalentes . Ils durent en moyenne 22 jours, largement moins que les séjours des autres groupes.

#### *Cas 4 : séjours avec réadaptation globale importante*

Ces séjours représentent environ 40% du total.

Les patients ont le même âge en moyenne que ceux du groupe 1, 78 ans. Leur dépendance est également la même.

Ces séjours sont plus présents en unités spécialisées que ceux du groupe 1 (19% contre 9%), et un peu plus présents en unités gériatriques (35% contre 32%).

Les scores de réadaptation globale importante sont bien sûr très différents.

Leur durée de séjour est nettement plus élevée que celle des séjours du groupe 1.

#### *Cas 2 : score de réadaptation globale par séjour supérieur au seuil, et score de réadaptation globale par jour inférieur au seuil*

Ces séjours représentent environ 21% du total. Ce volume est non négligeable (inférieur au volume du groupe 2 pour la réadaptation spécialisée importante)

Il s'agit de séjours longs, 51 j en moyenne, qui ont une intensité de réadaptation globale par jour insuffisante pour dépasser le seuil. Les caractéristiques des patients, ainsi que les unités de réalisation des séjours sont proches du cas 1.

### *Cas 3 : score de réadaptation globale par séjour inférieur au seuil et score de réadaptation globale par jour supérieur au seuil*

Ces séjours représentent environ 8% du total.

Logiquement, il s'agit de séjours courts, 9j en moyenne, qui ne dépassent pas le seuil par séjour, alors qu'ils ont une intensité journalière suffisante pour dépasser le seuil à la journée.

On les trouve le plus souvent en unités spécialisées (27%).

Les caractéristiques des patients sont proches des autres groupes

Le tableau suivant indique les modes de sortie en fonction des groupes.

**Tableau 34 : Mode de sortie selon les cas après test sur les scores globaux**

CAS	Sortie mutation	Sortie transfert	Sortie domicile	Sortie décès
1	7%	20%	66%	6%
2	4%	12%	72%	12%
3	9%	31%	56%	3%
4	3%	13%	80%	3%

L'analyse des modes de sortie montre que les sorties par mutation/transfert est plus importante pour le cas 3, ce qui explique en partie leur courte durée.

#### **Conclusion :**

Les cas 1 et 4 représentent la majorité des séjours (71%)

Globalement, il n'y a pas de différence notable en ce qui concerne les patients des groupes 1 et 4. Leurs âges et dépendances se ressemblent. Il apparaît donc que, globalement, la quantité de réadaptation reçue ne dépend pas des caractéristiques du patient : un patient, même âgé et dépendant, se retrouve aussi bien en réadaptation globale importante qu'en réadaptation autre.

La quantité de réadaptation reçue par le patient dépend d'autres facteurs que le recueil ne nous permet pas d'analyser : autres caractéristiques des patients ou de séjours, pratiques des établissements ou codage des professionnels.

On note cependant que les séjours des groupes 4 sont plus souvent réalisés dans des unités spécialisées, et un peu plus dans des unités gériatrique, que les séjour du groupe 1 : on peut penser que les moyens des unités ont un impact sur cette quantité de réadaptation.

#### 1.5.4.3 Répartition et caractéristiques des séjours après test sur le score de réadaptation globale, par CM

Dans ce tableau, on retrouve, par CM et par groupe issus des test, les caractéristiques des patients et les unités de réalisation des séjours.

**Tableau 35 : Caractéristiques des séjours selon les cas après test sur le score de réadaptation globale, par CM\***

CM	Cas	Nb séjours	Pct séjours	DMS	age	phy	cog	Unité spécialisée	Unité polyvalente	Unité gériatrique
01	1	67275	37%	27	80	11	5	8%	48%	44%
01	2	24615	13%	74	79	12	5	10%	46%	44%
01	3	23254	13%	10	75	10	5	32%	36%	32%
01	4	68699	37%	41	76	11	5	24%	37%	38%
03	1	3387	34%	21	71	8	4	6%	76%	18%
03	2	1820	18%	61	73	9	4	7%	72%	21%
03	3	490	5%	6	70	8	4	12%	71%	18%
03	4	4266	43%	39	72	8	4	14%	68%	18%
04	1	29892	34%	17	79	9	4	16%	55%	29%
04	2	16379	19%	49	81	10	4	12%	53%	35%
04	3	5345	6%	6	76	10	4	29%	46%	24%
04	4	35427	41%	34	79	10	4	21%	44%	35%
05	1	41368	35%	18	83	9	4	8%	59%	33%
05	2	23747	20%	46	84	10	4	5%	55%	40%
05	3	7455	6%	6	79	9	4	29%	43%	28%
05	4	44925	38%	33	83	10	4	12%	46%	42%
06	1	33336	39%	19	76	9	3	6%	71%	23%
06	2	15908	19%	49	78	10	4	8%	62%	29%
06	3	4658	5%	6	75	9	4	12%	63%	25%
06	4	31212	37%	33	76	9	3	14%	56%	30%
08	1	110009	26%	24	79	10	3	10%	62%	27%
08	2	80594	19%	53	79	10	3	13%	60%	28%
08	3	39910	9%	11	76	10	3	27%	50%	23%
08	4	192299	45%	41	78	10	3	23%	46%	30%
09	1	13584	35%	23	79	10	4	6%	63%	32%
09	2	7907	20%	57	80	10	4	7%	56%	37%
09	3	2074	5%	8	76	10	4	13%	55%	32%
09	4	15748	40%	39	77	10	3	15%	53%	33%

CM	Cas	Nb séjours	Pct séjours	DMS	age	phy	cog	Unité spécialisée	Unité polyvalente	Unité gériatrique
10	1	14954	36%	19	71	8	3	29%	50%	20%
10	2	10019	24%	48	71	8	4	43%	35%	21%
10	3	2795	7%	6	65	7	3	53%	32%	14%
10	4	13965	33%	36	72	9	4	31%	39%	28%
11	1	15669	39%	19	78	9	4	3%	69%	28%
11	2	7536	19%	50	81	10	4	3%	61%	36%
11	3	2135	5%	6	78	10	4	6%	64%	30%
11	4	14336	36%	34	80	10	4	5%	56%	39%
16	1	9211	38%	17	77	9	4	8%	61%	31%
16	2	4267	18%	53	79	10	4	8%	56%	35%
16	3	1901	8%	6	74	9	4	24%	51%	26%
16	4	8744	36%	34	75	9	4	21%	48%	31%
18	1	2405	35%	17	80	11	4	5%	58%	37%
18	2	1223	18%	47	81	11	4	3%	59%	38%
18	3	458	7%	5	77	11	4	11%	54%	34%
18	4	2721	40%	36	79	11	4	9%	49%	42%
19	1	14580	36%	23	78	9	5	2%	59%	39%
19	2	9783	24%	59	80	10	5	2%	51%	47%
19	3	1688	4%	6	74	8	4	10%	52%	38%
19	4	14254	35%	37	79	9	4	5%	53%	42%
23	1	19590	17%	20	83	10	4	2%	57%	41%
23	2	45984	41%	37	80	12	5	4%	60%	36%
23	3	2782	2%	7	83	10	4	6%	53%	40%
23	4	44776	40%	33	81	11	4	8%	50%	42%

\* sont pris en compte uniquement les séjours des GN non groupés en GR spécialisés et avec un test sur les scores de réadaptation globale

La part des séjours positifs aux 2 tests varie entre 33 % pour la CM 10 à 45% pour la CM8.

La similitudes des âges et dépendances entre groupe 1 et 4 est constante avec un bémol pour la CM01 ou les patients du groupe 4 sont plus jeunes (cf exemple du GN 0147)

On retrouve pour la CM08 une part importante de séjours longs (26% contre 21% au global).

Pour les séjours des groupes 4, la part réalisée en unités spécialisées est particulièrement importante our les CM01 (cf exemple du GN 0147 avec 40%) , 08 et 10.

#### 1.5.4.4 Création de 69 GR globale importante et 83 GR autres .

##### ➔ Cas général

Pour le GR globale importante, les seuils sont variables selon les GN, mais le plus souvent, le seuil à la journée est de 30, le seuil au séjour de 300 ou 600.

Le fichier **GR\_infos** détaille, par GN, les groupes de réadaptation globale importante et les seuils choisis, ainsi que les groupes de réadaptation autre.

##### ➔ Cas particulier

- Le GN 2303 (soins palliatifs) a 2 GR, globale importante et autre. L'orientation dans le GR globale importante est seulement conditionné par le score de réadaptation globale par jour. Il n'y a pas pour ce GN de seuil au séjour, la durée du séjour n'ayant pas de pouvoir explicatif.
- Pour 8 GN, le seul type de réadaptation est considéré « autre ».
  - 0412 : Tuberculoses pulmonaires
  - 0203 : Affections oculaires
  - 0618 : Hernies pariétales non compliquées
  - 0921 : Autres affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins
  - 1112 : Affections non malignes de l'appareil génital féminin
  - 1115 : Affections non malignes de l'appareil génital masculin
  - 1123 : Autres affections de l'appareil génito-urinaire
  - 1803 : Infections par VIH

Le tableau suivant explique pourquoi, faute d'effectifs, il a été décidé de grouper tous les séjours de ces GN dans un GR spécialisée autre. Il analyse les caractéristiques des patients et des séjours.

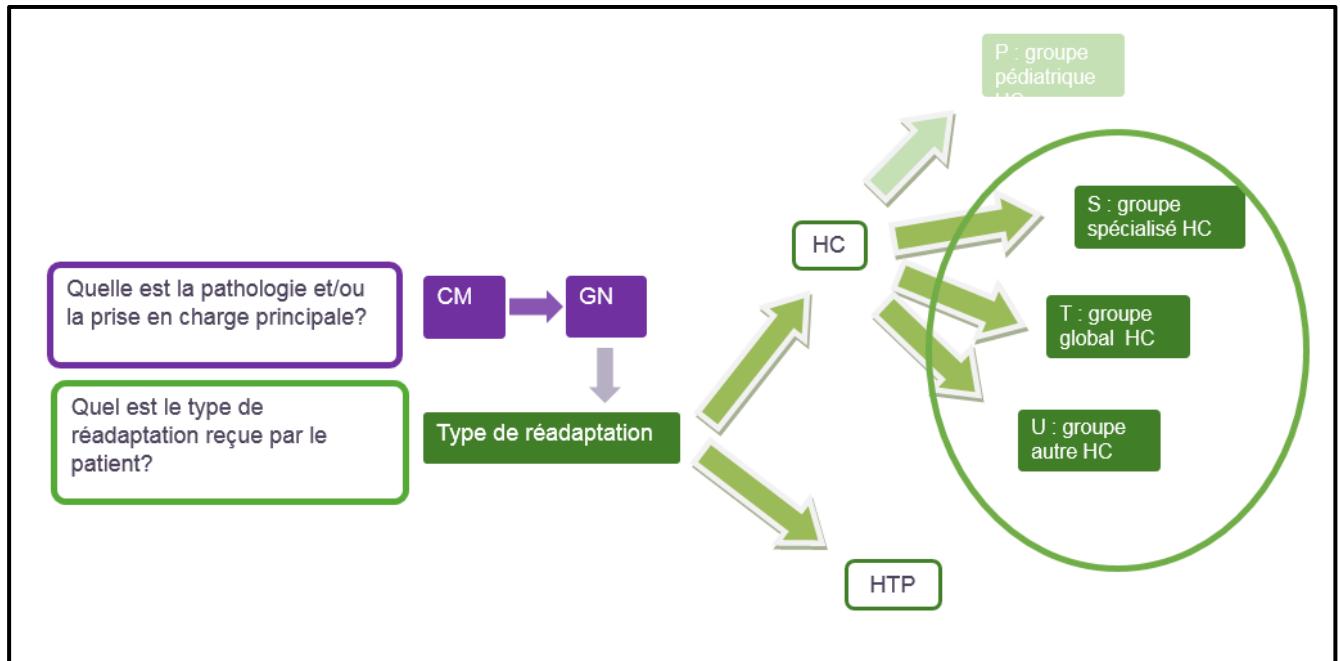
**Tableau 36 : Caractéristiques des GN avec un seul GR autre**

GN	Nb sez	DS moy	Age moyen	Dep phy moy	Dép cog moy	Pond glob jour	Pond glob sez	Pct en unité spé	Pct en unité polyv	Pct en unité géria
0203	4147	33	62	6	3	110	343	12%	85%	3%
0412	1454	54	47	6	5	39	1 196	32%	59%	9%
0618	3121	24	76	7	3	32	541	7%	73%	20%
0921	3464	25	62	7	3	73	706	36%	54%	10%
1112	2445	21	72	7	3	27	430	6%	79%	15%
1115	2991	28	80	10	4	34	650	6%	62%	32%
1123	3440	25	62	8	3	38	301	58%	31%	11%
1803	515	41	50	6	4	50	927	28%	70%	2%

Les séjours dans ces GN se retrouvent en grande majorité dans des unités polyvalentes et génèrent peu d'actes de réadaptation.

## 1.6 Synthèse des groupes de réadaptation adultes en HC

### 1.6.1 Schéma général des groupes de réadaptation adulte en HC



**Figure 35 : Schéma des groupes de réadaptation adultes en HC**

Si le patient a plus de 18 ans, son séjour sera groupé dans un des 3 types de réadaptation, spécialisée importante, globale importante ou autre, en fonction des scores de réadaptation décrits plus hauts. Tous les GN ne sont pas subdivisés dans les 3 types de réadaptation.

Le fichier **GR\_infos** détaille l'ensemble des groupes de réadaptation et les seuils choisis.

### 1.6.2 Résultats en chiffres des groupes de réadaptation adulte en HC

Le tableau suivant indique, par type de réadaptation, les caractéristiques des patients, les scores de réadaptation et le pourcentage de réalisation dans chaque type d'autorisation.

**Tableau 37 : Caractéristiques des séjours selon le GR**

Type de Réadaptation	Nb séjours	DMS	Age	Dep phy	Dep cog	Pond spé jour	Pond spe sej	Unité spé	Unité polyv	Unité geria
S	584 476	37	64	8	3	103	2 462	78%	16%	6%
T	516 726	38	78	10	4	14	349	19%	47%	34%
U	747 189	30	78	10	4	8	133	14%	56%	30%

Les séjours en GR spécialisée importante représentent 31.6% des séjours en HC.

Les patients sont jeunes (64 ans), peu dépendants physiquement (8) et cognitivement (3).

Les séjours sont réalisés à 78% en unités spécialisée.

**On retrouve le profil de patients jeunes et peu dépendants pour ces groupes de réadaptation spécialisée importante, et une corrélation nette avec la réalisation en unités spécialisées.**

Les séjours en GR globale importante représentent 28% des séjours en HC.

Les patients sont plus âgés (78 ans), plus dépendants physiquement (10) et cognitivement (4). Les séjours sont réalisés à 47% en unité polyvalente, 34% en unité gériatrique et 19% en unité spécialisée.

Les séjours en GR autre représentent 40.4% des séjours en HC. Les séjours sont réalisés à 56% en unités polyvalentes, moins en unités spécialisées (14%) et gériatriques (30%) que les GR globale importante.

**Dans ces GR T et U, on retrouve le même profil de patients plus âgés et plus dépendants, avec comme seule différence finalement la quantité de réadaptation réalisée. Cette différence est probablement en lien avec les pratiques professionnelles et/ou de codage des établissements, et avec l'unité de réalisation du séjour.**

A l'inverse, le tableau suivant, indique, par autorisation de l'unité, la part des séjours dans chaque GR.

**Tableau 38 : Type de réadaptation selon l'autorisation**

UM GR \	50	59	51	52	53	54	55	56	57	58
S	12%	8%	69%	66%	86%	66%	60%	1%	68%	76%
T	32%	40%	18%	17%	6%	16%	16%	48%	16%	1%
U	55%	52%	13%	17%	8%	18%	24%	51%	16%	23%

En unité polyvalente (50), 55% des séjours sont groupés en GR autre, 32% en GR globale importante, 12% en GR spécialisée importante.

En unité gériatrique (59), 52% des séjours sont groupés en GR autre, 40% en GR globale importante, 8% en GR spécialisée importante.

En unité locomoteur (51), 69% des séjours sont groupés en GR spécialisée importante.

En unité neurologique (52), 66% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante.

En unité cardiologique (53), 86% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante.

En unité respiratoire (54), 66% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante.

En unité métabolique et digestif (55), 60% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante.

En unité onco-hématologique (56), 1% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante : les GN correspondant à cette autorisation, n'ont pas de GR spécialisée importante (le caractère spécialisé de la prise en charge de ces pathologies n'est pas en lien avec une réadaptation spécialisée). Les séjours sont groupés pour moitié dans le GR globale importante et dans le GR autre.

En unité brûlés (57), 68% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante.

En unité addictologie (58), 76% des séjours sont groupés en GR Spécialisée importante.

Au total, dans les unités spécialisées, les séjours sont groupés en GR spécialisée importante dans 66% (CM1) à 86% des cas (CM05).

**La corrélation entre unités spécialisées et GR spécialisée importante est aussi vérifiée dans ce sens.**

## 2 TYPE DE READAPTATION ADULTE HTP

### 2.1 Introduction

#### 2.1.1 L'HTP adulte, en chiffres

L'hospitalisation à temps partiel représente environ 10% des journées de SSR. L'activité est répartie très inégalement entre les GN.

Les GN 0509 (coronaropathies hors pontage) et 0876 (scolioses, hernies discales et autres dorsopathies) sont les plus représentés.

Puis, arrivent les GN 0841 (arthroses du genou avec implant articulaire), 0147 (AVC avec hémiplégie), 0838 (lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule), 0839 (lésions articulaires et ligamentaires du genou) et 0130 (autres affections neurodégénératives).

L'activité d'HTP est réalisée à **84% en UM spécialisées** (hors PAPD), à 11% en unités polyvalentes et à 5% en unités gériatriques

Les patients sont **centrés sur des classes d'âge plus jeunes et homogène en dépendance**.

Le Tableau suivant présente une comparaison des distributions des âges des patients en HTP et en HC.

**Tableau 39 : Distribution des âges des patients en HTP, comparativement avec ceux d'HC**

Age	Nombre de RHS HTP	Pourcentage des RHS HTP	Nombre de journées HTP	Pourcentage des journées HTP	Nombre de séjours HC	Pourcentage des séjours HC
18-40	511460	17%	1413566	18%	87066	5%
41-60	1131543	37%	2998371	39%	266196	14%
61-70	660418	21%	1682268	22%	303200	16%
71-75	272860	9%	662025	9%	185247	10%
76-80	218890	7%	480971	6%	227094	12%
81-85	174842	6%	326566	4%	305671	17%
86et+	123182	4%	201410	3%	473917	26%
Total	3093195	100%	7765177	100%	1848391	100%

Près de 80% des patients en hospitalisation partielle ont moins de 70 ans, alors qu'en HC, 65% des patients ont plus de 70 ans.

Les Tableaux suivants décrivent les distributions des dépendances physique et cognitive en HTP et HC.

**Tableau 40 : Distribution des dépendances physiques des patients en HTP, comparativement avec ceux d'HC**

Dép physique	Nombre de RHS HTP	Pourcentage des RHS HTP	Nombre de journées HTP	Pourcentage des journées HTP	Nombre de séjours HC	Pourcentage des séjours HC
04-08	2800627	91%	7145948	92%	834091	45%
09-12	220918	7%	482240	6%	528653	29%
13-16	71650	2%	136989	2%	485647	26%
Total	3093195	100%	7765177	100%	1848391	100%

Les patients ont une dépendance physique comprise entre 4 et 8 dans 92% des journées d'HTP, alors qu'en HC, les dépendances sont réparties sur les 3 tranches utilisées.

**Tableau 41 : Distribution des dépendances cognitives des patients en HTP, comparativement avec ceux d'HC**

Dép cognitive	Nombre de RHS HTP	Pourcentage des RHS HTP	Nombre de journées HTP	Pourcentage des journées HTP	Nombre de séjours HC	Pourcentage des séjours HC
02-06	3060183	99%	7145948	99%	1685744	91%
07-08	33012	1%	482240	1%	162647	9%
Tout	3093195	100%	7765177	100%	1848391	100%

Les patients avec une dépendance cognitive élevée ne représentent que 1%, alors qu'en HC elles représentent 9% des séjours.

D'une façon générale, les patients pris en charge en hospitalisation à temps partiel sont plus jeunes et moins dépendants que les patients pris en charge en hospitalisation complète.

### 2.1.2 Notion de séjour non définie en HTP

Le recueil de cette activité se fait comme l'hospitalisation complète au RHS. Chaque journée de présence du patient est cochée dans le RHS. L'absence de nuitée et le caractère partiel de l'hospitalisation est indiqué par le type « 2 » ou « 4 » de l'hospitalisation.

Contrairement à l'hospitalisation complète, le groupage est réalisé au RHS et non au séjour.

La notion de séjour administratif n'est pas définie en HTP. En théorie, il devrait correspondre au temps de prise en charge de réadaptation du patient. En réalité, certaines prises en charge longues entraînent des fermetures et réouvertures de séjours administratifs. Compte-tenu du principe de groupage au RHS, cela n'a pas de conséquence sur le recueil de l'activité.

**Aucun seuil de réadaptation au séjour ne sera donc appliqué.** Le seuil de réadaptation journalier est utilisé. Il correspond à la somme des scores du RHS divisé par le nombre de journées de présence du patient.

## 2.2 Prise en compte de l'HTP

### 2.2.1 Historique

En GME 2021, le type d'hospitalisation HC / HTP est visible au niveau GME, c'est-à-dire à la fin de l'arbre de groupage. Les niveaux 1 et 2 de sévérité correspondent à l'HC, alors que le niveau 0 correspond à l'HTP. Certains GN n'ont pas de groupe d'HTP, faute d'effectifs, et les quelques RHS existants sont alors groupés dans le niveau 1, ce qui peut conduire à des valorisations aberrantes et un casemix difficilement interprétable.

### 2.2.2 Prise en compte en GME\_2022

**Dans cette classification, le choix a été fait de distinguer l'HC et l'HTP, pour tous les GN, et dès le début de l'arbre de groupage, au niveau du type de réadaptation.** Ainsi, parmi les huit types de réadaptation, détaillés dans les paragraphes suivants, quatre concernent les séjours d'HC et quatre les séjours d'HTP, sans intersection des groupes. En d'autres termes, la subdivision des séjours se fait d'abord en fonction du type d'hospitalisation HC / HTP.

Les groupes d'HTP existent pour tous les GN (codes et libellés), même avec des effectifs

faibles ou inexistantes, dans l'hypothèse éventuelle du développement de certaines activités en ambulatoire, puisque c'est une orientation souhaitée dans tous les champs.

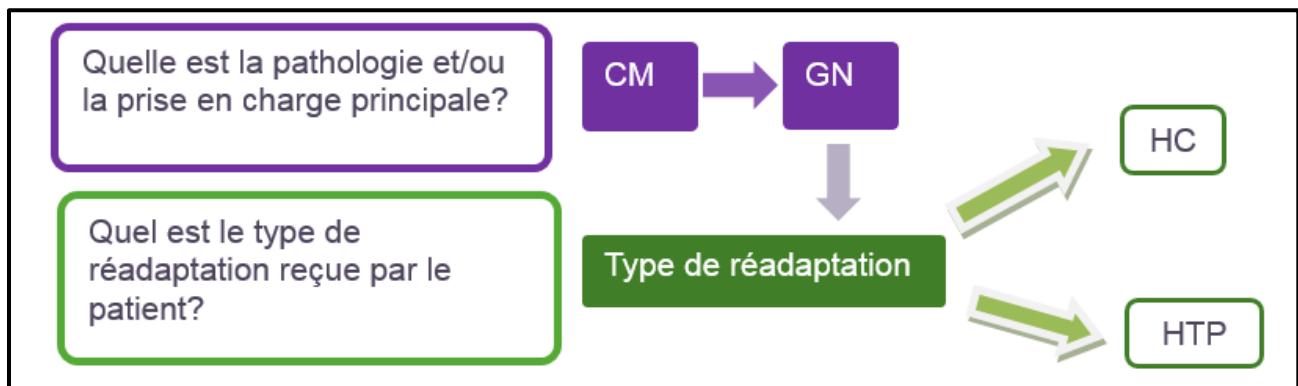


Figure 36 : Schéma des types d'hospitalisation

Puis, dans chaque type d'hospitalisation, on distinguera les différents groupes de réadaptation si les effectifs le permettent.

## 2.3 Production d'indicateurs de réadaptation HTP

### 2.3.1 Pondération des actes CSARR et CCAM = temps patient

Les définitions des temps ENC pris en compte pour les pondérations actuelles et passées figurent dans la section 1 ([Définitions : temps patient / temps intervenant](#)).

### 2.3.2 Score global par jour

Il correspond à la somme des pondérations de tous les actes de réadaptation, réalisés en moyenne pour une journée du RHS.

Pour les raisons expliquées plus haut, le score spécialisé (basé sur les listes d'actes spécialisés) et le score par séjour ne sont pas utilisés en HTP.

La figure suivante montre la distribution de ce score :

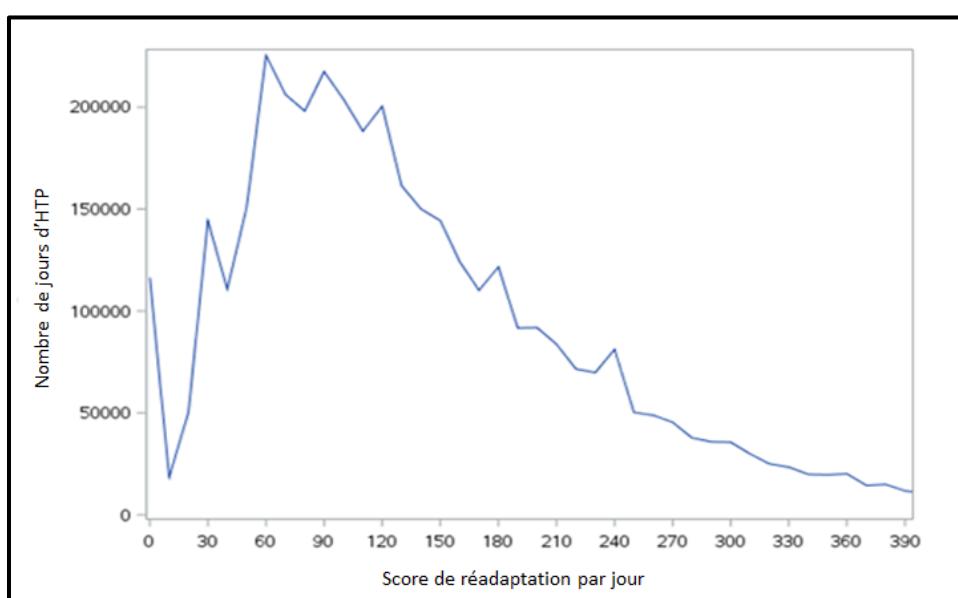


Figure 37 : Distribution du score de réadaptation global, tous GN confondus

Ce score est très variable selon les journées d'HTP. Le plus souvent, il se situe entre 60 et 150, mais il existe un nombre non négligeable de journées avec un score à 0, ainsi que de journées avec des scores autour de 300.

Les journées avec un score à 0 peuvent correspondre à des hospitalisations en vue de bilan, pour lesquelles il n'y a pas toujours d'acte de réadaptation, mais plutôt un bilan médical et des examens complémentaires. Le recueil actuel ne nous permet pas d'évaluer de façon satisfaisante ces journées « bilans ».

Les journées avec des scores extrêmes peuvent correspondre à des réadaptations très intensives.

Mais dans les deux cas, on peut aussi être confronté à des défauts ou erreurs de codage...

### 2.3.3 Les scores en chiffres

#### *Observation des scores de réadaptation globale en HTP*

**C'est le seul score utilisé dans la classification pour l'HTP**

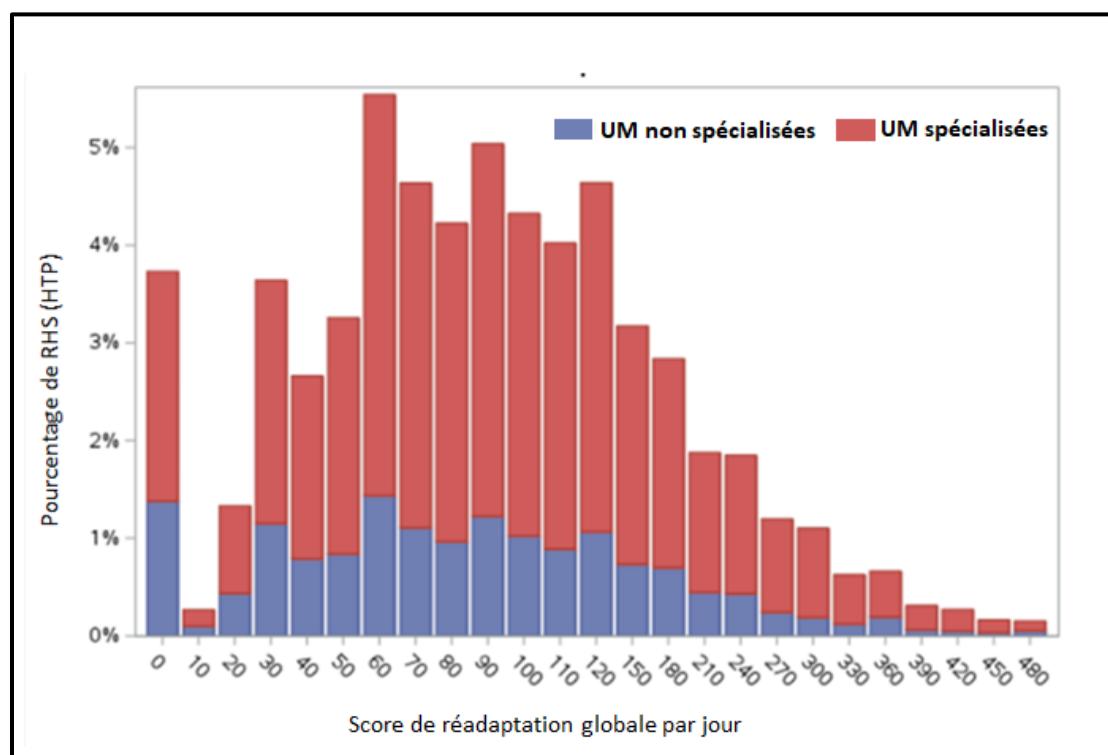


Figure 38 : Pourcentage des RHS en HTP, par score de réadaptation globale, en fonction de l'unité de réalisation du séjour

La majorité des journées d'HTP est réalisée dans des unités spécialisées.

En HTP, près de 4% des RHS ont un score de réadaptation globale nul. Ces scores nuls sont également présents en unités polyvalentes et spécialisées.

Lorsqu'ils ne sont pas nuls, les scores sont répartis entre 30 et 180 le plus souvent. Plus le score augmente, plus la part des unités spécialisées augmente.

## Observation des scores de réadaptation spécialisée par jour HTP

Cet histogramme est donné à titre indicatif, car ce score n'est pas utilisé dans la classification pour ce type d'hospitalisation.

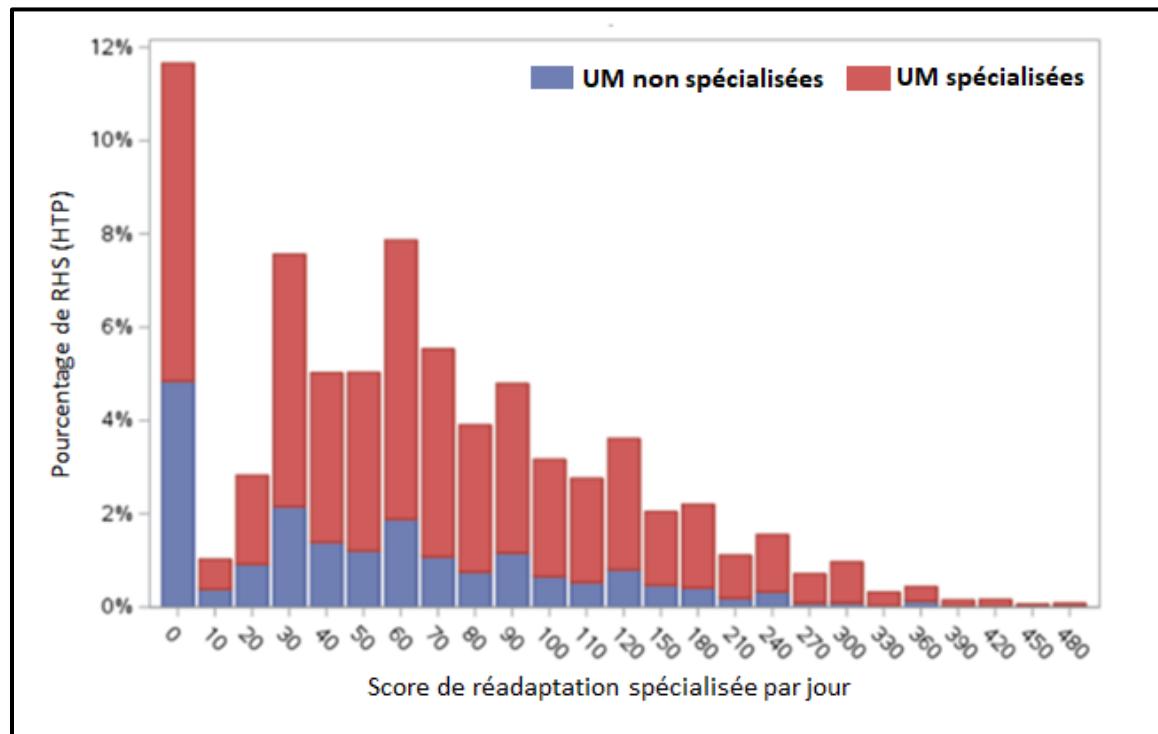


Figure 39 : Pourcentage des RHS en HTP, par score de réadaptation spécialisée, en fonction de l'unité de réalisation du séjour

Ce graphique est quasiment superposable au précédent.

Le score spécialisé ne semble pas prédictif de l'appartenance à une unité spécialisée : même lorsque ce score est faible, la part des journées réalisées en unités spécialisées est toujours aussi importante.

## Scores de réadaptation moyens en HTP

Le tableau suivant indique les scores moyens, la médiane et les quartiles pour chaque type de score, par type d'unité médicale.

**A titre indicatif, nous avons indiqué le scores de réadaptations spécialisée par jour : ce score n'est pas utilisé dans la classification pour l'hospitalisation à temps partiel.**

Tableau 42 : Scores de réadaptation journaliers en HTP

Variable	Type UM	Moyenne du score	1 <sup>er</sup> Quartile	Médiane	3 <sup>ème</sup> Quartile
Score R globale par jour	Tout	147	68	120	195
Score R globale par jour	Gériatrie	146	65	120	195
Score R globale par jour	Polyvalent	136	60	107	180
Score R globale par jour	Spécialisé	150	70	122	200
Score R spécialisé par jour	Tout	89	25	62	128
Score R spécialisé par jour	Gériatrie	71	0	50	105

Score R spécialisé par jour	Polyvalent	70	0	45	100
Score R spécialisé par jour	Spécialisé	100	30	71	140

Le score moyen de réadaptation globale importante se ressemblent quelle que soit l'unité, entre 140 et 150 par jour. Globalement, un quart des séjours à un score inférieur à 68, un quart entre 68 et 120, un quart entre 120 et 195 et un quart supérieur à 195. La médiane est donc bien inférieure à la moyenne. Ce sont donc les journées avec des très forts scores de réadaptation qui tirent la moyenne des scores vers le haut.

Le score moyen journalier de réadaptation spécialisée importante est de 89. Il est le plus élevé dans les unités spécialisées (100/j). Il est à 71/jour et 70/jour dans les unités gériatriques et polyvalentes.

## 2.4 Méthode

La mention spécialisée très majoritaire des unités réalisant de l'hospitalisation partielle, nous a conduit à faire le choix **de ne pas distinguer les GR en fonction du score de réadaptation spécialisée**, mais en fonction du score de réadaptation global journalier.

Trois options étaient possibles :

- Grouper tous les RHS dans un unique groupe de réadaptation « indifférencié »
  - Répartir les RHS dans deux groupes de réadaptation « intense » et « modérée »
  - Répartir les RHS dans trois groupes, de réadaptation très intense, intense et modérée en fonction du score de réadaptation à la journée.
- ➔ La troisième option a été choisie, lorsque les effectifs le permettaient.

La figure suivante illustre la répartition de l'activité suivant les GN

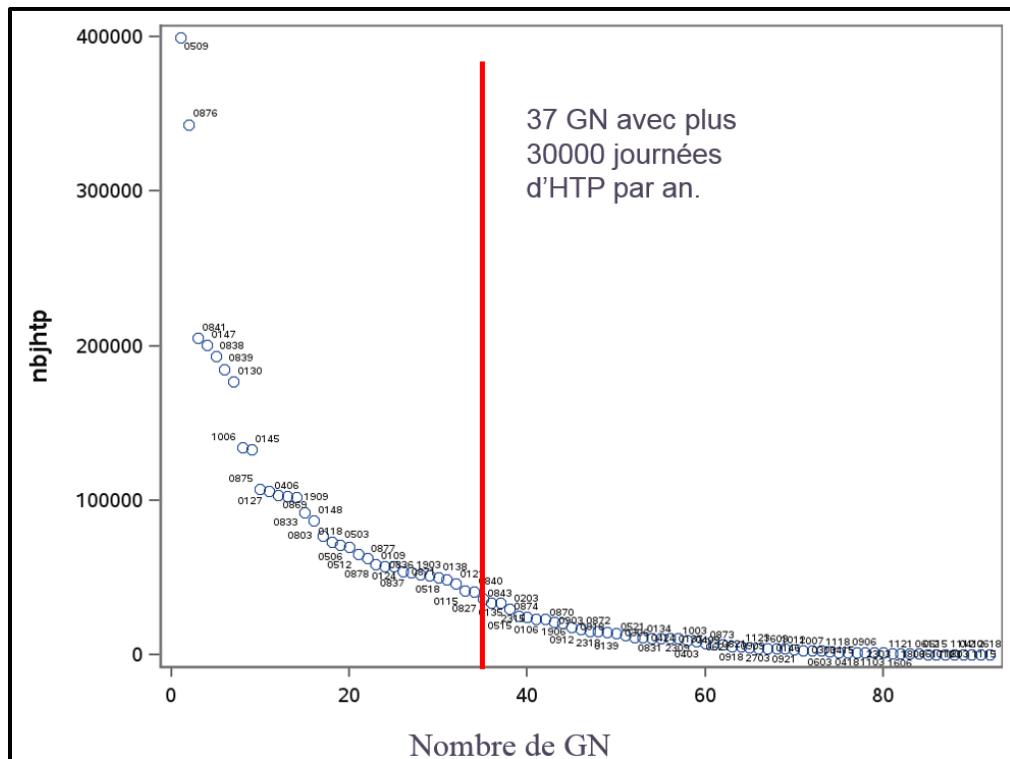


Figure 40 : Répartition de l'activité d'HTP suivant les GN

L'activité à temps partiel est répartie de façon inéquitable entre les GN. Quelques GN représentent la majorité de l'activité.

Le seuil de 30000 journées par an, représenté par la barre rouge est une limite théorique à la possibilité d'une subdivision en GR. Elle sera utilisée pour décider quel GN subdiviser, en fonction de la quantité de réadaptation réalisée.

Pour un GN, deux seuils doivent être définis pour construire les groupes de réadaptation très intense, intense et modéré. Pour cela, nous avons observé la distribution des scores de réadaptation journaliers pour chaque GN, avec des effectifs suffisants pour une subdivision.

Ces seuils ont été déterminés ainsi :

- Les journées avec un score de réadaptation les plus fréquent par rapport au GN considéré sont groupés dans le groupe « intense ».
- Les journées avec un score de réadaptation bas par rapport au GN considéré dans le groupe « modéré »
- Les journées avec un score de réadaptation haut par rapport au GN considéré dans le groupe « très intense »

La figure suivante donne l'exemple du GN 0147.

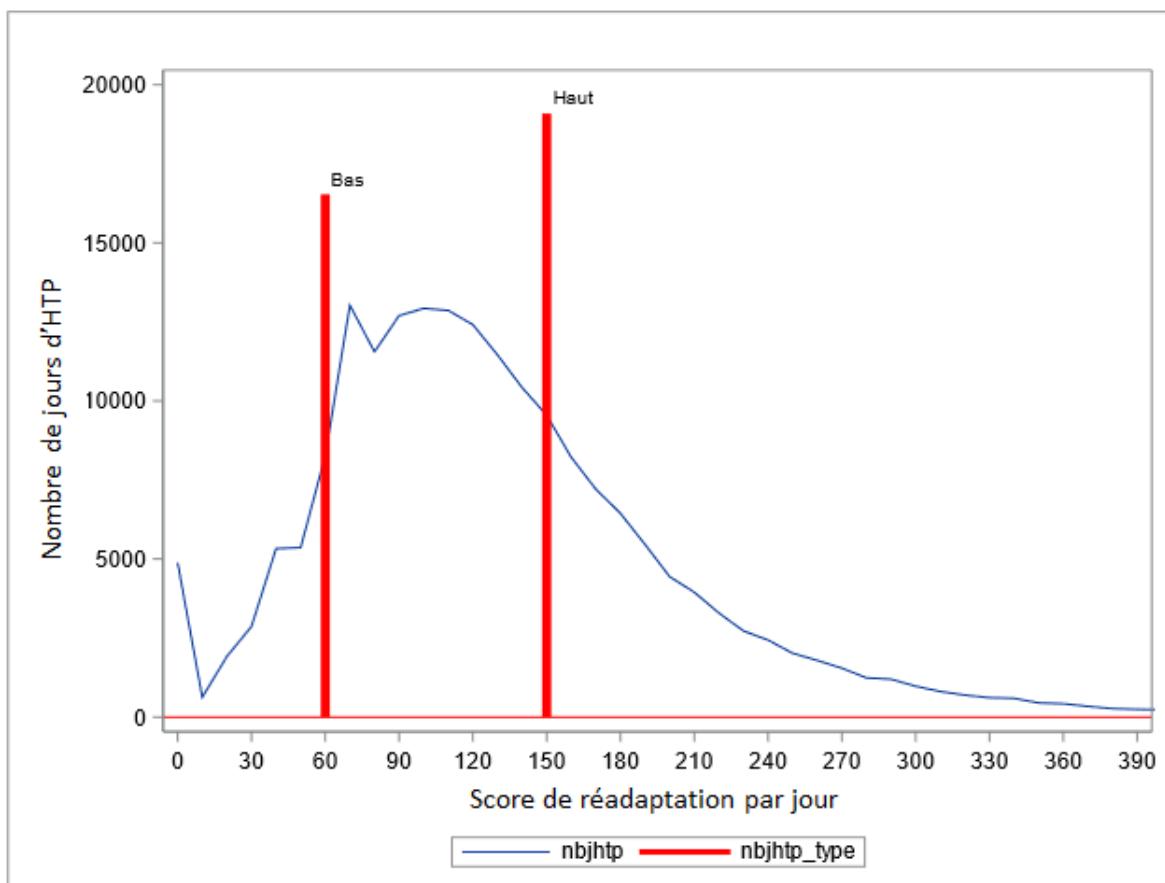


Figure 41 : Distribution des scores de réadaptation dans le GN 0147

Ici les seuils ont été déterminés à 60 et 150. Le score le plus fréquent pour ce GN est compris entre 60 et 150, ces journées seront groupées dans le groupe « intense ». Les journées dont le score est inférieur à 60 (dont une partie importante a un score nul) sont individualisées dans le groupe « modéré ». Les journées dont le score est supérieur à 150 seront groupées dans le groupe « très intense ».

## 2.5 Résultats

### 2.5.1 Création de 4 types de réadaptation en HTP adulte

Les 3 premiers type de réadaptation dépendent du score de réadaptation globale par jour. Il s'agit des GR de réadaptation très intense, et modérée.

Lorsque la subdivision n'a pas été possible en raison des effectifs, un seul GR est crée, indifférencié.

Les GR adultes en HTP, ainsi que la valeur détaillée des seuils, sont détaillés dans le fichier **GR\_infos**.

La figure suivante illustre le groupage en HTP adulte.

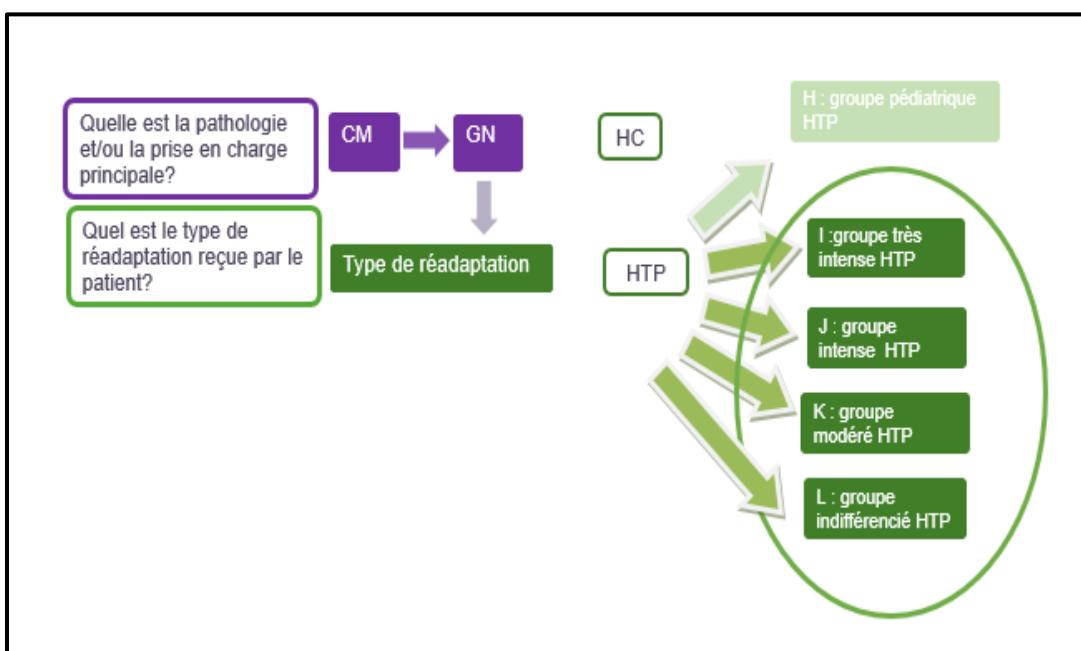


Figure 42 : Schéma des groupes de réadaptation adulte en HTP

### 2.5.2 Choix des seuils

Le tableau suivant résume les valeurs des seuils en fonction des CM.

