

L'ALGORITHME de la CLASSIFICATION en G*ROUPES* H*OMOGENES* de J*OURNEES* (G.H.J.)

Ensemble des tests successifs réalisés sur les variables du recueil standard afin de classer chaque RHS :

- dans une Catégorie Majeure Clinique,
- puis dans un Groupe Homogène de Journées.

Les CATEGORIES MAJEURES CLINIQUES C.M.C.

- 1er niveau de la classification
- Objectif : fournir une homogénéité clinique
- Les CMC sont déterminées à dire d'experts, à partir de :
 - * la morbidité du patient,
 - * l'âge (seulement pour la CMC gériatrie aiguë)

Les CATEGORIES MAJEURES CLINIQUES

Objectif :

Cerner pourquoi et comment le patient est pris en charge pendant la semaine.

Principes de construction :

- les CMC sont *exhaustives* et *exclusives* :
tout RHS relève d'une CMC et d'une seule
- les critères d'affectation sont *hiérarchisés* :
la Finalité Principale de prise en charge
la Manifestation Morbide principale
l'Affection Etiologique

Les 14

CATEGORIES MAJEURES CLINIQUES

SOINS de SUITE,

REEDUCATION- READAPTATION

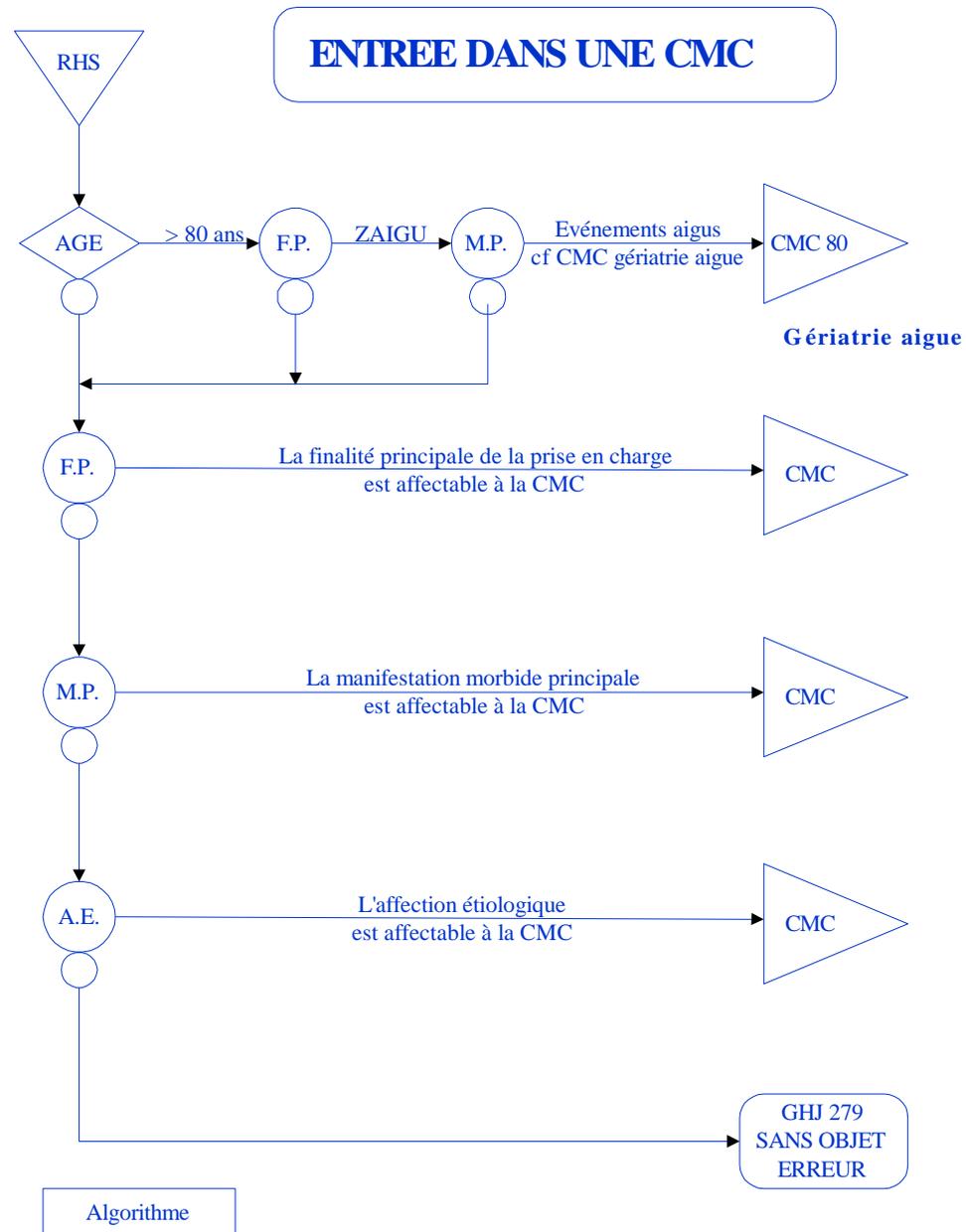
- CMC Cardio-vasculaire et respiratoire
- CMC Neuro-musculaire
- CMC Santé mentale
- CMC Sensoriel et Cutané
- CMC Viscéral
- CMC Rhumato-orthopédique
- CMC Post-traumatique
- CMC Amputation
- CMC Soins nutritionnels