Tableau 43 : Valeurs des seuils HTP

CM	Seuil bas	Seuil haut
CM1	60	150
CM 4 et 5	90	210
CM 8	30 ou 60	120 ou 150
CM10	90	240
CM19	60	210

Les seuils sont presque toujours les mêmes pour une même CM. Les distributions des scores se ressemblent au sein d'une CM, quel que soit le GN.

### 2.5.3 Résultats en chiffre des groupes de réadaptation HTP

Le tableau suivant donne la répartition de l'activité d'HTP adulte en fonction des GR.

**Tableau 44 : Répartition de l'activité d'HTP selon les GR**

GR	Nb de GR	Nb de jours	% journées
H : pédiatrique	12	469 048	6%
I : très intense	33	2 551 245	30%
J : intense	33	3 232 828	38%
K : modéré	33	1 102 636	13%
L : indifférencié	59	1 107 464	13%
Total	170	8 463 221	100%

33 GN sont subdivisés en trois GR très intense, intense et modérée.

59 GN ne sont pas subdivisés sur la réadaptation pour des raisons d'effectifs insuffisants et ont un seul GR, le GR indifférencié.

La majorité de l'activité, 81% des journées, est groupée dans des GN subdivisés, même si elles ne sont que 33.

### 2.5.4 Caractéristiques des patients selon les GR

Le tableau suivant donne les caractéristiques des patients et les unités de réalisation des journées en fonction des GR.

**Tableau 45 : Caractéristiques des patients dans les groupes de réadaptation en HTP**

Type de réadaptation	RR/jour	Age	Phy	Cog	Poly	Spécia	Géria
H : pédiatrique	145	9	8	4	1%	3%	0%
I : très intense	265	56	5	3	9%	78%	8%
J : intense	110	57	5	3	10%	84%	6%
K : modéré	34	58	5	3	14%	79%	7%
L : indifférencié	134	55	6	3	21%	57%	13%

En cas de subdivision, les groupes I, J et K, sont différents en termes de scores de réadaptation globale, mais semblables en termes de caractéristiques patients et d'UM.

Encore une fois, on constate que l'HTP est réalisée majoritairement en unités spécialisées

## 2.6 Perspectives d'évolution

Des analyses exploratoires, détaillées par GN, sont en cours, pour évaluer la pertinence de la prise en compte des actes spécialisés en HTP.

Par ailleurs, l'homogénéité des patients en termes de dépendance nous a conduit à faire le choix de ne pas distinguer de groupes en fonction du niveau de lourdeur : l'algorithme s'arrête au type de réadaptation pour l'HTP. Par convention, il existe un seul niveau de lourdeur A.

Des analyses exploratoires détaillées par GN, sont également en cours, pour évaluer la pertinence de la prise en compte de la dépendance, au moins pour certains GR d'HTP.

### 3 TYPE DE READAPTATION PEDIATRIQUE

#### 3.1 Introduction

##### 3.1.1 L'activité pédiatrique, en chiffres

L'activité pédiatrique est faiblement représentée dans le champ SSR : elle représente 3% du total des séjours d'hospitalisation complète, et 8.2% du total des journées d'HTP (journées qui représentent elles-mêmes 10% du total des journées d'hospitalisation tous type confondus).

**Tableau 46 : Effectifs pédiatriques**

	Nombre de séjours HC	Pourcentage des séjours totaux	Nombre de journées HTP	Pourcentage des journées totales HTP
Pédiatrie	58 987	3%	698 044	8.2%
Adultes	1 939 164	97%	7 765 177	91.8%
Total	1 998 151	100%	8 463 221	100%

Ces proportion varie fortement suivant les pathologies.

Certains GN sont souvent pédiatriques : par exemple le GN 0118 (paralysies cérébrales) comptait en 2020, HC et HTP confondus, 106 800 journées d'enfants contre 181 000 au total, soit près de 60%. Le GN 0903 (brûlures) comptait 19 000 journées de pédiatrie pour un total de 70 000, soit 27%.

Pour d'autres, la part de pédiatrie est très faible : par exemple, le GN 0147 (AVC avec hémiplégie) comptait 8 200 journées contre 1 676 000 au total, soit 0.4%.

##### 3.1.2 L'activité pédiatrique, particularités

Les entretiens avec les cliniciens ont montré que la prise en charge pédiatrique est fondamentalement différente de celle de l'adulte en termes de moyens, de compétences, de matériel. Les travaux sur les coûts ENC ont corroboré ces affirmations.

En termes de classification, plusieurs questions se posent :

Comment différencier la réadaptation pédiatrique de la réadaptation adulte, et à quel niveau de l'arbre ? Quels GN subdiviser (comment gérer la faiblesse des effectifs) ? Quel seuil d'âge choisir pour définir la pédiatrie, 18 ans ou moins ? peut-on considérer que les séjours des grands adolescents ressemblent à ceux des adultes.

#### 3.2 Prise en compte de la pédiatrie

##### 3.2.1 Historique

En GMD, la pédiatrie est différenciée dès le début de la classification avec des regroupements de pathologies différentes des adultes : 31 GMD pédiatriques et 52 GMD adultes.

Dans ce cas, toutes les journées pédiatriques sont dans un groupe noté pédiatrique. Néanmoins, compte tenu des effectifs faibles, les GMD pédiatriques regroupent des pathologies plus étendues que les groupes adultes : l'âge a été bien différencié, au prix d'une moins grande finesse dans l'analyse des pathologies.

De plus, le fait d'avoir des GMD adultes différents des GMD pédiatriques, sans comparaison possible, a des inconvénients : les statistiques annuelles ne peuvent pas cumuler les effectifs adultes et enfants pour certaines pathologies.

Le changement d'âge entre 17 et 18 ans occasionne un changement de GMD et donne une lecture des casemix complexe.

Enfin, avec une double classification, la maintenance et la compréhension globale est difficile.

En GME 2013, ces difficultés ont amené à un changement de méthode : les GN sont communs entre adultes et pédiatrie. Puis, lors de la création des racines médico-économiques, une racine moins de 18 ans est créé s'il y a au moins 500 séjours / an en HC. C'est le cas pour 12 GN sur 92.

La figure suivante illustre l'exemple du GN 0109, dans la classification v2021.

**Tableau 47 : V2021, GN 01909, avec racine de GME pédiatrique**

GN	RGME	Age	Score phy	RR	Score cog	Chir.
Troubles dépressifs et anxieux	1906A		[4,8]			
	1906B		[9,16]			
Toxicomanies avec dépendance	1903A				[2,6]	
	1903B			[0,180]		
	1903C			181 et +	[7,8]	
Autres troubles psychocomportementaux	1909A		[0,17]	[0,90]		
	1909B			91 et +		
	1909C				[2,4]	
	1909D		[18,74]	4		
	1909E			[5,16]		[5,8]
	1909F				[2,4]	
	1909G		75 et +			[5,8]

Pour ce GN 1909 (autres troubles psycho-comportementaux), deux racines pédiatriques (RGME) sont créées, en fonction du score de réadaptation.

Dans les travaux proposés en 2017 / 2018, il était prévu de créer des « sous-GN », propres à la pédiatrie, pour certains GN les plus représentés.

### 3.2.2 Prise en compte de la pédiatrie en GME 2022

La pédiatrie a été définie par l'âge, de 0 à 17 ans révolu. Il est certain que la prise en charge d'un adolescent de 17 ans se rapprochera plus de celle d'un adulte que de celle d'un nourrisson, et que notre objectif est de décrire plutôt les séjours des enfants plus jeunes, mais nous devons faire un compromis entre des effectifs suffisants et la finesse de description.

Du fait de la particularité des prises en charges pédiatriques évoquée plus haut, et en particulier de la prise en charge réadaptative, la pédiatrie a été distinguée dans cette version de classification au niveau du 2<sup>ème</sup> nœud de l'algorithme : **elle a été définie comme un type de réadaptation à part entière.**

En d'autres termes, les actes CSARR ne sont pas pris en compte, ni en quantité, ni en qualité,

pour les séjours pédiatriques. C'est le type d'hospitalisation HC / HTP, et l'âge du patient qui détermine l'orientation dans ce type de réadaptation.

Une autre possibilité aurait été de faire des GN pédiatriques différents des adultes (comme ce fut le cas pour la classification en GMD). Cette possibilité est écartée, de manière à avoir un tronc commun de classification enfant / adulte pour pouvoir comptabiliser simplement les pathologies présentes en SSR.

### 3.3 Méthode

Cette prise en charge a été distinguée lorsque le nombre de séjours pédiatriques était en nombre suffisamment important. Pour de nombreux GN, il est impossible de constituer des groupes pédiatriques faute d'effectifs. Pour l'HC, des groupes pédiatriques ont été constitués à partir de 500 séjours par an environ, ce qui correspond à environ 2% des séjours.

EN HTP, l'activité de pédiatrie représente 8.2% du total des journées d'HTP réalisées en SSR (journées qui représentent elles-mêmes 10% des journées totales d'hospitalisation). Les effectifs sont donc très faibles. Pour autant, les mêmes GN qu'en HC sont subdivisés avec un groupe pédiatrique, dans un souci de lisibilité des casemix.

### 3.4 Résultats

#### 3.4.1 Création d'un GR pédiatrique pour 12 GN

La figure suivante illustre le groupage en type de réadaptation pédiatrique en HC.

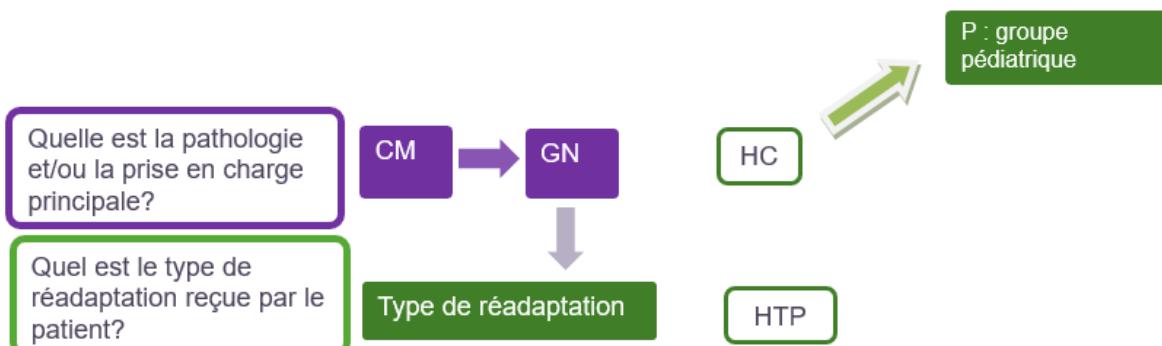


Figure 43 : Schéma du groupe de réadaptation pédiatrique en HC

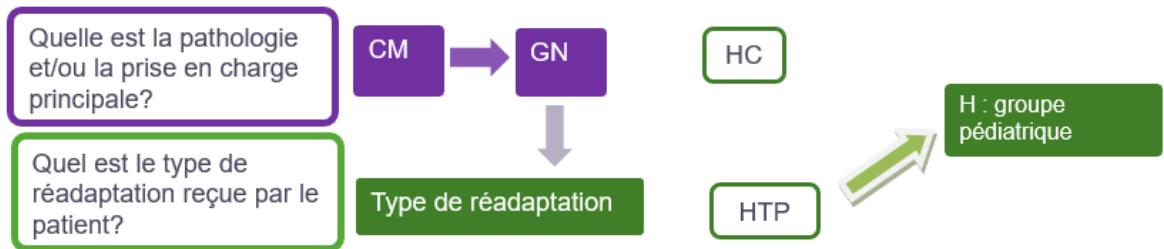
Lorsque les effectifs du GN le permettent, on distingue un groupe pédiatrique qui contiendra les séjours des patients de 0 à 17 ans. Lorsque ce groupe existe, si le patient a entre 0 et 17 ans inclus, son séjour y est orienté.

Les groupes de réadaptation pédiatriques créés correspondent sensiblement aux GN qui disposaient déjà d'une racine pédiatrique dans la v2021. En effet, ils reposent sur des effectifs qui changent peu d'une année sur l'autre.

La seule différence concerne le GN 0306 (affections non malignes ORL) qui avait une racine pédiatrique en v2021, et qui n'est pas subdivisée sur le type de réadaptation pédiatrique en v2022. A l'inverse, le GN 0406 (insuffisances respiratoires chroniques et BPCO) est subdivisé alors qu'il n'était pas scindé sur l'âge en v2021.

Au total, 12 groupes de réadaptation pédiatrique sont créés

La figure suivante illustre le groupage en type de réadaptation pédiatrique en HTP.



**Figure 44 : Schéma des groupes de réadaptation pédiatrique en htp**

De la même façon qu'en HC, un groupe pédiatrique se distingue pour les mêmes 12 GN. Lorsque ce groupe existe pour le GN, et que le patient a entre 0 et 17 ans inclus, le RHS y est groupé.

Le groupage des séjours en l'absence de GR pédiatrique dans le GN concerné est expliqué dans [la section 4.2](#).

### 3.4.2 Résultats en chiffres

Le tableau suivant donne

- En HC, les effectifs des séjours pédiatriques pour chaque groupe de réadaptation pédiatrique crée, et leurs parts dans les effectifs totaux des séjours de pédiatrie, les effectifs des séjours pédiatrique non groupée dans des GR pédiatriques
  - En HTP, les effectifs des journées pédiatriques pour ces 12 GN, ainsi que leurs parts dans les effectifs totaux des journées de pédiatrie, les effectifs des journées non groupées dans des GR pédiatriques

**Tableau 48 : Activité pédiatrique, GN avec GR pédiatrique (2017-2018)**

GN	Libellé GN	Nb séjours ped HC	% séjours ped HC	Nb jours ped HTP	% jours ped HTP
<b>0109</b>	Lésions cérébrales traumatiques	1 133	2%	15 742	2%
<b>0115</b>	Certaines affections cérébrales	1 316	2%	17 884	3%
<b>0118</b>	Paralysies cérébrales	3 402	6%	110 795	16%
<b>0145</b>	Autres affections du système nerveux	2 867	5%	47 225	7%
<b>0406</b>	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	1 084	2%	4 889	1%
<b>0409</b>	Asthmes	3 241	6%	815	0%
<b>0876</b>	Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies	3 602	6%	28 107	4%

<b>0878</b>	Ostéopathies	2 637	5%	45 599	7%
<b>0903</b>	Brûlures	1 035	2%	19 187	3%
<b>1003</b>	Diabète	4 026	7%	3 052	0%
<b>1006</b>	Obésités	13 975	24%	32 636	5%
<b>1909</b>	Autres troubles psycho-comportementaux	2 154	4%	143 117	21%
<b>Sous-total</b>		40 472	<b>71%</b>	469 048	<b>67%</b>
Autres GN		16 825	29%	228 996	33%
<b>Total</b>		57 297	100%	698 044	100%

En HC, le GN le plus fortement représenté est le GN 1006 des obésités, il représente un quart de l'activité pédiatrique. Puis viennent les GN de diabète, de scolioses et autres dorsopathies, de paralysies cérébrales et d'asthmes.

Même si peu de GN sont subdivisés sur la pédiatrie, cette activité est concentrée sur quelques GN, ce qui permet, en subdivisant seulement quelques-uns, d'identifier une grande partie de la pédiatrie, soit un peu plus des 2/3.

En HTP Le GN le plus représenté est le 1909 (autres troubles psycho-comportementaux), avec 143 117 journées, qui représentent 21% des journées totales de ce GN en HTP.

Les second GN le plus représenté est le 0118 (paralysies cérébrales), avec 110 795 journées, qui représentent 16% des journées totales de ce GN en HTP.

Du fait de la subdivision effectuée sur les mêmes GN qu'en HC, certains groupes d'HTP ont des effectifs très réduits (en orange) : il s'agit des insuffisances respiratoires chroniques et asthmes, et des diabètes.

Il est probable que ces activités seront amenées à augmenter, notamment avec le développement de l'éducation thérapeutique pour ces pathologies.

Au total, 67% de l'activité totale d'HTP est groupée dans des GN subdivisés avec un GR pédiatrique, contre 71% en HC.

### 3.5 Perspectives d'évolution

La pédiatrie a été individualisée en subdivisant 12 GN en « type de réadaptation pédiatrique », sans tenir compte de la réadaptation réalisées au sein de ces groupes. Des analyses exploratoires ont débuté pour juger de la pertinence de ces éventuelles différenciations, notamment sur les GN fortement représentés en pédiatrie.

## 4 RECAPITULATIF DES GROUPES DE READAPTATION

### 4.1 Synthèse des groupes de réadaptation

**Tableau 49 : Synthèse des groupes de réadaptation**

Type réadaptation HC	Code	Définition et principe de groupage	Nombre de groupes
Réadaptation pédiatrique	P	Elle concerne les enfants de moins de 18 ans.	12
Réadaptation spécialisée importante	S	Elle est dédiée à la réadaptation de la pathologie principale. C'est l'importance du score spécialisé par jour et par séjour qui détermine l'orientation dans ce groupe.	58
Réadaptation globale importante	T	Elle témoigne d'une réadaptation globale du patient. C'est l'importance du score global par jour et par séjour qui détermine l'orientation dans ce groupe.	69
Réadaptation autre	U	Ce type de réadaptation génère peu d'actes, de façon globale. C'est le faible score global par jour et par séjour qui détermine l'orientation dans ce groupe.	83
<b>TOTAL</b>			<b>222</b>

Type de réadaptation HP	Code	Définition et principe de groupage	Nombre de groupes
Réadaptation pédiatrique	H	Elle concerne les enfants de moins de 18 ans.	12
Réadaptation très intense	I	C'est le score très important global par jour qui détermine l'orientation dans ce groupe.	33
Réadaptation intense	J	C'est le score important global par jour qui détermine l'orientation dans ce groupe.	33
Réadaptation modérée	K	C'est le faible score global par jour qui détermine l'orientation dans ce groupe.	33
Réadaptation indifférenciée	L	Ce groupe de réadaptation d'hospitalisation partielle n'est pas subdivisé en fonction de l'intensité de la réadaptation.	59
<b>TOTAL</b>			<b>170</b>

Les séjours d'HC sont groupés dans 222 GR et les semaines d'HTP dans 170 GR, soit 392 GR au total.

## 4.2 Principes de groupage dans un type de réadaptation

### 4.2.1.1 En hospitalisation complète

#### Principe général

Chaque GN est associé à plusieurs groupes de réadaptation.

Les types de réadaptation possibles sont pédiatrique, spécialisée importante, globale importante, autre. Tous les types ne sont pas identifiés pour chaque GN. Les types possibles par GN sont listés dans le fichier GR\_infos

Pour être classé en groupe de réadaptation, les tests se font de façon successive :

- Si le groupe de réadaptation pédiatrique est présent et si l'âge < 18 ans, alors le type de réadaptation est « pédiatrique ».
- Puis si le groupe de réadaptation spécialisée est présent et si les scores de réadaptation spécialisée par jour et par séjour sont supérieurs à certains seuils, alors le type de réadaptation est « spécialisé important ».
- Puis si le groupe de réadaptation globale est présent et que les scores de réadaptation globale par jour et par séjour sont supérieurs à certains seuils, alors le type de réadaptation est « global important ».
- Si aucun test n'est positif, le type de réadaptation est « autre ».

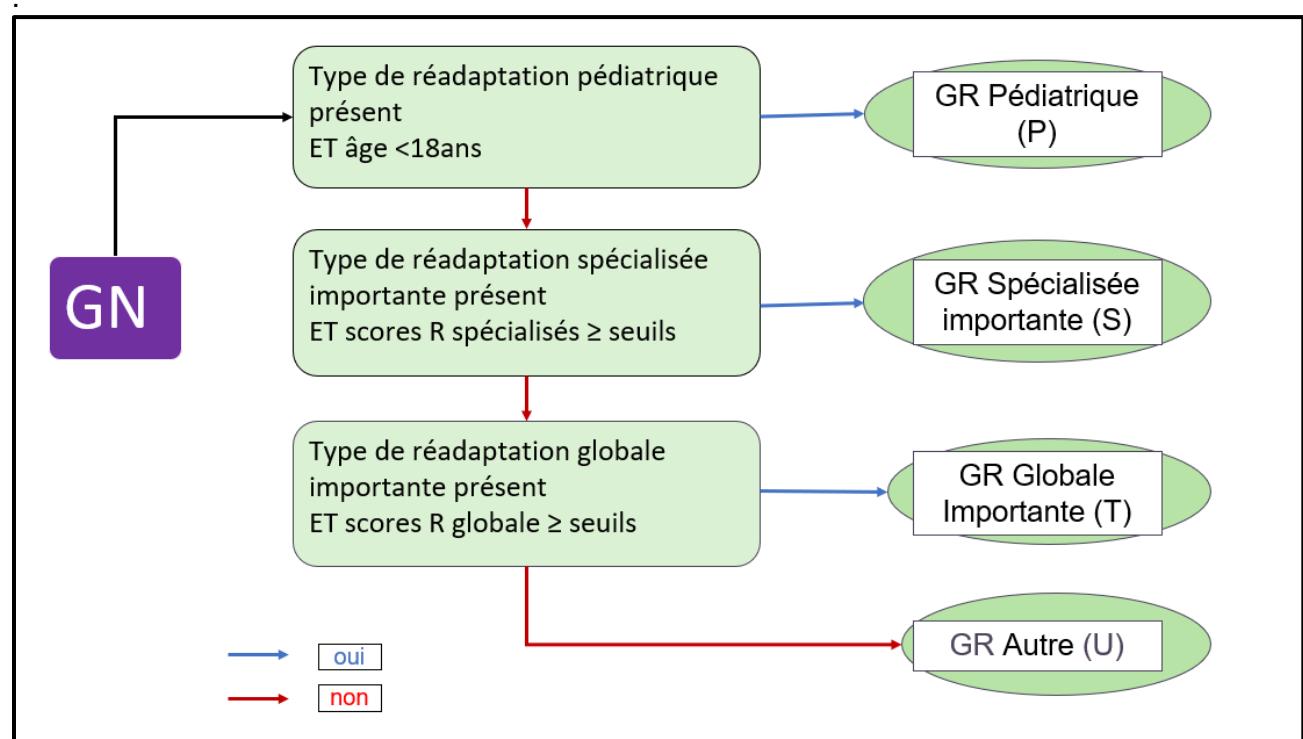


Figure 45 : Principe de groupage en GR pour l'HC

## Cas particuliers : la pédiatrie

Lorsque le GN n'est pas subdivisé sur le type de réadaptation pédiatrique, les séjours des enfants (< 18 ans) sont orientés :

- Dans le groupe de **réadaptation spécialisée importante, sans test sur le score de réadaptation** si le type de réadaptation « spécialisée importante » existe pour ce GN,
- Sinon dans le groupe de réadaptation globale **sans test sur le score de réadaptation** si le type de réadaptation « globale importante » existe pour ce GN,
- Sinon dans le groupe de réadaptation autre.

### 4.2.1.2 En hospitalisation à temps partiel

#### Principe général

Chaque GN est associé à plusieurs groupes de réadaptation.

Les types de réadaptation possibles sont pédiatrique, très intense, intense, modérée et indifférenciée. Tous les types ne sont pas identifiés pour chaque GN. Les types possibles par GN sont listés dans le fichier **GR\_infos**.

Pour être classé en groupe de réadaptation, les tests se font de façon successive :

- Si le groupe de réadaptation pédiatrique est présent et si l'âge < 18 ans, alors le type de réadaptation est « pédiatrique ».
- Sinon, si le GN est subdivisé en GR, en fonction du score de réadaptation globale, le type de réadaptation est soit, « très intense », « intense » ou « modérée ».
- Sinon, le type de réadaptation est « indifférenciée ».

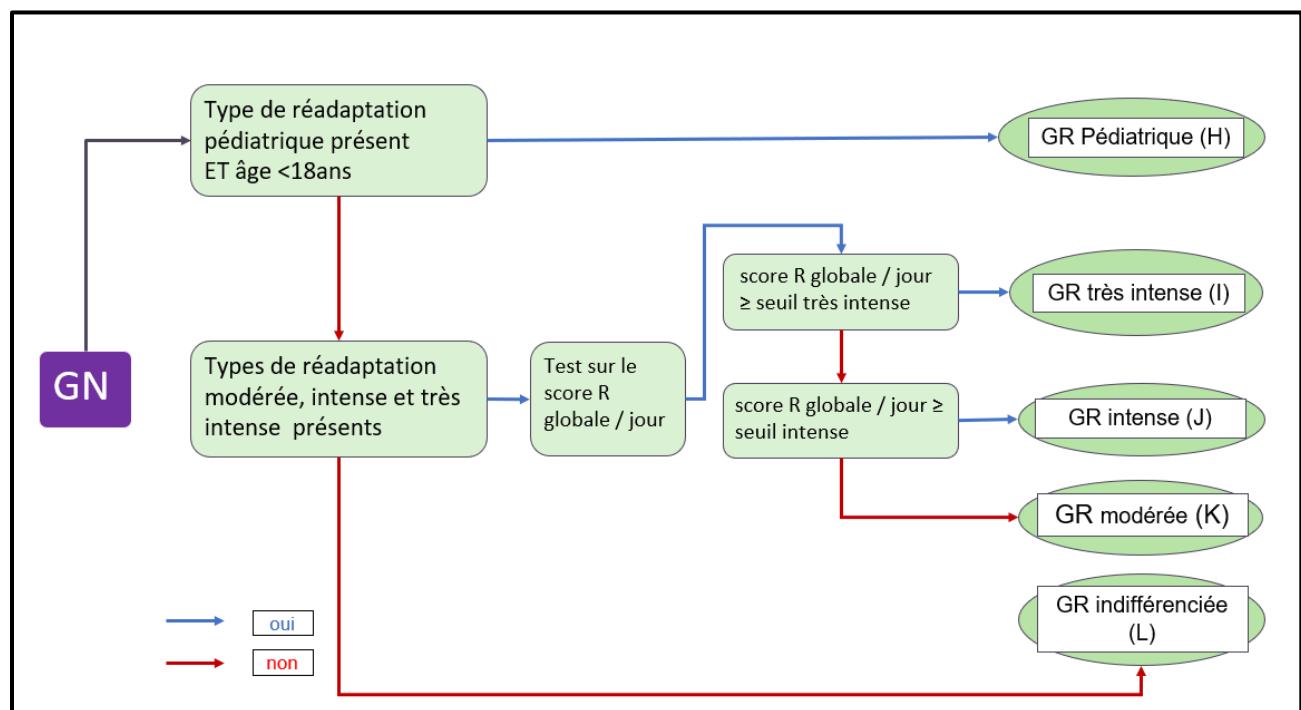


Figure 46 : Principes de groupage en GR pour l'HTP

## Cas particulier : la pédiatrie

Lorsque le GN n'est pas subdivisé sur un groupe de réadaptation pédiatrique, les séjours des enfants (< 18 ans) sont orientés **sans test sur le score de réadaptation**, dans le groupe de réadaptation très intense s'il existe, sinon dans le groupe de réadaptation indifférenciée.

### 4.3 Codes et Libellés des groupes de réadaptation

Les codes et libellés des GR sont listés dans le fichier TOTAL\_liste\_groupes.xlsx

**Tableau 50 : Codes et libellés des groupes de réadaptation**

Codage du type de réadaptation	Libellé court du GR	Libellé long du GR
P	HC R pédi	HC Réadaptation pédiatrique
S	HC R spéc	HC Réadaptation spécialisée
T	HC R glob	HC Réadaptation globale
U	HC R autr	HC Réadaptation autre
H	HTP R pédi	HTP Réadaptation pédiatrique
I	HTP R Tint	HTP réadaptation très intense
J	HTP R inte	HTP réadaptation intense
K	HTP R mode	HTP réadaptation modérée
L	HTP R indi	HTP réadaptation indifférenciée

Le code du GR se compose :

- Du code du GN
- Puis, de la lettre associée au GR

Le libellé court se compose :

- Du libellé court du GN
- Puis, du type d'hospitalisation (HC ou HTP)
- Puis, du libellé court du GR

Le libellé long se compose :

- Du libellé long du GN
- Puis, du type d'hospitalisation (HC ou HTP)
- Puis, du libellé long du GR

Exemples :

0115 P	Certaines aff. cér. / HC R pédi	Certaines affections cérébrales / HC Réadaptation pédiatrique
-----------	---------------------------------	---

0127J	M.Alz. et démences apparentées / HTP R inte	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées / HTP Réadaptation intensive
-------	---	---

0124 S	aff. des nerfs autres / HC R spéc	Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies) / HC Réadaptation spécialisée
-----------	-----------------------------------	---

## IV. NIVEAUX DE LOURDEUR

### 1 INTRODUCTION

#### 1.1 Historique

Dans la classification actuelle, le niveau de lourdeur économique constitué par la racine de GME, regroupe les variables âge, dépendances à l'entrée (physique et cognitive) et score de réadaptation. Chaque variable n'est pas systématiquement utilisée pour chaque racine de GME.

Dans la classification proposée en 2017 / 2018, non mise en œuvre, le niveau de lourdeur économique correspondait à un groupe qui regroupait à lui seul les variables de dépendances à l'entrée (physique et cognitive), d'âge, de statut post-chirurgical et des CMA. Il s'agissait de l'ISLE ou indice synthétique de lourdeur économique.

Cet indice était ordonné, mais on lui a reproché de ne pas avoir de sens médical, et de rendre le groupage difficilement compréhensible (effet « boîte noire »).

La préoccupation pour cette version de classification était donc de rendre plus lisible les casemix en permettant d'identifier clairement les variables intervenant dans la construction des groupes, en d'autres termes, construire des groupes à la fois médicalement interprétables et performants économiquement.

#### 1.2 Définitions

Une fois le groupe de réadaptation (GR) du séjour déterminé, l'étape suivante consiste à classer le séjour dans un groupe de lourdeur. Le groupe de lourdeur vise à identifier le niveau de lourdeur. La figure suivante rappelle la structure de la classification.

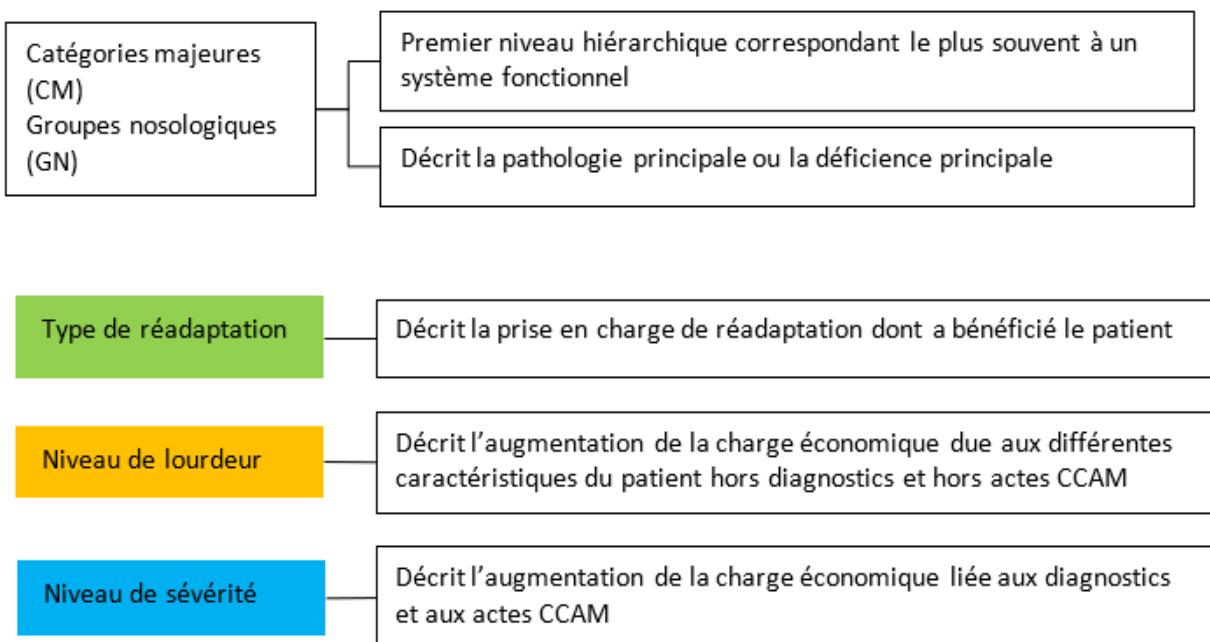


Figure 47: Rappel de la structure de la classification

Les niveaux de lourdeur décrivent les différents degrés de charge économique due aux différentes caractéristiques du patient. La détermination du niveau de lourdeur est basée sur

l'utilisation des variables suivantes : âge, niveau de dépendance physique maximale, niveau de dépendance cognitive maximale, statut post-chirurgical.

Les groupes de lourdeur ont été déterminés en utilisant les dépendances à l'entrée. Ils ont conduit à une première version de cette classification nommée v2021, qui n'a pas été mise en œuvre en 2021. Toutefois, des analyses complémentaires en 2021, ont permis de mettre en évidence que, comparativement à la dépendance à l'entrée, la dépendance maximale du séjour était une variable plus explicative des durées et des coûts de séjours. Cette évolution a été prise en compte dans la version GME\_2022, mise en œuvre en 2022. Les travaux correspondant à cette évolution font l'objet du chapitre 4.

En hospitalisation complète, il existe trois niveaux de lourdeur : A, B, C. Les niveaux de lourdeurs de A à C sont ordonnés du plus léger au plus lourd.

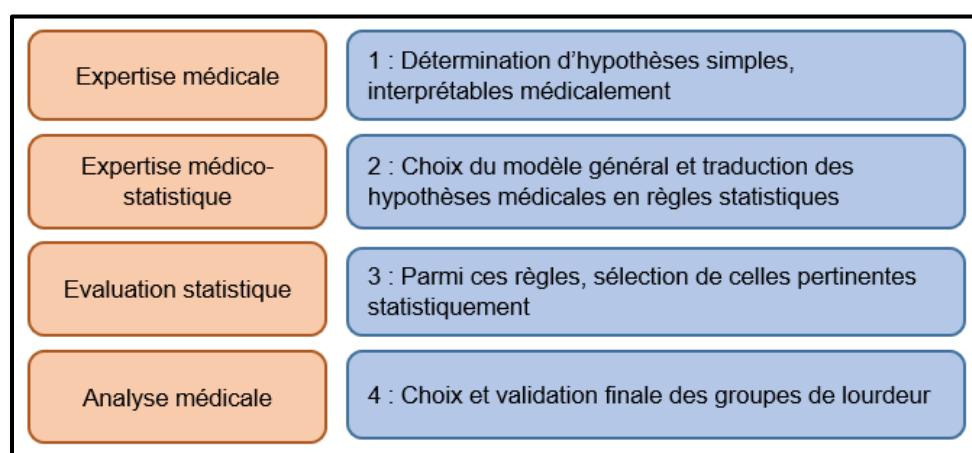
En hospitalisation partielle, il n'y a pas de subdivision sur le niveau de lourdeur. Pour homogénéiser l'écriture des codes des groupes de lourdeur, le code du groupe de lourdeur de l'hospitalisation partielle sera noté A.

**Tableau 51 : Définition des niveaux de lourdeur**

Type d'hospitalisation	Code	Définition des niveaux de lourdeur
Hospitalisation complète	C	Augmentation importante de la charge économique liée aux caractéristiques du patient
	B	Augmentation moyenne de la charge économique liée aux caractéristiques du patient
	A	Charge économique faible liée aux caractéristiques du patient
Hospitalisation partielle	A	Pas de subdivision sur la lourdeur

### 1.3 Cadre général de la méthode

Pour constituer les groupes de lourdeur, une méthode en 4 étapes est suivie. Elles seront détaillées dans les paragraphes suivants.



**Figure 48 : Méthode de construction des groupes de lourdeur**

## 2 METHODE D'ASSOCIATION D'UNE VALEUR DE VARIABLE A UN NIVEAU

### 2.1 Première étape médicale : détermination de règles simples et interprétables médicalement

#### 2.1.1 Age

##### *Pour les adultes*

Pour les adultes, les seuils ont été fixés à priori à 75 et 85 ans, avec 3 tranches d'âge de 18 à 75 ans, de 76 à 85 ans et supérieur à 85 ans.

Puis, l'observation dans les bases de différences de caractéristiques des patients et des séjours, au sein d'une même tranche d'âge, pour certains GN, nous a conduit à élargir les tranches d'âges pour les adultes à 6 : 18 à 60 ans, 61 à 70 ans, 71 à 75 ans, 76 à 80 ans, 81 à 85 ans, 86 ans et +.

##### *Pour les enfants*

Pour la pédiatrie, les seuils ont été fixés à 3 ans et 12 ans.

Les tranches d'âge prises en compte sont : 0 à 3 ans, 4 à 12 ans, 13 à 17 ans. Elles correspondent à des prises en charge différentes, du fait de l'autonomie normale des enfants à ces âges : nourrissons (0 à 2 ans) et très jeunes enfants (2 à 3 ans), enfants (4 à 12 ans) et adolescents (13 à 17 ans).

Les 2 figures suivantes donnent la DMS et le coût moyen en fonction de l'âge

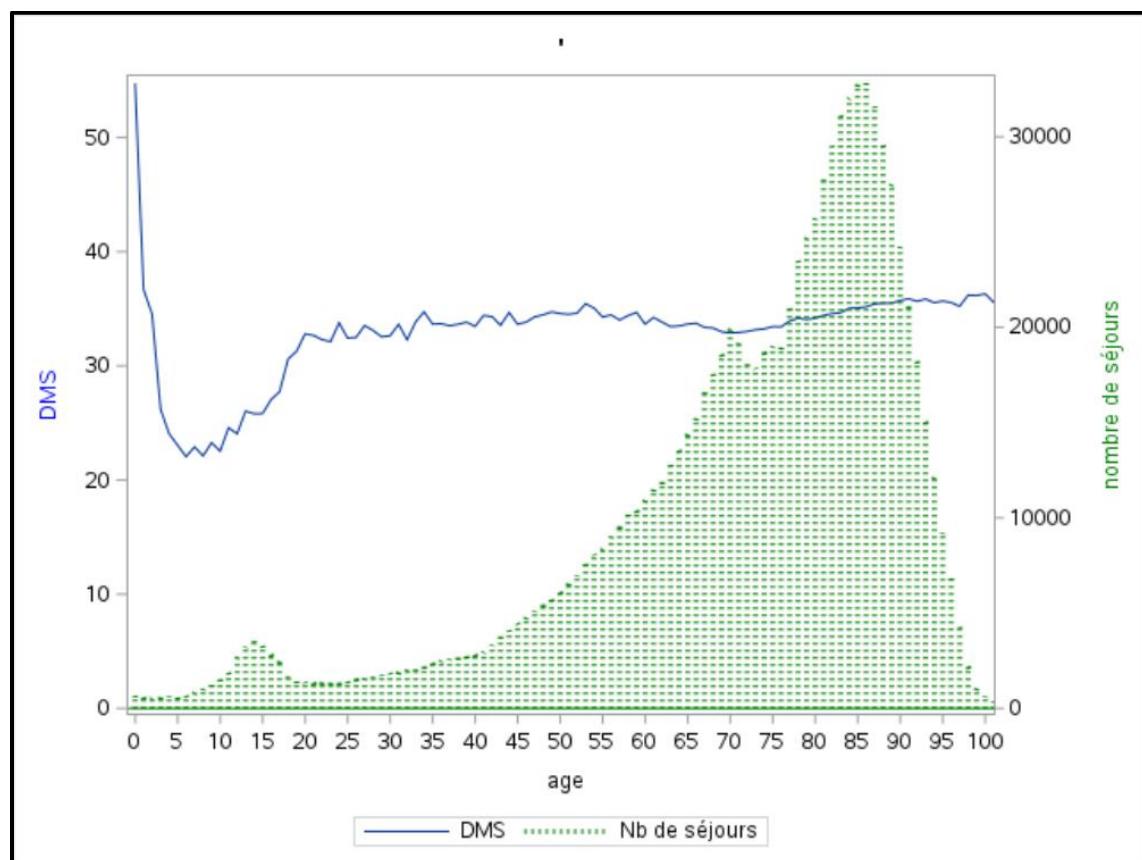


Figure 49 : Effet de l'âge sur la durée de séjour

A partir de 20 ans, les durées de séjour sont relativement stables en moyenne quel que soit l'âge du patient.

Les effectifs les plus importants sont constitués de séjours de patients entre 75 et 90 ans.

Les séjours des bébés sont très longs, puis la durée de séjour diminue progressivement entre 3 et 15 ans.

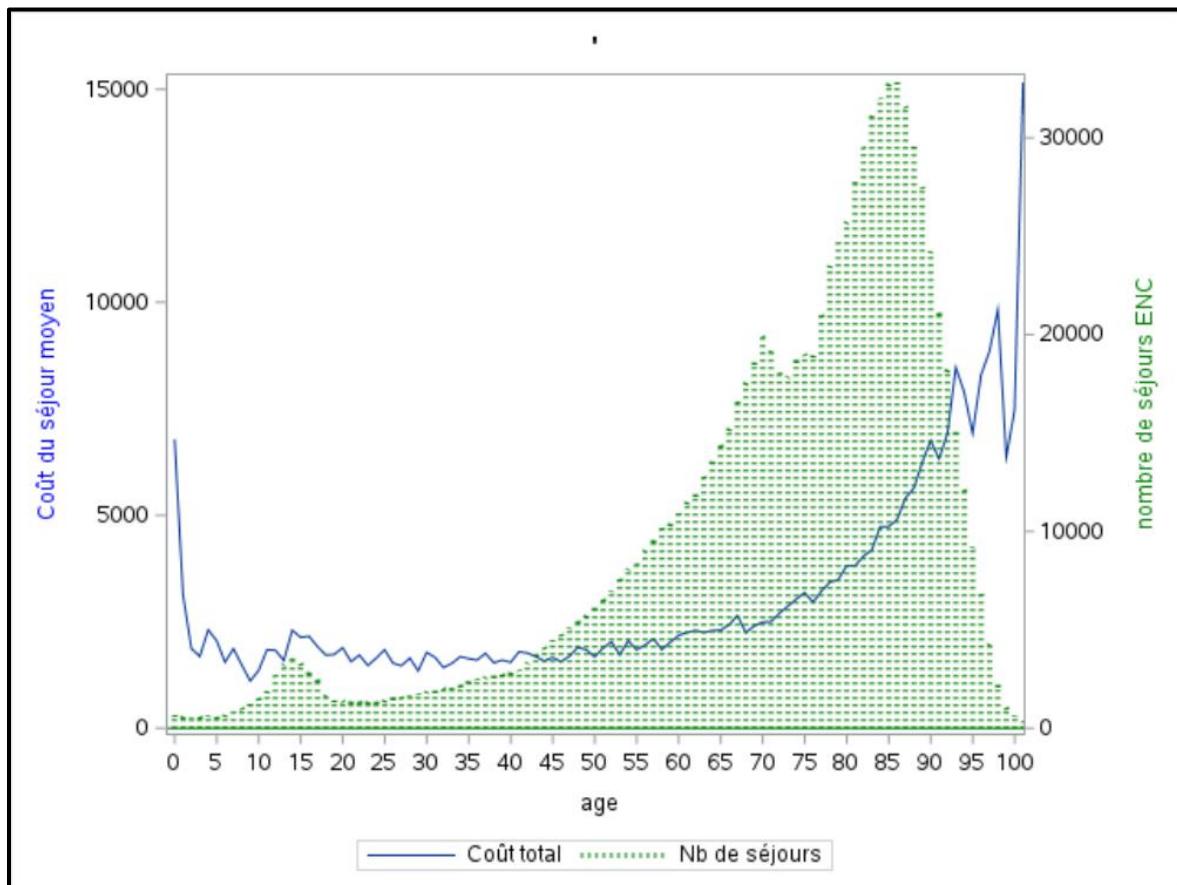


Figure 50 : Effet de l'âge sur le coût moyen du séjour

La courbe montre une augmentation des coûts pour les patients âgés à partir de 75 ans.

Les séjours des jeunes enfants sont également plus coûteux.

Les hypothèses générales concernant l'âge sont celles-ci :

- Les séjours des enfants sont d'autant plus lourds qu'ils sont jeunes
- Les adolescents ont un niveau de lourdeur proche de celui des adultes jeunes
- Enfin, les séjours des personnes âgées sont plus lourds que ceux des adultes jeunes.

### 2.1.2 La dépendance physique

Les seuils ont été fixés à 8 et 12, avec 3 tranches de 4 à 8, de 9 à 12 et de 13 à 16.

Les 2 figures suivantes montrent l'effet de la dépendance physique sur les DMS et les coûts moyens.

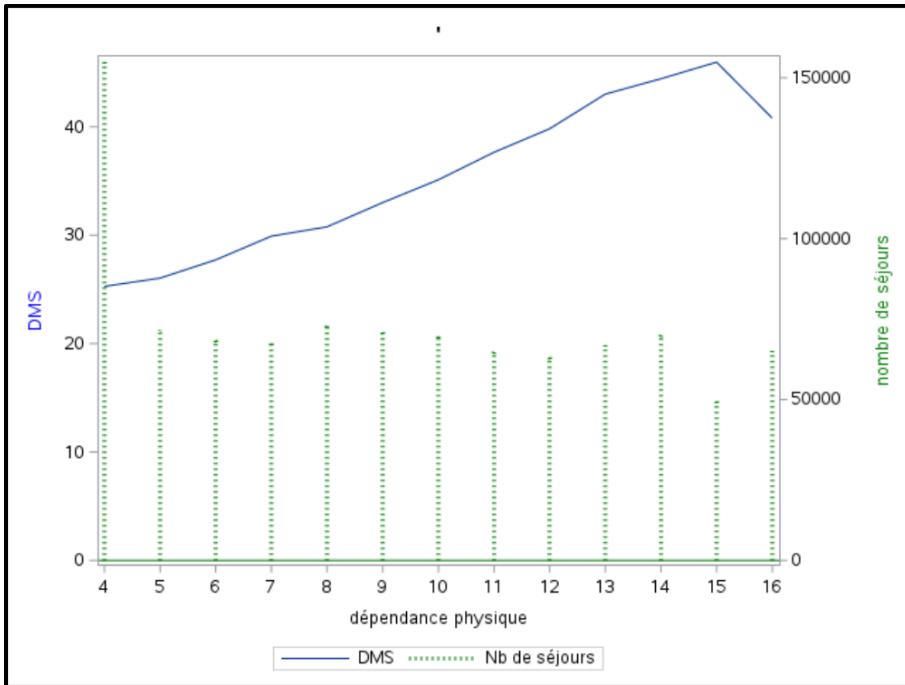


Figure 51: Effet de la dépendance physique sur la durée de séjour

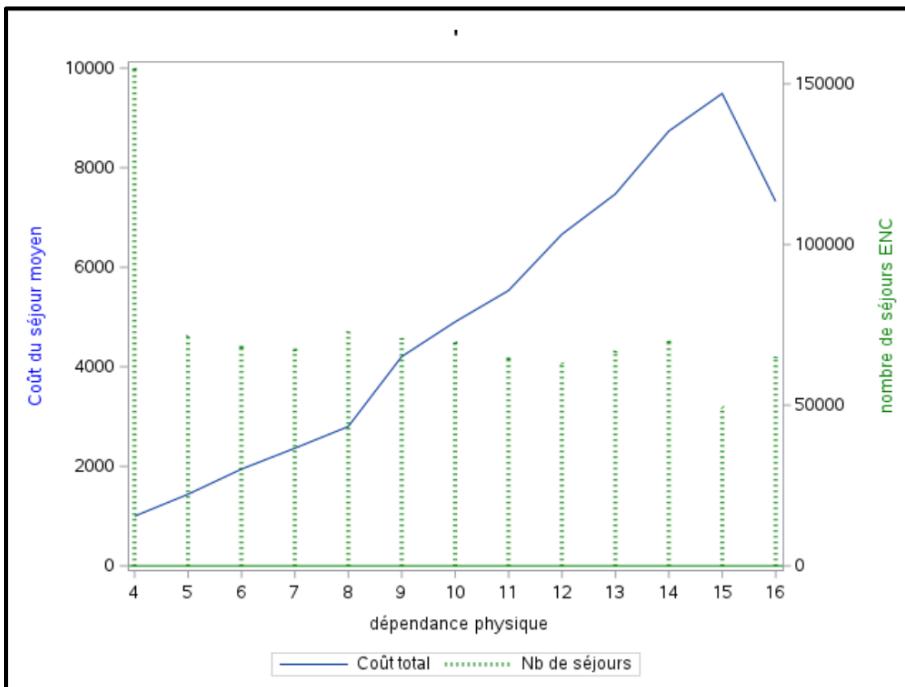


Figure 52 : Effet de la dépendance physique sur les coûts de séjour

L'hypothèse générale concernant la dépendance physique est celle-ci :

Lorsque la dépendance physique augmente, le séjour est plus long et plus coûteux.

### 2.1.3 La dépendance cognitive

Le seuil a été fixé à 6, avec 2 groupes de 2 à 6, et de 7 à 8. Ce seuil est volontairement haut, compte-tenu des difficultés de codage de cette variable, et pour cibler des patients réellement dépendants.

Les 2 figures suivantes montrent l'effet de la dépendance cognitive sur les DMS et les coûts moyens.

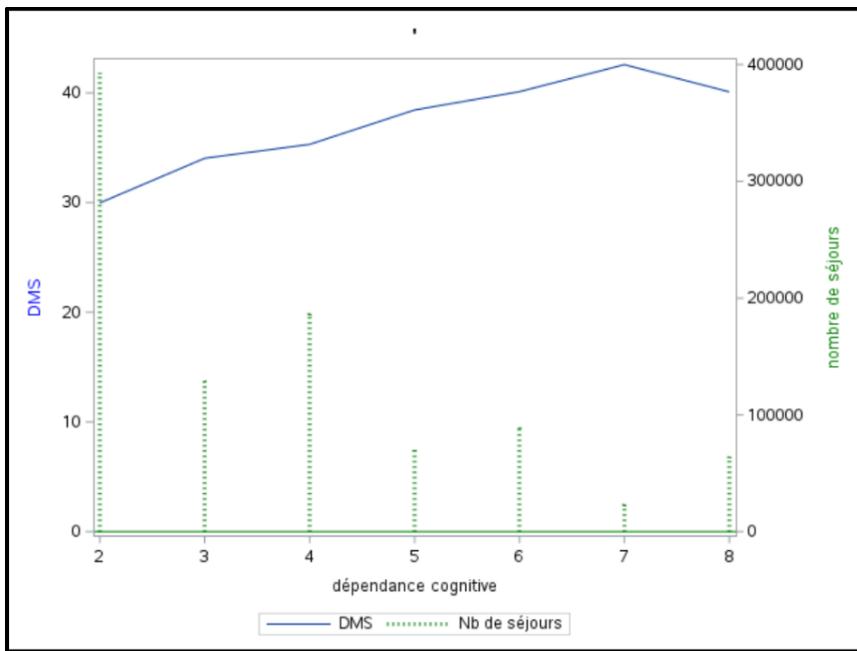


Figure 53 : Effet de la dépendance cognitive sur les durées de séjour

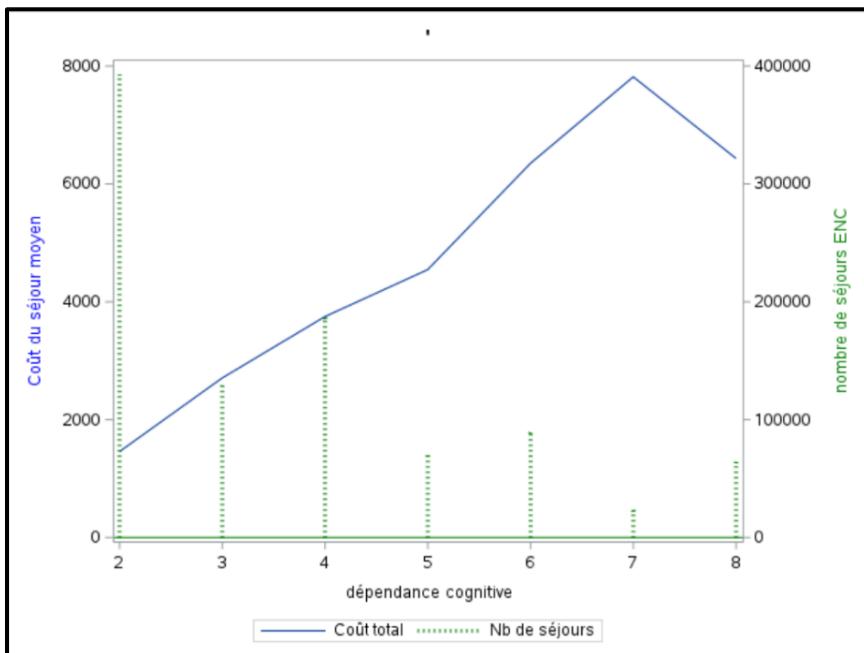


Figure 54 : Effet de la dépendance cognitive sur les coûts de séjour

L'hypothèse générale concernant la dépendance cognitive est celle-ci :

Lorsque la dépendance cognitive augmente, le séjour est plus long et plus coûteux.

#### 2.1.4 L'antériorité chirurgicale

La valeur de cette variable, intervention chirurgicale datant de moins de 90 jours, est binaire oui/non.

Les 2 figures suivante montrent l'effet de l'antériorité chirurgicale sur les DMS et les coûts moyens.

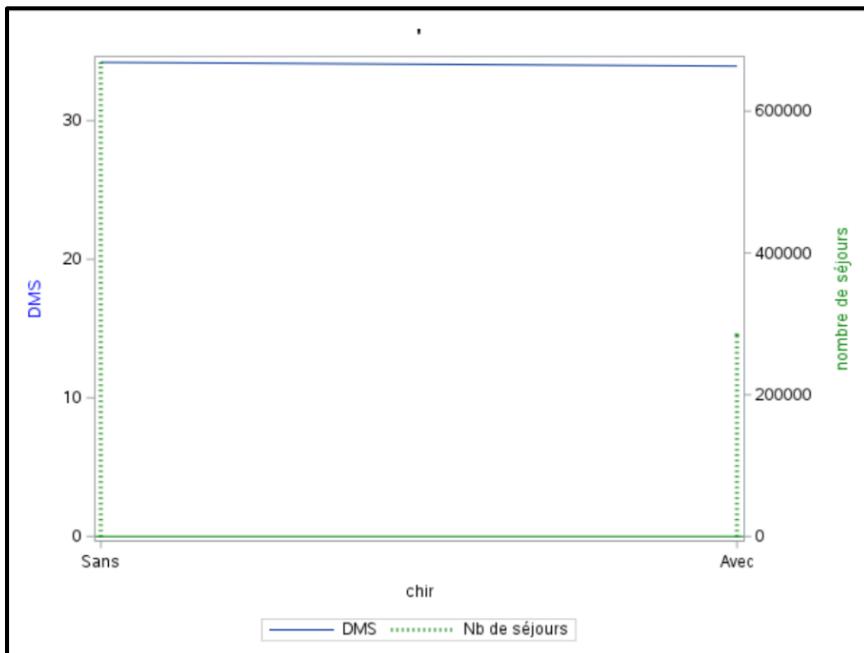


Figure 55 : Effet du statut post-chirurgical sur les durées de séjours

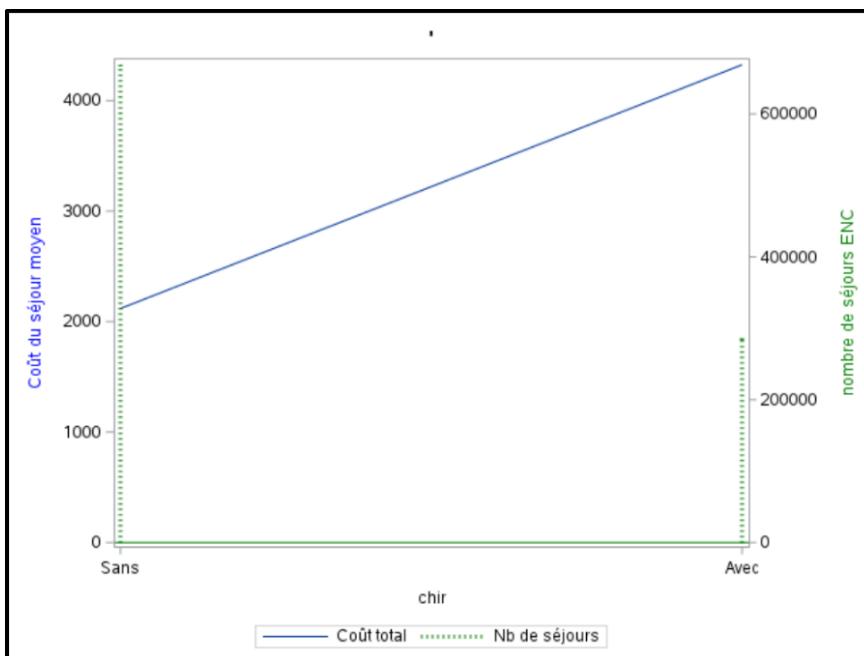


Figure 56 : Effet du statut post-chirurgical sur les coûts de séjour

L'hypothèse générale concernant l'antériorité chirurgicale est celle-ci :

En cas de suite de chirurgie, le séjour est possiblement plus lourd économiquement

## 2.2 Deuxième étape statistique

### 2.2.1 Choix du modèle : effets associés ou effet maximum

Pour associer les différentes variables en un indice de lourdeur, deux modèles ont été testés et évalués :

- Un modèle dit à effets associés ou cumulatifs.

Dans ce modèle, à chaque modalité (classe) de chaque variable est associé un niveau. Le niveau final d'un séjour donné est obtenu en cumulant les effets dû aux différents niveaux. Par exemple, on peut faire l'hypothèse que trois niveaux A se cumulent pour donner un niveau B.

- Un modèle dit à effet maximum (principe adopté pour les CMA).

Dans ce modèle, à chaque modalité (classe) de chaque variable est associé un niveau. Puis, pour un séjour donné, le niveau final correspond au maximum de chacun des niveaux donnés par chacune de ces caractéristiques.

L'évaluation a porté tant sur le pouvoir explicatif final que sur la lisibilité et l'interprétabilité du modèle.

Cette évaluation a conduit à opter pour le modèle à effet maximum dont un exemple d'utilisation est présenté ci-dessous.

**Tableau 52 : Exemple de détermination d'un niveau de lourdeur, effet maximum**

Variables	Modalités	Niveau de lourdeur
Âge	[0-3]	C
	[4-12]	B
	[13-74]	A
	[75-85]	A
	>85	A
Dépendance physique	[4-8]	A
	[9,12]	B
	>=13	C
Dépendance cognitive	[2-6]	A
	[7-8]	A
Antériorité chirurgicale	NON	A
	OUI	C

Ainsi, un patient de 5 ans (niveau B), avec une dépendance physique à 10 (niveau B), une dépendance cognitive à 5 (niveau A) et sans antériorité chirurgicale (niveau A), aura un niveau à B.

## 2.2.2 Traduction en règles statistiques

### *Pour les enfants*

Pour les enfants de 0 à 3 ans, on associe un niveau maximum à C quel que soit les autres variables. Pour les enfants de 4 à 12 ans, le niveau de lourdeur est défini à B minimum et C si le niveau de dépendance fait passer en C chez les adultes. Pour les enfants de 13 à 17 ans, même niveau que les adultes, en fonction des dépendances et du statut post-chirurgical.

Ces règles d'application systématiques des niveaux B ou C sont valables lorsque les niveaux existent par ailleurs pour les adultes. Dans le cas contraire, c'est le niveau maximum existant qui est appliqué (voir 2.4 résultats des groupes de lourdeur)

### *Pour les adultes*

59 049 combinaisons de règles sont possibles théoriquement. En utilisant ces hypothèses médicales, on restreint le nombre de combinaisons à 324, avec 6 règles pour l'âge, 6 règles pour la dépendance physique, 3 règles pour la dépendance cognitive et 3 règles pour l'antériorité chirurgicale.

Les tableaux suivants listent les différentes règles pour chaque variable.

**Tableau 53 : Règles possibles pour l'âge**

Règles possibles	Age	Niveau de lourdeur
1	[18-75]	A
	[76-85]	A
	>85	A
2	[18-75]	A
	[76-85]	A
	>85	B
3	[18-75]	A
	[76-85]	A
	>85	C
4	[18-75]	A
	[76-85]	B
	>85	C
5	[18-75]	A
	[76-85]	B
	>85	B
6	[18-75]	A
	[76-85]	C
	>85	C

**Tableau 54 : Règles possibles pour la dépendance physique**

Règles possibles	Dépendance physique	Niveau de lourdeur
1	[4-8]	A
	[9-12]	A
	[13-16]	A
2	[4-8]	A
	[9-12]	A
	[13-16]	B
3	[4-8]	A
	[9-12]	A
	[13-16]	C
4	[4-8]	A
	[9-12]	B
	[13-16]	C
5	[4-8]	A
	[9-12]	B
	[13-16]	B
6	[4-8]	A
	[9-12]	C
	[13-16]	C

**Tableau 55 : Règles possibles pour la dépendance cognitive**

Règles possibles	Dépendance Cognitive	Niveau de lourdeur
1	[2-6]	A
	[7-8]	A
2	[2-6]	A
	[7-8]	B
3	[2-6]	A
	[7-8]	C

**Tableau 56 : Règles possibles pour l'antériorité chirurgicale**

Règles possibles	Antériorité chirurgicale	Niveau de lourdeur
1	Non	A
	Oui	A
2	Non	A
	Oui	B
3	Non	A
	Oui	C

### 2.2.3 Choix des combinaisons les plus pertinentes

Pour chaque groupe de réadaptation, les 324 combinaisons de règles sont testées puis évaluées statistiquement. La combinaison de règles présentant la meilleur PVE (part de variance expliquée) est retenue.

Les tableaux suivants donnent des exemples de combinaisons de variables pour 2 GR.

**Tableau 57 : Exemple de combinaison pour le GR 0512S**

Variables	Modalités	Niveaux associés
Age	[18-75]	A
	[76-85]	A
	>85	A
Dépendance physique	[4-8]	A
	[9-12]	B
	[13-16]	C
Dépendance cognitive	[2-6]	A
	[7-8]	A
Antériorité chirurgicale	Non	A
	Oui	A

Pour le GR 0512S (insuffisances cardiaques, GR spécialisé), c'est l'utilisation de la variable dépendance physique qui permet de constituer des GL différents en termes de durée et de coût de séjour : pour le GR 0512S, cette combinaison est la meilleure d'un point de vue statistique.

**Tableau 58 : Exemple de combinaison pour le GR 0135U**

Variables	Modalités	Niveaux associés
Age	[18-75]	A
	[76-85]	C
	>85	A
Dépendance physique	[4-8]	A
	[9-12]	B
	[13-16]	C
Dépendance cognitive	[2-6]	A
	[7-8]	C
Antériorité chirurgicale	Non	A
	Oui	A

Pour le GR 0135U (affections médullaires non traumatiques avec paraplégie, GR autre, avec peu de réadaptation), c'est l'utilisation des variables dépendance physique, dépendance cognitive et âge qui permettent de constituer des GL différents en termes de durée et de coût de séjour : pour le GR 0135U, cette combinaison est la meilleure d'un point de vue statistique.

## 2.2.4 Résultats des règles statistiques choisies

### *Utilisation des variables*

**Tableau 59 : Nombre de variables utilisées**

Nombre de variables utilisées	Nombre de GR
1	53
2	105
3	43
4	8
Total GR	222

Pour la moitié des GR environ, 105 GR sur 222, 2 variables sur 4 ont été utilisées pour déterminer le groupe de lourdeur.

Pour un quart environ, une seule variable est utilisée, pour un quart, trois variables sont utilisées.

Pour 8 GR, les quatre variables possibles sont utilisées.

**Tableau 60 : Fréquence d'utilisation des variables**

Variable	Nombre de GR où la variable est utilisée
âge	59
Antériorité chirurgicale	47
Dépendance cognitive	113
Dépendance physique	205

La dépendance physique est utilisée pour presque tous les GR, 205 sur 222 GR ; la dépendance cognitive pour 113 GR. L'âge et le statut post-chirurgical sont utilisés plus rarement.

La figure ci-dessous présente l'analyse des PVE selon les CM

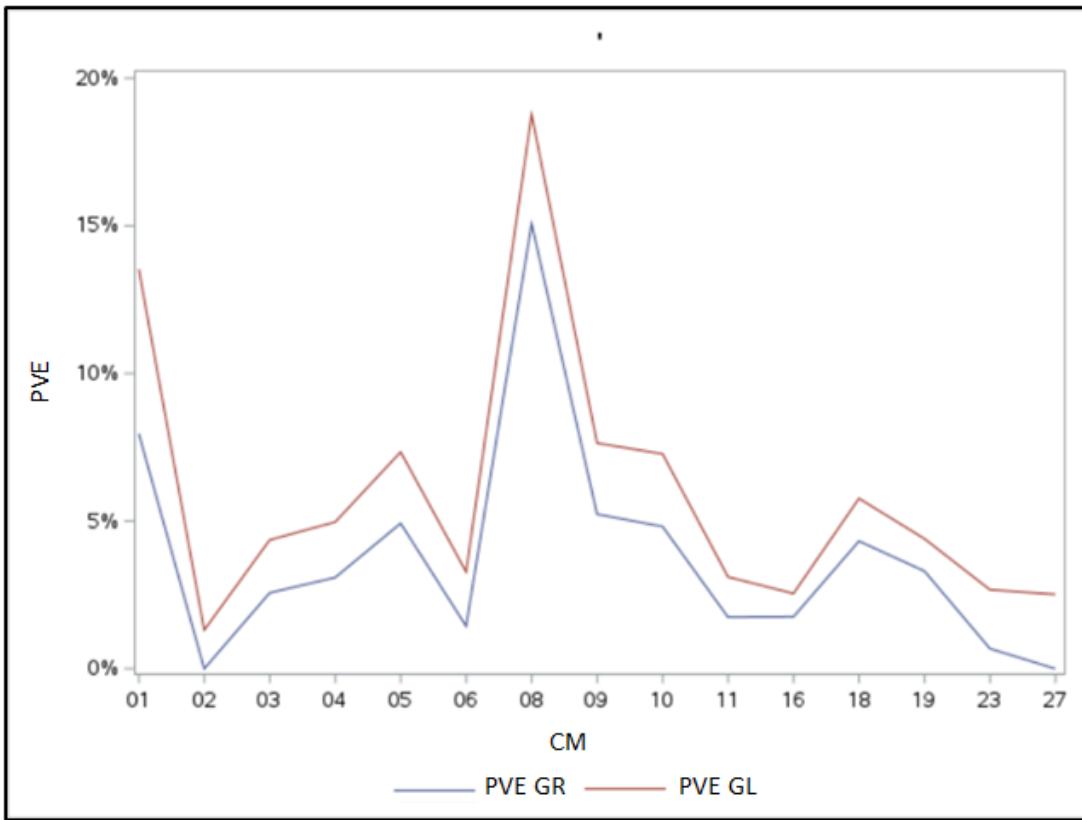


Figure 57 : PVE selon les CM, niveau GR et niveau GL

L'ajout des groupes de lourdeur aux groupes de réadaptation améliore la PVE de la classification, pour toutes les CM.

### 2.3 Troisième étape médicale

Un des objectifs principaux de cette classification est la lisibilité, l'interprétabilité et la compréhension par les acteurs de terrain de la traduction de leur activité. De la même façon que pour les types de réadaptation, un travail attentif et exhaustif a été effectué au niveau de ce nœud de la classification, pour que les règles statistiques soient traduites dans un langage médicalement compréhensible.

Dans certains cas, les règles statistiques ont été modifiées afin que cette lecture soit plus facile et reflète mieux la réalité de terrain, sans que cela n'amoindrisse de façon importante la performance du groupage en termes de discrimination des séjours.

L'analyse médicale des combinaisons statistiques est réalisée pour les 222 groupes de réadaptation d'HC. Pour chaque GR et pour chaque valeur de variable, le groupe de séjours constitué est analysé en termes de :

- Nombre de séjours
- Durée moyenne de séjour
- Coût moyen de séjour
- Dépendances moyennes, âge moyen

Ce paragraphe donne des exemples des modifications de règles effectuées lors de cette étape médicale.

### 2.3.1 Suppression des règles non pertinentes.

Le cas le plus fréquent a été la suppression de la règle concernant l'antériorité chirurgicale dans certains GR. Par exemple, dans les GR 0406T et GR 0406U (insuffisances respiratoires), la chirurgie ressortait statiquement en niveau C. Cette règle a été supprimée, d'une part car cela ne concernait que très peu de séjours (2 à 3%), et d'autre part car l'antériorité chirurgicale n'est pas en lien direct avec la pathologie principale (même si on comprend que l'insuffisance respiratoire peut être la complication de toute intervention chirurgicale).

### 2.3.2 Harmonisation des niveaux de lourdeur au sein d'un même GN

Lorsque les changements n'ont pas (ou très peu) d'effets statistiques sur la discrimination des GL, les règles sont modifiées pour qu'elles soient les mêmes pour tous les GR du GN, ou qu'elles soient croissantes en fonction du GR :

NL GR S < NL GR T < NL GR U

En effet, l'analyse des GR nous a montré que, en général, les patients des GR spécialisés sont plus jeunes et moins dépendants que les patients des deux autres GR, surtout que le GR U, où la faible quantité de réadaptation est souvent due à l'âge et à la dépendance des patients.

Exemple 1 : pour le GN 0115 (certaines affections cérébrales), la valeur [13-16] pour la dépendance physique est proposée pour orienter dans un niveau C pour les GR S et GR T, et à B pour le GR U. Elle est harmonisée à C pour les 3 GR.

Exemple 2 : pour le GN 0503 (valvulopathie), la valeur [>80 ans] est proposée pour orienter dans un niveau B pour les GR S et U, pas pour le GR T. La règle n'est conservée que pour le GR U. Dans le GR S, l'âge n'augmente que très peu la durée de séjour.

### 2.3.3 Harmonisation entre GN proches au sein d'une CM

L'exemple suivant illustre l'harmonisation effectuée entre les GR spécialisés 0134 (affections médullaires traumatiques avec tétraplégie) et 0137 (affections médullaires traumatiques avec paraplégie)

**Tableau 61 : Exemple d'harmonisation de niveaux de lourdeur pour 2 GN proches (0134 et 0137)**

GR	Variable	Valeur	Niveau optimum	Niveau choisi	nb_sej	DMS	Cout total
0134S	Age	18-40		B	807	77,2	24 552
0134S	Age	41-60		B	748	73,5	19 851
0134S	Age	61-70		B	371	75,5	21 507
0134S	Age	71-75		B	128	71,2	25 266
0134S	Age	76-80		B	84	76,9	30 401
0134S	Age	81-85		B	41	62,8	13 931
0134S	Age	86et+		B	19	73,5	29 571
0134S	cog	02-06		B	2074	73,5	22 067
0134S	cog	07-08	C	C	124	101,1	28 506
0134S	phy	04-08		B	252	30,1	10 355
0134S	phy	09-12		B	253	43,5	14 964
0134S	phy	13-16	B	C	1693	86,4	26 921

0134S	Chi	1		B	1812	69,8	19 942
0134S	Chi	2	C	C	386	99,3	36 107
0137S	Age	18-40		A	692	69,9	15 799
0137S	Age	41-60		A	782	58,4	16 937
0137S	Age	61-70		A	334	62,0	26 179
0137S	Age	71-75		A	117	70,6	20 257
0137S	Age	76-80		A	52	71,7	20 569
0137S	Age	81-85		A	31	72,1	43 977
0137S	age	86et+		A	21	63,2	24 075
0137S	cog	02-06		A	1962	63,9	18 398
0137S	cog	07-08		B	67	74,8	16 204
0137S	phy	04-08		A	497	34,8	7 190
0137S	phy	09-12	B	B	485	59,8	17 930
0137S	phy	13-16	C	C	1047	80,2	27 295
0137S	Chi	1		A	1400	59,3	15 739
0137S	Chi	2		C	629	75,1	25 769

Dans le GR 0134S, la règle de chirurgie est proposée en niveau C (avec une DMS et un coût de séjour effectivement bien supérieurs). Par ailleurs, nous ne déterminons que 2 niveaux de lourdeur B et C compte-tenu des dépendances moyennes élevées. La dépendance 13-16 passe donc en C.

Nous étendons le niveau C de la chirurgie au GR 0137S, l'effet sur les séjours est identique, avec une DMS et un coût élevés.

### 2.3.4 Choix de règles non testées a priori

Pour certains GR, on observe des impacts de variable sur les durées et coûts de séjours inattendus *a priori*. Cela va nous conduire à choisir de nouvelles règles, non testées *a priori*. C'est le cas pour le GR 0127S (maladies d'Alzheimer et démences apparentées, réadaptation spécialisée importante).

**Tableau 62 : Exemples d'ajustement à postériori des règles**

GR	Variable	Valeur	Niveau optimum	Niveau choisi	nb_sej	DMS	cout_tot
0127S	Age	18-40		C	1	30,0	.
0127S	Age	41-60		C	105	71,1	22 332
0127S	Age	61-70		C	405	53,7	17 025
0127S	Age	71-75		B	413	53,7	12 292
0127S	Age	76-80	B	B	720	57,2	13 835
0127S	Age	81-85	B	B	975	52,2	13 963
0127S	Age	86et+	B	B	1261	52,2	14 382
0127S	cog	02-06		B	2011	51,6	14 437
0127S	cog	07-08	C	C	1869	56,5	14 921
0127S	phy	04-08		B	992	55,0	15 021

0127S	phy	09-12		B	1428	52,1	14 594
0127S	phy	13-16		B	1460	55,0	14 377
0127S	Chi	1		B	3851	53,9	14 593
0127S	Chi	2		B	29	60,8	13 394

La dépendance cognitive élevée et l'âge avancé sortent statistiquement comme variables alourdissant le séjour. Mais on remarque que les séjours des patients jeunes sont plus rares, mais significativement plus longs et plus coûteux que ceux des personnes âgées, ce qui est médicalement explicable : l'impact de la variable âge est majoré pour les tranches d'adultes jeunes, même si les effectifs sont faibles.

Dans ce GR, seuls 2 niveaux de lourdeur sont distingués. Le niveau minimum est fixé à B plutôt que A, compte-tenu des dépendances moyennes élevées, même dans ce niveau. Ce sont donc les patients les plus jeunes qui auront ce niveau C, et les plus âgés le niveau B.

### 2.3.5 Crédation de règles combinées

Dans certains GR, il apparaît que certaines variables jouent sur le NL quand elles sont combinées entre elles. Cela nous a conduit à créer des règles combinées pour 5 GR, par exemple pour les GR 0147S et 0148S (AVC avec hémiplégies et autres AVC, GR spécialisés) :

**Tableau 63 : Exemples de combinaison de règles primaires**

GR	Variables	Valeur	Niveau optimum	Niveau choisi	Nombre de séjours	DMS	Coût total	DMS Niveau A	DMS Niveau B	DMS Niveau C
0147S	Age	18-40			1052	62,1	17 500	38	60	90
0147S	Age	41-60			7512	73,1	19 045	41	<b>64</b>	<b>104</b>
0147S	Age	61-70			8552	71,4	21 129	38	<b>59</b>	<b>94</b>
0147S	Age	71-75			4419	69,3	19 220	39	56	85
0147S	Age	76-80			4223	68,6	18 857	38	55	82
0147S	Age	81-85			3987	64,6	19 120	38	53	<b>74</b>
0147S	Age	86et+			3160	60,5	16 196	39	52	<b>66</b>
0147S	cog	02-06			27803	65,2	18 242	39	58	84
0147S	cog	07-08		<b>B</b>	5102	89,5	25 319	49	60	93
0147S	phy	04-08			6913	39,1	10 057	39	.	.
0147S	phy	09-12	<b>B</b>	<b>B</b>	8681	58,3	16 716	.	58	.
0147S	phy	13-16	<b>C</b>	<b>B ou C selon l'âge</b>	17311	86,2	25 172	.	.	86
0147S	Chi	1			31197	68,4	19 283	39	58	86
0147S	Chi	2			1708	79,9	20 217	45	65	97

Les tranches d'âges testées *a priori* (l'âge alourdit le séjour) ne ressortent pas statistiquement pour ce GR. Il apparaît, à la lecture des DMS, que les patients de moins de 80 ans semblent plus lourds que les patients de plus de 80 ans. En regardant plus précisément pour ces tranches d'âge, on s'aperçoit que ce sont les patients les plus dépendants parmi ces patients jeunes qui ont une DMS élevée. Alors que la dépendance ne joue pas autant sur la DMS pour les patients de plus de 80 ans.

Pour traduire cette constatation sur ces GR, on crée la règle combinée suivante (en plus de la règle sur la dépendance cognitive qu'on a ajoutée) :

- Phy [9-12] : niveau B
- Phy [13-16] : niveau B si âge > 80 ans, niveau C si âge < 80 ans

Cette règle est tout à fait compatible avec les retours de terrains : il est souvent rapporté que dans la CM de neuro, les patients jeunes et dépendants sont fréquents (il s'agit effectivement d'effectifs importants dans notre exemple) et lourds sur un plan médico économique.

Ces règles combinées existent dans 3 autres GR :

- Les GR 0109S et 0109T (traumatismes crâniens avec réadaptation spécialisée importante ou globale importante) : même cas de figure avec un seuil à 70 ans.
- Le GR 0877S (arthropathies, réadaptation spécialisée importante) : même cas de figure avec un seuil à 60 ans

### 2.3.6 Ajustement du nombre de NL en fonction des effectifs

L'exemple suivant montre l'impact des effectifs sur la création des GL.

**Tableau 64 : Exemple de la prise en compte de l'effectif sur la création des GL**

GR	Variables	Valeur	Niveau optimum	Niveau choisi	Nb sez	DMS	Cout total
1006S	Age	18-40	A	A	5 310	22,9	4 353
1006S	Age	41-60	A	A	14 109	23,7	4 330
1006S	Age	61-70	A	A	8 530	25,0	4 289
1006S	Age	71-75	A	A	2 053	25,3	4 359
1006S	Age	76-80	A	A	683	25,2	4 286
1006S	Age	81-85	A	A	176	26,3	3 875
1006S	Age	86et+	B	A	28	27,7	4 397
1006S	cog	02-06	A	A	30 606	24,1	4 322
1006S	cog	07-08	A	A	283	22,1	4 095
1006S	phy	04-08	A	A	29 690	23,8	4 200
1006S	phy	09-12	B	B	1 081	29,5	5 710
1006S	phy	13-16	C	B	118	35,1	8 245
1006S	Chi	0	A	A	30 696	24,1	4 326
1006S	Chi	1	A	A	193	25,5	3 295

Dans cet exemple du GR 1006S (obésités, groupe spécialisé), on voit que les règles optimales proposées statistiquement sont la dépendance physique (B et C selon la valeur), l'âge supérieur à 86 ans (B). Nous ne retiendrons pas l'âge (seulement 28 séjours) et ne ferons pas de distinction entre un groupe B et C pour la dépendance (seulement 118 séjours pour un éventuel groupe C).

Nous ne déterminerons que 2 niveaux pour ce GR, A et B.

### 2.3.7 GR atypiques, avec résultats statistiques non contributifs

Il s'agit la plupart du temps de GN avec des effectifs faibles. L'exemple suivant est celui d'un GR (tuberculoses pulmonaires, avec GR unique autre) où les variables utilisées ne permettent

pas de comprendre les variations de DMS.

**Tableau 65 : Exemple d'un GN où les variables n'expliquent pas la DMS**

GR	var	valeur	Niveau optimum	Niveau choisi	nb_sej	DMS	Cout total
0412U	age	18-40			613	59,6	.
0412U	age	41-60			397	63,1	3 345
0412U	age	61-70			85	57,9	.
0412U	age	71-75			43	45,8	.
0412U	age	76-80			50	46,5	5 279
0412U	age	81-85			70	40,0	7 856
0412U	age	86et+			70	47,4	4 028
0412U	cog	02-06			1170	56,1	5 367
0412U	cog	07-08	C	A	158	71,0	.
0412U	phy	04-08			1089	57,5	4 123
0412U	phy	09-12	B	A	110	69,8	.
0412U	phy	13-16	B	A	129	51,2	7 856
0412U	Chi	1			1300	58,4	5 620
0412U	Chi	2			28	37,4	3 345

Dans cet exemple, une dépendance physique plus faible (9-12) entraînerait une DMS plus élevée qu'une dépendance plus élevée (13-16) ; le niveau C proposé pour la dépendance cognitive n'est pas retenu compte tenu des effectifs faibles (158 séjours) : compte-tenu des effectifs et de l'incohérence médicale des données, un seul niveau A est choisi pour ce GR.

## 2.4 Impact des relectures

Le travail de relectures et d'homogénéisation médicale a entraîné une modification des premières règles. Le tableau suivant montre le nombre de changement opéré par nombre puis par types de variables mobilisées.

### 2.4.1 Nombre de variables mobilisées

**Tableau 66 : Nombre de variables mobilisées par GR avant et après relecture**

Nombre de variables mobilisées	Nombre de GR	
	Avant relecture	Après relecture
0	0	8
1	53	42
2	105	140
3	43	32
4	8	0
Total GR	222	222

On note une augmentation des GR avec 2 variables, au détriment de ceux avec 1 et 3 variables.

## 2.4.2 Type de variable mobilisée

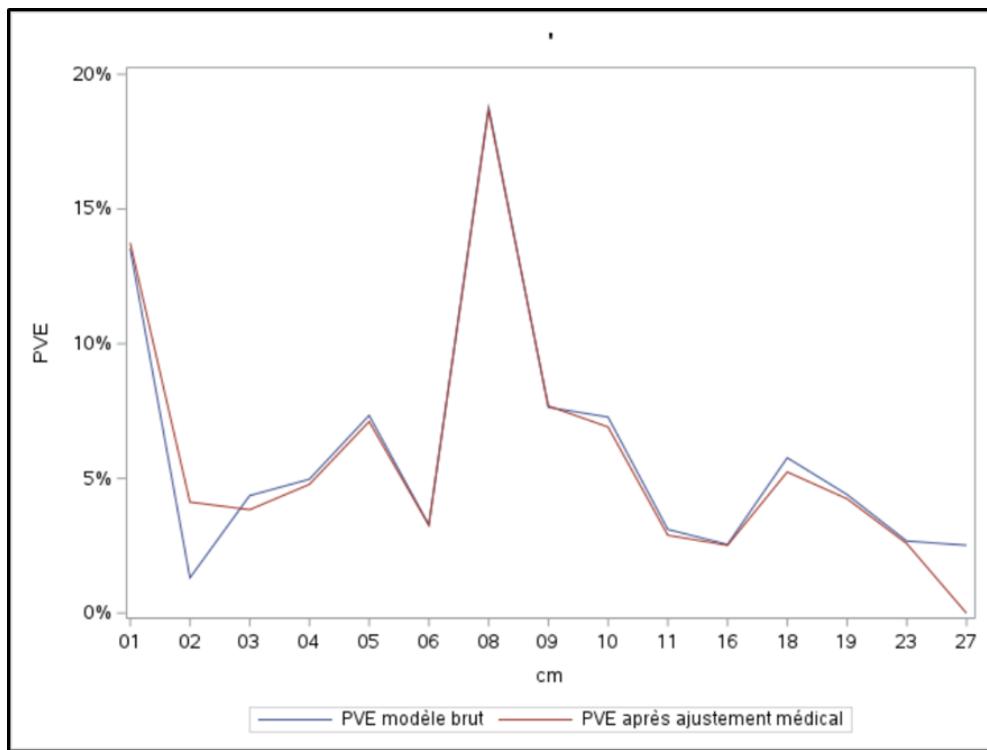
**Tableau 67 : Utilisation des variables par GR, avant et après relecture**

Variable	Nombre de GR	
	Avant relecture	Après relecture
Antériorité chirurgicale	59	19
âge	47	34
Dépendance cognitive	113	158
Dépendance physique	205	207

Après relecture, les variables de statut post-chirurgical et d'âge sont moins souvent utilisées. La dépendance cognitive est beaucoup plus souvent utilisée.

## 2.4.3 Impact sur la PVE

La figure suivante indique les modifications de PVE après relecture médicale.



**Figure 58 : Variation de PVE après relecture des GL**

Les modifications de PVE restent à la marge après cette relecture médicale. Elles concernent les CM02 et 27, très faiblement représentées dans les effectifs.

En d'autres termes, les modifications apportées ont réussi à apporter de la cohérence aux règles, sans impacter la performance économique des groupes de lourdeur.

### 3 RESULTATS DES GROUPES DE LOURDEUR

#### 3.1 Nombre de niveaux de lourdeur

##### 3.1.1 Nombres de NL par GR

Pour un GR donné, chaque valeur de variable a un niveau associé (exemple tableau 45).

La plupart du temps, pour un GR donné, 3 niveaux de lourdeur sont associés, A, B et C. Mais parfois, faute d'effectifs, ou parce que les patients et les séjours étaient suffisamment homogènes, un seul ou deux niveaux ont été créés. Le tableau suivant indique la répartition par GR, du nombre de niveaux de lourdeur, ainsi que les combinaisons possibles si 1 ou 2 NL seulement sont retenus.

Tableau 68 : Répartition des GR en fonction du nombre de leurs NL

Nombre de NL	1			2		3	Total
	A	B	C	AB	BC	ABC	
Nombre de GR	1	2	4	55	22	138	222
Nombre de GL créés	1	2	4	110	44	414	575

##### *GR avec 3 niveaux de lourdeur*

La majorité des GR (138 sur 222, soit 62.2%) a 3 niveaux de lourdeur ABC.

##### *GR avec deux niveaux de lourdeur*

Pour certains GR, seuls 2 niveaux de lourdeur ont pu être créés. Il s'agit le plus souvent des niveaux AB, et dans quelques cas des niveaux BC.

L'attribution des lettres A, B ou C s'est fait alors en fonction de la dépendance moyenne observée dans les bases PMSI, dans chacun des deux groupes.

Exemple 1 : les GR S, T et U du GN 0127 (maladies d'Alzheimer et autres démences) ont deux niveaux de lourdeur B et C

Exemple 2 : les GR P, S, T et U du GN 1006 (obésités) ont deux niveaux de lourdeur A et B

##### *GR avec niveau de lourdeur unique*

7 GR ont un unique niveau de lourdeur.

- Dont 4 GR ont un seul niveau de lourdeur C : 0103S (EVC-EPR GR spécialisé unique), 0115P (autres affections du système nerveux, GR pédiatrique), 0146S (AVC avec tétraplégie, GR spécialisé unique), et 0406P (Insuffisances respiratoires, GR pédiatrique).
- Dont 2 GR ont un niveau unique B : 1803U (infections par VIH, GR autre unique) et 2703S (post-transplantations, GR spécialisé unique)
- Dont 1 GR a un niveau unique A : 0412U (tuberculoses pulmonaires, GR autre unique)

Ces GR avec un seul niveau de lourdeur sont souvent le seul GR du GN. Il s'agit de GN avec de faibles effectifs.

➔ Au total, 575 GL sont créés.

### 3.1.2 Différences de nombre de NL dans les GR d'un même GN

Lorsque c'était possible, au sein d'un GN, le nombre de GL par GR a été homogénéisé. En effet, les comparaisons sont alors plus simples au sein d'un GN.

Mais dans certains cas, cela n'a pas été possible, par exemple faute d'effectifs dans un GR, pourtant lui-même crée car les caractéristiques des patients dans ce GR étaient très différentes des autres GR. Parfois également, les patients sont très homogènes en termes de dépendance au sein d'un GR, alors qu'ils ne le sont pas dans les autres GR du GN.

Le tableau suivant donne la répartition des GN, en fonction du nombre de NL de leurs GR.

**Tableau 69 : Homogénéité du nombre de NL, en fonction des GR, au sein d'un GN**

	Nombre de niveaux	Nombre de GN
GN avec le même nombre de niveaux de lourdeur quel que soit le GR	3	47
	2	32
	1	5
GN n'ayant pas le même nombre de niveaux de lourdeur suivant le GR	Total différents	
	1 ou 2	0
	1 ou 3	2
	2 ou 3	6
Total GN		92

Dans 84 GN sur 92, les GR ont tous le même nombre de NL, 3 niveaux pour 47 GN, 2 niveaux pour 32 GN et 1 niveau pour 5 GN (0103, 0146, 0412, 1803, 2703 : GN avec GR unique).

Pour 6 cas, il existe 2 ou 3 NL en fonctions du GR. Par exemple, dans le GN 0518 (autres affections cardiaques), le GR S a 2 NL, A et B, alors que les GR T et U en ont 3, A, B et C.

Pour 2 cas, il existe 1 ou 3 NL en fonction du GR. Il s'agit des GN 0115 et 0406, où le GR P n'a qu'un seul niveau C, alors que les autres GR adultes ont 3 niveaux.

### 3.1.3 Différences de nombre de NL dans les GR d'une même CM

Le tableau suivant indique, par CM, la répartition des GR, en fonction du nombre de NL.

**Tableau 70 : Répartition des GR, par CM, en fonction du nombre de niveaux de lourdeur**

CM	GR avec 1 niveau de lourdeur	GR avec 2 niveaux de lourdeur	GR avec 3 niveaux de lourdeur	Nombre de GR
01	3	10	31	44
02	0	0	1	1
03	0	4	0	4
04	2	8	7	17
05	0	10	9	19
06	0	3	8	11
08	0	10	58	68

CM	GR avec 1 niveau de lourdeur	GR avec 2 niveaux de lourdeur	GR avec 3 niveaux de lourdeur	Nombre de GR
09	0	9	2	11
10	0	13	0	13
11	0	3	6	9
16	0	0	4	4
18	1	2	0	3
19	0	5	4	9
23	0	0	8	8
27	1	0	0	1
Total CM	7	77	138	222

Les CM 01, 08 et 23 ont une majorité de GR avec 3 niveaux de lourdeur.

Les CM 03, 04, 05, 09, 10, 18 et 19 ont plus souvent deux niveaux de lourdeur. Dans les CM 04, 05, et 10, 19, les 2 niveaux sont le plus souvent A/B. En revanche, les CM 03 et 09 ont plus souvent des GR avec 2 niveaux B/C.

### 3.2 Impact des différentes variables sur l'orientation dans les GL

Pour chaque GR, on mesure l'impact de chaque variable. Pour cela, on identifie si les valeurs de chaque variable sont susceptibles de faire monter le niveau de lourdeur.

#### 3.2.1 Impact de la variable « âge »

##### Séjours des adultes

Les Tableaux suivants décrivent l'impact de la variable âge aux échelles GR et GN.

**Tableau 71 : Impact de la variable âge pour les séjours des adultes**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés	Nb GN total	Nb de GN impactés
Age	tous âges confondus	210	34	92	24

Le nombre de GR concernés pour l'ensemble des tranches d'âge, 210, correspond à la totalité des GR (222), moins les 12 GR pédiatriques.

L'âge intervient globalement dans 24 GN, pour les séjours des adultes.

Exemples :

- Dans les GR 0127 (maladies d'Alzheimer), le jeune âge entre 18 et 70 ans entraîne un niveau de lourdeur supplémentaire par rapport aux patients plus âgés.
- Dans le GR 0503U (valvulopathies, type de réadaptation « autre »), l'âge supérieur à 80 entraîne un niveau de lourdeur supplémentaire par rapport aux patients plus jeunes.

**Tableau 72 : Impact de la variable âge pour les séjours des adultes, en fonction des tranches d'âge**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés	Nb GN total
Age	18-60 ans	210	6	92
	61-70 ans	210	7	92
	71-75 ans	210	2	92
	76-80 ans	210	16	92
	80-85 ans	210	18	92
	>85 ans	210	24	92

Le nombre de GR concernés pour l'ensemble des tranches d'âge, 210, correspond à la totalité des GR (222), moins les 12 GR pédiatriques.

Plus l'âge augmente, plus l'impact de la variable âge devient important.

### Séjours pédiatriques 0-18 ans

Le tableau suivant décrit l'impact de la variable âge pour les séjours des enfants.

**Tableau 73 : Impact de la variable âge pour les séjours des enfants de 0 à 18 ans**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés
Age	0-3 ans	204	185
	4-12 ans	204	167
	13-17 ans	204	3

Le nombre de GR concernés, 204, correspond aux 12 GR P, ajoutés au GR de groupage des séjours pédiatriques pour les GN sans GR P (GR S, T ou U selon les cas).

La valeur 0-3 pour la variable âge, associée par défaut à un niveau C, n'a pas d'impact sur le GL dans les 19 cas où il n'existe qu'un seul niveau de lourdeur.

- Si ce niveau de lourdeur est à C (exemple GR 0103S), pas d'impact
- Si ce niveau de lourdeur est à B (exemple GR1803U), le niveau de la variable est ajusté à B
- Si ce niveau est à A (exemple GR 0412U), le niveau de la variable est ajusté à A

Ces ajustements ont été réalisés, car l'effectif des séjours 0-3 ans n'est pas toujours suffisant pour constituer un groupe de lourdeur de niveau C quand il n'y a pas de niveau C par ailleurs.

La valeur 4-12 pour la variable âge, associée par défaut à un niveau B, n'a pas d'impact sur le GL dans les 37 cas où :

- Il existe 2 niveaux de lourdeur B et C (exemple GR 1007S), pas d'impact
- Il existe un seul niveau de lourdeur à B (exemple GR 1803U), pas d'impact
- Il existe un seul niveau de lourdeur à A (exemple GR 0412U), le niveau de la variable est ajusté à A

Les adolescents de 13 à 17 ans prennent le niveau de lourdeur des adultes jeunes. Les 2 seuls GN concernés par un impact de la variable sont le GN 0203 (affections oculaires) et GN 0906 (escarres, 2 GR), où les jeunes adultes ont un niveau de lourdeur supérieure aux adultes plus âgés.

### 3.2.2 Impact de la variable « antériorité chirurgicale »

Le tableau suivant décrit l'impact de la variable antériorité chirurgicale aux échelles GR et GN.

**Tableau 74 : Impact de la variable antériorité chirurgicale**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés	Nb GN total	Nb de GN impactés
Chir	Avec	222	19	92	11

Tous les GR sont concernés. La variable concernant l'antériorité chirurgicale intervient dans 19 GR et 11 GN.

Exemples :

- Dans les GR 0134S et 0137S (tétraplégies et paraplégies traumatiques, l'antériorité chirurgicale fait passer en niveau C, au même titre que les dépendance cognitive et physique élevées
- Dans les GR 0906T et U (ulcères de décubitus), l'antériorité chirurgicale donne également un niveau C.

### 3.2.3 Impact de la variable « dépendance cognitive »

Le tableau suivant décrivent l'impact de la variable dépendance cognitive aux échelles GR et GN.

**Tableau 75 : Impact de la variable « dépendance cognitive » sur les GL**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés	Nb GN total	Nb de GN impactés
Dépendance cognitive	[7-8]	222	158	92	69

Tous les GR sont concernés.

La variable concernant la dépendance cognitive intervient dans 158 GR et 69 GN, soit près de 70% des groupes.

Exemples :

- Pour le GR 0109P (traumatismes crâniens, type de réadaptation pédiatrique), une dépendance cognitive supérieure ou égale à 7 entraîne un niveau C (au même titre qu'un âge inférieur à 3 ans et une dépendance physique supérieure à 13).
- Pour les GR 0603T et 0603U (tumeurs digestives), une dépendance cognitive supérieure ou égale à 7 entraîne un niveau C.

### 3.2.4 Impact de la variable dépendance physique

Les Tableaux suivants décrivent l'impact de la variable dépendance physique aux échelles GR et GN.

**Tableau 76 : Impact de la variable dépendance physique toute valeurs confondues**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés	Nb GN total	Nb de GN impactés
Dépendance physique	Toute	222	207	92	84

Tous les GR sont concernés.

La variable dépendance physique intervient dans 207 GR (soit plus de 90% des groupes) et 84 GN. C'est la variable qui intervient le plus souvent dans les GL.

Exemple : dans les GR 1003S, T et U de diabète, une dépendance physique supérieure ou égale à 9 entraîne un niveau B.

**Tableau 77 : Impact de la variable dépendance physique en fonction des tranches**

Variable	Valeur	Nb de GR concernés	Nb de GR impactés	Nb GN total
Dépendance physique	[9-12]	222	193	92
	[13-16]	222	207	92

Logiquement, la tranche de dépendance physique [13-16] intervient encore plus souvent que la tranche [9-12].

### 3.2.5 Impact des variables dans l'orientation en GL par CM

Ce tableau indique, par CM, le nombre de GR impactés par les différentes variables.

**Tableau 78 : Impact des différentes variables par CM**

CM	Nb de GR	Nb de GR concernés par la Dep. Phy.	Nb de GR concernés par la Dép. Cog	Nb de GR concernés par la Chir.	Nb de GR concernés par l'Age (pédiatrie)	Nb de GR concernés par l'Age autre
01	44	36	33	6	32	11
02	1	1	1	0	1	1
03	4	4	4	2	4	0
04	17	15	10	0	12	1
05	19	19	13	0	19	3
06	11	11	11	0	11	0
08	68	68	44	6	62	10
09	11	9	7	5	10	2
10	13	12	8	0	7	1
11	9	9	9	0	9	3
16	4	4	4	0	4	2
18	3	2	0	0	2	0
19	9	9	6	0	6	0
23	8	8	8	0	8	0
27	1	0	0	0	0	0
Total	222	207	158	19	187	34

Dans la CM08, la plus représentée en nombre de séjours, la dépendance physique intervient dans tous les GR pour déterminer le niveau de lourdeur. La dépendance cognitive intervient dans 2/3 des cas.

Dans la CM01, les dépendances physique et cognitive interviennent dans 80 et 75% des cas.

Globalement, dans l'ensemble des CM, les dépendances interviennent très souvent pour déterminer le niveau de lourdeur.

Le jeune âge intervient également très souvent, sauf dans les GR sans niveau C et/ou B et qui n'ont pas un effectif pédiatrique suffisant pour constituer des groupes C et/ou B uniquement pour les enfants.

Les âges hors pédiatriques interviennent relativement peu, car ils sont très liés aux dépendances physiques et cognitives.

### 3.2.6 Comparaison de l'impact des variables entre les deux versions de classification

**Tableau 79 : Comparaison de l'impact des variables entre v2022 / v2021**

Nombre de groupes où la variable est mobilisée			
Variable	GR 2022	GN 2022	GN : GME 2021
Chir	23	11	8
Age pédiatrie	187	87	12
Age (hors pédiatrie)	34	24	6
Cog	141	69	12
Phy	206	84	65

L'âge et la dépendance cognitive sont beaucoup plus souvent utilisés dans cette version de classification. Le statut post-chirurgical et la dépendance physique sont plus utilisés.

La structure arborescente des racines de GME 2021 ne permettait pas de prendre en compte un nombre important de variables. A contrario, l'indice de lourdeur de la version GME 2022 permet d'utiliser l'ensemble des informations utiles sur le patient et de les agréger en un indice synthétique.

### 3.3 Caractéristiques des groupes de lourdeur avec la dépendance à l'entrée

#### 3.3.1 Caractéristiques générales, tous GN confondus

Le tableau suivant permet d'observer, sur le total des séjours, et par type de réadaptation, la répartition en groupe de lourdeur A, B ou C. Pour chacun de ces groupes, on retrouve les caractéristiques des patients, des séjours et type d'unité de réalisation.

**Tableau 80 : Caractéristiques des patients et des séjours selon le niveau de lourdeur**

GR	Indice	Séjours	% HC	DMS	Age	Phy	Cog	%chir	%sév.	UM polyvalent	UM spécialisée	UM gériatrique
Tous	A	779 541	41%	27	66	6	3	32%	13%	36%	52%	11%
Tous	B	663 342	35%	35	75	10	4	31%	25%	44%	28%	28%
Tous	C	462 696	24%	44	77	14	5	25%	39%	42%	22%	36%
P		40 409	100%	25	12	8	4	9%	23%	37%	63%	0%
P	A	16 341	40%	26	15	5	3	5%	14%	35%	65%	0%
P	B	15 770	39%	24	11	8	4	10%	18%	40%	60%	0%
P	C	8 298	21%	28	9	15	7	16%	53%	37%	63%	0%
S		580 134	100%	37	63	8	3	41%	18%	16%	79%	6%
S	A	343 360	59%	28	60	5	3	36%	9%	13%	85%	2%
S	B	156 205	27%	41	67	10	4	52%	24%	20%	71%	10%
S	C	80 569	14%	66	64	14	5	37%	45%	20%	66%	13%
T		550 749	100%	37	78	10	4	28%	27%	46%	20%	34%
T	A	169 988	31%	29	73	6	3	31%	17%	50%	28%	22%
T	B	214 802	39%	38	79	11	4	28%	27%	47%	17%	36%
T	C	165 959	30%	46	81	14	5	27%	39%	42%	15%	43%
U		734 287	100%	30	78	10	4	24%	24%	56%	14%	30%
U	A	249 852	34%	24	71	6	3	28%	15%	60%	23%	17%
U	B	276 565	38%	31	80	10	4	23%	25%	56%	11%	33%
U	C	207 870	28%	35	82	14	5	20%	36%	50%	9%	41%

#### Les GL des GR pédiatriques

40% sont en niveau A, 39% en niveau B et 21% en niveau C. Ces séjours en niveau A concernent des enfants de 13 à 17 ans, dont la détermination du groupe de lourdeur est réalisée de la même manière que pour les adultes.

Les DMS ont peu de signification en pédiatrie (permissions de sortie itératives de plus de 48 heures).

Les niveaux C sont plus jeunes en moyenne (9 ans) que les niveaux B (11 ans en moyenne) et que les niveaux A (15 ans), ce qui est logique compte-tenu du choix de faire jouer directement l'âge sur le niveau de lourdeur, chez les enfants jusqu'à 12 ans.

Les niveaux C sont plus dépendants (score de dépendance physique et cognitive respectivement à 15 et 7) que les niveaux B (score de dépendance physique et cognitive respectivement à 8 et 4) que les niveaux A (score de dépendance physique et cognitive respectivement à 5 et 3).

La part de sévérité 2 est plus importante dans les niveaux C (53%) que dans les niveaux B (18%) et niveau A (14%).

Les séjours sont réalisés pour les 2/3 en unités spécialisées, quel que soit le groupe de lourdeur.

### *Les GL des GR spécialisée importante*

Les séjours de niveau A sont largement plus nombreux (59%), que les niveau B (27%), et que les niveaux C (14%). D'une façon globale, les patients en unités spécialisées ont un niveau de lourdeur inférieur.

Nous avions déjà constaté effectivement dans la partie concernant le type de réadaptation (tableau 25), que les patients en GR spécialisée étaient en moyenne moins dépendants et plus jeunes. Mais nous avions pu également constater qu'il y avait des exceptions, notamment en CM neurologie (tableau 27), où les dépendances étaient comparables selon les groupes.

### ***La réalisation d'une réadaptation spécialisée demande en général un niveau d'autonomie du patient suffisant.***

Les DMS sont ordonnées et très bien séparées selon le niveau de lourdeur (respectivement pour les niveaux de lourdeurs A, B et C 28 jours, 41jours et 66 jours)

Les niveaux A ont 60 ans en moyenne, les niveaux B ont 67 ans en moyenne et les niveaux C 64 ans.

Les dépendances physiques et cognitives sont ordonnées selon le niveau de lourdeur

Plus le niveau de lourdeur est élevé, plus la part de sévérité 2 est importante.

Quel que soit le niveau de lourdeur, la majorité des séjours est réalisée en unités spécialisées. Ce pourcentage est encore plus important pour les niveaux A.

### ***La réalisation d'une réadaptation spécialisée est corrélée avec la réalisation du séjour en unité spécialisée.***

### *Les GL des GR globale importante*

Il y a moins de niveau A que dans les GR spécialisés (31%). Les niveaux B sont majoritaires à 39%, et les niveaux C sont à 30%.

### ***Un niveau de dépendance plus élevée des patients permet toutefois la réalisation d'une réadaptation globale importante.***

Les DMS sont ordonnées selon le niveau de lourdeur (respectivement pour les niveaux de lourdeurs A, B et C : 29 jours, 38 jours et 46 jours).

Les séjours durent moins longtemps en moyenne que les GR spécialisée importante.

Les patients de niveau A sont plus jeunes que les patients de niveau B et C.

Les dépendances physiques et cognitives sont ordonnées selon le niveau de lourdeur.

Plus le niveau de lourdeur est élevé, plus la part de sévérité 2 est importante.

Les séjours de niveau de lourdeur A et B sont surtout réalisés en unités polyvalentes. Les séjours de niveau C sont réalisés en unités polyvalentes ou gériatriques.

**Les unités de gériatrie prennent en charge des patients plus lourds, en leur assurant une réadaptation globale importante.**

### Les GL des GR autre

La part de chaque niveau de lourdeur est semblable entre les GR autres et les GR globale importante.

Les DMS sont ordonnées selon le niveau de lourdeur (24 → 31 → 35 jours). Les séjours durent moins longtemps en moyenne que les GR spécialisée importante et globale importante.

Les patients de niveau A sont plus jeunes que les patients de niveau B et C. Les âges des différents niveaux sont comparables à ceux des GR globale importante.

Les dépendances physiques et cognitives sont ordonnées selon le niveau, et comparables à celles des GR globale importante.

Plus le niveau est élevé, plus la part de sévérité 2 est importante.

Les séjours de niveau A sont réalisés à 60% en unité polyvalente et à 17% en unité gériatrique. Les séjours de niveau C sont réalisés à 50% en unités polyvalente et à 41% en unité gériatrique

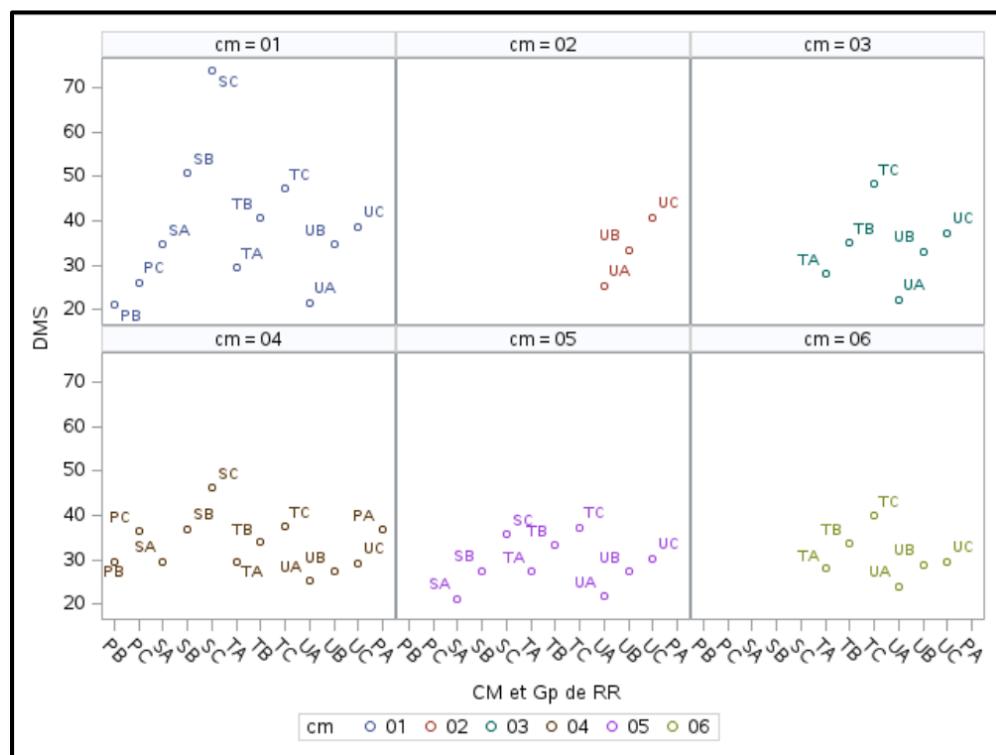
**Les unités de gériatrie prennent souvent en charge des patients plus lourds.**

### 3.3.2 Caractéristiques par CM

#### 3.3.2.1 CM 01 à 06

##### Durées de séjour moyenne des GL

La figure suivante indique, pour les 6 premières CM et la durée de séjour moyenne par groupe de lourdeur et type de réadaptation.

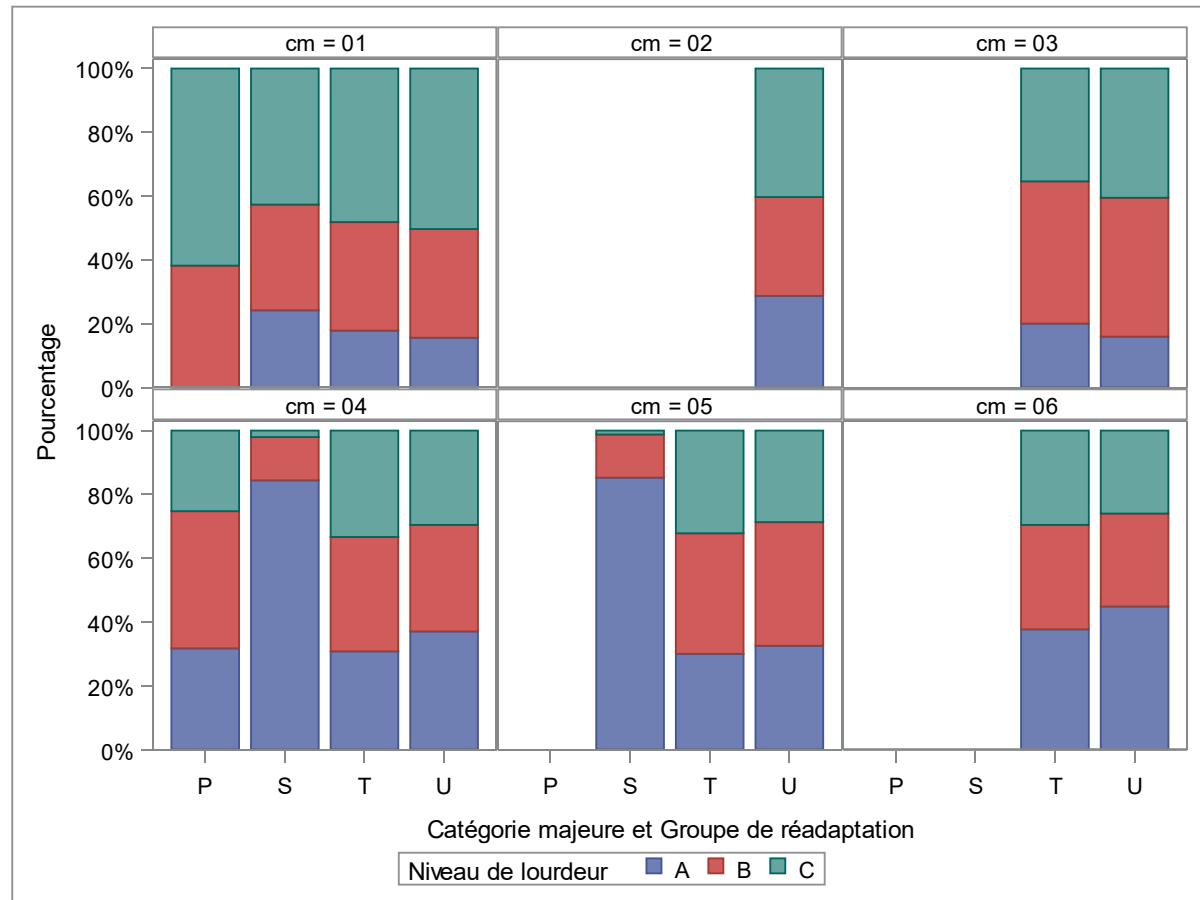


Dans la CM 01 (neurologie), le point marquant est la durée très élevée des séjours en GR spécialisés importante par rapport aux autres GR, et particulièrement pour les niveaux C (points SC). Ces séjours correspondent notamment à des prises en charge d'accidents vasculaires cérébraux longues, chez des patients très dépendants à l'entrée.

Dans les CM 04 et 05 (comme dans la moyenne globale), les DMS sont bien ordonnées selon le niveau de lourdeur.

### *Effectifs des GL*

La figure suivante indique, par CM, les effectifs des GL



**Figure 60 : Effectifs par GL par CM, CM 01 à 06**

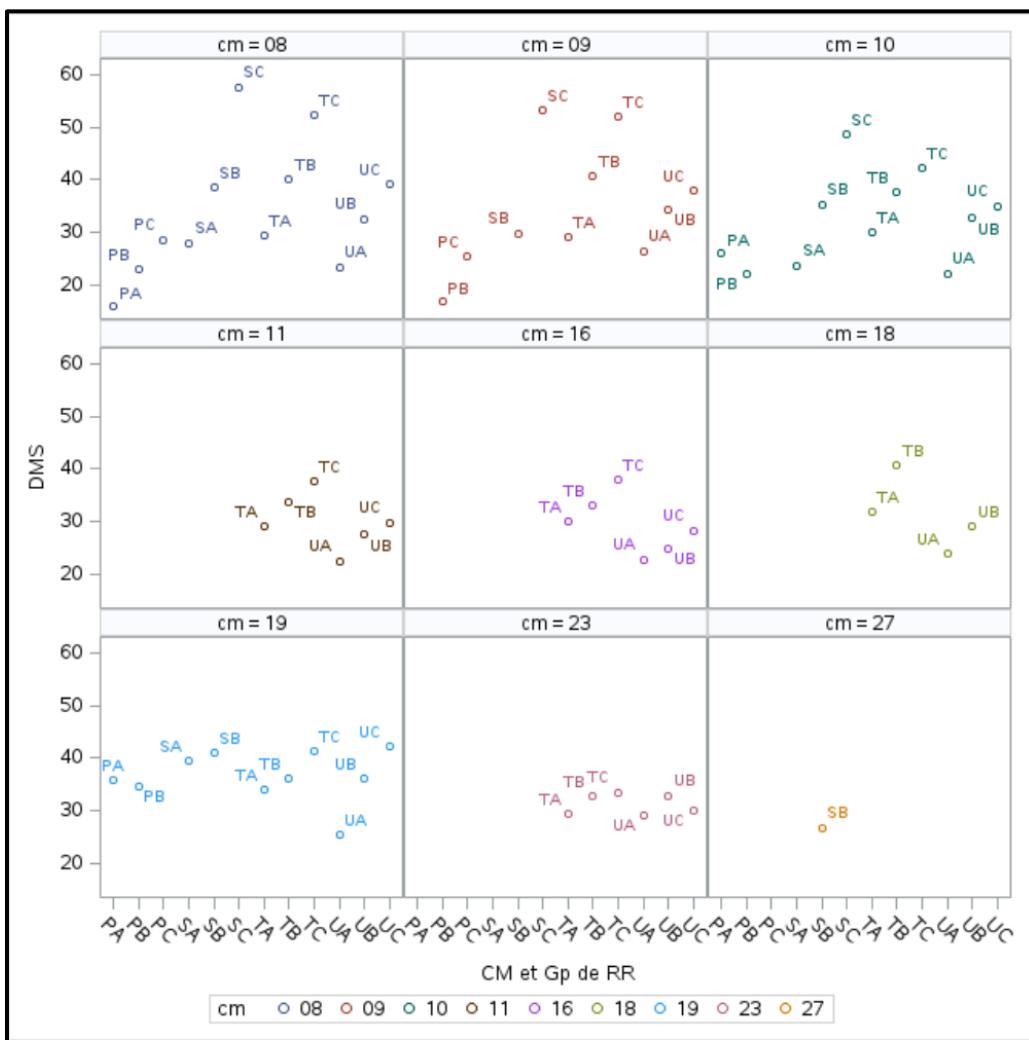
Dans la CM01, la part des niveaux A est un peu plus importante dans le GR spécialisée importante. Mais globalement la part des niveaux est équivalente quel que soit le GR, avec beaucoup de niveaux B et C.

En revanche dans les CM 04 et 05, il y a nettement plus de niveau A dans les GR spécialisée importante. Il s'agit de prises en charge souvent courtes, programmées et protocolisées, chez des patients plutôt autonomes.

D'une façon générale, les GR globale importante et autre ont une répartition des niveaux qui se ressemble quel que soit la CM.

### 3.3.2.2 CM 08 à CM27

## *Durées de séjour moyenne des GL*



**Figure 61 : DMS par GL par CM, CM 08 à 27**

La CM 08 la plus représentée en effectifs sur le total se comporte comme la moyenne globale. Les DMS sont ordonnées en fonction du niveau de lourdeur quel que soit le GR. Les séjours des GR spécialisée importante sont un peu plus longs que ceux des GR globale importante, qui sont eux-mêmes plus longs que les GR autre.

Dans la CM10, les séjours de niveau A des GR spécialisée importante sont plus courts que les séjours de niveau A des GR globale importante.

## Effectifs des GL

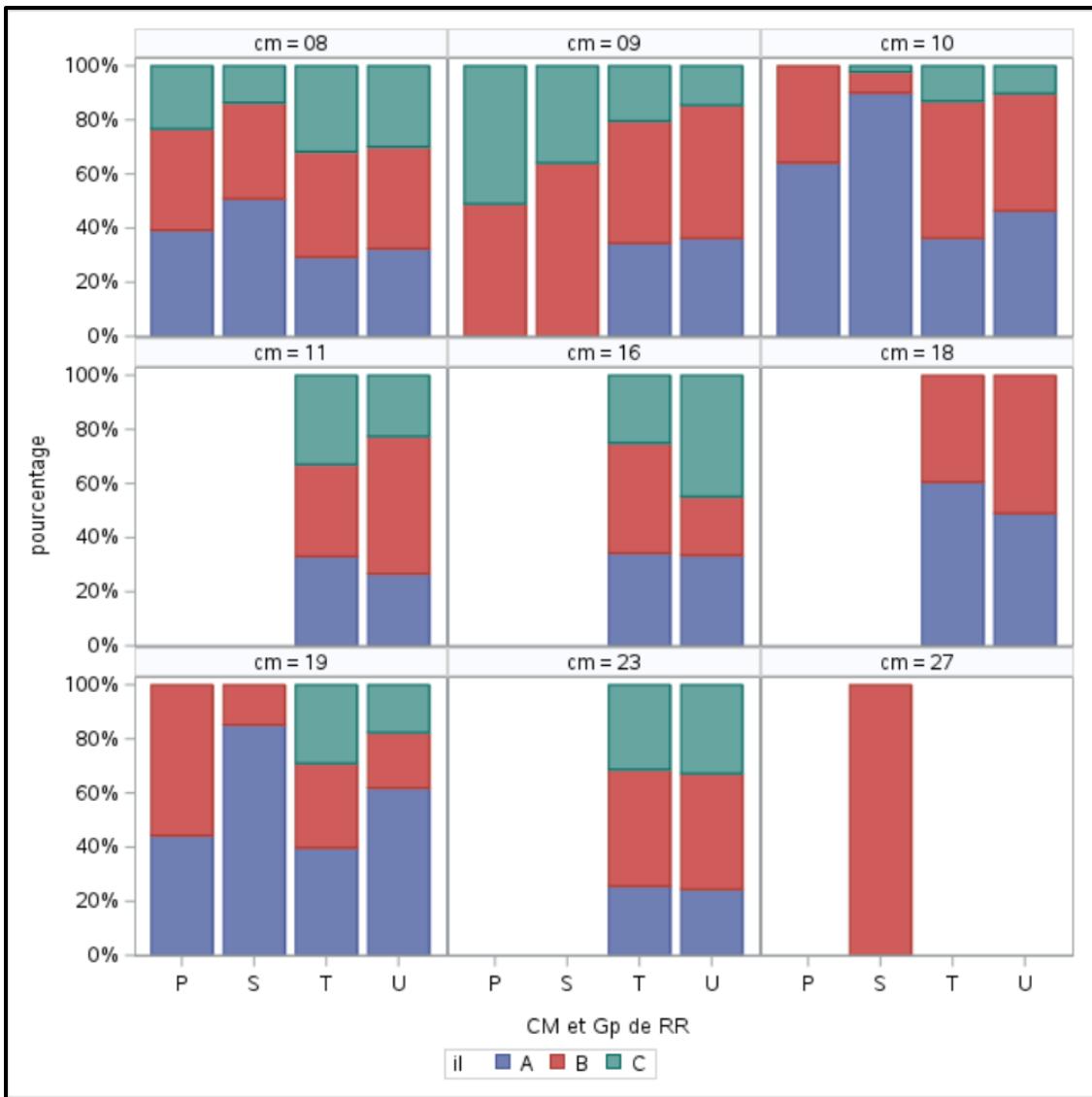


Figure 62 : Effectifs par GL par CM, CM 08 à 27

Dans la CM08, il y a plus de niveaux A dans le GR spécialisée importante.

Dans la CM16, on remarque que dans les GR pédiatrique et spécialisée importante, seuls des niveaux B et C ont été construites, mais 3 niveaux sont présents dans les autres GR.

Dans la CM10, on note une part très importante de niveau A dans les GR spécialisée importante.

Dans la CM 16 (prise en charge onco-hématologiques), on note une part importante de niveau C dans le GR autre (prises en charge peu axées sur la réadaptation, essentiellement médicales).

Dans la CM19, on note une part importante de niveaux A dans les GR spécialisée importante. Il s'agit essentiellement de prise en charge en addictologie de patients autonomes.

Dans la CM 23 (essentiellement prise en charge de pathologies gériatriques), on note une part importante de niveau B et C dans les 2 GR.

## 4 UTILISATION DE LA DÉPENDANCE MAXIMALE

### 4.1 Introduction

#### 4.1.1 Contexte

Lors de la présentation de la version v2021 de la classification, il nous a été demandé d'analyser la pertinence de prendre en compte la dépendance dans le groupe de lourdeur, sans considérer uniquement la dépendance à l'entrée du séjour.

Il semblait en effet que les séjours où les patients s'aggravent pendant le séjour, ce qui arrive plus souvent par exemple dans les GN de cancérologie ou de soins palliatifs, étaient « défavorisés » par cette seule prise en compte de la dépendance à l'entrée.

Il a été décidé de comparer plusieurs indicateurs concernant la dépendance :

- La dépendance à l'entrée : indicateur avec lequel a été construit les GL
- La dépendance moyenne
- La dépendance maximale du séjour

La base utilisée pour ces analyses complémentaires est la même que celle utilisée pour la construction de la classification, à savoir la base PMSI 2017 et 2018, avec un focus sur les séjours adultes d'hospitalisation complète : 1 848 391 séjours, avec une durée moyenne de séjour de 34,4 jours.

#### 4.1.2 Analyse préalable des séjours avec dépendance identique pendant le séjour

Actuellement, le recueil de la dépendance est obligatoire, au moins une fois toutes les 4 semaines. En pratique, les établissements l'effectuent sur tous les RHS. Mais on sait que les « copier/coller » de la dépendance à l'entrée sur les RHS suivants sont fréquents, en raison, sans doute

- De la charge de travail représentée par le recueil hebdomadaire
- Par le fait que seule la dépendance à l'entrée était prise en compte

Pour cette analyse, on exclut 78624 séjours (4,3%) d'une semaine. Pour les séjours de plus d'une semaine, on constate effectivement que la dépendance est identique sur tous les RHS du séjour dans 40,8 % des cas pour la dépendance physique , 57,7% des cas pour la dépendance cognitive , 34% des cas pour les deux dépendances conjointement.

Outre les « copier/coller », il peut néanmoins s'agir également d'une réelle stabilité de la dépendance au cours du séjour.

La figure suivante montre la fréquence des GN avec dépendances identiques tout au long du séjour.

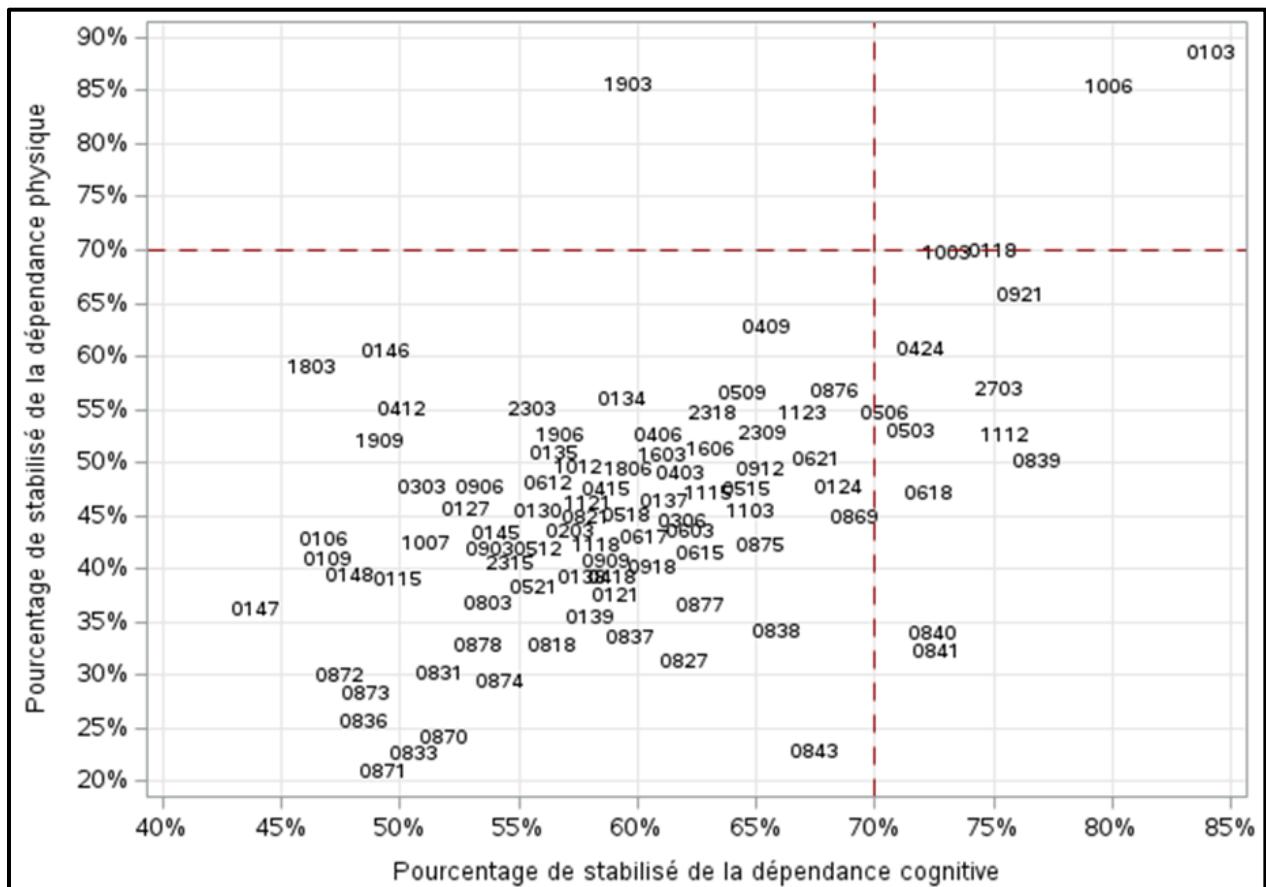


Figure 63 : Distribution des GN avec dépendances identiques au cours du séjour

Les GN 0103 (EVC-EPR) et 1006 (obésités) ont plus de 80% de séjours avec des dépendances physiques et cognitives identiques pendant le séjour. Ce sont ceux qui ont probablement une vraie part de stabilité, compte-tenu de la pathologie prise en charge.

Le GN 1903 (addictologies) a 85% de stabilité pour la dépendance physique et 60% pour la dépendance cognitive.

Les GN avec une stabilité de la dépendance cognitive à plus de 70% sont plus nombreux, mais l'échelle de dépendance cognitive est plus réduite que celle de la dépendance physique (valeurs possibles entre 2 et 8).

## 4.2 Analyse des écarts entre indicateurs

La base utilisée pour cette analyse exclut les séjours composés d'un seul RHS, et les séjours avec dépendances physiques ET cognitives identiques sur tous les RHS du séjour. En effet, ces séjours masquent les écarts réels entre les indicateurs comparés.

On observe, par GN, les différences entre dépendance à l'entrée, dépendance moyenne et dépendance maximale.

### 4.2.1 Comparaison entre les dépendance moyennes et les dépendances à l'entrée

La figure suivante montre la différence entre la dépendance physique moyenne et la dépendance physique à l'entrée, en fonction des GN.

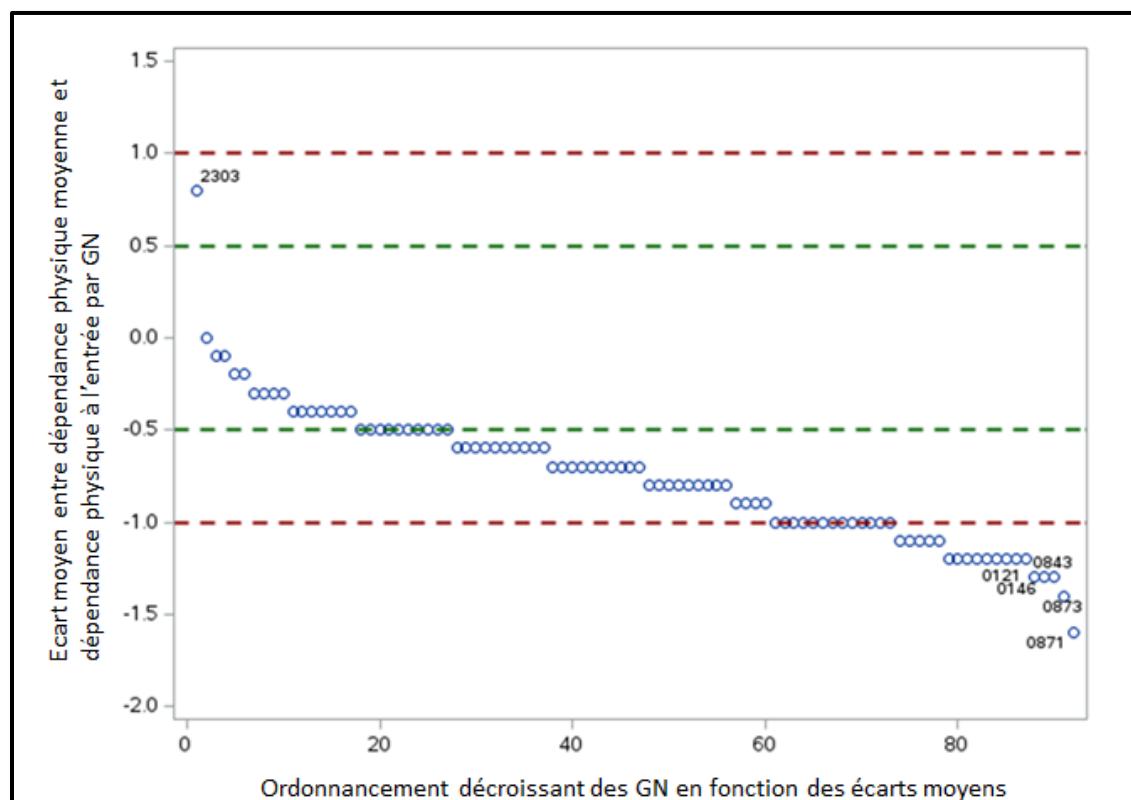


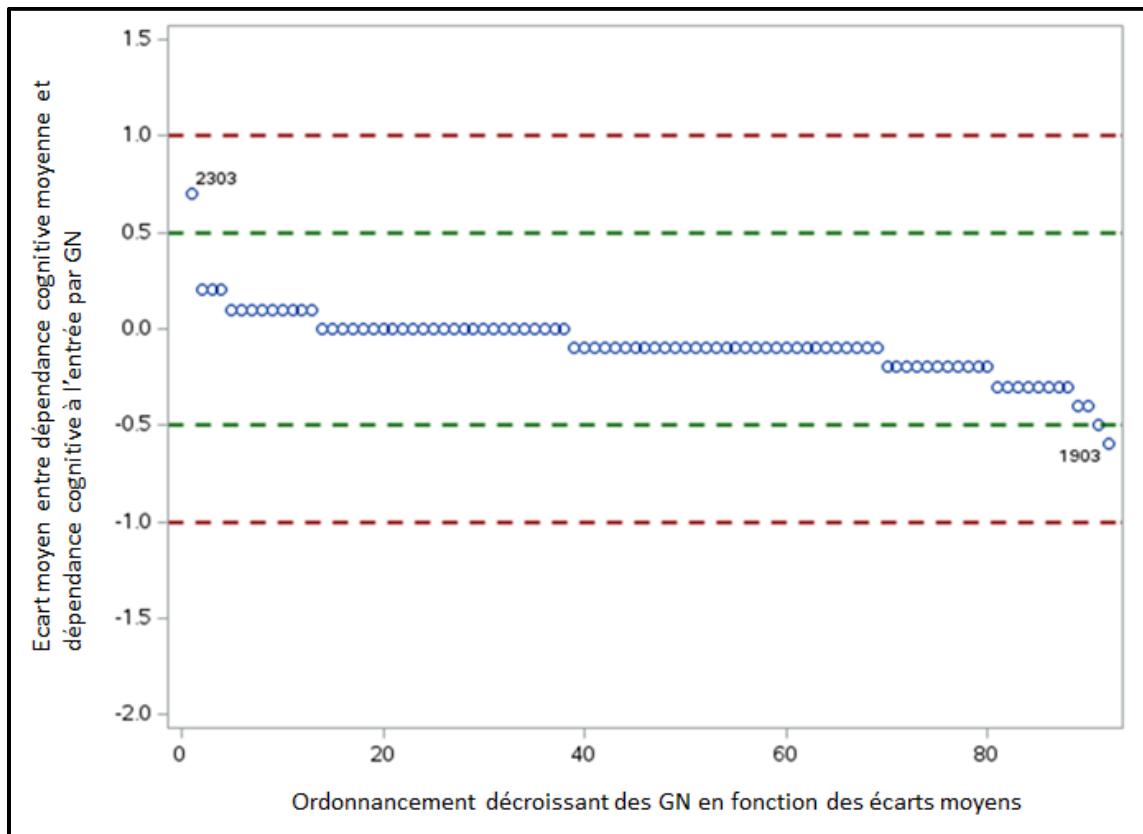
Figure 64 : Ecart entre la dépendance physique moyenne et la dépendance physique à l'entrée selon les GN

Chaque cercle sur le graphique correspond à un GN.

Cet écart est presque toujours négatif, ce qui indique que la dépendance moyenne est presque toujours inférieure à la dépendance à l'entrée. Le GN 2303 (soins palliatifs) est le seul où la dépendance moyenne est supérieure à la dépendance à l'entrée, ce qui indique une aggravation. Ceci est logique compte-tenu de la prise en charge.

Toutefois, on distingue les GN où la dépendance moyenne est très peu inférieure à la dépendance à l'entrée (0 à -0.5) : il s'agit des GN de pathologies tumorales, plus globalement médicales, moins axées sur la réadaptation. A l'inverse, les GN où l'écart est sensiblement plus élevé (-0.5 à -1.5), sont ceux regroupant les pathologies plus axées sur la réadaptation, avec un potentiel d'évolution de la dépendance plus favorable (par exemple le GN 0871, fractures multiples).

La figure suivante montre la différence entre la dépendance cognitive moyenne et la dépendance cognitive à l'entrée, en fonction des GN.



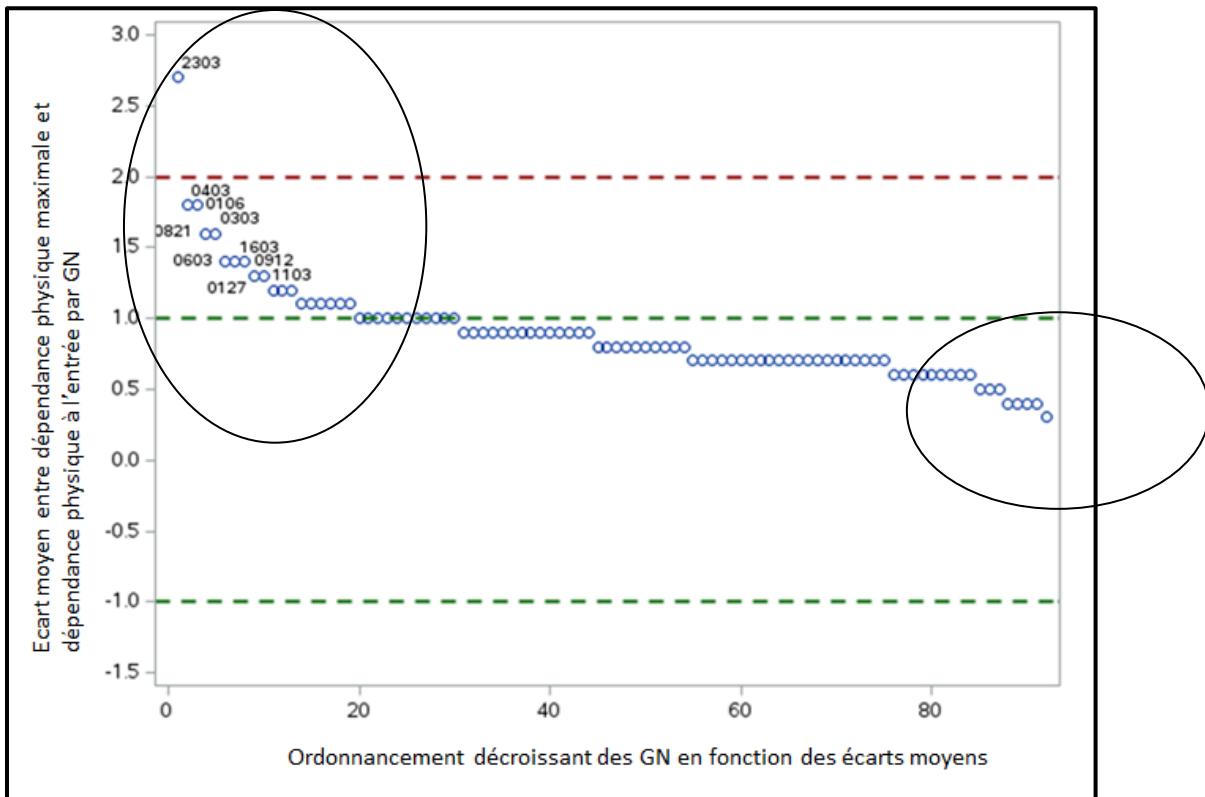
**Figure 65 : Ecart entre la dépendance cognitive moyenne et la dépendance cognitive à l'entrée selon les GN**

Le GN 2303 est aussi à part pour la dépendance cognitive. La dépendance moyenne est de 0.7 point plus élevée que la dépendance à l'entrée, ce qui indique une aggravation, logique compte-tenu de la prise en charge.

A l'inverse, le GN 1903 (addictologie) se détache, avec une dépendance moyenne de 0.6 point plus faible que la dépendance à l'entrée, ce qui indique une amélioration au cours du séjour.

#### 4.2.2 Comparaison entre les dépendances maximales et les dépendances à l'entrée

La figure suivante montre la différence entre la dépendance physique maximale et la dépendance physique à l'entrée, en fonction des GN.



**Figure 66 : Ecart entre la dépendance physique maximale et la dépendance physique à l'entrée selon les GN**

Chaque cercle sur le graphique correspond à un GN.

Cet écart est positif par définition, car la dépendance maximale est toujours supérieure à la dépendance à l'entrée.

On distingue le GN 2303 (soins palliatifs), où la dépendance maximale est très supérieure à la dépendance à l'entrée en moyenne : +2,7

Les GN où la dépendance physique maximale est nettement élevée par rapport à la dépendance à l'entrée regroupent essentiellement les pathologies tumorales, et plus globalement les suites de soins médicaux.

Le tableau suivant liste les GN par ordre décroissant d'écart.

**Tableau 81 : GN avec l'écart entre la dépendance physique max et la dépendance physique à l'entrée le plus important**

GN	Libellé	diff_phy_max
2303	Soins palliatifs	2,7
0106	Tumeurs cérébrales	1,8
0403	Tumeurs pulmonaires	1,8
0303	Tumeurs ORL	1,6
0821	Tumeurs osseuses	1,5
0603		1,4
1603		1,3
0912		1,2
0127		1,1
1103		1,0
0105		0,9
0305		0,8
0605		0,7
1605		0,6
0915		0,5
1105		0,4
0108		0,3
0308		0,2
0608		0,1
1608		-0,1
0918		-0,2
1108		-0,3
0109		-0,4
0309		-0,5
0609		-0,6
1609		-0,7
0919		-0,8
1109		-0,9
0110		-1,0
0310		-1,1
0610		-1,2
1610		-1,3
0911		-1,4
1111		-1,5
0112		-1,6
0312		-1,7
0612		-1,8
1612		-1,9
0913		-2,0
1113		-2,1
0114		-2,2
0314		-2,3
0614		-2,4
1614		-2,5
0914		-2,6
1114		-2,7
0115		-2,8
0315		-2,9
0615		-3,0
1615		-3,1
0915		-3,2
1115		-3,3
0116		-3,4
0316		-3,5
0616		-3,6
1616		-3,7
0916		-3,8
1116		-3,9
0117		-4,0
0317		-4,1
0617		-4,2
1617		-4,3
0917		-4,4
1117		-4,5
0118		-4,6
0318		-4,7
0618		-4,8
1618		-4,9
0918		-5,0
1118		-5,1
0119		-5,2
0319		-5,3
0619		-5,4
1619		-5,5
0919		-5,6
1119		-5,7
0120		-5,8
0320		-5,9
0620		-6,0
1620		-6,1
0920		-6,2
1120		-6,3
0121		-6,4
0321		-6,5
0621		-6,6
1621		-6,7
0921		-6,8
1121		-6,9
0122		-7,0
0322		-7,1
0622		-7,2
1622		-7,3
0922		-7,4
1122		-7,5
0123		-7,6
0323		-7,7
0623		-7,8
1623		-7,9
0923		-8,0
1123		-8,1
0124		-8,2
0324		-8,3
0624		-8,4
1624		-8,5
0924		-8,6
1124		-8,7
0125		-8,8
0325		-8,9
0625		-9,0
1625		-9,1
0925		-9,2
1125		-9,3
0126		-9,4
0326		-9,5
0626		-9,6
1626		-9,7
0926		-9,8
1126		-9,9
0127		-10,0
0327		-10,1
0627		-10,2
1627		-10,3
0927		-10,4
1127		-10,5
0128		-10,6
0328		-10,7
0628		-10,8
1628		-10,9
0928		-11,0
1128		-11,1
0129		-11,2
0329		-11,3
0629		-11,4
1629		-11,5
0929		-11,6
1129		-11,7
0130		-11,8
0330		-11,9
0630		-12,0
1630		-12,1
0930		-12,2
1130		-12,3
0131		-12,4
0331		-12,5
0631		-12,6
1631		-12,7
0931		-12,8
1131		-12,9
0132		-13,0
0332		-13,1
0632		-13,2
1632		-13,3
0932		-13,4
1132		-13,5
0133		-13,6
0333		-13,7
0633		-13,8
1633		-13,9
0933		-14,0
1133		-14,1
0134		-14,2
0334		-14,3
0634		-14,4
1634		-14,5
0934		-14,6
1134		-14,7</

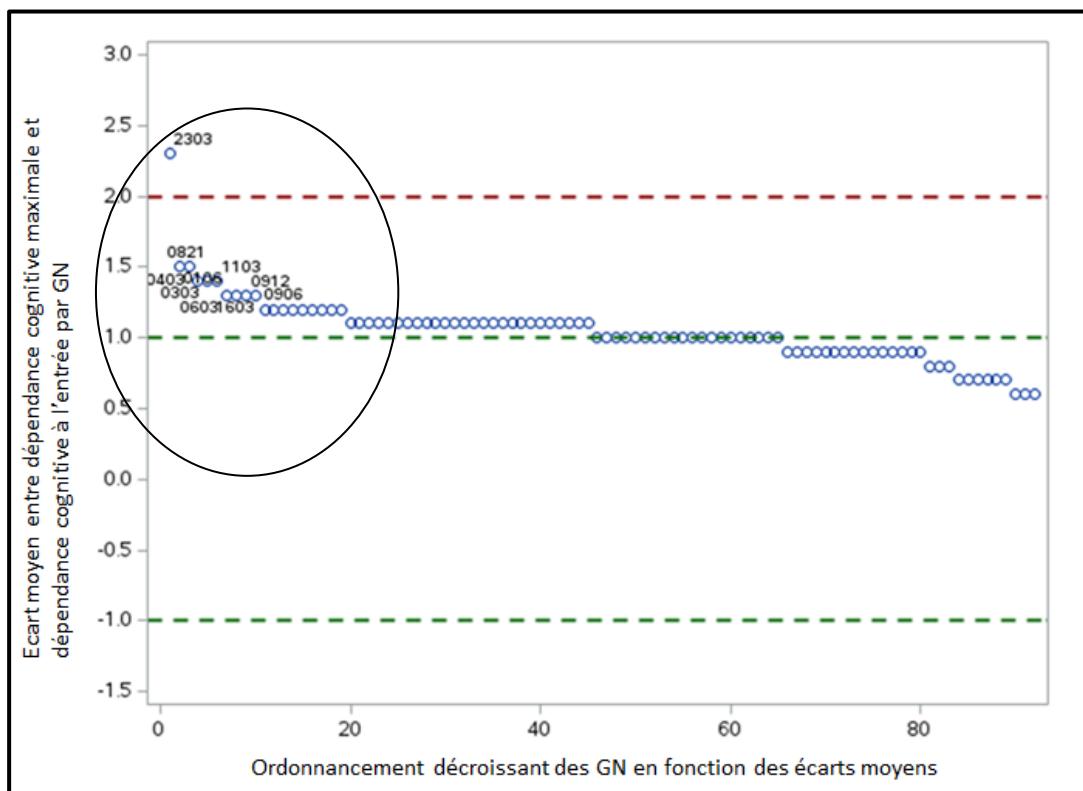
1603	Tumeurs hématologiques	1,5
0603	Tumeurs digestives	1,4
0912	Tumeurs peau et seins	1,4
0127	Démences	1,3
1103	Tumeurs rein et urinaires	1,3
0612	Affections non malignes foie et pancréas	1,2
1007	Malnutritions et malabsorptions intestinales	1,2
1909	Autres troubles psy-comportementaux	1,2

Toutes les GN de cancers ont un écart moyen supérieur à 1.4 entre la dépendance à l'entrée et la dépendance maximale du séjour.

A l'inverse, les GN où cet écart est le plus faible sont ceux regroupant les pathologies plus axées sur la réadaptation, avec un potentiel d'évolution de la dépendance plus favorable.

Globalement, sur l'ensemble des séjours, 11,4% ont un écart d'au moins 3 points entre dépendances phy maximale et à l'entrée.

La figure suivante montre la différence entre la dépendance cognitive maximale et la dépendance cognitive à l'entrée, en fonction des GN.



**Figure 67 : Ecart entre la dépendance cognitive maximale et la dépendance cognitive à l'entrée selon les GN**

On distingue encore une fois le GN 2303 (soins palliatifs), où la dépendance maximale est très supérieure à la dépendance à l'entrée en moyenne : +2.3

Les GN où la dépendance cognitive maximale est nettement élevée par rapport à la dépendance à l'entrée regroupent essentiellement les pathologies tumorales, et plus globalement les suites de soins médicaux.

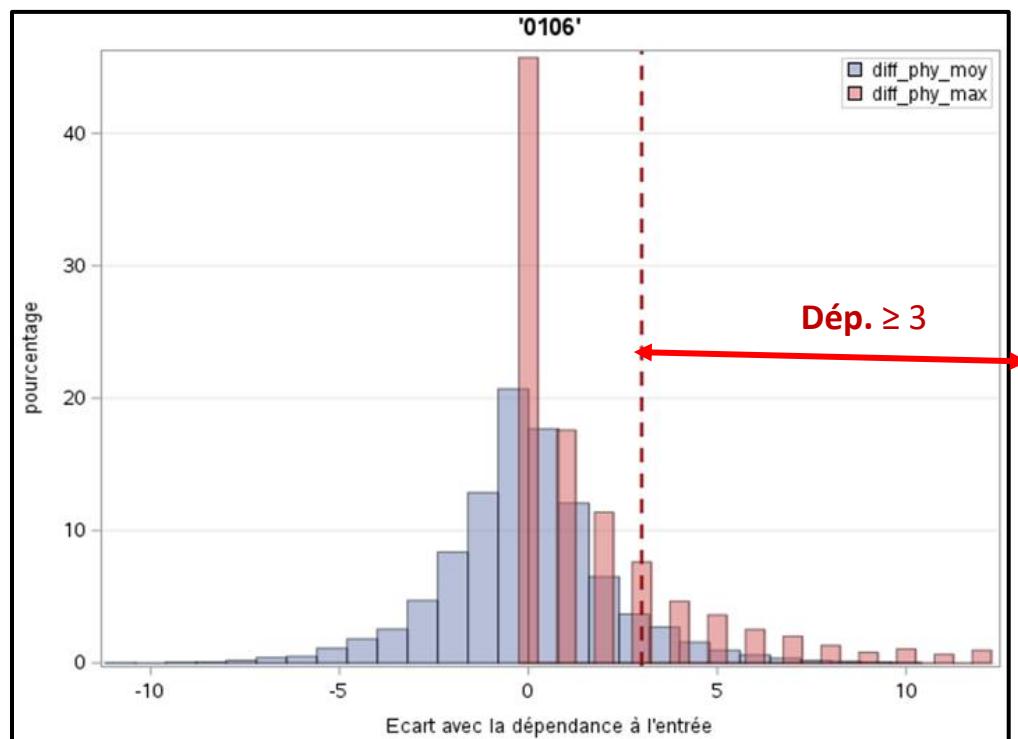
Le tableau suivant liste les GN par ordre décroissant d'écart.

**Tableau 82 : GN avec l'écart entre la dépendance cognitive max et la dépendance cognitive à l'entrée le plus important**

GN	libelle	diff_cog_max
2303	Soins palliatifs	2,3
0106	Tum. mal. neuro.	1,5
0821	Tum. mal. os	1,5
0403	Tum. mal. respi.	1,4
0303	Tum. mal. ORL	1,4
1103	Tum. mal. génito-urinaires	1,4
1603	Tum. mal. hématolo.	1,3
0603	Tum. mal. digest.	1,3
0912	Tum. mal. peau et seins	1,3
0906	Ulcères de décubitus	1,3

#### 4.2.3 Exemples de GN

La figure suivante, montre, pour le GN 0106 des tumeurs cérébrales, l'écart entre la dépendance physique moyenne ou maximale et la dépendance physique à l'entrée.



**Figure 68 : Ecart entre la dépendance physique moyenne ou max et la dépendance physique à l'entrée pour le GN 0106**

Pour ce GN des tumeurs cérébrales, l'écart entre la dépendance physique moyenne (barres bleues) et la dépendance physique à l'entrée est compris entre -10 et 8. 55% des séjours n'ont

quasiment pas de différence entre la dépendance physique à l'entrée et la dépendance physique moyenne.

Pour l'écart entre la dépendance physique maximale et la dépendance physique à l'entrée (barres roses), 45% des séjours ont une différence maximale égale à la dépendance physique à l'entrée. 55% des séjours ont une dépendance physique maximale supérieure de 1 à 12 points à la dépendance physique à l'entrée, dont 25,2% une différence supérieure ou égale à 3.

La figure suivante, montre, pour le GN 0106 des tumeurs cérébrales, l'écart entre la dépendance cognitive moyenne ou maximale et la dépendance cognitive à l'entrée.

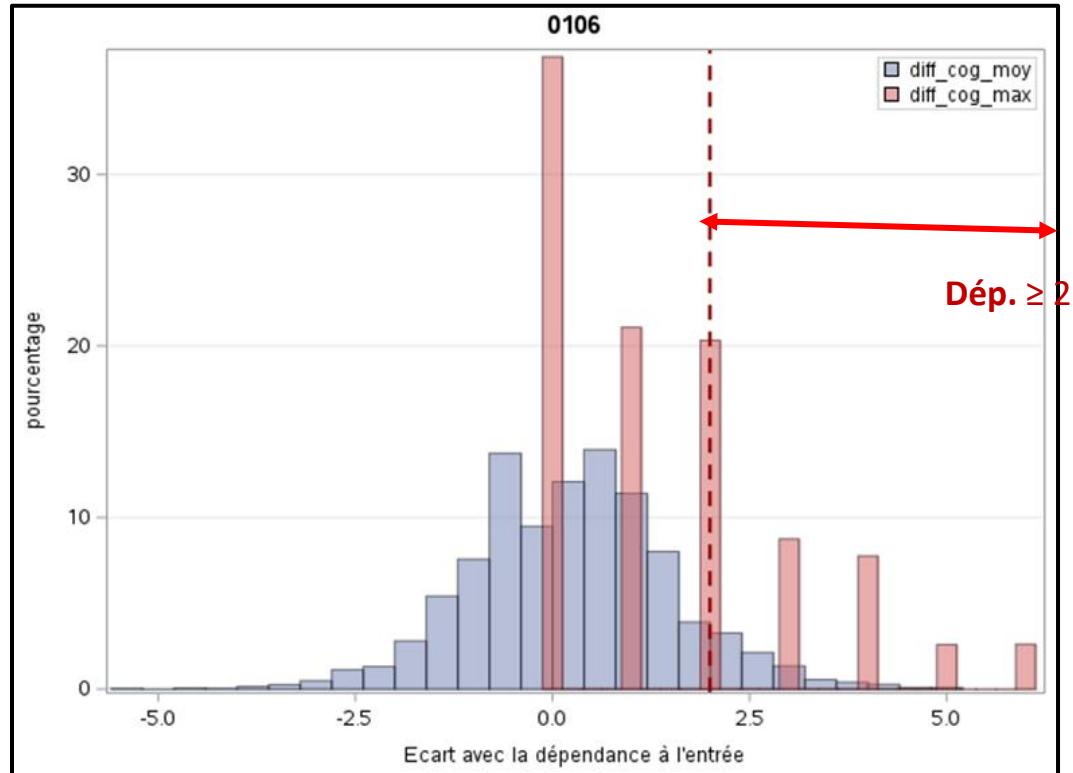


Figure 69 : Ecart entre la dépendance cognitive moyenne ou max et la dépendance cognitive à l'entrée pour le GN 0106

L'écart entre la dépendance cognitive à l'entrée et la dépendance moyenne est compris entre -5 et 5. La moitié des séjours n'ont pas de différence entre la dépendance à l'entrée et la dépendance moyenne.

Pour l'écart entre la dépendance maximale et la dépendance à l'entrée, seuls 35% des séjours ont une différence maximale égale à la dépendance à l'entrée. 65% des séjours ont une dépendance maximale supérieure de 1 à 6 points à la dépendance d'entrée, dont 42.5% une différence supérieure ou égale à 2.

#### 4.2.4 Conclusion

La dépendance moyenne est en général légèrement plus basse que la dépendance à l'entrée, de façon plus significative dans les GN de prises en charge axées sur la réadaptation.

La dépendance maximale est souvent plus élevée que la dépendance d'entrée, dans les GN de prises en charges médicales, notamment les pathologies tumorales.

## 4.3 Analyse de durées de séjours et PVE en fonction de l'indicateur utilisé

### 4.3.1 Méthode

Les durées de séjours et PVE ont été observées, en partant de chaque GR (les groupes de lourdeur de la classification ne sont pas utilisés dans cette phase), pour chaque type de dépendance, et en utilisant soit la dépendance à l'entrée, soit la dépendance moyenne, soit la dépendance maximale.

Pour la dépendance physique, 3 tranches sont utilisées : 1 = [4,8] ; 2 = [9,12] ; 3 = [13,16]

Pour la dépendance cognitive, 2 tranches sont utilisées : 1 = [2,6] ; 2 = [7,8]

### 4.3.2 Résultats

#### 4.3.2.1 Pour la dépendance physique

**Tableau 83 : Part et durées des séjours pour chaque tranche de dépendance physique, en fonction de l'indicateur**

	Dépendance à l'entrée		Dépendance moyenne		Dépendance maximale	
	% des séjours	DMS	% des séjours	DMS	% des séjours	DMS
Classe 1 : [4,8]	35%	34,8	42%	35,9	28%	32,1
Classe 2 : [9,12]	37%	41,5	34%	44,3	35%	39,4
Classe 3 : [13,16]	28%	54,8	24%	53,2	37%	54,4

#### Durées de séjour

Prise en compte de la dépendance physique à l'entrée :

34,8 → 41,5 → 54,8 j (différence = 20 j)

Prise en compte de la dépendance physique moyenne :

35,9 → 44,3 → 53,2 j (différence = 17,3j)

Prise en compte de la dépendance physique maximale :

32,1 → 39,4 → 54,4 j (différence = 22,3j)

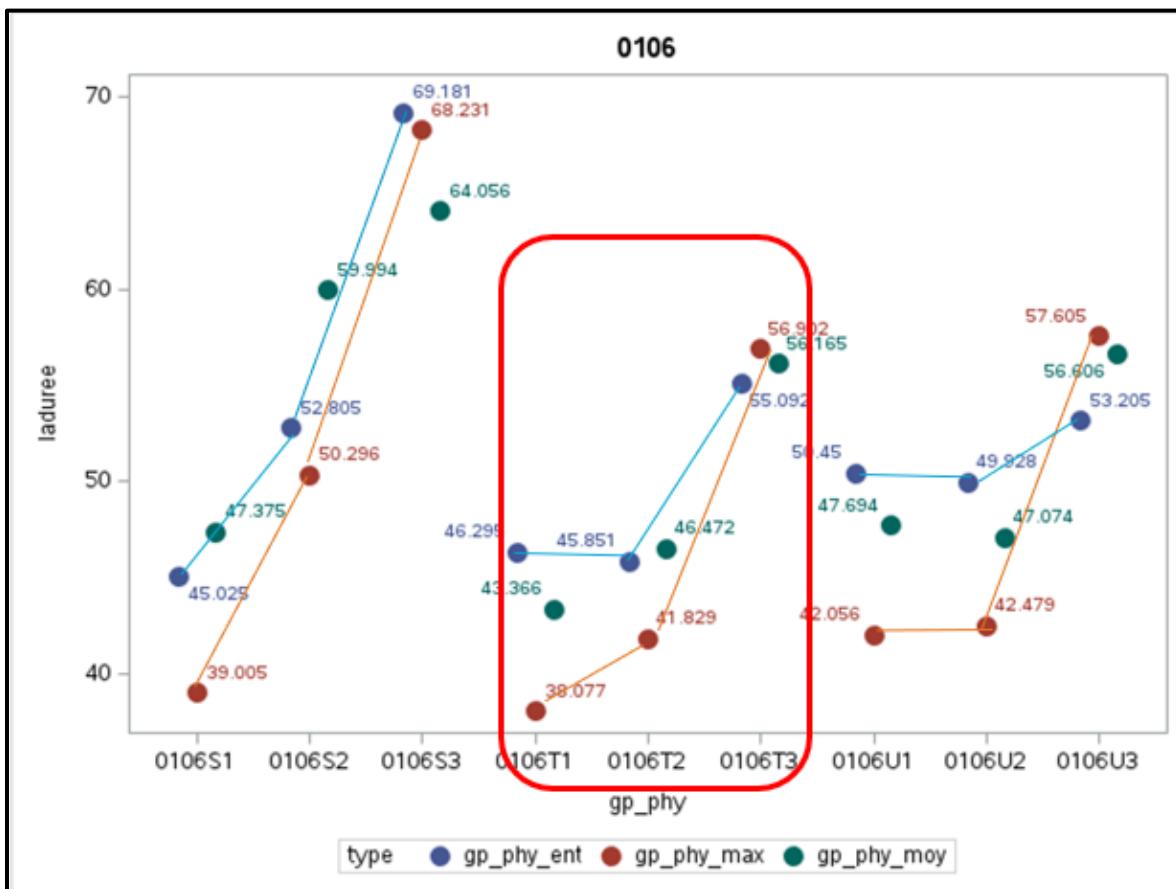
Les durées de séjour sont ordonnées quel que soit l'indicateur de dépendance utilisé, mais la différence selon le degré de dépendance est plus importante avec la dépendance maximale. Elle est la plus faible avec la dépendance moyenne.

#### Effectifs

Les séjours avec une dépendance faible [4,8] sont plus nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance moyenne et moins nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance maximale.

Les séjours avec une dépendance élevée [13,16] sont plus nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance maximale et moins nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance moyenne.

## Exemples



**Figure 70 : Exemple pour le GN 0106 de variation de durée de séjour selon l'indicateur**

La figure représente, côté à côté, les GR spécialisé (0106S), globaux (0106T) et autre (0106U). Pour chaque GR, la durée de séjour moyenne est indiquée, pour chaque classe de dépendance physique, et pour chaque indicateur de dépendance.

Ainsi, pour le GR 0106T, on observe que la différence de durée entre la classe de dépendance 1 et la classe de dépendance 3 est plus importante lorsqu'on utilise la dépendance maximale. La dépendance moyenne est moins efficace pour discriminer les séjours en termes de durée.

## Résultats sur la PVE

Comme introduit ci-dessus, les résultats présentés dans cette phase, portent sur des groupes de séjours obtenus en fonction des classes de dépendance au niveau GR, sans prise en compte des autres caractéristiques patient. Les groupes de lourdeur de la classification ne sont pas utilisés.

Le tableau ci-dessous présente l'estimation des PVE pour les durées de séjour au niveau GR, en fonction des différents indicateurs testés pour la dépendances physique.

**Tableau 84 : PVE en fonction de l'indicateur utilisé pour la dépendance physique**

	Dépendance à l'entrée	Dépendance moyenne	Dépendance maximale
PVE	14,65	13,53	16,16

A ce stade, la PVE est améliorée de 1.51 avec l'utilisation de l'indicateur dépendance maximale. Celle-ci est diminuée avec l'indicateur dépendance moyenne.

#### 4.3.2.2 Pour la dépendance cognitive

**Tableau 85 : Part et durées des séjours pour chaque tranche de dépendance cognitive, en fonction de l'indicateur**

	Dépendance à l'entrée		Dépendance moyenne		Dépendance maximale	
	% des séjours	DMS	% des séjours	DMS	% des séjours	DMS
[2,6]	90%	45,6	88%	45,6	77%	43,5
[7,8]	10%	57,2	12%	54,7	23%	57,7

#### Durées de séjour

Prise en compte de la dépendance cognitive à l'entrée :

45,6 j → 57,2 j (différence = 11,6 j)

Prise en compte de la dépendance cognitive moyenne :

45,6 j → 54,7 j (différence = 9,1 j)

Prise en compte de la dépendance cognitive maximale :

43,5 j → 57,7 j (différence = 14,2 j)

Les durées de séjour sont ordonnées quel que soit l'indicateur de dépendance utilisé, mais la différence selon le degré de dépendance est plus importante avec la dépendance maximale. Elle est la plus faible avec la dépendance moyenne.

#### Effectifs

Les séjours avec une dépendance faible (1 = [2,6]) sont moins nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance moyenne, et encore moins nombreux avec la dépendance maximale.

Les séjours avec une dépendance élevée (3 = [7,8]) sont plus nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance moyenne, et beaucoup plus nombreux avec la dépendance maximale.

#### Résultats sur la PVE

Comme pour la dépendance physique, le tableau ci-dessous présente l'estimation des PVE pour les durées de séjour au niveau des GR en fonction des différents indicateurs testés pour la dépendance cognitive.

**Tableau 86 : PVE en fonction de l'indicateur utilisé pour la dépendance cognitive**

	Dépendance à l'entrée	Dépendance moyenne	Dépendance maximale
PVE	11,88	11,91	13,78

A ce stade, la PVE est améliorée de 1.9 avec l'utilisation de l'indicateur dépendance maximale. Celle-ci est à peu près la même avec l'indicateur dépendance moyenne.

#### 4.3.2.3 Conclusion

Les trois indicateurs sont pertinents, mais la dépendance maximale du séjour semble avoir des écarts plus importants entre les classes de dépendance et une PVE meilleure.

Pour la dépendance physique, les durées sont ordonnées pour

- 190 GR / 210 (87 GN/92) avec la dépendance physique à l'entrée
- 201 GR / 210 (88 GN/92) avec la dépendance physique maximale
- Pas d'amélioration avec la dépendance moyenne

Pour la dépendance cognitive, les durées sont ordonnées pour

- 188 GR / 210 (89 GN/92) avec la dépendance cognitive à l'entrée
- 204 GR / 210 (91 GN/92) avec la dépendance cognitive à l'entrée
- Pas d'amélioration avec la dépendance moyenne

### 4.4 Groupage avec la nouvelle classification avec les différents indicateurs

#### 4.4.1 Méthode

Les séjours de la base 2017/2018 ont été groupés avec la nouvelle classification, sans modifier les groupes de lourdeur (toutes les variables des GL sont prises en compte), en utilisant tour à tour les différents indicateurs de dépendance.

Pour cette phase d'analyse, aucun séjour n'est exclu du groupage.

#### 4.4.2 Résultats

Tableau 87 : Effectifs et durée de séjour selon le GL selon l'indicateur de dépendance utilisé

	Dépendance à l'entrée		Dépendance moyenne		Dépendance maximale	
	Effectif	DMS	Effectif	DMS	Effectif	DMS
Niveau A	758 979	26,9	965 051	30,6	693 675	25,3
Niveau B	641 454	35,8	538 458	36,6	616 984	34,3
Niveau B	447 958	44,8	344 882	41,3	537 732	46,1

#### 4.4.2.1 Durées de séjours

##### *Prise en compte de la dépendance à l'entrée*

Les niveaux A ont une DMS de 26,9 jours

Les niveaux B ont une DMS de 35,8 jours

Les niveau C ont une DMS de 44,8 jours

**La différence entre le niveau A et C est de 17.9 jours**

##### *Prise en compte de la dépendance moyenne*

Les niveaux A ont une DMS de 30,6 jours

Les niveaux B ont une DMS de 36,6 jours

Les niveau C ont une DMS de 41,3 jours

**La différence entre le niveau A et C est de 10,7 jours**

### *Prise en compte de la dépendance maximale*

Les niveaux A ont une DMS de 25.3 jours

Les niveaux B ont une DMS de 34.3 jours

Les niveau C ont une DMS de 46.1 jours

**La différence entre le niveau A et C est de 20.8 jours**

Les durées de séjours sont ordonnées selon le GL quel que soit l'indicateur de dépendance utilisé.

**Mais la dépendance maximale produit nettement les écarts les plus importants.**

#### *4.4.2.2 Effectifs*

Les séjours de niveau A sont plus nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance moyenne et moins nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance maximale.

Les séjours de niveau C sont plus nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance maximale et moins nombreux lorsqu'on prend en compte la dépendance moyenne.

#### *4.4.2.3 Basculement des effectifs*

Les tableaux suivants décrivent comment l'utilisation de la dépendance moyenne ou de la dépendance maximale, à la place de la dépendance à l'entrée font basculer les effectifs d'un niveau de lourdeur à l'autre.

### *Au niveau global, tous GN confondus*

Quand la dépendance moyenne est utilisée à la place de la dépendance à l'entrée :

**Tableau 88 : Basculement des effectifs entre niveau de lourdeur avec la dépendance moyenne**

Dépendance à l'entrée	Dépendance moyenne	Effectifs	DMS
A	A	740 958	26.5
A	B	17 126	41.5
A	C	895	64
B	A	178 835	40.7
B	B	446 048	33.3
B	C	16 571	49.2
C	A	45 258	56.4
C	B	75 284	54.8
C	C	327 416	40.9

Les séjours restant en niveau A ont une durée de séjour de 26.5 j.

Les séjours basculant de niveau B à niveau A, ou de niveau C à niveau A gardent une durée de séjour plus élevée à 40.7j ou 56.4j.

Les séjours restant en niveau C ont une durée de séjour de 40.9j.

Les séjours basculant de niveau A au niveau C ou de niveau B au niveau C ont des durées de séjours de 64 j ou 49.2j.

Au total les niveaux de lourdeur sont plus hétérogènes en durée de séjour.

Quand la dépendance maximale est utilisée à la place de la dépendance à l'entrée :

**Tableau 89 : Basculement des effectifs entre niveau de lourdeur avec la dépendance maximale**

Dépendance à l'entrée	Dépendance maximale	Effectifs	DMS
A	A	693 675	25.3
A	B	53 337	42.3
A	C	11 967	53.3
B	B	563 647	33.5
B	C	77 807	52.4
C	C	447 958	44.8

Les séjours restant en niveau A ont une durée de séjour de 25.3j

Les séjours restant en niveau B ont une durée de séjour de 33.5j. Les séjours passant du niveau A au niveau B ont une durée de séjour de 42.3j.

Les séjours restant en niveau C ont une durée de séjour de 44.8j. Les séjours passant de niveau A ou niveau B au niveau C ont des durées de séjours de 53.3j ou 52.4j.

Avec la dépendance maximale, les séjours augmentant de niveau ont une durée de séjour cohérente avec ce nouveau niveau ; pour les niveaux C, ces séjours ont même une durée supérieure à ceux restant en niveau C.

### *Au niveau GN*

Le graphique suivant, détaille, par GN, comment les effectifs basculent d'un niveau à l'autre, lorsque la dépendance maximale est utilisée à la place de la dépendance à l'entrée.

Chaque point représente un GN. En abscisse, l'effectifs des séjours du GN est indiqué. En ordonnée, on trouve la part des séjours changeant de niveau de lourdeur.

La première figure permet de visualiser les GN avec des basculements d'effectifs importants entre niveau de lourdeur : par exemple, pour le GN 2303 de soins palliatifs, sur les 45 000 séjours environ, plus de 25% voient leur niveau de lourdeur modifié. C'est le cas également pour 17% des 17 000 séjours du GN 0106 de tumeurs cérébrales, pour 13% des 70 000 séjours du GN 0127 des maladies d'Alzheimer et démences apparentées, et pour 5% des 100 000 séjours du GN 0841 des prothèses de genou.

La deuxième figure est un agrandissement de la première figure. Elle permet de visualiser les basculements moins importants.

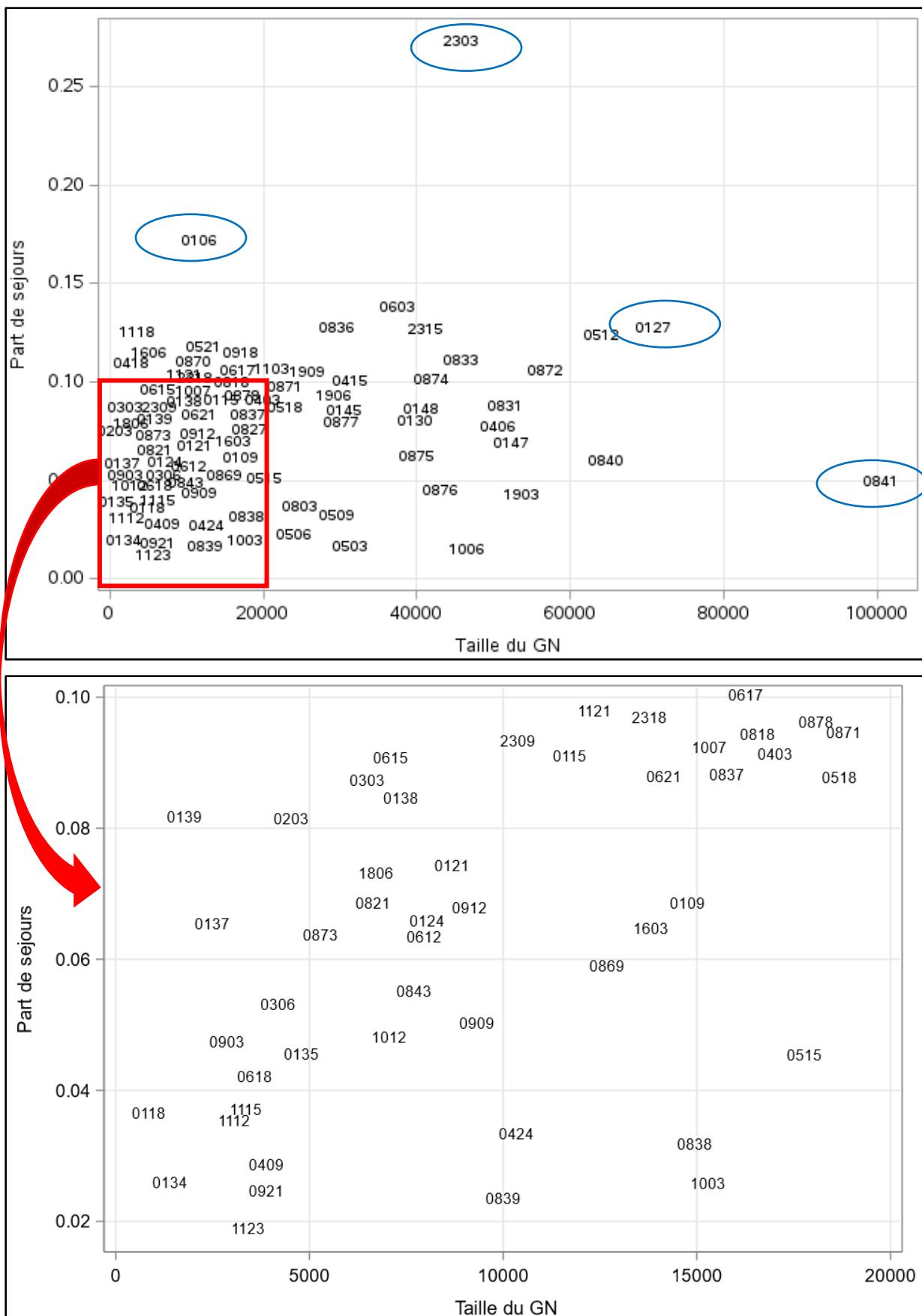


Figure 71 : Part de séjours changeant de niveau de lourdeur, par GN (volume de séjours)

#### 4.4.2.4 Effets sur la PVE

Au niveau des GL, la PVE passe de 15,0% avec la dépendance à l'entrée à 16,6 avec la dépendance maximale.

Au niveau GME, la PVE passe de 17,5% avec la dépendance à l'entrée à 18,9% avec la dépendance maximale, soit un gain de 1,4%.

### 4.5 Conclusion

La dépendance maximale est plus pertinente pour apprécier la lourdeur du patient. Elle explique mieux que la dépendance à l'entrée, la durée du séjour.

Sur un plan médical, il est compréhensible qu'un patient qui s'aggrave pendant le séjour (dépendance maximale supérieure à la dépendance d'entrée), entraîne une complexité de la prise en charge. Les GN concernés sont logiquement les pathologies médicales, particulièrement les pathologies tumorales.

Sur un plan statistique, les durées de séjours sont allongées lorsque la différence entre la dépendance à l'entrée et la dépendance maximale est élevée. Une nette amélioration de la PVE est observée lorsque la dépendance maximale est utilisée plutôt que la dépendance à l'entrée.

### 4.6 Caractéristiques des groupes de lourdeur v2022

Le tableau suivant permet d'observer, sur le total des séjours, et par type de réadaptation, la répartition en groupe de lourdeur A, B ou C. Pour chacun de ces groupes, on retrouve les caractéristiques des patients et des séjours (type d'unité de réalisation).

Ces résultats sont donnés ici avec l'utilisation de la dépendance maximale. Il est intéressant de les comparer avec le tableau 80 qui utilise la dépendance à l'entrée.

**Tableau 90 : Caractéristiques des patients et des séjours selon le niveau de lourdeur**

Type de réadaptation	Indice de lourdeur	Nombre séjours	%séjours HC	DMS	Age	Phy	Cog	%chir	%sévérité.	UM polyvalent	UM spécialisée	UM gériatrique
Tous	A	713 581	37%	25	65	5	3	32%	12%	35%	54%	10%
Tous	B	638 856	34%	34	75	10	4	32%	24%	44%	30%	26%
Tous	C	553 142	29%	46	77	13	5	25%	38%	43%	21%	36%
P		40 409	100%	25	12	8	4	9%	23%	37%	63%	0%
P	A	16 090	40%	26	15	5	3	5%	13%	35%	65%	0%
P	B	15 720	39%	24	11	8	4	9%	17%	40%	60%	0%
P	C	8 599	21%	28	9	15	7	17%	53%	36%	64%	0%
S		580 134	100%	37	63	8	3	41%	18%	16%	79%	6%
S	A	327 574	56%	27	60	5	3	36%	9%	12%	86%	2%
S	B	160 496	28%	40	67	10	3	52%	22%	19%	72%	9%
S	C	92 064	16%	66	65	13	5	37%	44%	21%	65%	14%
T		550 749	100%	37	78	10	4	28%	27%	46%	20%	34%
T	A	146 583	27%	27	72	6	3	32%	16%	50%	29%	21%

T	B	202 629	37%	36	79	10	4	28%	25%	48%	18%	35%
T	C	201 537	37%	47	81	13	5	26%	38%	42%	15%	43%
U		734 287	100%	30	78	10	4	24%	24%	56%	14%	30%
U	A	223 334	30%	21	70	6	3	29%	14%	60%	24%	16%
U	B	260 011	35%	30	80	10	4	24%	23%	57%	11%	32%
U	C	250 942	34%	38	82	13	5	19%	35%	51%	9%	40%

### Les GR pédiatriques

L'utilisation de la dépendance maximale versus dépendance à l'entrée ne change quasiment les chiffres pour les GR pédiatrique, avec exactement la même répartition entre les 3 niveaux de lourdeur.

### Les GR spécialisée importante

On constate un peu moins de niveau A (56% versus 59% avec la dépendance à l'entrée), et un peu plus de niveau C (16% contre 14%).

### Les GR globale importante

Les niveaux C sont nettement plus importants avec la dépendance maximale (37% contre 30%)

### Les GR autre

Les niveaux C sont nettement plus importants avec la dépendance maximale (34% contre 28%)

**Comme nous l'avons déjà montré, la prise en compte de la dépendance maximale entraîne un basculement des effectifs vers un niveau plus élevé, en particulier, pour des patients s'aggravant pendant leur séjour, et ne pouvant donc pas bénéficier d'une réadaptation intensive.**

## 5 RECAPITULATIF DES GROUPES DE LOURDEUR

### 5.1 Principes de groupage en niveaux de lourdeur

#### 5.1.1 Principe général

Pour les adultes, pour chaque groupe de réadaptation, on associe un niveau de lourdeur à chacune des variables : âge, dépendance physique, dépendance cognitive et statut post chirurgical. Pour un séjour d'un groupe de réadaptation donné, **le niveau de lourdeur du séjour est le niveau maximum d'une de ces caractéristiques.**

Pour les enfants, pour chaque groupe de réadaptation, on associe un niveau de lourdeur selon les règles suivantes :

- Les enfants de [13-17 ans] : les règles adultes sont appliquées pour le groupage en niveau de lourdeur.

- Les enfants de [4-12 ans] : le niveau B est le niveau minimum, l'application des règles adultes sur les autres variables peut entraîner le groupage en niveau C.
- Les enfants de [0-3 ans] sont systématiquement groupés en niveau C.

En HTP, il n'y a pas de subdivision des GR en fonction du niveau de lourdeur. Le niveau est fixé à A par convention.

### 5.1.2 Cas particulier

Lorsque les hypothèses médicales initiales (l'âge alourdit le séjour) ne sont pas vérifiées d'une part, et d'autre part que l'analyse de la base PMSI permet de proposer d'autres règles statistiques et que ces règles sont pertinentes médicalement, alors des nouvelles règles sont mises en place.

Pour 5 GR, une règle combinant l'âge et la dépendance physique a été mise en place.

Ainsi, par exemple pour le GR0109S Lésions cérébrales traumatiques avec réadaptation spécialisée importante :

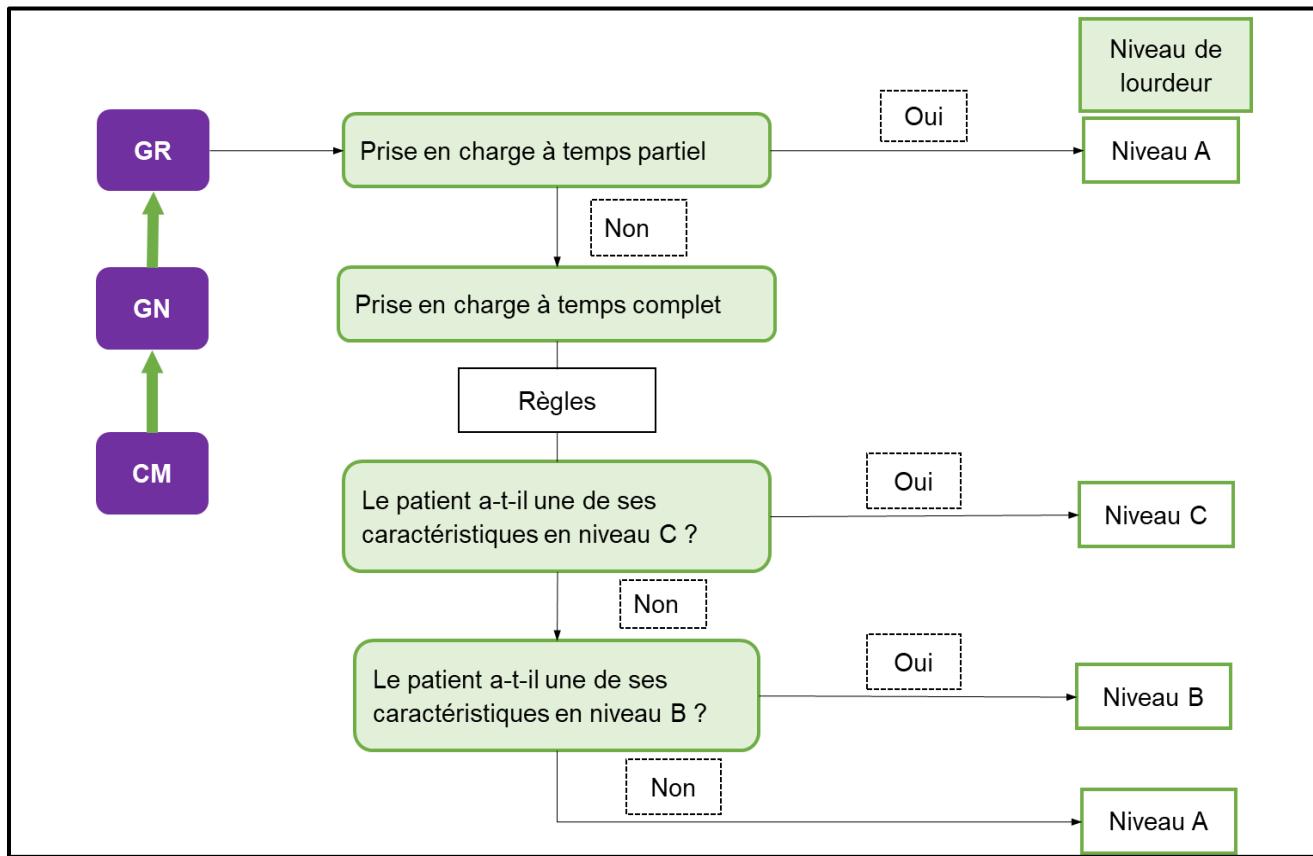
- Pour un patient avec un âge entre 18 et 70 ans, ET ayant un score de dépendance physique entre 9 et 12, alors le niveau de lourdeur est B
- Pour un patient avec un âge entre 18 et 70 ans, ET ayant un score de dépendance physique entre 13 et 16, alors le niveau de lourdeur est C
- Pour un patient avec un âge supérieur à 70 ans, ET ayant un score de dépendance physique entre 13 et 16, alors le niveau de lourdeur est B

### 5.1.3 Synthèse des principes de classement

Pour chaque groupe de réadaptation, le groupe de lourdeur est déterminé avec différents tests successifs :

- 1) Si le séjour est un séjour d'hospitalisation partielle, le niveau de lourdeur est par convention fixé à A ;
- 2) Sinon (= séjour d'hospitalisation complète), si le séjour a une ou plusieurs caractéristiques en niveau C alors le groupe de lourdeur est C ;
- 3) Sinon, si le séjour a une ou plusieurs caractéristiques en niveau B, alors le groupe de lourdeur est B ;
- 4) Sinon le séjour est classé dans le groupe de lourdeur A.

La figure suivante résume le principe d'orientation vers un GL



**Figure 72 : Processus d'orientation en GL**

Chaque GR est associé à un ou plusieurs niveaux de lourdeur :

- **158** GR sont subdivisés sur 3 niveaux de lourdeur (A, B, C),
- **55** GR ont uniquement 2 niveaux de lourdeur (A, B) ou (B, C)
- **9** GR ne sont pas subdivisés sur la lourdeur (A ou B ou C).

Lorsque, pour un GN donné, il n'existe que deux niveaux de lourdeur ou un niveau de lourdeur, un niveau de base a été défini (A, B ou C) en fonction des caractéristiques moyennes (dépendances, âge, statut post chirurgical) des patients présents dans les groupes.

## 5.2 Codes et Libellés des groupes de lourdeur

Pour l'hospitalisation complète, deux types de libellé sont proposés :

- Un libellé court indiquant le niveau de lourdeur
- Un libellé long indiquant le niveau de lourdeur ainsi que les variables mobilisées pour le groupage dans le groupe de lourdeur. Les variables non mobilisées pour le groupage dans le groupe de lourdeur ne sont pas mentionnées. Par définition, pour le niveau A aucune variable n'est mobilisée, il sera donc toujours présenté « niveau A ».

L'hospitalisation partielle n'a pas été subdivisée sur le niveau de lourdeur, elle sera toujours notée A.

Le code du GL se compose :

- Du code du GN
- Puis, de la lettre associée au GR (le type de réadaptation)
- Puis, de la lettre correspondant au niveau de lourdeur

Le libellé court se compose :

- Du libellé court du GN
- Puis, du code du type d'hospitalisation (HC ou HTP)
- Puis, du libellé court du GR
- Puis, de libellé court du niveau de lourdeur (Niv A, B ou C)

Le libellé long se compose :

- Du libellé long du GN
- Puis, du code du type d'hospitalisation (HC ou HTP)
- Puis, du libellé long du GR
- Puis, du libellé long du niveau de lourdeur
- Puis, des variables explicatives du niveau de lourdeur

Les libellés des GL figurent dans le fichier **TOTAL\_listes\_groupes.xlsx**

Exemples :

Code	Libellé court	Libellé long
0106TA	Tum. mal. neuro. / HC R glob Niv A	Tumeurs malignes du système nerveux / HC Réadaptation globale Niveau A

GL de niveau A, aucune variable n'est mobilisée

Code	Libellé court	Libellé long
0903PB	Brûlures / HC R pédi Niv B	Brûlures / HC Réadaptation pédiatrique Niveau B
0903PC	Brûlures / HC R pédi Niv C	Brûlures / HC Réadaptation pédiatrique Niveau C : age[0-3] ou phy[9-16]

Le GR 0903P n'a pas de niveau A, le niveau minimum est B. Le libellé du GL 0903PB ne mentionne donc pas de variable.

En revanche, ce sont l'âge < 3 ans et la dépendance physique entre 9 et 16 qui font grouper le séjour en niveau C. Les variables sont donc indiquées dans le libellé long.

### 5.3 Conclusion

L'objectif était double pour la construction des groupes de lourdeur : prendre en compte le maximum de variables possible pour construire des groupes pertinents sur le plan médico-économique, et rendre ces groupes lisibles, à la lecture des casemix.

Pour cela, la méthode utilisée repose, à la fois sur un modèle et des règles statistiques, mais également sur une analyse médicale détaillée des propositions statistiques, entraînant parfois des corrections pour une meilleure cohérence médicale.

Les résultats montrent que l'utilisation des différentes variables est améliorée par rapport à la précédente version de classification, ce qui conduit à une amélioration de la PVE.

Par ailleurs, les libellés des groupes de lourdeur sont parfaitement lisibles, avec indication du niveau A, B ou C, et des variables explicatives de ce niveau. Le croisement des niveaux de lourdeur avec le type de réadaptation permet des analyses et interprétations médicales cohérentes.

Enfin, cet indice de lourdeur, distinct de la réadaptation et des sévérités, a l'avantage d'être flexible et permettra d'inclure si besoin de nouvelles données et variables du recueil sans modifier la structure de la classification.

## V. NIVEAUX DE SEVERITE

---

Le classement en niveau de sévérité est inchangé par rapport à la classification v2021. Ce paragraphe est un rappel. Les niveaux de sévérités constituent un échelon supplémentaire permettant pour une même pathologie de distinguer les patients présentant des complications ou des comorbidités associées (CMA) alourdisant significativement la prise en charge.

### 1 HISTORIQUE, METHODE

La liste des diagnostics CMA et des exclusions entre diagnostics est déterminée par la méthode des effets isolés.

L'effet stratifié (par GN) d'un diagnostic X est la moyenne des différences des durées des séjours présentant X et la DMS de leur strate.

L'effet isolé est une modification de l'effet stratifié. L'effet dit « isolé » d'un diagnostic ou d'un acte CCAM est une mesure de l'augmentation moyenne de la DMS (ou du coût ...), stratifiée sur le GN, résultant de ce seul diagnostic, en éliminant les séjours ayant des diagnostics avec un effet isolé plus important.

Conjointement à l'effet isolé, on définit l'effet Fetter correspondant à l'effet isolé calculé en analysant la médiane au lieu de la DMS. Plus exactement, il est égal au pourcentage de séjours avec le diagnostic X dont le coût ou la durée de séjour est supérieur à la médiane de la strate.

Ces effets sont calculés par une méthode itérative. Pour éliminer des problèmes éventuels de bruits dans les données, les diagnostics sont regroupés en environ 1500 groupes et un certain nombre de diagnostic et d'actes sont éliminés par principe. Puis, une première itération est effectuée : l'effet isolé est alors calculé comme l'effet stratifié standard de chaque diagnostic (DMS des séjours ayant ce diagnostic). Ensuite, à chaque itération, on ne recalcule l'effet isolé d'un diagnostic X qu'en utilisant les séjours pour lesquels ce diagnostic a l'effet isolé le plus grand parmi les diagnostics du séjour.

La méthode n'élimine que les diagnostics qui auraient un effet isolé plus élevé que celui du diagnostic étudié. L'effet isolé du diagnostic X, est établi à partir de tous les séjours ayant X, mais qui n'ont pas de diagnostic à effet isolé plus important que celui de X.

Les critères d'arrêt de cette méthode itérative sont le nombre d'itération et l'absence de changement significatif dans les effets isolés (en dehors de quelques cas d'interactions spécifiques entre deux diagnostics). La convergence de la méthode est vérifiée dans la pratique.

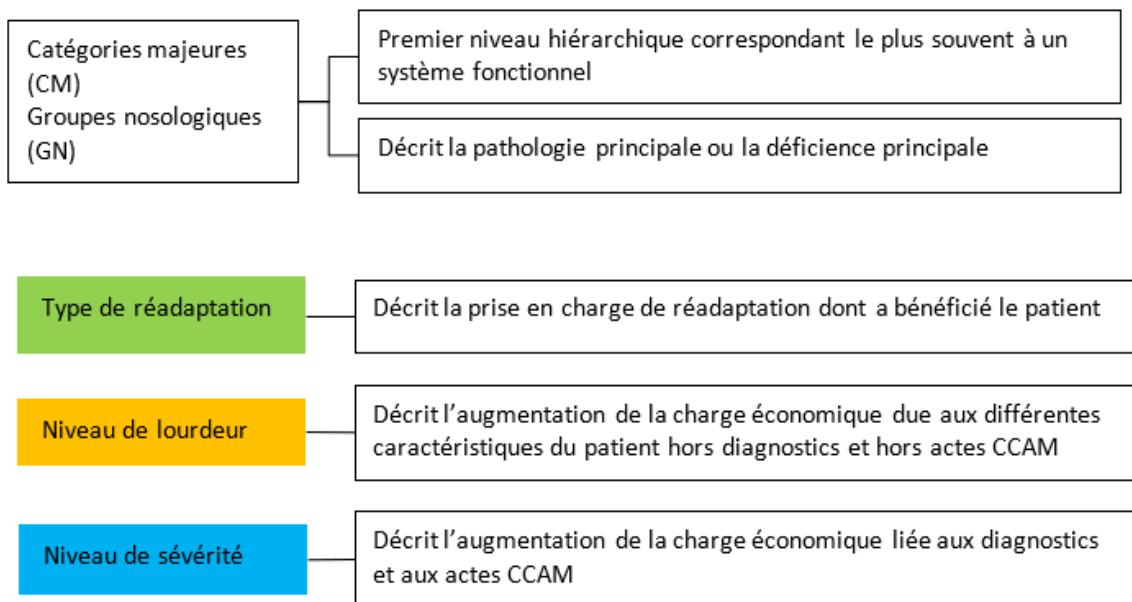
L'analyse est faite sur l'ensemble des codes diagnostics autorisés en DAS, en FP et en MMP non exclus par les diagnostics classants dans le GN du séjour, et sur les actes CCAM considérés comme possible facteur alourdisant la prise en charge en SSR (actes de nutrition artificielle, de ventilation...)

L'appartenance à liste des CMA se fait suivant quatre critères d'éligibilité :

- l'effet isolé associé est supérieur ou égal à 8 jours ;
- l'effet isolé associé est supérieur ou égal à 20% de la DMS ;
- l'effet Fetter associé est supérieur ou égale 59% ;
- l'effet du diagnostic est cohérent médicalement.

## 2 DEFINITION

Une fois le groupe de lourdeur (GL) du séjour déterminé, l'étape suivante consiste à classer le séjour dans un niveau de sévérité. La figure suivante rappelle la structure de la classification.



**Figure 73 : Rappel de la structure de la classification**

Une fois le groupe de lourdeur du séjour déterminé, l'étape finale consiste à classer le séjour dans un niveau de sévérité permettant d'obtenir ainsi le GME.

### 2.1 Hospitalisation complète

Les niveaux de sévérité décrivent les différents degrés de charge économique due aux autres pathologies, déficiences, prises en charge lourde ou situations socio-environnementale n'ayant pas servi à la détermination du groupe nosologique.

Elles sont recherchées dans les diagnostics associés et/ou dans des actes médicaux (CCAM).

Exemple :

- Pathologie : escarre stade IV, DAS L89.3
- Déficience : paraplégie flasque complète motrice, DAS G82.00
- Prise en charge lourde : alimentation parentérale avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures, CCAM HSLF0030
- Situation socio-environnementale, sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat, DAS Z75.1

Il existe 2 niveaux de sévérité ordonnés :

- Le niveau 1 concerne les suites de RHS d'hospitalisation complète ne comportant aucun code marqueur de sévérité,
- Le niveau 2 concerne les suites de RHS d'hospitalisation complète comportant au moins un code marqueur de sévérité.

**Le groupage en GME selon le niveau de sévérité est inchangé par rapport à la version V2021.**

Il a été décidé lors de la première version de classification en 2013 de ne retenir que deux niveaux de sévérité. Il est prévu dans une très prochaine version de classification de revoir les sévérités de façon globale : le nombre de niveaux possible pourra évoluer.

## 2.2 Hospitalisation à temps partiel

Il existe un seul niveau de sévérité : **Il est fixé à 0 par convention.** Il est réservé et sert uniquement à identifier les prises en charge en hospitalisation partielle, contrairement à la classification antérieure où il était également utilisé pour les HC de zéro jour.

# 3 PRINCIPES DE DETERMINATION DU NIVEAU DE SEVERITE

## 3.1 Les complications ou comorbidités associées

La liste des codes CIM10 CMA figure dans le fichier **CIM\_infos\_SSR** : **Les codes CIM10 CMA sont au nombre de 780.**

La liste des actes CCAM CMA figure dans le fichier **CMA\_CCAM** : **Les actes CCAM CMA sont au nombre de 21.**

Cette liste de CMA est identique quel que soit le GN considéré.

Il a été décidé lors de la première version de classification en 2013, que cette liste soit unique. Il est prévu dans une très prochaine version de classification de revoir les sévérités de façon globale : une modulation des listes en fonction des pathologies pourra être envisagée.

## 3.2 Les listes d'exclusion des complications ou morbidité associées

Pour éviter les redondances entre une affection principale et une affection possiblement prise en compte comme CMA, des listes d'exclusions ont été créées.

Les exclusions entre codes CIM10 sont définies dans ce fichier **CMA\_exclusions** : **Les exclusions sont au nombre de 1 680 000**

Les codes de la CIM10 appartenant à la liste des CMA ne peuvent avoir un effet CMA qu'après une analyse de leur redondance éventuelle avec les diagnostics retenus pour l'orientation dans un groupe nosologique.

Ces listes d'exclusions sont identiques quel que soit le GN considéré.

## 3.3 Niveau de sévérité

Pour qu'un code CIM10 ou CCAM soit retenu comme un marqueur de sévérité, il faut :

Qu'il appartienne à la liste des CMA ;

Dans le cas d'un code CIM10, qu'il ne soit pas exclu par un des codes ayant orienté un des RHS du séjour dans le même groupe nosologique que celui retenu pour le séjour.

Pour qu'un séjour soit classé en niveau de sévérité 2, il faut :

- Que l'hospitalisation soit à temps complet ;
- Qu'au moins un code (CCAM ou CIM10) soit un marqueur de sévérité au regard des critères précédents ;
- Que le niveau de sévérité 2 existe pour le groupe considéré.

Tous les groupes de lourdeur sont subdivisés en niveaux 1 et 2, exceptés ceux du GN Soins palliatifs pour lesquels le niveau de sévérité 2 ne s'applique pas.

Au total, on compte **575 GME de niveau 1**, ce qui représente **77% des séjours**, et **569 GME de niveau 2**, ce qui représente **23 % des séjours**.

## 4 RESULTATS

### 4.1 Durées de séjour en fonction du niveau de sévérité

La figure 73 présente une comparaison des durées moyennes des séjours en niveaux de sévérité 1 et 2 au niveaux CM.

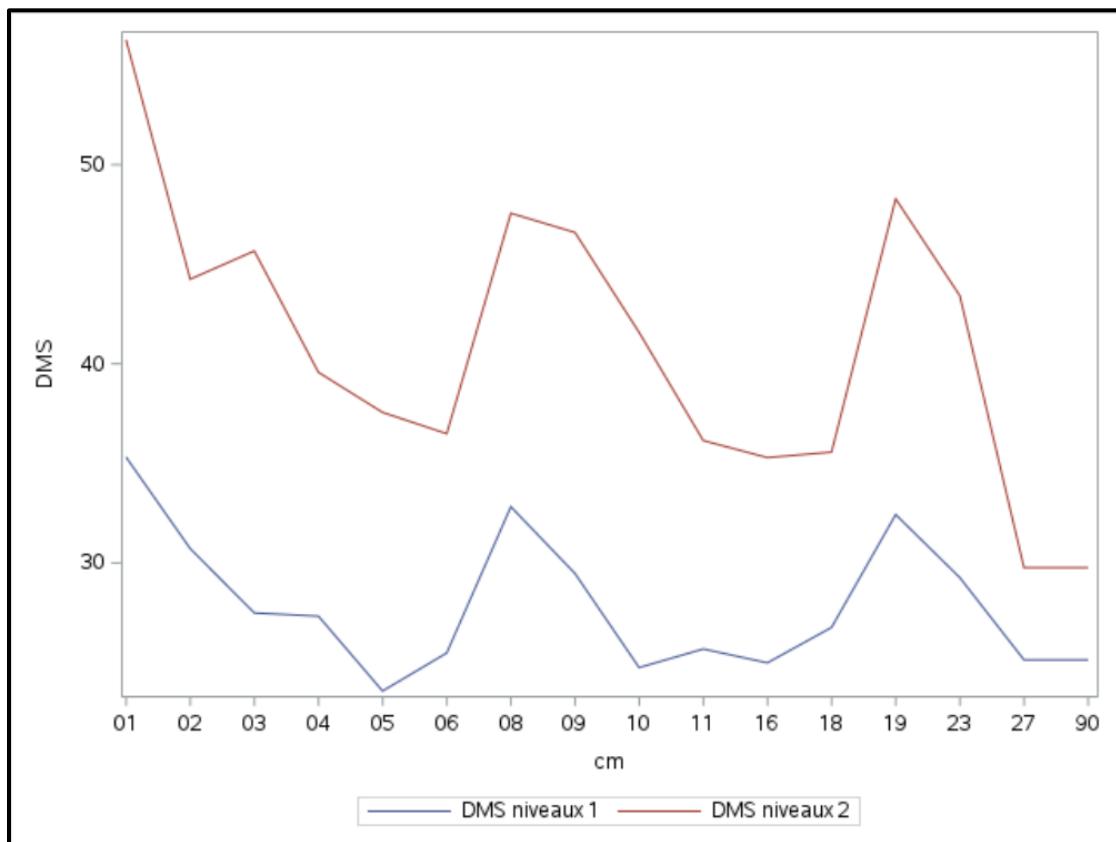


Figure 74 : Durées de séjours selon le niveau de sévérité et la CM

Les séjours les plus longs appartiennent aux CM 01, 08 et 19.

Quelle que soit la CM, les séjours de niveau 2 sont toujours plus longs que les séjours de niveau 1, avec deux courbes sensiblement parallèles : l'augmentation de la durée moyenne de séjour (en nombre de journées) est sensiblement la même pour toutes les CM, avec une augmentation légèrement plus importante pour la CM03.

## 4.2 Part des sévérités 2 par CM

La figure 74 présente la répartition des niveaux de sévérité 1 et 2 dans les CM.

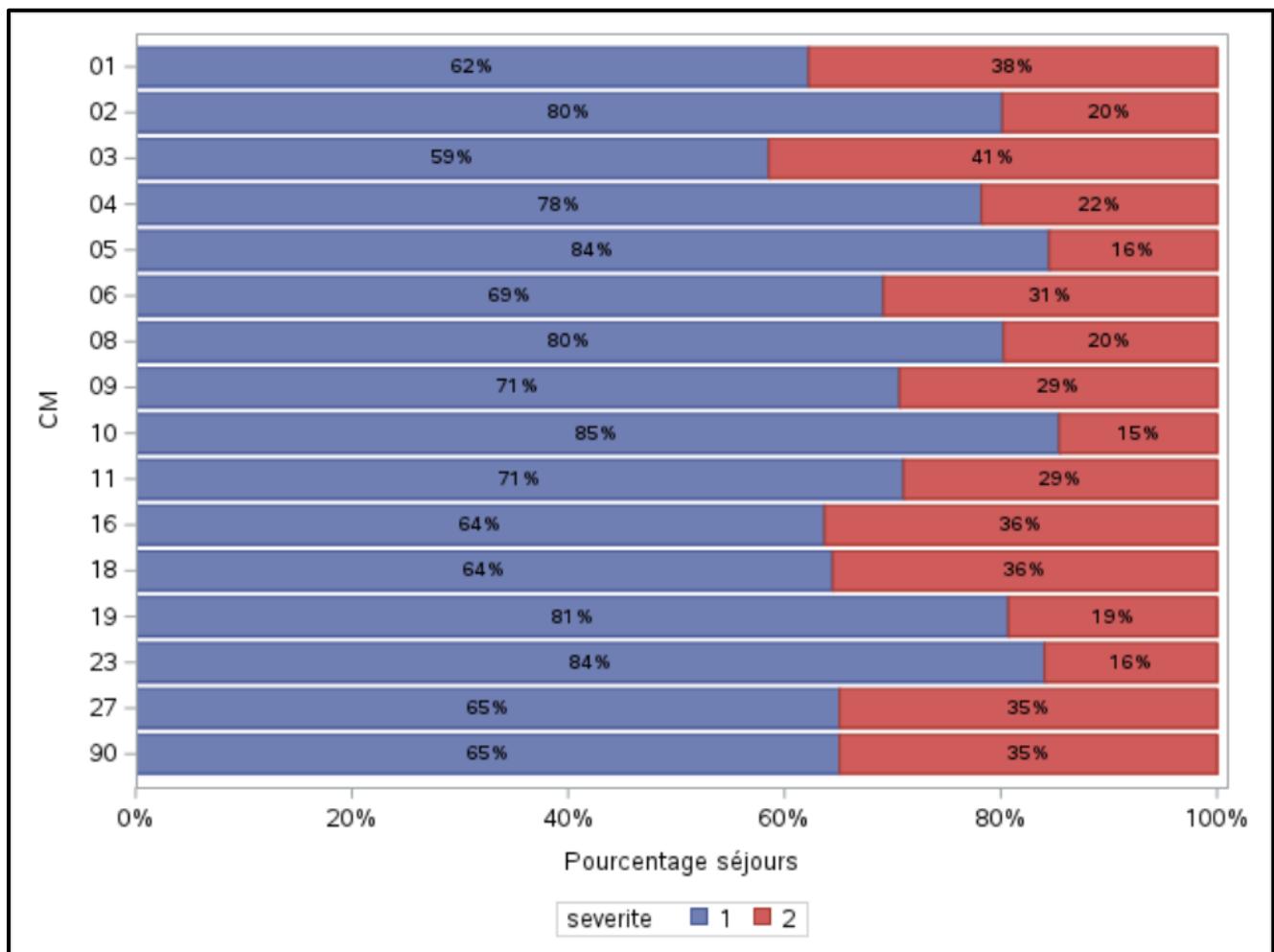


Figure 75 : Part des sévérités 1 et 2 dans chaque CM

La part des sévérités 2 est la plus importante dans la CM 03, puis dans la CM 01, puis dans les CM 16 et 18, puis dans la CM 27.

La part des sévérités 2 est la plus faible dans les CM 05, 10 et 23.

## 4.3 Codes CMA les plus fréquents

Le tableau suivant liste, par ordre de fréquence de codage, les codes CMA.

Tableau 91 : Codes CMA les plus fréquents

Code CMA	Fréquence	Pourcentage	Libellé
Z751	128421	27%	Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat
Z5912	97150	21%	Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne
Z290	44111	9%	Isolement (prophylactique)
Z515	19240	4%	Soins palliatifs

Code CMA	Fréquence	pourcentage	Libellé
L892	16864	4%	Ulcère de décubitus de stade III
Z431	8739	2%	Surveillance de gastrostomie
G811	8606	2%	Hémiplégie spastique
L893	7562	2%	Ulcère de décubitus de stade IV
Z433	7247	2%	Surveillance de colostomie
Z590	6139	1%	Difficultés liées au fait d'être sans abri
Z5918	5656	1%	Logements inadéquats, autres et non précisés
R4700	5300	1%	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
N10	5076	1%	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
Z5978	4092	1%	Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés
Z5910	4015	1%	Logement insalubre ou impropre à l'habitation
G821	3868	1%	Paraplégie spastique
Z5913	3591	1%	Logement en habitat temporaire ou de fortune
HSLD002	3547	1%	Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures
G824	3500	1%	Tétraplégie spastique
PCLB0030	3473	1%	Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection
G8100	3305	1%	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
Z432	3290	1%	Surveillance d'iléostomie
L83	2730	1%	Acanthosis nigricans
Z4780	2448	1%	Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction
Z946	2446	1%	Greffe d'os
U83710	2444	1%	Bactérie multirésistante [BMR], situation d'infection
T835	2282	0%	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire
U820+0	2185	0%	Résistance à la pénicilline, situation d'infection
S3250	2184	0%	Fracture fermée du pubis
A415	2004	0%	Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif
U822+0	1989	0%	Résistance par bétalactamases à spectre étendu [BLSE], situation d'infection
Z430	1623	0%	Surveillance de trachéostomie

Les codes CIM-10 qui décriront à partir de mars 2022 des facteurs sociaux environnementaux ont une part importante dans le codage des CMA, notamment la notion d'attente de placement avec le code Z751, et le logement inadéquat avec le code Z5912. Ces 2 codes représentent à eux seuls 48% des codages de CMA.

#### 4.4 Codes CMA en fonction des CM

La figure suivante donne, par CM, la part de séjours de niveau de sévérité 2 associée aux codes CMA les plus fréquents pour la CM. Les 5 codes CMA les plus fréquents ont été retenus dans chaque CM pour la production de ce graphique.

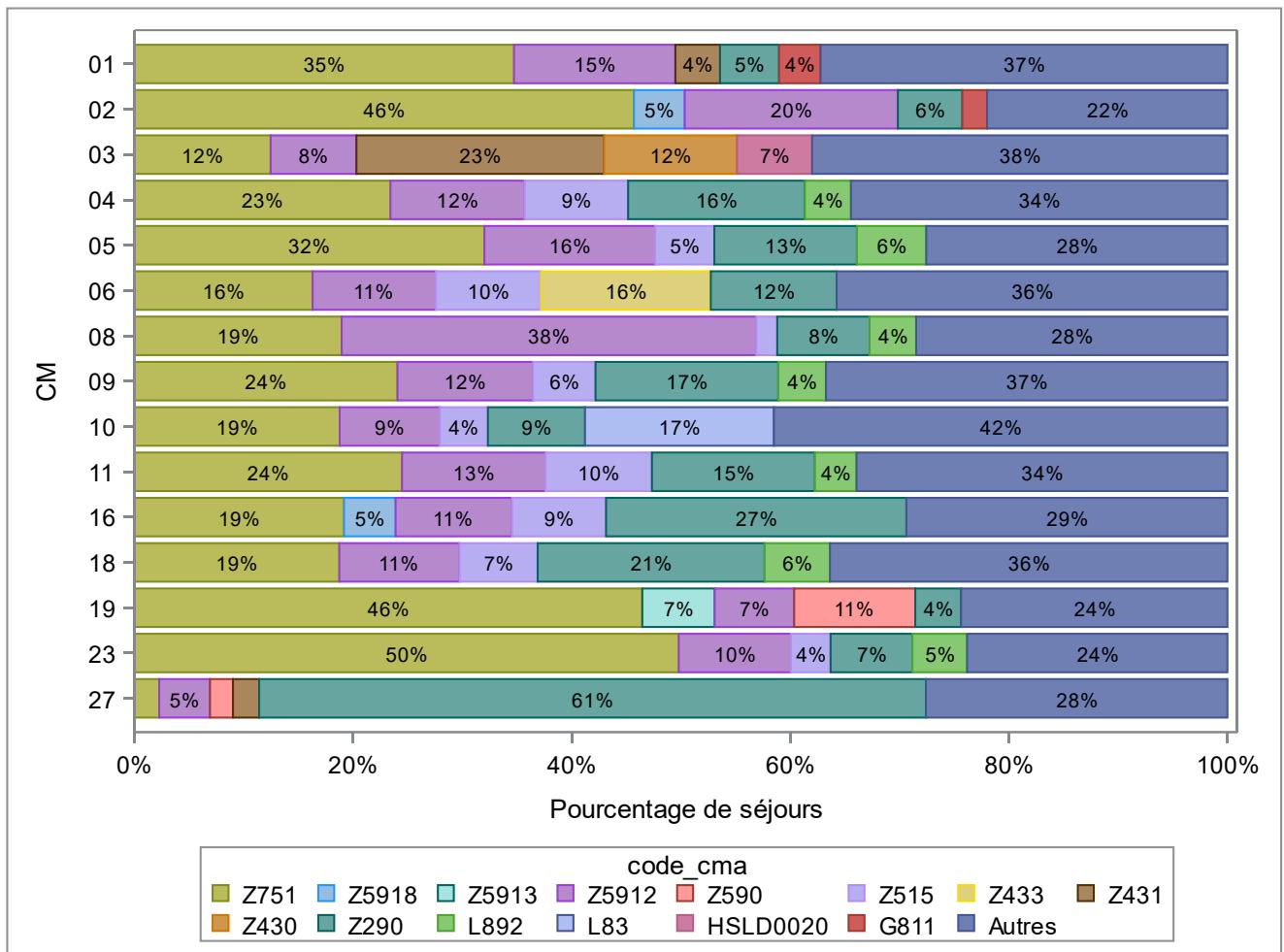


Figure 76 : Part des codes CMA dans chaque CM

Pour exemple, les séjours avec une sévérité dans la CM 01 (neurologie) sont associés à :

- 35% au code CMA Z751 (attente de placement)
- 15% au code CMA Z5912 (logement inadéquat)
- 4% au code CMA Z431 (surveillance de gastrostomie)
- 5% au code CMA Z290 (isolement prophylactique)
- 4% au code CMA G811 (hémiplégie spastique)
- 37% à d'autres codes CMA

Pour la CM03 (ORL), c'est le code Z431 le plus fréquent (surveillance de gastrostomie)

Pour les CM04 (respiratoire) et CM05 (cardiologie), c'est le code Z751 le plus fréquent (attente de placement)

Pour la CM06, ce sont les codes Z751 et Z433 (surveillance de colostomie) les plus fréquents.

Pour la CM08 (locomoteur), c'est le code Z5912 le plus fréquent (logement inadéquat)

Pour les CM 09, 10, 11, 19 et 23 c'est également le code Z751 le plus fréquent, très largement pour les CM 19 (psychiatrie) et 23 (gériatrie).

Pour les CM 16 (onco-hématologie), CM 18 (infectieux), et CM 27 (post-transplantations) on retrouve logiquement le Z290 (isolement prophylactique).

Au global, les 5 codes CMA les plus fréquents – dans chaque CM – permettent de décrire la sévérité des séjours dans 70% des cas en moyenne. Soit au total 14 codes CMA qui sont les plus fréquents pour l'évaluation de 70% de la sévérité.

## 5 CONCLUSION

La liste des diagnostics avec valeur de CMA est inchangée depuis la première version des GME en 2013. Cette nouvelle version de classification a été validée par les acteurs de terrain sous réserve d'une révision de cette liste. En effet, des ajustements de la liste pourraient être apportés pour les maladies chroniques, la cancérologie et les suites de soins médicaux en général. Pour ces pathologies, la réadaptation a peu d'impact, et le niveau de lourdeur n'est pas toujours suffisant pour capter la lourdeur médico-économique des séjours, même si cela a été amélioré par la prise en compte de la dépendance maximale et non plus de la dépendance à l'entrée.

La mise à jour des listes de CMA est intégrée dans un projet plus vaste. En effet, un nouveau modèle de prise en compte des sévérités est en cours d'élaboration.

Cette réflexion sur les CMA est commune à plusieurs champs d'hospitalisation : la convergence des calendriers SSR / MCO est une occasion de développer une approche interchamp, que ce soit au niveau de la méthode et des outils. Plusieurs phases sont nécessaires pour revoir complètement le modèle dont

Une phase de consolidation du modèle actuel ce qui inclut trois axes de travail important

- Révision des regroupements : un niveau de sévérité est associé, non pas à un diagnostic, mais à un regroupement de diagnostics
- Changement d'algorithme statistique, permettant d'attribuer un niveau à chaque groupe : de la méthode des effets isolés, choix de passer à la méthode du gradient, cette méthode apportant un gain de PVE notable.
- Révision des exclusions diagnostic associé / diagnostic classant dans le GN

Une phase d'exploration et de conception d'un nouveau modèle de sévérité

- Augmentation possible le nombre de niveaux
- Modulation du niveau de sévérité d'un regroupement en fonction du GN ou de la CM
- Prise en compte des CMA multiples (nécessite un travail sur les exclusions entre diagnostics associés)

Les travaux ont débuté en septembre 2020, et font l'objet de restitutions régulières en comité technique MCO et SSR.

Au total, l'objectif de ce projet est de redéfinir les niveaux de sévérité en MCO et SSR, afin d'accroître la performance économique des modèles, tout en restant intelligible médicalement, sans augmenter la complexité des classifications.

## VI. VUE GENERALE DE LA CLASSIFICATION

---

### 1 CARACTERISTIQUES GLOBALES

Dans cette partie, nous nous intéressons aux caractéristiques de la classification d'un point vue plus macroscopique, nombre de groupes, capacité à bien discriminer les prises en charges d'un point de vue économique.

#### 1.1 Nombre de groupes

Pour l'hospitalisation complète, la classification se compose de 92 GN, 222 GR, 575 GL et 1144 GME. Pour l'hospitalisation à temps partiel, la classification se compose de 92 GN, 170 GR et 170 GME.

**Tableau 92 : Nombre de groupes dans la classification, par strate**

Strate	Nombre de groupes HC	Nombre de groupes HTP
GN	92	92
GR	222	170
GL	575	170
GME 2022	1144	170
GME 2021	543	200

Le nombre important de groupe est une limite de cette classification, en raison de la difficulté de construction des tarifs qu'il entraîne.

En revanche, ce nombre important n'entrave pas la lisibilité de la classification, car chaque code de GME est signifiant en termes de caractéristiques du séjour. Des regroupements de GME sont facilement réalisables pour l'analyse des casemix, par exemple regroupements par GN, par GR spécialisés, par GL de niveau C...

#### 1.2 PVE

La part de variance expliquée est de 18.9% sur la durée de séjour (progression de 4.3 par rapport à la version 2021) et de 30.3% sur le coût total des séjours HC (progression de 7.9 par rapport à la version 2021). La PVE en coût journalier est de 34,1% pour l'HC (progression de 4.8 par rapport à la version 2021), et de 9,6% pour l'HTP (contre 9,7% pour la version 2021).

Le tableau suivant illustre la progression de la PVE selon les strates de la classification.

**Tableau 93 : PVE sur les durées de séjour, les coûts par séjour et par jour, en fonction des strates**

Strate	PVE durées de séjour	PVE coût Total HC	PVE coût jour HC	PVE coût jour HTP
GN	8,0%	12,6%		
GR	11,5%	19,8%		
GL	16,6%	27,4%		
GME 2022	18,9%	30,3%	34,1	9,6
GME 2021	14,6%	22,4%	29,3	9,7

Au final, cette classification améliore la description économique des séjours d'HC, que ce soit en termes de durée de séjour ou de coût du séjour. Pour l'HTP, les résultats restent stables.

## 2 HOMOGENEITE DES GROUPES

### 2.1 Distribution des durées moyennes de séjour et des coûts moyens par GME

Pour chaque GME, il est possible de calculer la DMS moyenne et le coût moyen.

#### 2.1.1 Disparités des durées moyennes de séjour en fonction des GME

La figure suivante illustre la grande disparité des durées moyennes de séjour en fonction des GME.

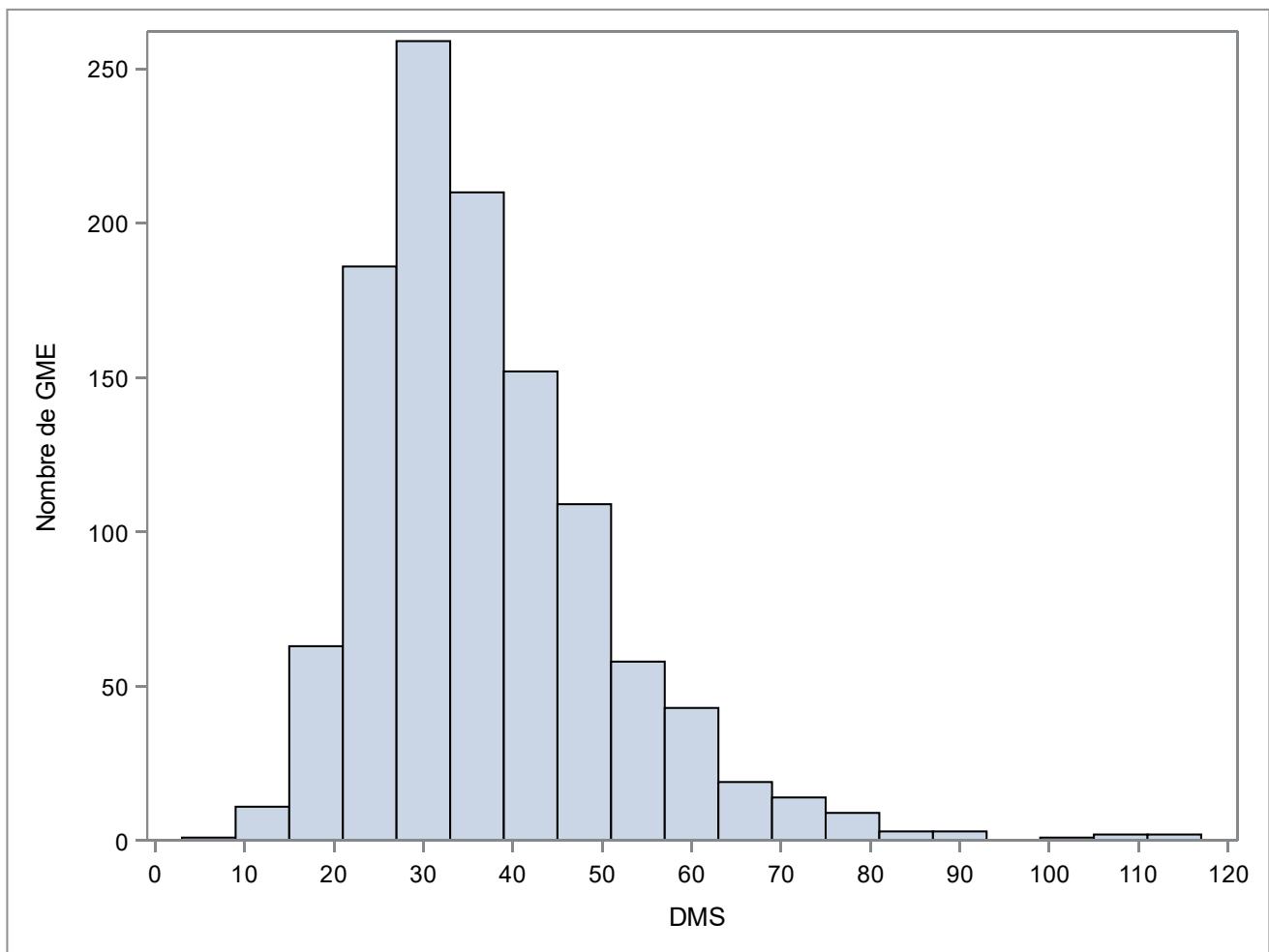


Figure 77 : Distribution des durées moyennes de séjour selon les GME

La majorité des GME ont des durées comprises entre 25 et 50 jours. En revanche, certains GME ont des DMS associées très faibles ou très longues. En effet, comme l'illustre l'histogramme ci-dessus, les séjours les plus courts sont dans des GME avec des DMS de moins 15 jours tandis que les plus longs sont dans des GME avec des DMS de plus de 100 jours.

Le tableau suivant donne des exemples de GME (effectifs > 100 séjours) avec des DMS associées faibles inférieures à 15 jours ou importantes, supérieures à 100 jours.

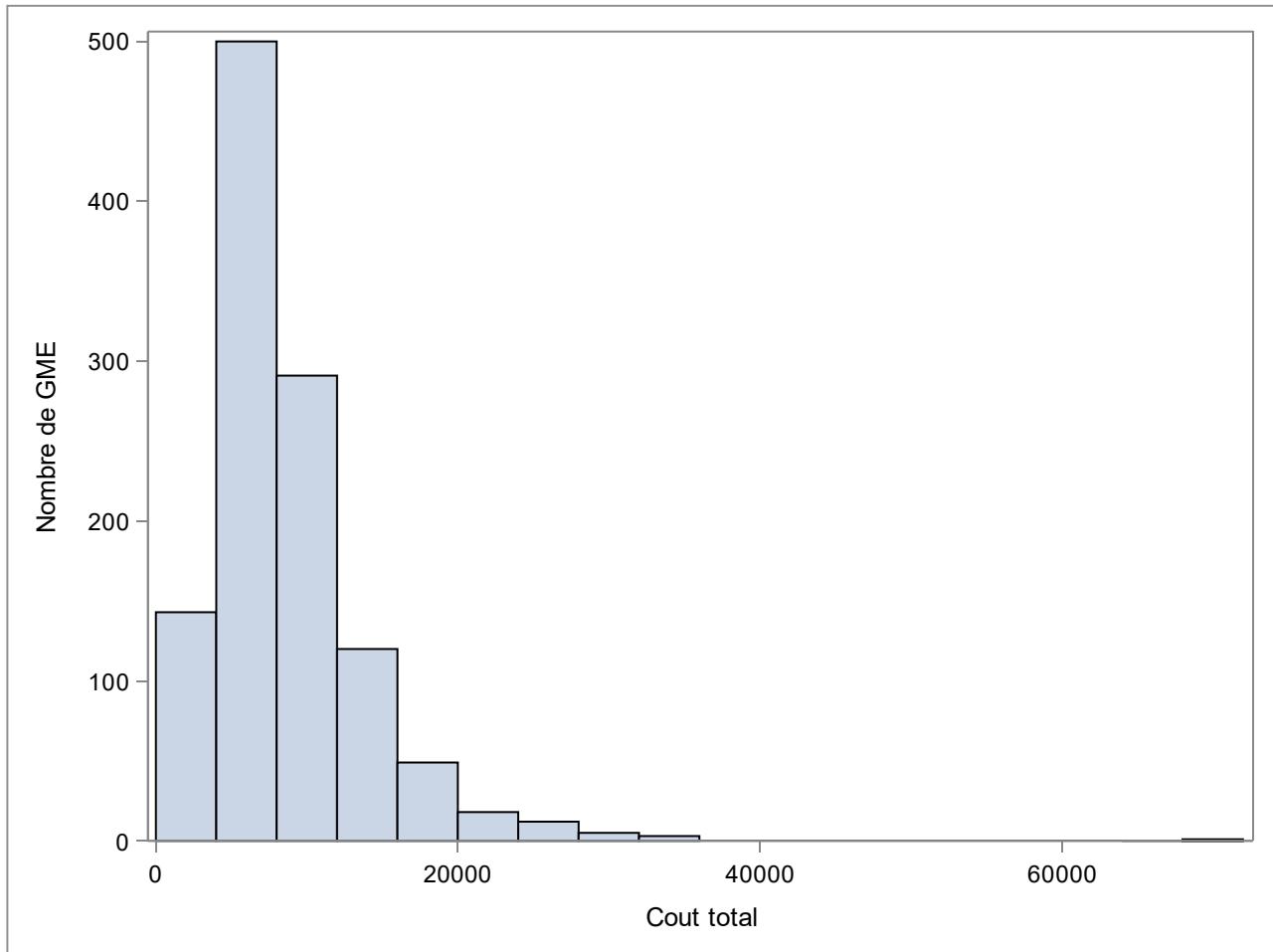
**Tableau 94 : Exemples de GME avec DMS faible ou important**

GME	Effectif	DMS	Libellé
0424UA1	1831	6	Autres aff. respi. / HC R autr Niv A-1
0876PA1	1705	12	Scolioses, hernies disc. / HC R pédi Niv A-1
0147UA1	1563	12	AVC avec hémiplégie / HC R autr Niv A-1
0506UA1	1245	12	Coronaropathies avec pontage / HC R autr Niv A-1
0503UA1	1884	12	Valvulopathies / HC R autr Niv A-1
0876PB1	929	12	Scolioses, hernies disc. / HC R pédi Niv B-1
0145PC1	958	13	Autres aff. neuro. / HC R pédi Niv C-1
0147UA2	246	14	AVC avec hémiplégie / HC R autr Niv A-2
0509UA1	1108	14	Coronaropathies sans pontage / HC R autr Niv A-1
0115PC1	541	14	Certaines aff. cér. / HC R pédi Niv C-1
0876UA1	2653	14	Scolioses, hernies disc. / HC R autr Niv A-1
1003PB1	1975	15	Diabètes / HC R pédi Niv B-1
0138SC2	659	102	Aff. méd. non trauma. avec paraplégie / HC R spéc Niv C-2
0134SC2	1076	106	Trauma. méd. avec tétraplégie / HC R spéc Niv C-2
0147SC2	5883	109	AVC avec hémiplégie / HC R spéc Niv C-2
0109SC2	1439	115	Trauma. cér. / HC R spéc Niv C-2
0103SC2	1367	117	EVC-EPR / HC R spéc Niv C-2

Les GME avec des DMS courtes sont majoritairement de niveau de lourdeur A et de niveau de sévérité 1. A l'inverse, les GME avec des DMS longues sont majoritairement de niveau de lourdeur C et niveau de sévérité 2.

### 2.1.2 Disparités des coûts moyens de séjours en fonction des GME

La figure suivante illustre la disparité des coûts de séjour en fonction des GME.



**Figure 78 : Distribution du nombre de GME en fonction des coûts par séjour**

La majorité des GME ont un coût moyen par séjour de 5000 à 10000 euros, sachant que ce coût moyen peut varier de 536 à plus de 70 000 euros.

Le tableau suivant donne des exemples de GME (effectifs > 100 séjours) avec des coûts associés faibles, inférieures à 2 000 € jours ou importants, supérieurs à 25 000 €.

**Tableau 95 : Exemples de GME avec coût faible ou important**

GME	Effectif	Coût total	Libellé
0424UA1	985	536	Autres aff. resp. / HC R autr Niv A-1
0130UA2	104	1220	Autres aff. neuro-dégénératives / HC R autr Niv A-2
0130UA1	112	1318	Autres aff. neuro-dégénératives / HC R autr Niv A-1
1903UA1	845	1417	Toxicomanies / HC R autr Niv A-1
0424UB1	225	1712	Autres aff. resp. / HC R autr Niv B-1
0148UA1	135	1788	AVC autres / HC R autr Niv A-1
0503UA1	101	1830	Valvulopathies / HC R autr Niv A-1

GME	Effectif	Coût total	Libellé
0147UA1	126	1891	AVC avec hémiplégie / HC R autr Niv A-1
0145UA1	164	1934	Autres aff. neuro. / HC R autr Niv A-1
0148SC2	218	25180	AVC autres / HC R spéc Niv C-2
0115SC2	158	27695	Certaines aff. cér. / HC R spéc Niv C-2
0803SC2	247	28148	Amputations / HC R spéc Niv C-2
0137SC2	123	28961	Trauma. méd. avec paraplégie / HC R spéc Niv C-2
0906TC2	169	29338	Ulcères de décubitus / HC R glob Niv C-2
0134SC2	192	30348	Trauma. méd. avec tétraplégie / HC R spéc Niv C-2
0147SC2	723	32419	AVC avec hémiplégie / HC R spéc Niv C-2
0146SC2	143	32770	AVC avec tétraplégie / HC R spéc Niv C-2
0109SC2	269	33106	Trauma. cér. / HC R spéc Niv C-2

Les GME avec des coûts moyens faibles sont majoritairement de niveau de lourdeur A et de niveau de sévérité 1. A l'inverse, les GME avec des coûts moyens importants sont majoritairement de niveau de lourdeur C et niveau de sévérité 2.

L'étendue des DMS et des coûts des GME montre que la classification a su capter une partie de la diversité des séjours de SSR.

Les caractéristiques économiques des GME sont diverses, il faut maintenant évaluer leur capacité à fournir une représentation économiquement juste de l'activité SSR. Pour cela, on va comparer, pour chaque séjour,

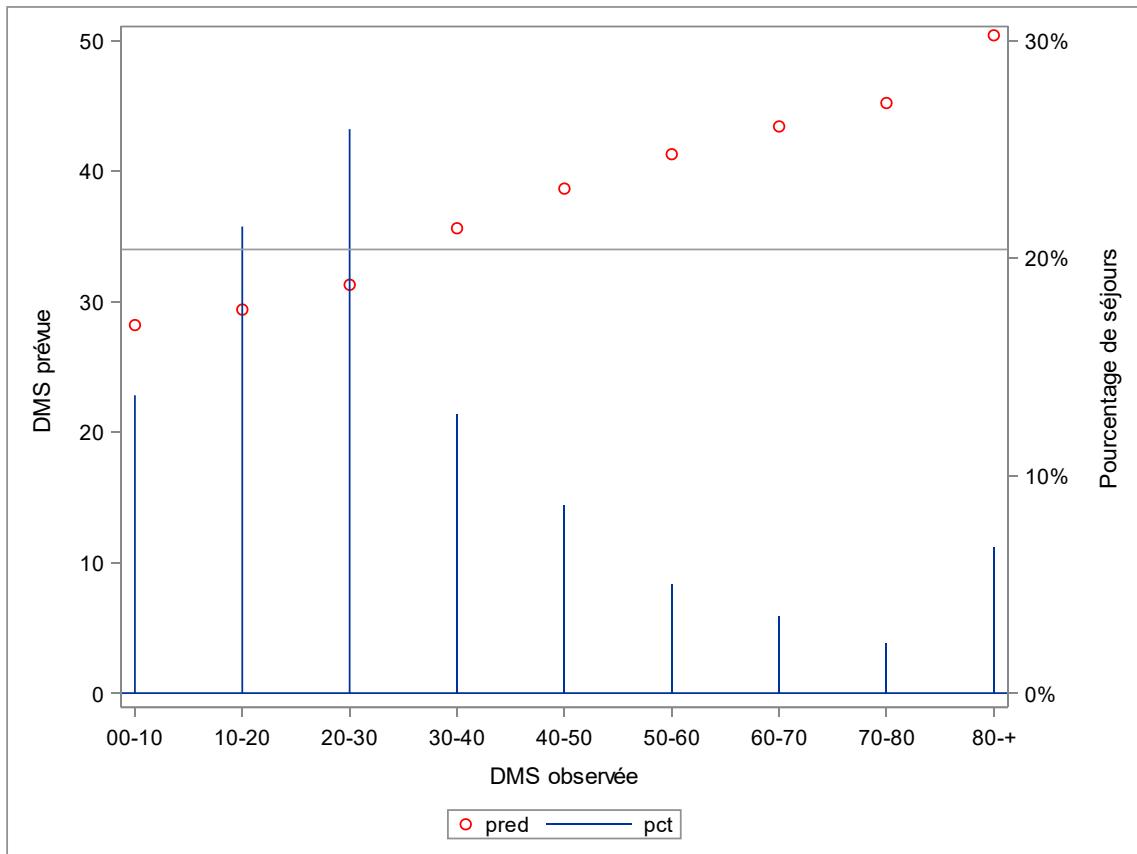
- Sa durée de séjour observée avec la DMS prévue, qui est la DMS moyenne du GME dans lequel est groupé le séjour.
- Son coût observé avec le coût prévu, qui est le coût moyen du GME dans lequel est groupé le séjour.

On calcule également le résidu qui est la durée prédictive – la durée observée.

Cette comparaison permet d'appréhender la capacité de la classification à décrire économiquement l'activité SSR.

## 2.2 Écart à la DMS prévue

La figure ci-dessous montre des résultats par catégorie de durée de séjour.



**Figure 79 : Différence entre la durée de séjour observée et la durée prévue**

Les séjours avec une durée de séjour comprise entre 0 et 10 jours ont une DS prévue moyenne de 28 jours. La durée de ces séjours est donc surestimée.

Les séjours avec une durée de séjour comprise entre 10 et 20 jours (avec une DMS observée de 16 jours) ont une DS prévue moyenne de 29 jours. La durée de ces séjours est donc surestimée.

Les séjours avec une DS entre 20 et 30 jours (avec une DMS observée de 25 jours) ont une DS prévue moyenne de 31 jours. La durée de ces séjours est donc légèrement surestimée.

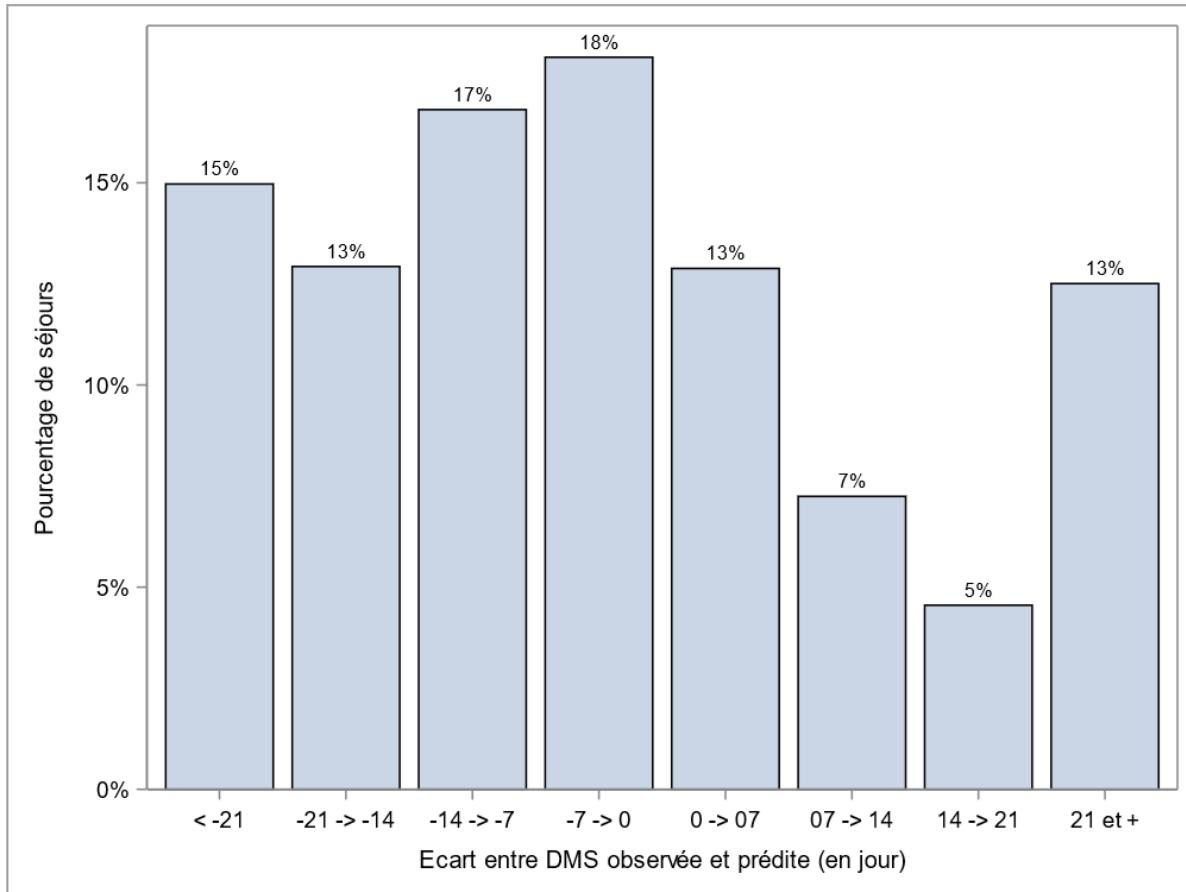
Les séjours avec une durée de séjours entre 30 et 40 jours (avec une DMS observée de 35 jours) ont une DS prévue moyenne de 36 jours. La durée de ces séjours est bien estimée par le modèle.

Les séjours avec une durée supérieure à 60 jours sont sous-estimées par le modèle, avec des durées prévues de 40 à 50 jours.

Les écarts entre durée observée et durée prévue sont d'autant plus importants que la durée observée est courte (<10 jours) ou très longue (>60 jours), ce qui indique que la classification ne permet pas de prédire parfaitement l'ensemble des variations de durée de séjours.

Cependant, les durées de séjours prévues augmentent bien linéairement avec la durée observée : la classification permet donc de comprendre une partie des variations de durée entre séjours.

La figure suivante apporte un autre éclairage à cette problématique. Elle illustre la distribution des écarts entre durées observée et prédictive pour un séjour.



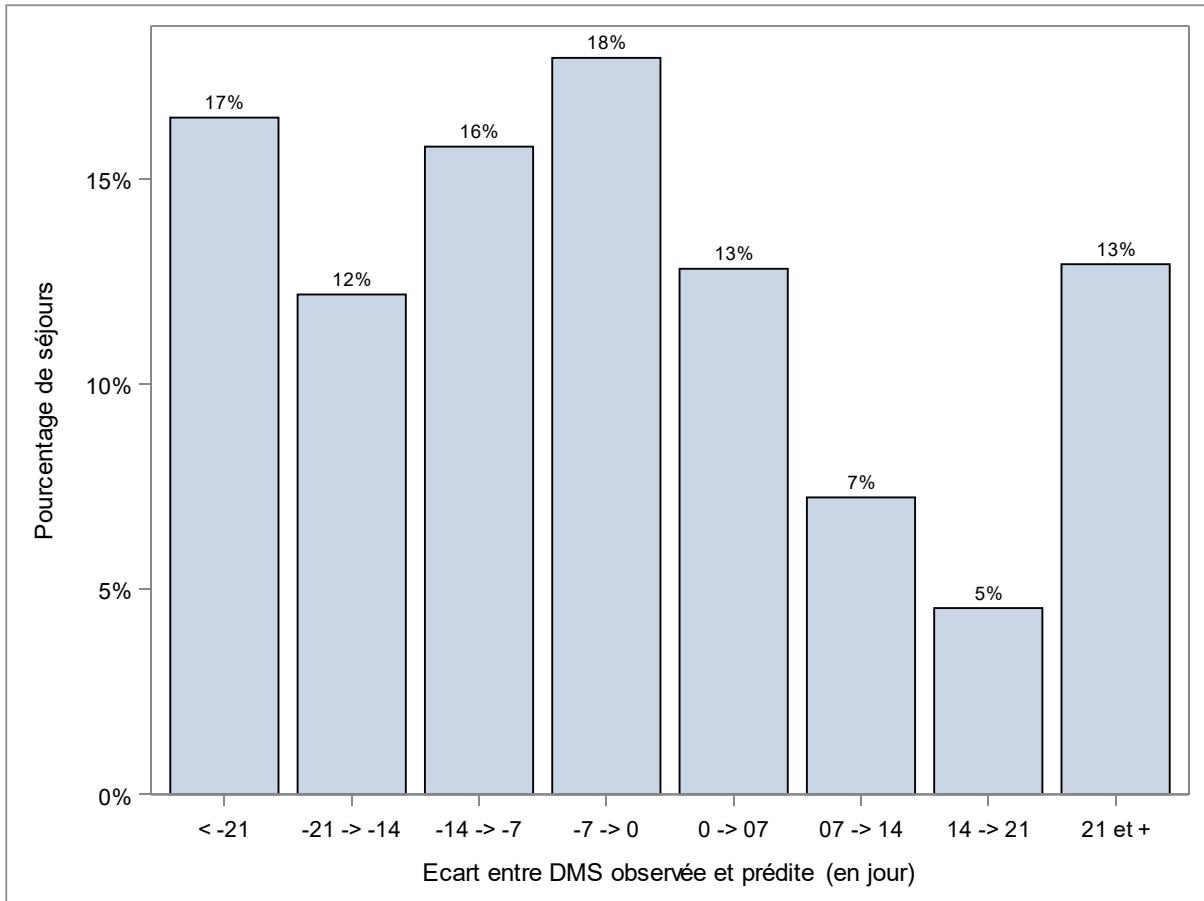
**Figure 80 : Distribution des écarts entre DMS observée et DMS prévue pour la version 2022 de la classification**

Au centre du graphique, 31% (18% + 13%) des séjours ont un écart avec la DMS de leurs GME de moins de 7 jours. Ces séjours sont bien représentés par la classification.

Puis 24% (17% + 7%) des séjours ont un écart entre 7 et 14 jours.

Enfin 45% des séjours ont un écart de plus de 14 jours avec la DMS du GME.

La figure suivante permet de comparer ces chiffres avec ceux de la version 2021 de la classification.



**Figure 81 : Distribution des écarts entre DMS observée et DMS prévue pour la version 2021 de la classification**

Bien que les différences entre ces deux graphiques ne soient pas très flagrantes, la version 2022 permet au global d'avoir 55% des séjours avec un écart d'au plus 14 jours avec la DMS de leur GME d'appartenance, contre 54% pour la version 2021 de la classification.

On observe alors une légère amélioration par rapport à 2021.

### 2.3 Écart au coût prévu

La figure suivante illustre la distribution des écarts entre coûts observés et prédis pour un séjour.

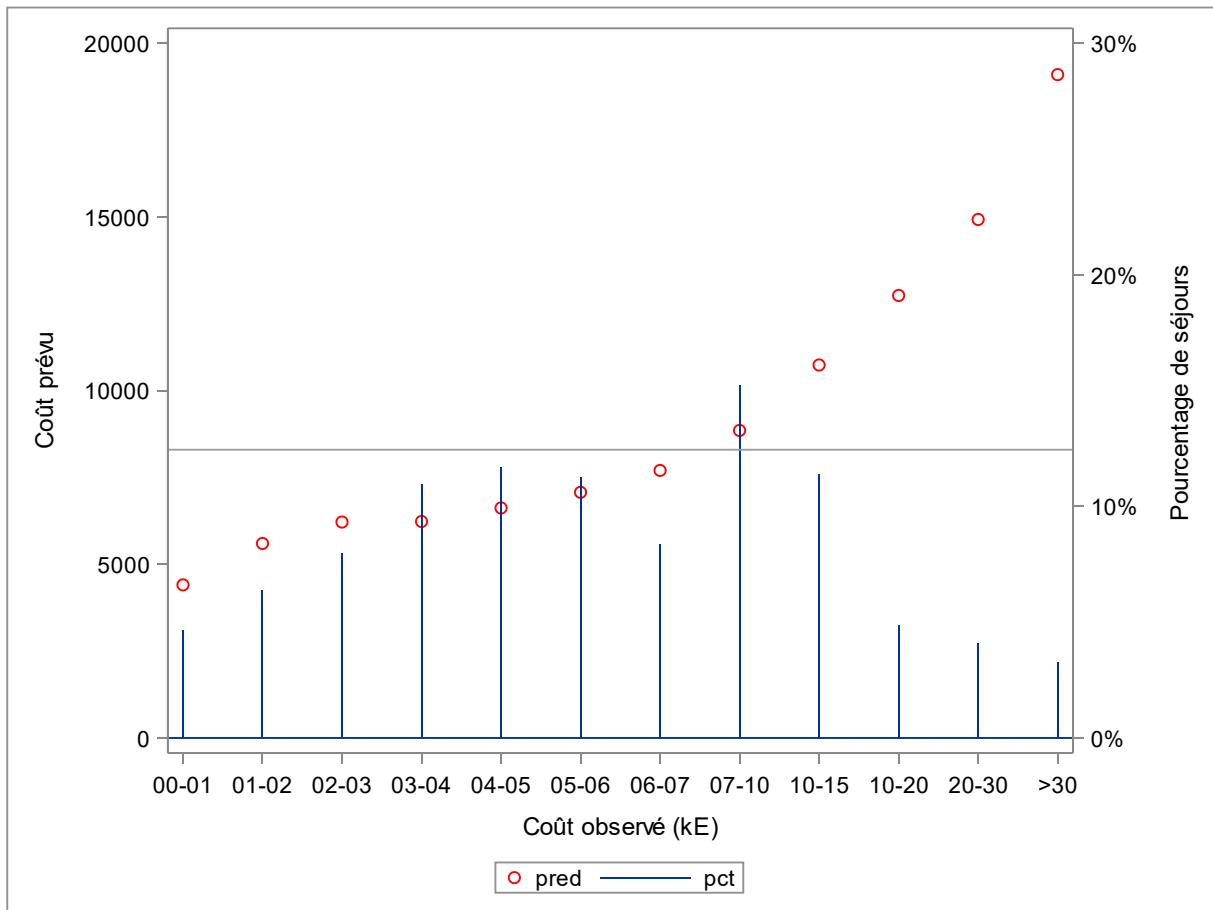


Figure 82 : Différence observée entre le coût prévu et le coût observé pour la version 2022 de la classification

Les séjours avec un coût moyen entre 5000 et 6000 euros dans l'ENC ont un coût prévu moyen de 7000 euros. Ils sont légèrement surestimés.

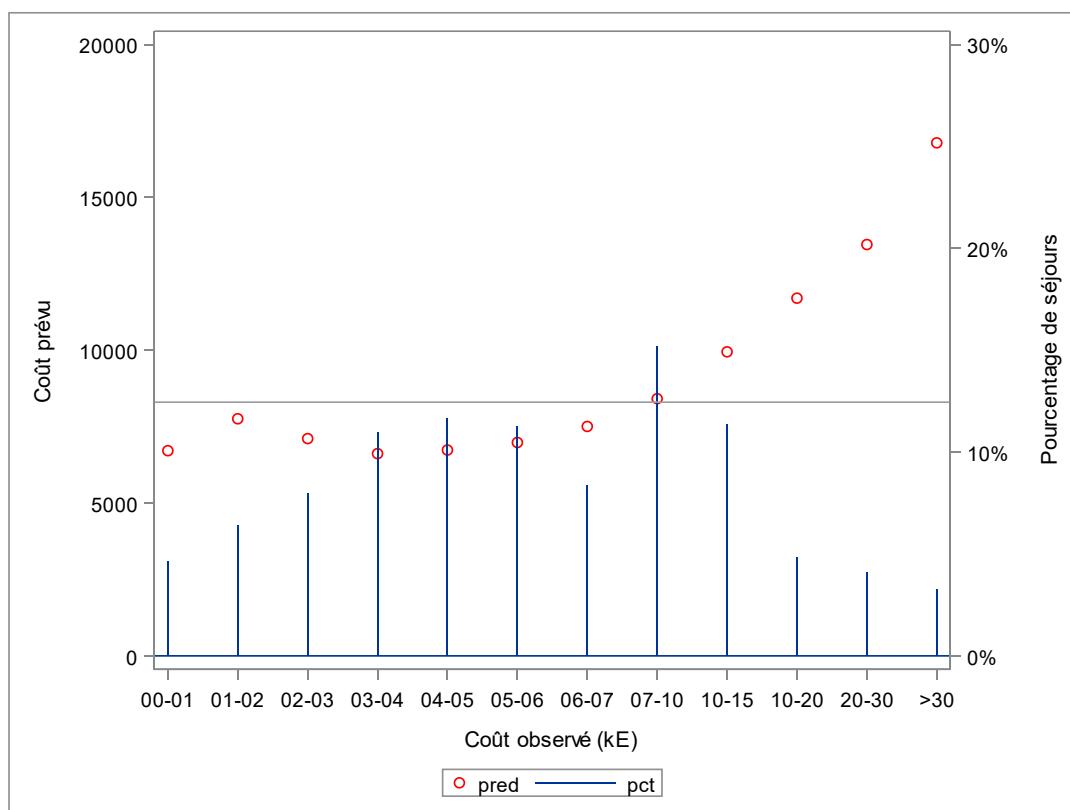
Les séjours avec un coût moyen entre 7000 et 10000 euros, ont un coût prévu moyen de 9000 euros. Ils sont estimés sans biais.

Les séjours avec des coûts faibles ont des coûts prédis surestimés, les séjours avec des coûts élevés ont des coûts sous-estimés.

Dans l'ensemble, la courbe des coûts prévus est bien corrélée à la courbe des coûts observés.

On peut donc en conclure que si la classification ne permet pas une parfaite prédiction des coûts des séjours, elle permet d'en comprendre certaines variations importantes.

La figure suivante permet de comparer ces chiffres avec ceux de la version 2021 de la classification.



**Figure 83 : Différence observée entre le coût prévu et le coût observé pour la version 2021 de la classification**

La prédition des coûts de séjour faibles et élevés était moins bonne avec la classification v2021.

### 3 ANALYSE PAR VARIABLES

Une autre façon d'analyser la performance de la classification est d'observer sa capacité à bien décrire économiquement certains types de patients.

#### 3.1 Dépendance physique

##### 3.1.1 Durées moyennes de séjour

La figure suivante montre les durées de séjours observées et prédictes pour les différentes classes de dépendance physique.

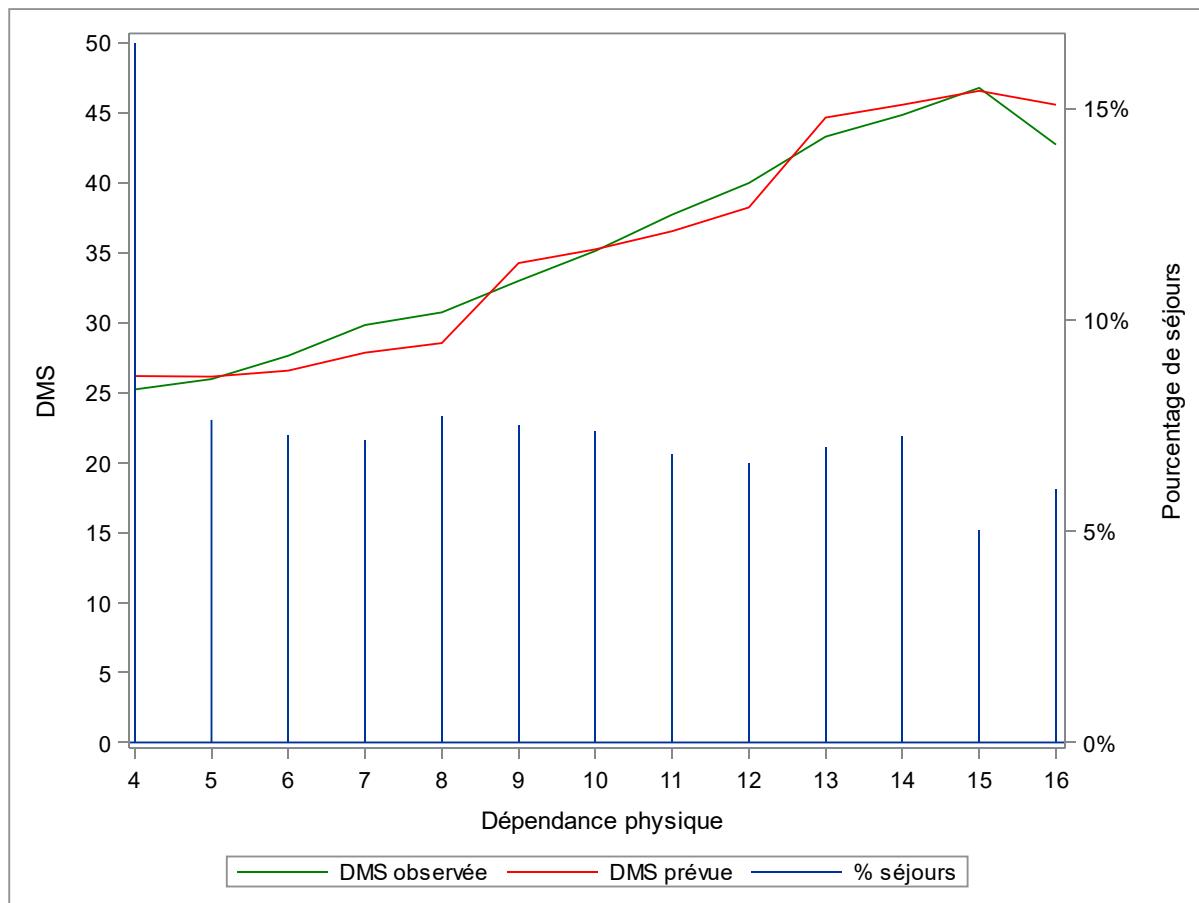


Figure 84 : Ecart entre la durée de séjour observée et prédictée en fonction de la dépendance physique

Les patients avec un score de 4 de dépendance physique restent en moyenne 25 jours, leurs DMS prévues est de 26 jours. Les patients avec un score de 15 en dépendance physique restent en moyenne 47 jours, leurs DMS prévues est de 43 jours.

Globalement, les deux courbes sont très proches montrant une adéquation très forte entre la DMS prévue et celle observée. Les écarts les plus importants sont de l'ordre de 2 pour les séjours avec des dépendances physique à 7 et 8, et de 3 jours pour la dépendance à 16.

Le tableau suivant indique, par classe de dépendance physique, la répartition en type de réadaptation, niveau de lourdeur et niveau de sévérité, la durée observée et prédictive, et le résidu.

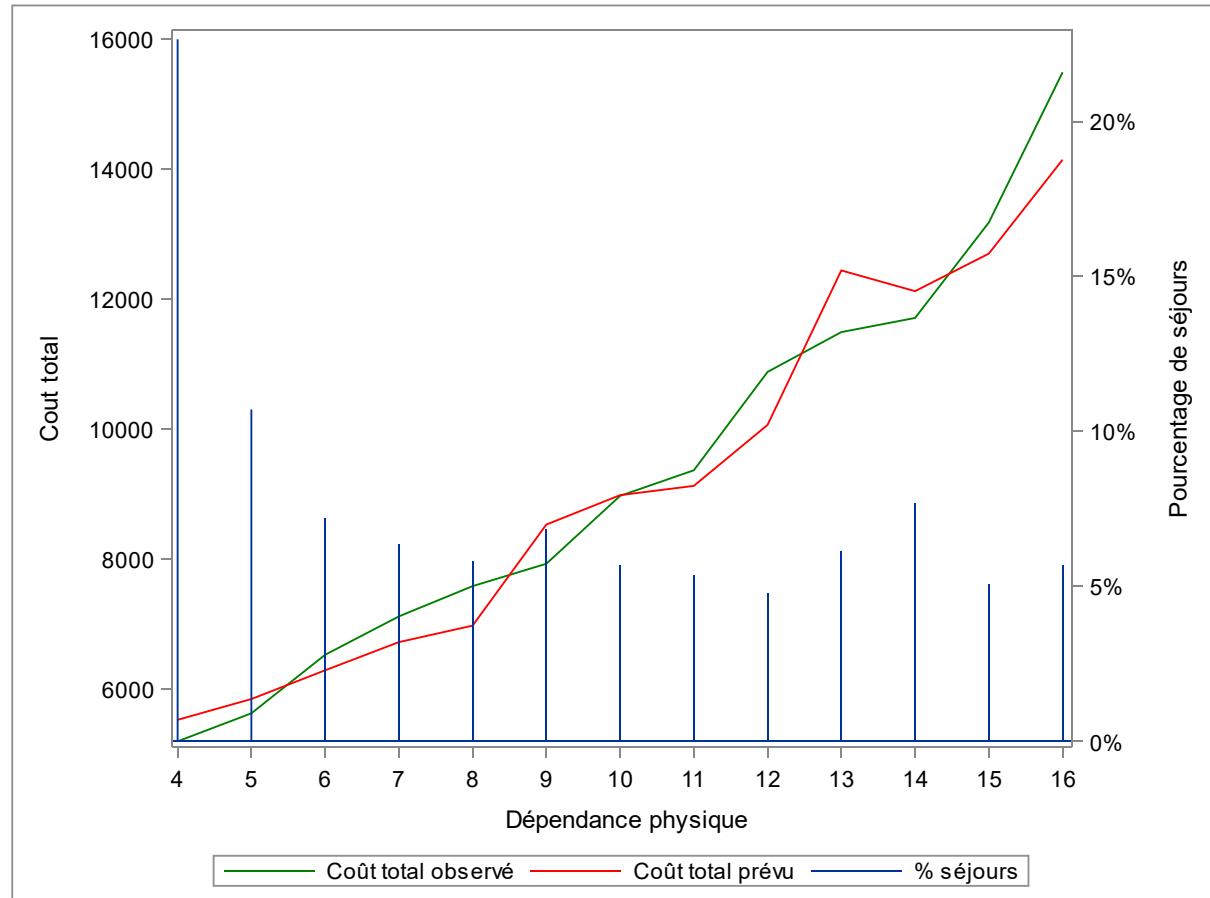
**Tableau 96 : Caractéristiques des séjours en fonction de la dépendance physique**

Valeur	NB de séjours	GR pédiatrique	GR spé imp.	GR glob. imp.	GR autre	Lourd eur A	Lourd eur B	Lourd eur C	Sévérité	Durée observée	Durée prédictive	Résidu
04-08	860456	3%	42%	21%	33%	82%	15%	3%	14%	27,3	26,9	0,5
09-12	526066	1%	25%	35%	40%	1%	83%	16%	25%	36,3	36,0	0,3
13-16	468909	2%	18%	36%	44%	0%	12%	88%	40%	44,3	45,5	-1,2

Les durées observées sont proches des durées prédictives, les résidus sont faibles, quelle que soit la classe de dépendance. Il augmente un peu pour les dépendances élevées.

### 3.1.2 Coûts moyens

La figure suivante montre les coûts observés et prédictifs pour les différentes tranches de dépendance physique.



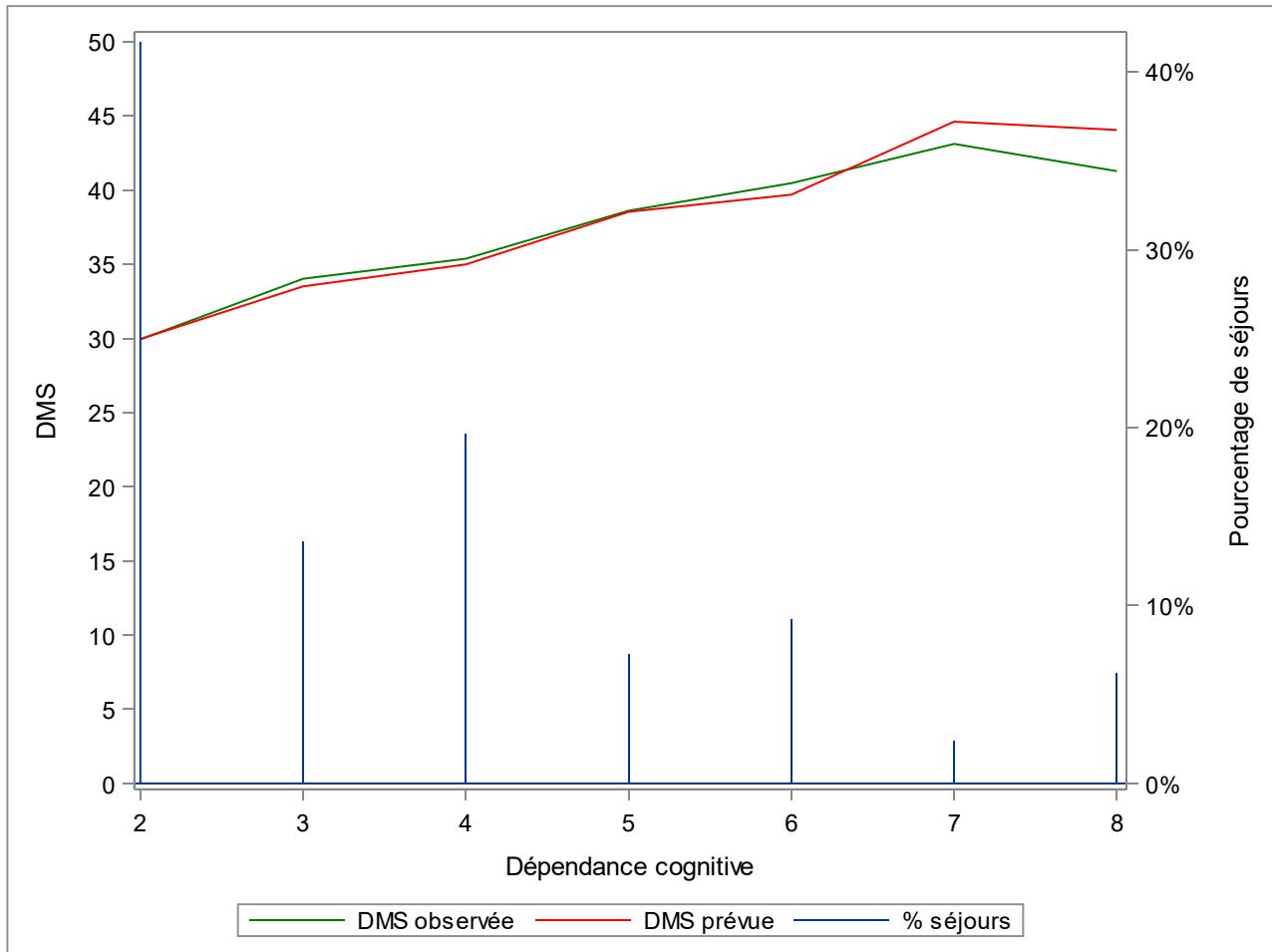
**Figure 85 : Ecart entre le coût observé et le coût prévu en fonction de la dépendance physique**

Les conclusions sont les mêmes que pour les durées. Les courbes représentant les coûts observés et les coûts prévus sont très proches, ce qui signifie qu'il n'y a pas de biais pour cette variable.

### 3.2 Dépendance cognitive

#### 3.2.1 Durées moyennes de séjour

La figure suivante montre les durées de séjour observées et prédictes pour les différentes classes de dépendance cognitive.



**Figure 86 : Ecart entre durée de séjour observée et durée de séjour prévue, en fonction de la dépendance cognitive**

Les patients avec un score de 2 de dépendance cognitive restent en moyenne 30 jours, leur DMS prévue est de 30 jours. Les patients avec un score de 8 en dépendance cognitive restent en moyenne 41 jours, leur DMS prévue est de 43 jours.

Globalement, les deux courbes sont très proches, montrant une adéquation très forte entre la DMS prévue et celle observée. Les écarts les plus importants sont de l'ordre de 2 pour les séjours avec des dépendances cognitives élevées.

Le tableau suivant indique, par classe de dépendance cognitive, la répartition en type de réadaptation, niveau de lourdeur et niveau de sévérité, la durée observée et prédictée, et le résidu.

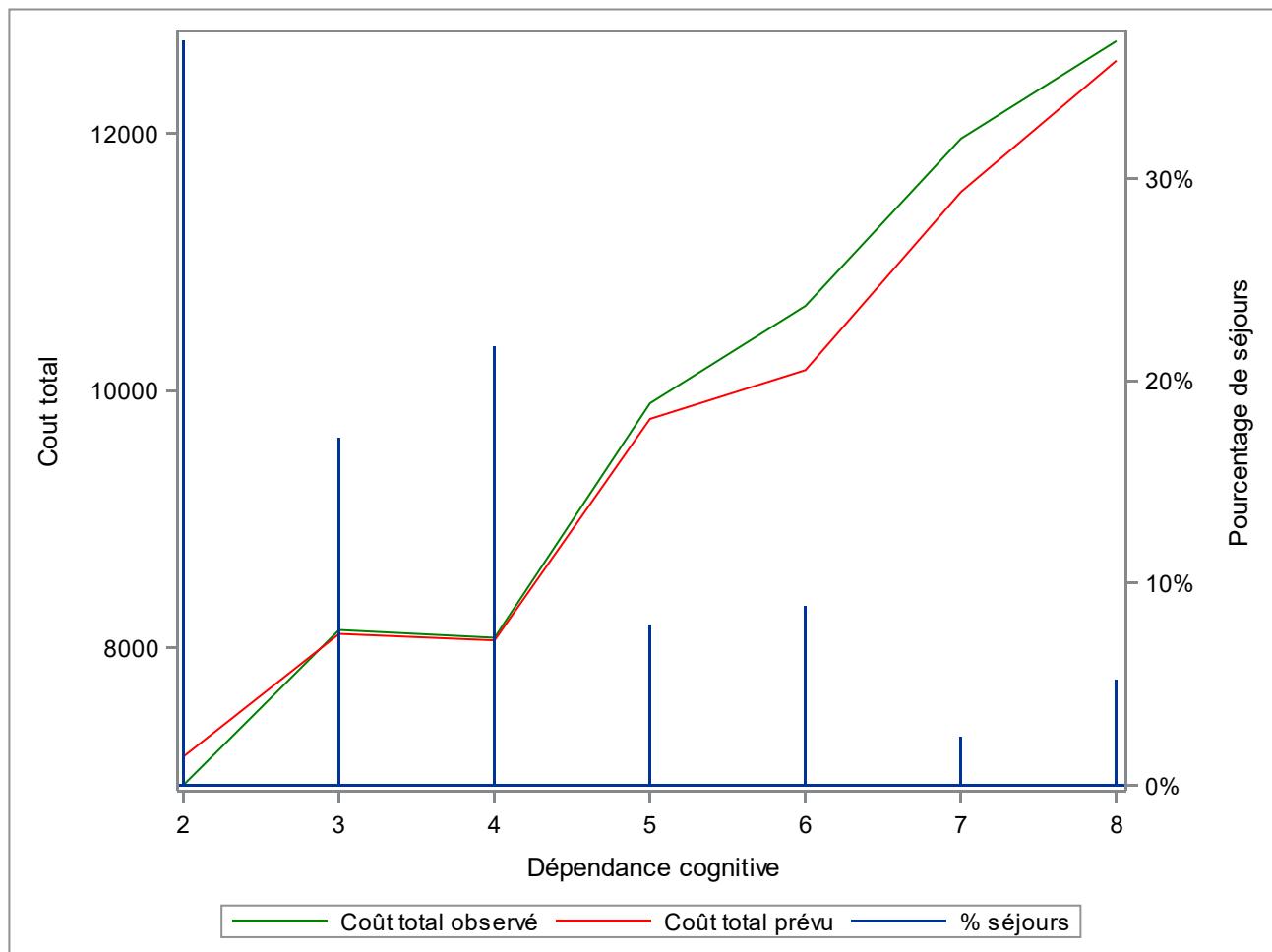
**Tableau 97 : Caractéristiques des séjours en fonction de la dépendance cognitive**

Valeur	NB de séjours	GR pédia trique	GR spé imp.	GR glob. imp.	GR autre	Lourd eur A	Lourd eur B	Lourd eur C	Sévérité	Durée observée	Durée prédictive	Résid u
02-06	1 696 340	2%	32%	29%	37%	42%	35%	24%	22%	33,5	33,2	0,2
07-08	159 091	5%	19%	28%	48%	1%	18%	81%	43%	41,8	44,2	-2,4

Les durées observées sont proches des durées prédictives, les résidus sont faibles, quelle que soit la classe de dépendance. Il augmente un peu pour les dépendances éléveées.

### 3.2.2 Coûts moyens

La figure suivante montre les coûts observés et prédis pour les différentes tranches de dépendance cognitive.



**Figure 87 : Ecart entre coût de séjour observé et coût de séjour prévu, en fonction de la dépendance cognitive**

Les conclusions sont les mêmes que pour les durées. Les courbes représentant les coûts observés et les coûts prévus sont très proches, ce qui signifie qu'il n'y a pas de biais pour cette variable.

### 3.3 Age

#### 3.3.1 Durées moyennes de séjour

La figure suivante montre les durées de séjours observées et prédictes pour les différentes classes d'âge.

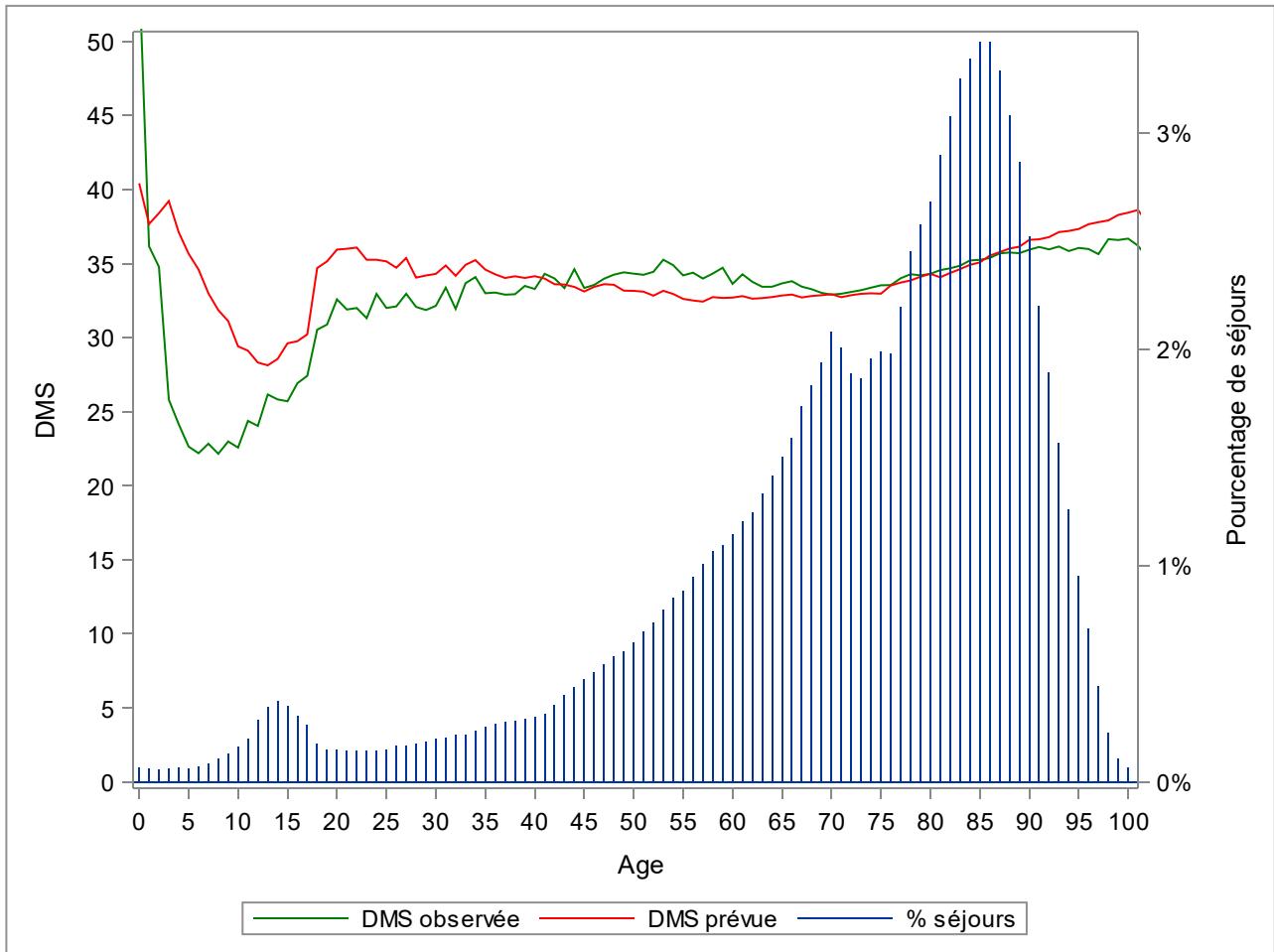


Figure 88 : Ecart entre la durée de séjour observée et la durée de séjour prévue, en fonction de l'âge

La DMS augmente avec l'âge, avec néanmoins un pic pour les enfants de moins de 5 ans.

La DMS prévue est légèrement supérieure à la DMS observée pour les séjours des patients de moins de 40 ans, légèrement inférieure pour les patients entre 45 et 70 ans, puis en adéquation forte au-delà.

Le tableau suivant indique, par classe d'âge, la répartition en type de réadaptation, niveau de lourdeur et niveau de sévérité, la durée observée et prédictive, et le résidu.

**Tableau 98 : Caractéristiques des séjours en fonction de la classe d'âge**

Val eur	NB de séjours	GR pédia trique	GR spé imp.	GR glob. imp.	GR autre	Lourde ur A	Lourdeur B	Lourdeu r C	Sévé rité	Durée obser vée	Durée prédi tive	Résid u
00- 03	4622	51%	27%	20%	1%	0%	26%	74%	59%	38,5	39,0	-0,5
04- 12	21716	73%	19%	8%	1%	0%	69%	31%	32%	23,0	30,8	-7,9
13- 17	30406	73%	20%	6%	1%	67%	18%	15%	22%	26,1	29,2	-3,1
18- 40	86211	0%	66%	13%	21%	65%	21%	14%	22%	32,6	34,7	-2,1
41- 60	261274	0%	59%	16%	25%	66%	21%	13%	21%	34,3	33,0	1,3
61- 70	294782	0%	46%	22%	31%	53%	28%	19%	21%	33,5	32,8	0,7
71- 75	180204	0%	38%	27%	35%	44%	33%	22%	21%	33,2	32,9	0,3
76- 80	220668	0%	27%	32%	41%	34%	37%	28%	22%	34,1	33,9	0,2
81- 85	296767	0%	17%	37%	46%	25%	41%	34%	24%	34,9	34,6	0,3
86 et+	458781	0%	9%	40%	51%	16%	39%	45%	29%	35,8	36,4	-0,6

Dans la majorité des cas, les durées observées sont proches des durées prédictives et les résidus sont faibles.

Chez les enfants et les adultes jeunes, le résidu est plus important, la durée est supérieure à la durée observée.

### 3.3.2 Coûts moyens

La figure suivante montre les coûts observés et prédis pour les différentes tranches d'âge.



Figure 89 : Ecart entre coût observé et coût prévu, en fonction de l'âge.

On observe une variabilité forte des données avant 20 ans puis une adéquation très forte entre coût prévu et coût observé.

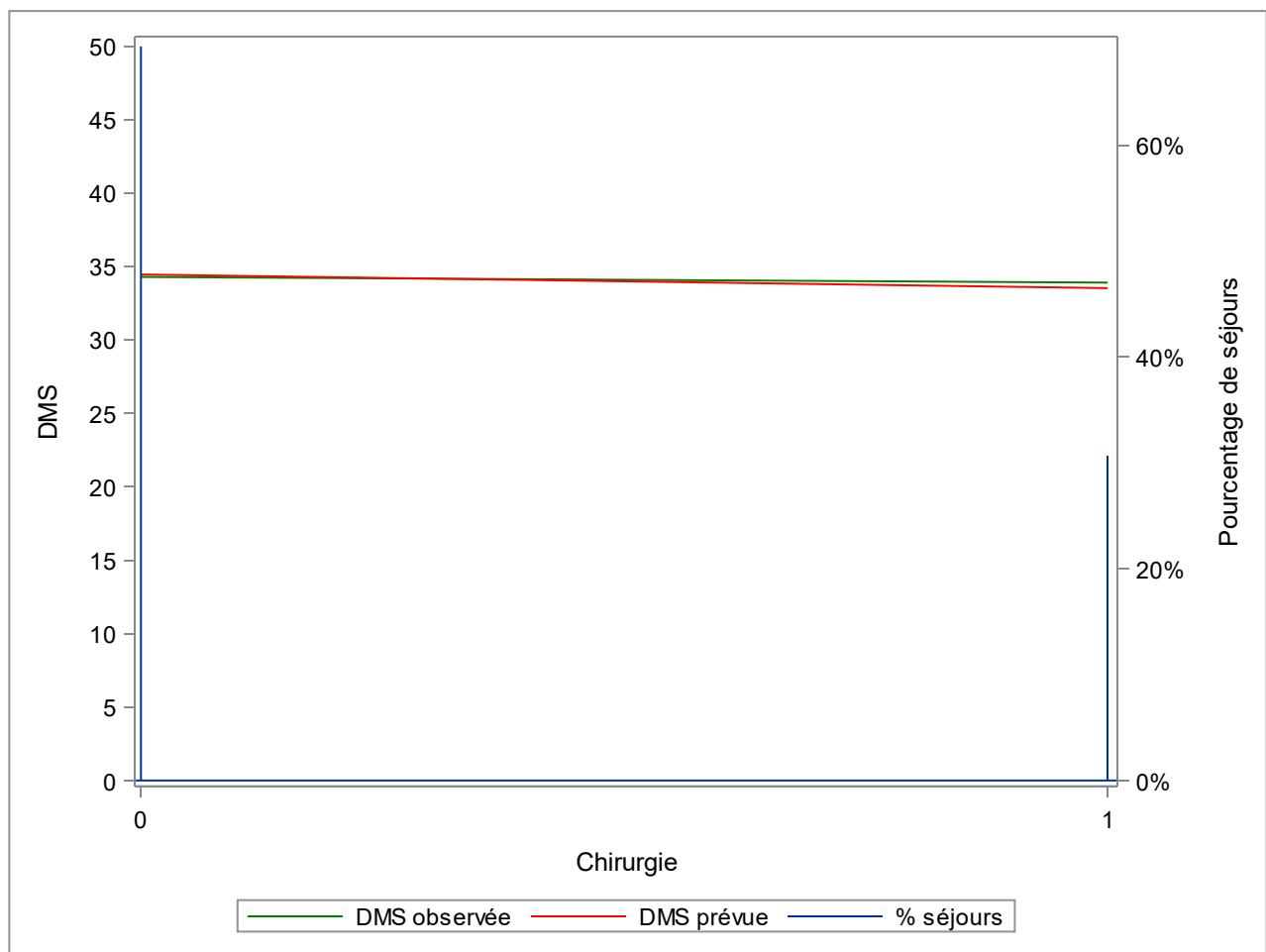
### 3.4 Statut post-chirurgical

#### 3.4.1 Durées moyennes de séjour

La figure suivante montre les durées de séjours observées et prédictes en fonction du statut post-chirurgical.

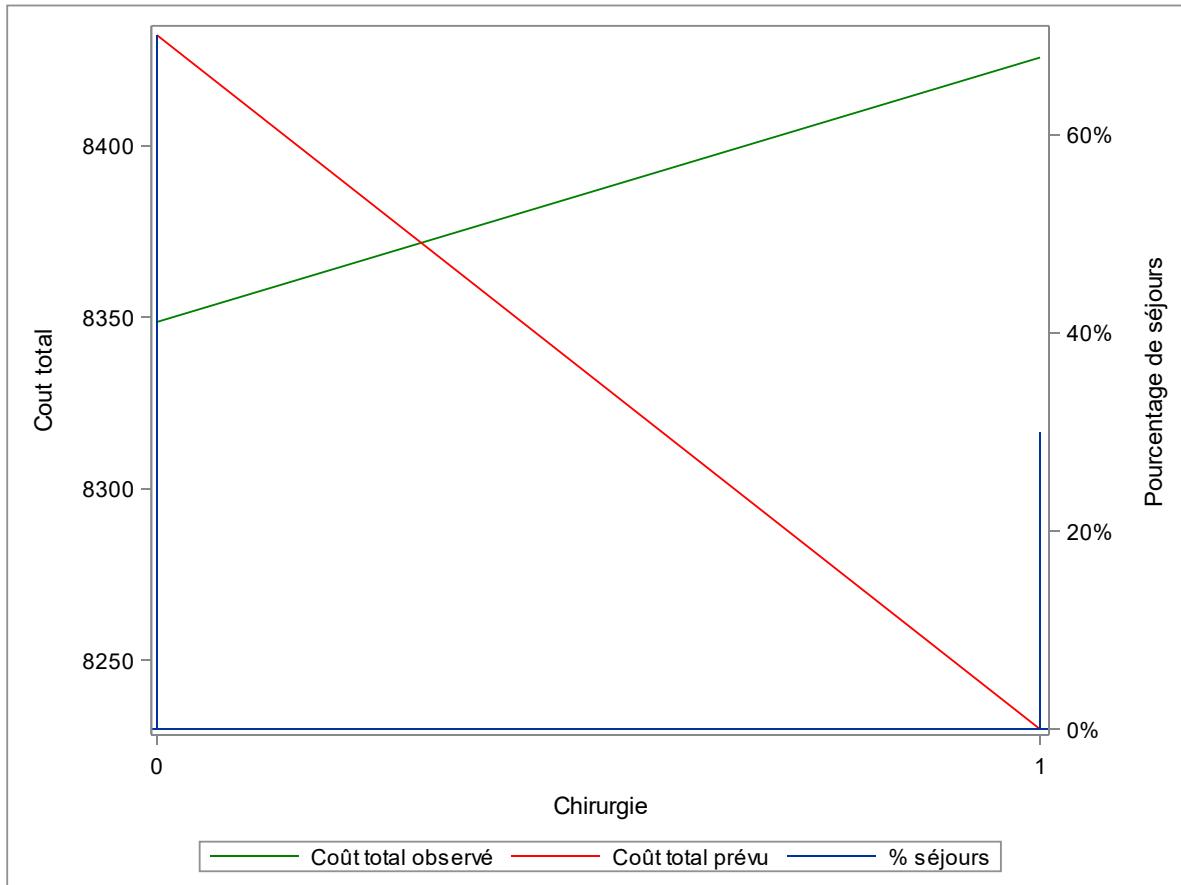
La barre des séjours est située à gauche du graphique, pour les séjours sans chirurgie (0)

La barre des séjours est située à droite du graphique, pour les séjours avec chirurgie (1)



### 3.4.2 Coûts moyens

La figure suivante montre les coûts moyens des séjours observés et prédis en fonction du statut post-chirurgical.



**Figure 91 : Ecart entre coût observé et coût prévu selon le statut post-chirurgical**

Le coût observé est légèrement inférieur au coût prévu en l'absence d'intervention, et supérieur en présence d'intervention.

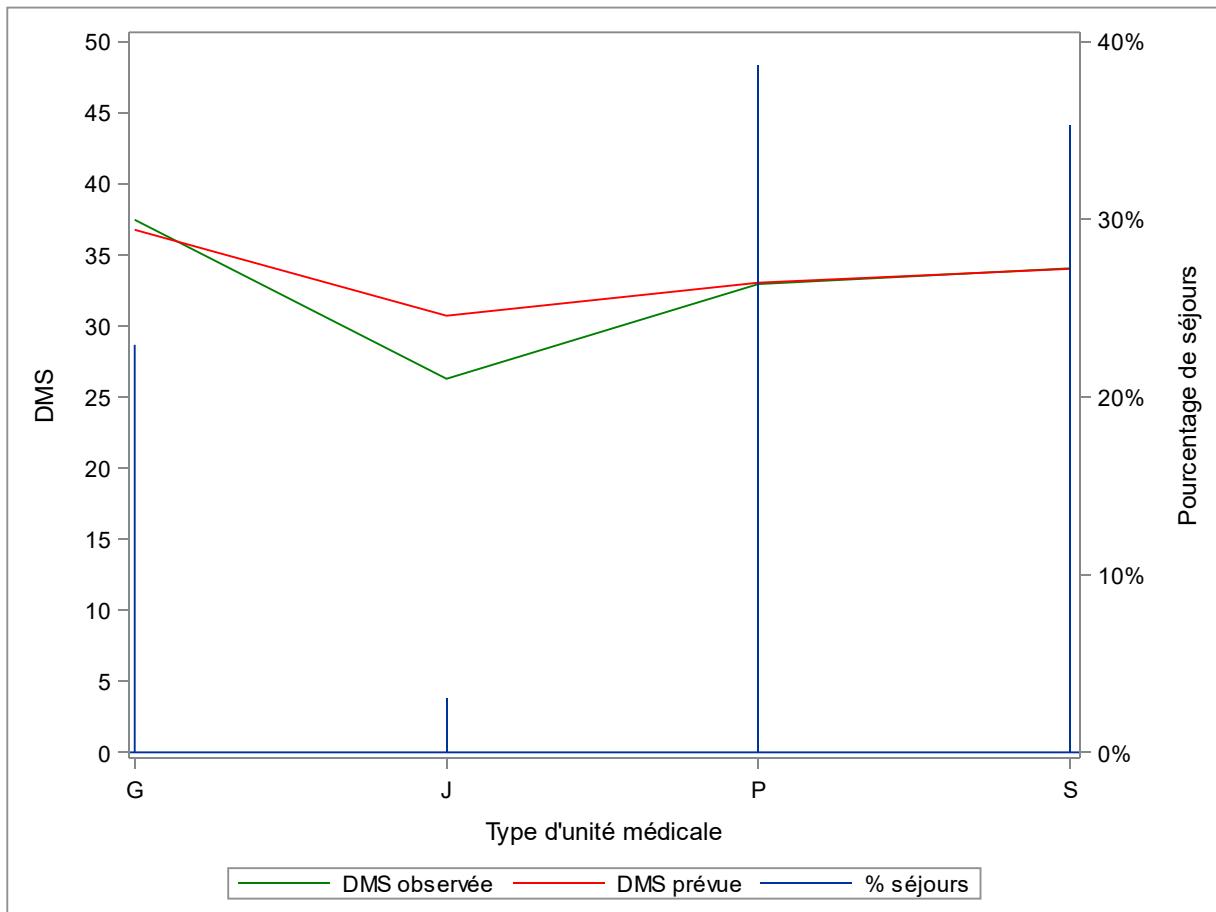
Pour l'ensemble des caractéristiques étudiées, les différences entre prévus et observés sont faibles que ce soit en coût ou en durée. Ce constat montre la bonne capacité de la classification à retranscrire les écarts de charge économique liés aux différents profils de patients.

### 3.5 Unité médicale

#### 3.5.1 Durée moyenne de séjour

La figure suivante montre les durées de séjour observées et prédictes en fonction du type d'unité médicale.

Les unités pédiatriques sont désignées par la lettre J, polyvalentes (adultes) par la lettre P, gériatrique par la lettre G, spécialisée (adultes) par la lettre S.



**Figure 92 : Écart entre durée de séjour et durée de séjour prévue en fonction du type d'UM**

Les séjours réalisés en unités polyvalentes (P), spécialisées (S), ou gériatriques (G) ont des durées de séjour observées proches des durées de séjour prédictes.

On constate un écart d'environ 5 jours pour les séjours pédiatriques (J).

Le tableau suivant indique, par type d'unité, la répartition en type de réadaptation, niveau de lourdeur et niveau de sévérité, la durée observée et prédictée, et le résidu.

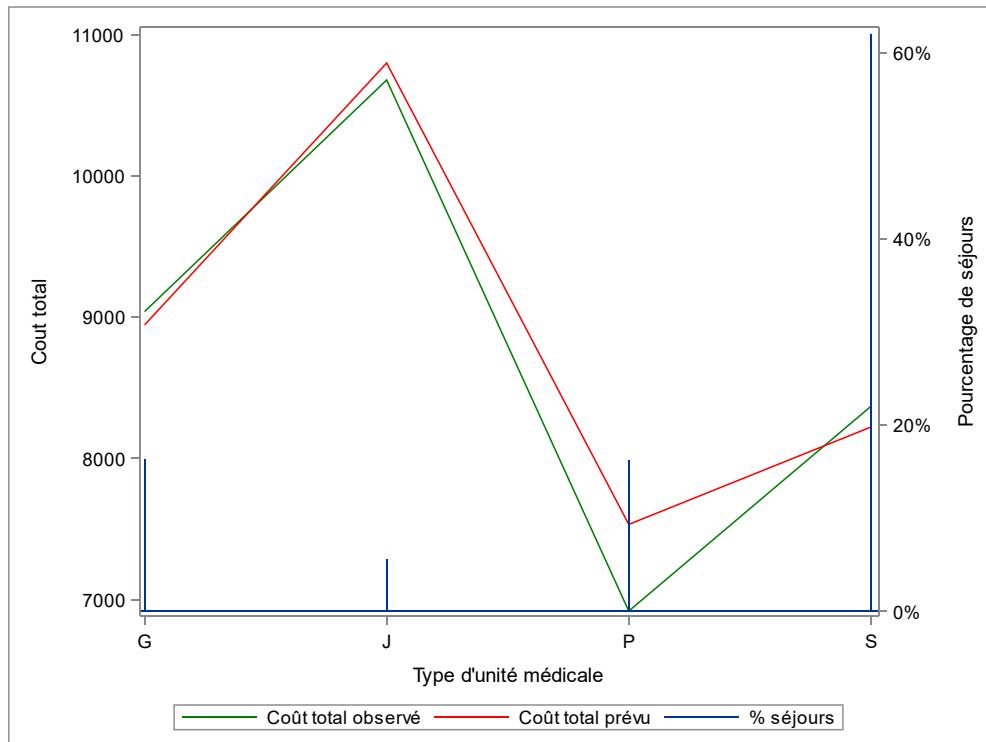
**Tableau 99 : Caractéristiques des séjours en fonction du type d'unité**

Valeur	NB de séjours	GR pédia trique	GR spé imp.	GR glob. imp.	GR autre	Lourd eur A	Lourd eur B	Lourd eur C	Sévér ité	Durée observ ée	Durée prédict e	Résid u
Pédiatri que	56 950	70%	20%	9%	2%	36%	38%	27%	30%	26,0	30,7	-4,7
Gériatri que	425 876	0%	8%	43%	50%	17%	38%	45%	31%	37,5	36,8	0,7
Polyval ente	716 827	0%	12%	34%	54%	34%	36%	30%	24%	33,0	33,0	-0,1
Spécial isée	655 778	0%	68%	16%	16%	57%	27%	16%	19%	34,1	34,0	0,0

Le résidu de 4,7 j concerne les unités pédiatriques.

### 3.5.2 Coût moyen

La figure suivante montre le coût moyen des séjours observé et prévu en fonction du type d'unité médicale.

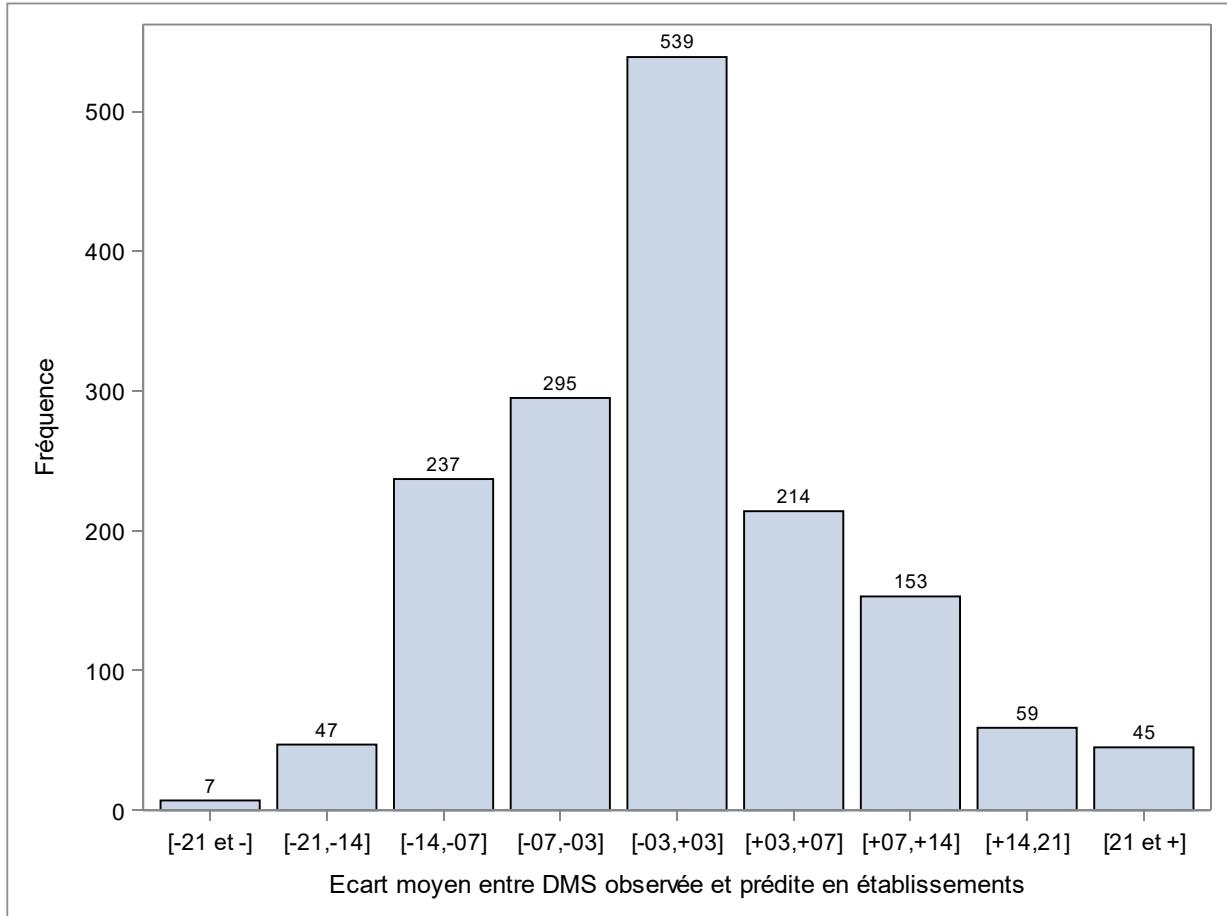


**Figure 93 : Écart entre coût observé et coût prévu, en fonction du type d'UM**

Le seul écart observé, comme pour les DMS, concerne les séjours pédiatriques. Globalement, les caractéristiques économiques des séjours pris en charge, selon les différentes unités médicales sont bien prises en compte dans la classification. Les biais sont faibles, tant en durée de séjours qu'en coût total.

## 4 COMPARAISON DE LA DMS DES ETABLISSEMENTS ET DE LA DMS PREDITE

La figure suivante montre la distribution des établissements en fonction de leur résidu moyen (durée prédictive – durée observée)



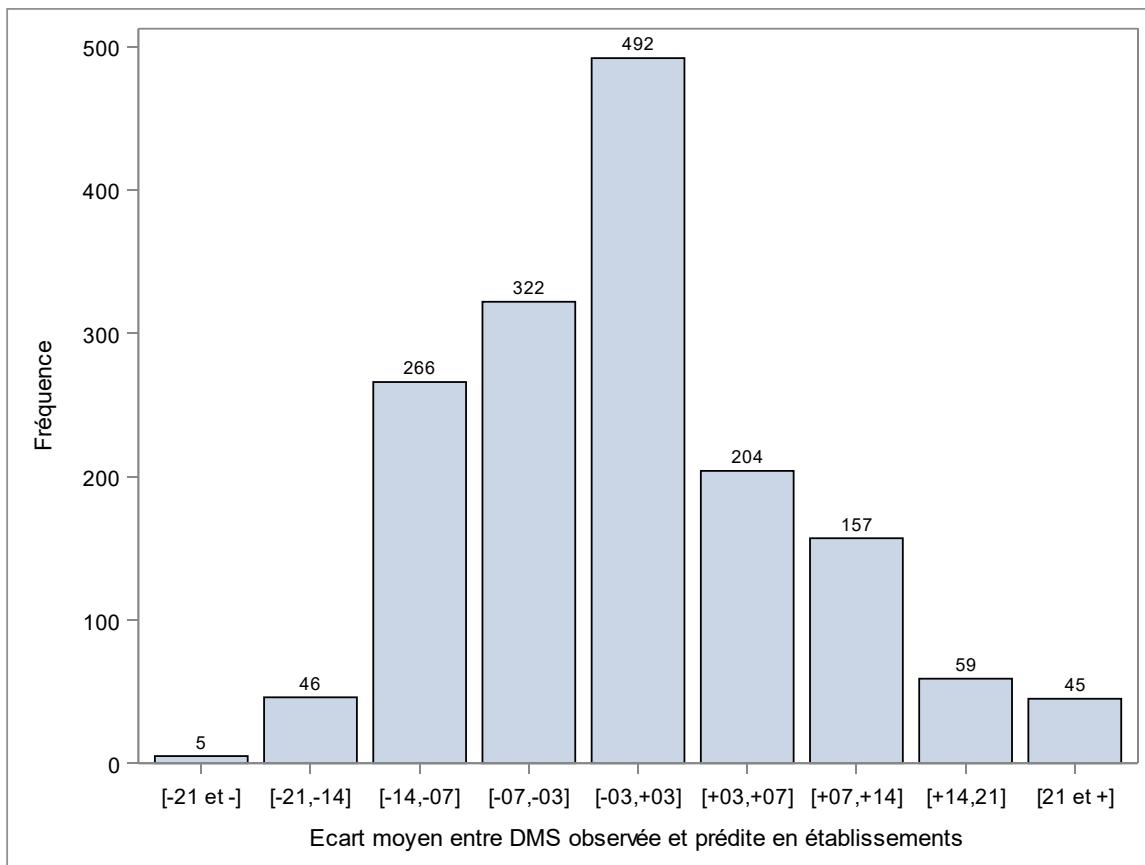
**Figure 94 : Distribution des résidus moyens dans les établissements pour la version 2022 de la classification**

539 sur 1596 établissements, soit environ 1/3, ont un résidu moyen (durée prédictive – durée observée) compris entre -3 et 3 jours. Ces établissements sont très bien décrits par la classification.

1048 sur 1596 établissements, soit 2/3, ont un résidu moyen compris entre -7 jours et 7 jours. Ces établissements sont bien décrits par la classification.

1/3 des établissements ont un résidu plus élevé, au-delà de 7 jours. La classification semble moins bien décrire l'activité économique de ces établissements.

La figure suivante permet de comparer ces chiffres avec ceux de la version 2021 de la classification.



**Figure 95 : Distribution des résidus moyens dans les établissements pour la version 2021 de la classification**

La comparaison des résultats de ces deux graphiques montre une nette amélioration de la description des établissements avec la version 202 de la classification. En effet, dans la version 2021, seulement 492 sur 1596 établissements ont un résidu moyen (durée prévue – durée observée) compris entre -3 et 3 jours.

La figure suivante montre la différence entre la DMS observée et prédictive par établissements.

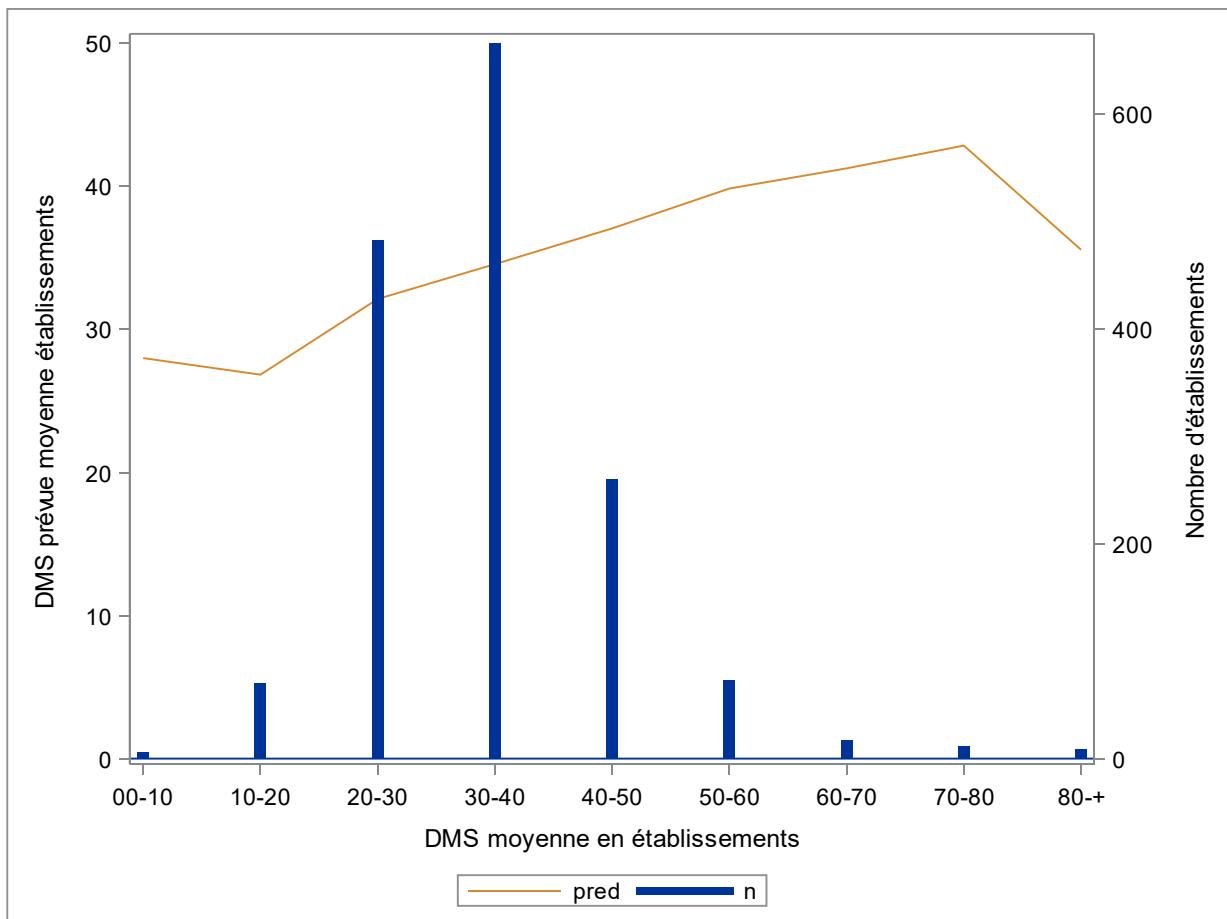


Figure 96 : DMS moyenne des établissements par rapport à la DMS prévue

La majorité des établissements, environ 650, ont une DMS observée entre 30 et 40 jours, correspondante à la DMS prédictive.

Environ 550 établissements ont des DMS plus courtes que les DMS prédictives.

Environ 400 établissements ont des DMS plus longues que les DMS prédictives.

Les établissements avec des durées extrêmes (hautes ou basses) présentent des écarts observés – prédictifs importants.

Pour autant, la durée prévue par établissement est bien corrélée à la durée observée. Plus l'établissement présente des séjours longs, plus la durée prévue pour l'établissement est élevée.

Ainsi, bien que la classification ne permet pas une parfaite prédition des durées de chaque établissement, elle permet ici aussi d'en comprendre certaines variations.

## VII. CONCLUSION

---

Cette nouvelle version de classification en groupes médico-économiques, nommée GME\_2022, sera appliquée à compter du 28 février 2022.

Elle introduit deux nouveaux concepts :

- Le type de réadaptation qui intègre, en plus de l'aspect quantitatif de la réadaptation, l'aspect qualitatif, fondé sur l'utilisation d'actes spécialisés, organisés en liste par GN.
- Le niveau de lourdeur qui évalue la lourdeur médico-économiques liée aux caractéristiques du patient, à savoir son âge, son niveau de dépendance physique et cognitive et son statut post-chirurgical.

Le processus de classement en CM et GN est inchangé pour cette version 2022, ainsi que le principe de détermination du niveau de sévérité en hospitalisation complète (en hospitalisation à temps partiel, il est fixé à 0 par convention).

**Cette classification répond à ses deux objectifs principaux, l'amélioration de la pertinence médico-économique et la lisibilité médicale.**

**Sur un plan statistique**, elle permet une progression de la part de variance expliquée en HC, aussi bien sur les durées de séjour (de 14,6% pour la version 2021 à 18,9% pour la version 2022), que sur le coût total au séjour (de 22,4% pour la version 2021 à 30,3% pour la version 2022).

Elle permet d'obtenir des GME plus homogènes par comparaison à la classification en v2021. En ce qui concerne les coûts par exemple, la courbe des coûts prévus est nettement plus corrélée à la courbe des coûts observés dans la version 2022 (Figure 81, Figure 82). Par ailleurs, les biais d'estimation de ces coûts sont bien plus réduits que dans la version actuelle de la classification.

Elle améliore la description de l'activité dans les établissements. Ainsi 539 établissement ont un résidu moyen compris entre -3 jours et +3 jours pour cette classification contre 492 pour l'actuelle. 1048 sur 1596 établissements (soit les 2/3) ont un résidu moyen compris entre -7 jours et 7 jours pour cette nouvelle classification, contre 1018 pour l'actuelle (Figure 93, Figure 94).

Cependant, des points d'amélioration ont été identifiés. En particulier, le modèle n'apporte pas d'amélioration, en termes de PVE sur le coût journalier en HTP, par comparaison au modèle actuel.

**Sur un plan médical**, la lecture des casemix est facilitée par le caractère signifiant des codes et libellés des GME, et par les regroupements possibles. Pour les professionnels de terrain, il devient plus facile de comprendre quel impact chaque variable codée peut avoir sur le groupage.

La structure de cette classification a l'avantage d'être évolutive : il sera possible d'enrichir chaque strate de nouveaux éléments, en fonction de l'évolution du recueil, ou de modifier l'utilisation d'une variable. Par exemple, un changement d'échelle de recueil de la dépendance, une modification des types de réadaptation ou de détermination du niveau de sévérité, seraient envisageables sans bouleverser la structure de l'arbre algorithme.

Même si les résultats statistiques sont moins probants en HTP, l'activité est mieux décrite, du fait de la création d'autant de GME qu'en hospitalisation complète. La description de nouvelles activités en HTP, actuellement uniquement réalisées en HC sera possible sans ajouter de groupes.

**Des perspectives d'amélioration sont d'ores et déjà identifiées** et des travaux ont été initiés : les premiers concernent l'HTP avec le double objectif, de rechercher une meilleure prise en compte de la réadaptation, et d'analyser la pertinence de la prise en compte des caractéristiques patients, en particulier la dépendance. Les seconds concernent la pédiatrie et la prise en compte des actes de réadaptation. Enfin, une refonte importante concernant les sévérités est attendue dans une version ultérieure du modèle de classification.

## VIII. ANNEXES

### 1 ACTES CSARR AVEC TEMPS TRES VARIABLE SELON L'INTERVENANT

par ordre décroissant de différence de temps de réalisation

Code CSARR	Libellé	Déférence	Temps mini + intervenant	Temps maxi + intervenant
ALQ+250	Évaluation globale finale de plusieurs fonctions cognitives	121	22 / ergo	143 / neuropsycho
ZGR+068	Séance d'atelier de travail	113	30 / éducateur	143 / moniteur d'atelier
ALQ+176	Évaluation psychologique de plusieurs fonctions cognitives	113	20 / médecin	133 / orthophoniste
ALQ+137	Évaluation globale intermédiaire de plusieurs fonctions cognitives	103	13 / médecin	116 / neuropsycho
ALQ+247	Évaluation globale initiale de plusieurs fonctions cognitives	95	33 / ergo	128 / neuropsycho
ZZM+175	Modification secondaire de dispositif technique de compensation ou d'orthèse	93	28 / ergo	121 / orthoprotésiste
ZZM+291	Fabrication de dispositif technique de compensation	85	21 / kiné	106 / orthoprotésiste
ZZE+026	Déplacement hors de l'établissement pour accomplissement de démarche socio-administrative, juridique, éducative et/ou de réinsertion scolaire ou professionnelle	85	35 / éducateur spécialisé	120 / assistant social
ALQ+183	Évaluation analytique initiale de fonction cognitive	65	18 / médecin	83 / neuropsycho
ALQ+065	Évaluation analytique intermédiaire ou ciblée de fonction cognitive	61	17 / médecin	78 / neuropsycho
ALQ+001	Évaluation psychologique de fonction cognitive avec mise en situation	58	18 / médecin	76 / neuropsycho
ZZQ+186	Évaluation et élaboration du projet d'aménagement personnalisé du lieu de vie	58	30 / assistant social	88 / ergo
ZZQ+286	Évaluation sur plan du lieu de vie avec analyse des habitudes de vie du patient	58	40 / ergo	98 / assistant social
GKQ+139	Évaluation initiale du langage écrit	52	20 / ergo	72 / orthophoniste
ZZQ+192	Évaluation initiale pour éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	50	11 / diététicien	61 / autre intervenant
ZGM+247	Préparation et suivi de l'avancement de dossier pour réinsertion professionnelle	48	41 / autre intervenant	89 / ergonome
ZGR+255	Séance d'atelier d'activités artistiques, culturelles et/ou de loisirs	48	11 / éducateur sportif	59 / ide
ZZM+080	Réparation et/ou révision de dispositif technique de compensation ou d'orthèse	48	26 / ergo	74 / orthoprotésiste
ALQ+105	Évaluation des capacités cognitives pour la conduite d'un véhicule automobile	46	60 / ergo	106 / neuropsycho
ANQ+105	Évaluation intermédiaire des fonctions psychomotrices	46	16 / médecin	62 / ide
ZZQ+242	Évaluation secondaire de l'utilisation d'orthèse	42	17 / médecin	59 /

Code CSARR	Libellé	Différence	Temps mini + intervenant	Temps maxi + intervenant
				orthoprothésiste
ZGR+044	Réadaptation à la vie sociale par la participation à une manifestation sportive, culturelle et/ou de loisirs	41	24 / éducateur spé	65 / APA
BLR+156	Séance de rééducation en basse vision	41	19 / ergo	60 / orthoptiste
HQQ+136	Évaluation initiale des troubles de la déglutition	36	16 / IDE	52 / orthophoniste
ZGT+259	Assistance spécialisée pour accompagnement de la scolarité	35	25 / éducateur spé	60 / enseignant général
ALQ+110	Évaluation analytique finale de fonction cognitive	35	36 / ergo	71 / neuropsycho
ANQ+067	Évaluation initiale des fonctions psychomotrices	35	35 / médecin	70 / IDE
DKQ+008	Quantification des capacités fonctionnelles cardiovasculaires et/ou respiratoires pour la réalisation des gestes quotidiens	34	10 / IDE	44 / ergo
ALR+298	Séance de stimulation cognitive, sensorielle, sensitive et motrice	34	19 / kiné	53 / éducateur jeunes enfants
ZZM+216	Fabrication de dispositif d'aide au maintien de la posture axiale en position assise ou allongée	34	42 / ergo	76 / kiné
MKR+074	Séance d'apprentissage de la préhension avec prothèse	33	16 / kiné	49 / ergo
ZGQ+099	Évaluation initiale des capacités du patient pour les activités sociales de la vie quotidienne [ASVQ] avec mise en situation	30	22 / IDE	51 / ergo
ZZQ+112	Évaluation finale pour éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	30	16 / médecin	46 / APA

## 2 ACTES CSARR FAISANT L'OBJET D'UN CONTROLE OVALIDE

csarr	Libellé long	Type d'intervenant (21 IDE, 88 autre intervenant)	Acte introduit dans le contrôle en 2020	Acte pondéré à 0 en 2022
ANQ+126	Évaluation de la sensibilité de la peau et des articulations d'un patient douloureux	21 et 88		X
ANQ+173	Évaluation de la sensibilité de la peau et des articulations d'un patient indolore	21 et 88		X
DKQ+008	Quantification des capacités fonctionnelles cardiovasculaires et/ou respiratoires pour la réalisation des gestes quotidiens	21 et 88		X
EQQ+206	Mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène [TcPO2] au cours d'un exercice à puissance croissante	21 et 88		X
HSQ+237	Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative des objectifs nutritionnels	88		X
PEQ+017	Évaluation initiale du risque de chute	21 et 88		X
PEQ+038	Évaluation intermédiaire du risque de chute	21 et 88		X
PEQ+238	Évaluation finale du risque de chute	21 et 88		X
QAQ+067	Évaluation finale qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique de la tête et/ou de main	21 et 88		X
QAQ+093	Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique de la tête et/ou de main	21 et 88		X
QAQ+198	Évaluation initiale qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique de la tête et/ou de main	21 et 88		X
QZQ+104	Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique en dehors de la tête et des mains	21 et 88		X
QZQ+186	Évaluation finale qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique en dehors de la tête et des mains	21 et 88		X
QZQ+255	Évaluation initiale qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique en dehors de la tête et des mains	21 et 88		X
ZGQ+046	Évaluation intermédiaire ou évaluation ponctuelle ciblée sur une activité, des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] avec mise en situation	21 et 88		X
ZGQ+137	Évaluation initiale des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] avec mise en situation	21 et 88		X

ZGQ+279	Évaluation finale des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] avec mise en situation	21 et 88		X
ZZC+221	Synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou de réadaptation	88		X
HQQ+136	Évaluation initiale des troubles de la déglutition	21	X	
HQQ+106	Évaluation intermédiaire des troubles de la déglutition	21	X	
HQQ+257	Évaluation finale des troubles de la déglutition	21	X	
ALQ+114	Évaluation comportementale structurée	21 et 88	X	
NKR+010	Séance individuelle de rééducation et/ou réadaptation à la marche	21 et 88	X	
HQR+293	Séance de rééducation des troubles de la déglutition	21	X	

### 3 PART DES SEJOURS EN UNITES SPECIALISEES, PAR GN

GN	LIBELLE	Autorisation attendue	% de séjours en unités spécialisées	DONT % de séjours dans l'autorisation attendue	Unité spécifique éventuelle
0103	Etats végétatifs chroniques - Etats pauci-relationnels		11		10 (EVC-EPR)
0106	Tumeurs malignes du système nerveux	52A	32	77	
0109	Lésions cérébrales traumatiques	52A	43	93	
0115	Certaines affections cérébrales	52A	40	91	
0118	Paralysies cérébrales	52A	75	87	
0121	Polyneuropathies	52A	60	86	
0124	Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies)	52A	53	66	
0127	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées		5		09 (UCC)
0130	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées)	52A	47	91	
0134	Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie	52A	93	93	
0135	Affections médullaires non traumatiques avec tétraplégie	52A	84	90	
0137	Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie	52A	94	85	
0138	Affections médullaires non traumatiques avec paraplégie	52A	81	85	
0139	Autres affections médullaires	52A	67	81	
0145	Autres affections du système nerveux	52A	39	86	
0146	Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie	52A	80	96	
0147	Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie	52A	68	94	
0148	Accidents vasculaires cérébraux autres	52A	39	92	
0203	Affections oculaires				
0303	Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures				
0306	Affections non malignes des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents				
0403	Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire	54A	36	81	
0406	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	54A	67	97	
0409	Asthmes	54A	80	98	
0412	Tuberculoses pulmonaires	54A	29	95	
0415	Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)	54A	8	80	
0418	Embolies pulmonaires	54A	9	33	
0424	Autres affections de l'appareil respiratoire	54A	44	91	
0503	Valvulopathies	53A	83	99	
0506	Coronaropathies avec pontage	53A	94	100	
0509	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage)	53A	65	98	

GN	LIBELLE	Autorisation attendue	% de séjours en unités spécialisées	DONT % de séjours dans l'autorisation attendue	Unité spécifique éventuelle
0512	Insuffisances cardiaques	53A	16	90	
0515	Artériopathies (à l'exclusion des amputations)	53A	32	80	
0518	Autres affections cardiaques	53A	25	87	
0521	Autres affections vasculaires	53A	10	43	
0603	Tumeurs malignes des organes digestifs	55A	8	60	
0612	Affections non malignes du foie et du pancréas	55A	16	81	
0615	Affections non malignes des voies biliaires	55A	3	66	
0617	Occlusions, perforations et abcès du tube digestif	55A	7	73	
0618	Hernies pariétales non compliquées	55A	6	60	
0621	Autres affections des organes digestifs	55A	16	80	
0803	Amputations	51A	62	82	
0818	Infections ostéo-articulaires	51A	36	85	
0821	Tumeurs malignes des os et des tissus mous	51A	16	54	
0827	Complications mécaniques d'implants ostéo-articulaires	51A	44	96	
0831	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	51A	17	93	
0833	Fractures du membre inférieur	51A	22	92	
0836	Fractures du membre supérieur	51A	12	90	
0837	Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires	51A	18	85	
0838	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule	51A	58	97	
0839	Lésions articulaires et ligamentaires du genou	51A	83	99	
0840	Arthroses de la hanche avec implant articulaire	51A	40	98	
0841	Arthroses du genou avec implant articulaire	51A	64	98	
0843	Arthroses de l'épaule avec implant articulaire	51A	68	97	
0869	Autres affections du système ostéo-articulaire	51A	39	89	
0870	Fractures compliquées	51A	25	94	
0871	Fractures multiples	51A	34	92	
0872	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	51A	15	90	
0873	Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale	51A	24	85	
0874	Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	51A	15	84	
0875	Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales)	51A	41	85	
0876	Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies	51A	57	90	
0877	Arthropathies (à l'exclusion des arthropathies infectieuses)	51A	27	88	
0878	Ostéopathies	51A	20	77	
0903	Brûlures	57A	83	93	

GN	LIBELLE	Autorisation attendue	% de séjours en unités spécialisées	DONT % de séjours dans l'autorisation attendue	Unité spécifique éventuelle
0906	Ulcères de décubitus				
0909	Ulcères chroniques (à l'exclusion des ulcères de décubitus)				
0912	Tumeurs malignes de la peau et des seins				
0918	Infections et traumatismes cutanés				
0921	Autres affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins				
1003	Diabètes	55A	55	97	
1006	Obésités	55A	86	96	
1007	Malnutritions et malabsorptions intestinales	55A	25	85	
1012	Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	55A	6	36	
1103	Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire				
1112	Affections non malignes de l'appareil génital féminin				
1115	Affections non malignes de l'appareil génital masculin				
1118	Insuffisances rénales				
1121	Néphropathies et infections génito-urinaires				
1123	Autres affections de l'appareil génito-urinaire				
1603	Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis	56A	21	82	
1606	Autres affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire				
1803	Infections par VIH				
1806	Infections autres que par VIH				
1903	Toxicomanies avec dépendance	58A	90	98	
1906	Troubles dépressifs et anxieux				
1909	Autres troubles psycho-comportementaux				
2303	Soins palliatifs		39		08 (Soins Palliatifs)
2309	Autres motifs de prise en charge				
2315	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)				
2318	Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)				
2703	Post-transplantation d'organe				

## 4 CARACTERISTIQUES DES LISTES D'ACTES, PAR GN

En orange, les GN cités en exemple dans le texte.

GN	Autorisation attendue	LIBELLE GN	Liste cohérente médicalement	Liste retenue, discriminant patients et séjours	Utilisation pour GR spécialisé (effectifs suffisants)
0103		Etats végétatifs chroniques - Etats pauci-relationnels			GR spé unique sans liste
0106	×	Tumeurs malignes du système nerveux	×	×	×
0109	×	Lésions cérébrales traumatiques	×	×	×
0115	×	Certaines affections cérébrales	×	×	×
0118	×	Paralysies cérébrales	×		GR spé unique sans liste
0121	×	Polyneuropathies	×	×	×
0124	×	Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies)	×	×	×
0127		Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	×	×	×
0130	×	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées)	×	×	×
0134	×	Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie	×		GR spé unique sans liste
0135	×	Affections médullaires non traumatiques avec tétraplégie	×	×	×
0137	×	Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie	×		GR spé unique sans liste
0138	×	Affections médullaires non traumatiques avec paraplégie	×	×	×
0139	×	Autres affections médullaires	×	×	GR spé unique sans liste
0145	×	Autres affections du système nerveux	×	×	×
0146	×	Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie			GR spé unique sans liste
0147	×	Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie	×	×	×
0148	×	Accidents vasculaires cérébraux autres	×	×	×
0203		Affections oculaires	×	×	

GN	Autorisation attendue	LIBELLE GN	Liste cohérente médicalement	Liste retenue, discriminant patients et séjours	Utilisation pour GR spécialisé (effectifs suffisants)
0303		Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures	x		
0306		Affections non malignes des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	x		
0403	x	Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire	x	x	x
0406	x	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	x	x	x
0409	x	Asthmes	x	x	GR spé unique sans liste
0412	x	Tuberculoses pulmonaires			
0415	x	Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)			
0418	x	Embolies pulmonaires			
0424	x	Autres affections de l'appareil respiratoire	x	x	x
0503	x	Valvulopathies	x	x	x
0506	x	Coronaropathies avec pontage	x	x	x
0509	x	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage)	x	x	x
0512	x	Insuffisances cardiaques	x	x	x
0515	x	Artériopathies (à l'exclusion des amputations)	x	x	x
0518	x	Autres affections cardiaques	x	x	x
0521	x	Autres affections vasculaires			
0603	x	Tumeurs malignes des organes digestifs	x		
0612	x	Affections non malignes du foie et du pancréas	x		
0615	x	Affections non malignes des voies biliaires	x		
0617	x	Occlusions, perforations et abcès du tube digestif	x		
0618	x	Hernies pariétales non compliquées	x		
0621	x	Autres affections des organes digestifs	x		

GN	Autorisation attendue	LIBELLE GN	Liste cohérente médicalement	Liste retenue, discriminant patients et séjours	Utilisation pour GR spécialisé (effectifs suffisants)
0803	x	Amputations	x	x	x
0818	x	Infections ostéo-articulaires	x	x	x
0821	x	Tumeurs malignes des os et des tissus mous	x		
0827	x	Complications mécaniques d'implants ostéo-articulaires	x	x	x
0831	x	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	x	x	x
00833	x	Fractures du membre inférieur	x	x	x
0836	x	Fractures du membre supérieur	x	x	x
0837	x	Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires	x	x	x
0838	x	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule	x	x	x
0839	x	Lésions articulaires et ligamentaires du genou	x	x	x
0840	x	Arthroses de la hanche avec implant articulaire	x	x	x
0841	x	Arthroses du genou avec implant articulaire	x	x	x
0843	x	Arthroses de l'épaule avec implant articulaire	x	x	x
0869	x	Autres affections du système ostéo-articulaire	x	x	x
0870	x	Fractures compliquées	x	x	x
0871	x	Fractures multiples	x	x	x
0872	x	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	x	x	x
0873	x	Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale	x	x	x
0874	x	Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	x	x	x
0875	x	Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales)	x	x	x

GN	Autorisation attendue	LIBELLE GN	Liste cohérente médicalement	Liste retenue, discriminant patients et séjours	Utilisation pour GR spécialisé (effectifs suffisants)
0876	x	Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies	x	x	x
0877	x	Arthropathies (à l'exclusion des arthropathies infectieuses)	x	x	x
0878	x	Ostéopathies	x	x	x
0903	x	Brûlures	x	x	GR spé unique sans liste
0906		Ulcères de décubitus			
0909		Ulcères chroniques (à l'exclusion des ulcères de décubitus)			
0912		Tumeurs malignes de la peau et des seins			
0918		Infections et traumatismes cutanés			
0921		Autres affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins			
1003	x	Diabètes	x	x	x
1006	x	Obésités	x	x	x
1007	x	Malnutritions et malabsorptions intestinales	x	x	x
1012	x	Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles			
1103		Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire			
1112		Affections non malignes de l'appareil génital féminin			
1115		Affections non malignes de l'appareil génital masculin			
1118		Insuffisances rénales			
1121		Néphropathies et infections génito-urinaires			
1123		Autres affections de l'appareil génito-urinaire			
1603	x	Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis			

GN	Autorisation attendue	LIBELLE GN	Liste cohérente médicalement	Liste retenue, discriminant patients et séjours	Utilisation pour GR spécialisé (effectifs suffisants)
1606		Autres affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire			
1803		Infections par VIH			
1806		Infections autres que par VIH			
1903	x	Toxicomanies avec dépendance	x	x	x
1906		Troubles dépressifs et anxieux	x	x	x
1909		Autres troubles psycho-comportementaux	x	x	x
2303		Soins palliatifs	x	x	
2309		Autres motifs de prise en charge			
2315		Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)	x		
2318		Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)			
2703		Post-transplantation d'organe			GR spé unique sans liste