PRISES en CHARGE SPECIFIQUES

- CMC Gériatrie aiguë
- CMC Soins palliatifs
- CMC Attente de placement
- CMC Réadaptation-réinsertion

AUTRES SITUATIONS

- CMC Autres situations



SEGMENTATION MEDICO-ECONOMIQUE à l'INTERIEUR de CHAQUE CMC

Refus de baser le système uniquement sur la dépendance des patients sans tenir compte de leur niveau de prise en charge



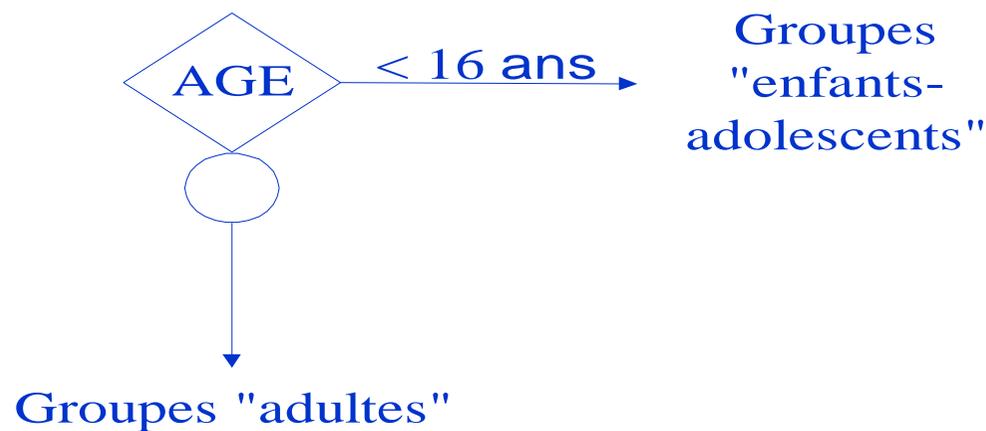
Introduction de variables qui :

- fiabilisent la classification : *l'âge*
- tiennent compte des *niveaux de prise en charge*
- affinent la description clinique : *les groupes de morbidité «dominante»*

1er NOEUD de l'ALGORITHME : les GROUPES d'ÂGES

En moyenne, la consommation des ressources est plus importante chez les enfants

Coupure transversale sur toutes les CMC (sauf pour la CMC gériatrie aiguë)



2ème NOEUD : les PRISES en CHARGE CLASSANTES

CLINIQUES :

- les Prises en charge Cliniques Très Lourdes (PCTL)
- les Prises en charge Cliniques Lourdes (PCL)

DE REEDUCATION-READAPTATION :

- les prises en Charge de Rééducation-Réadaptation Complexes (PRRC)
- les Prises en charge de Rééducation- Réadaptation (PRR)

Les PRISES en CHARGE CLINIQUES

Repérées par :

- des actes médicaux

(trachéotomie, alimentation parentérale ...)

appartenant à une liste fermée d'actes du CDAM

ou

- des diagnostics

(ajustement d'un bras, dialyse ...)

appartenant à une liste fermée de diagnostics CIM 10

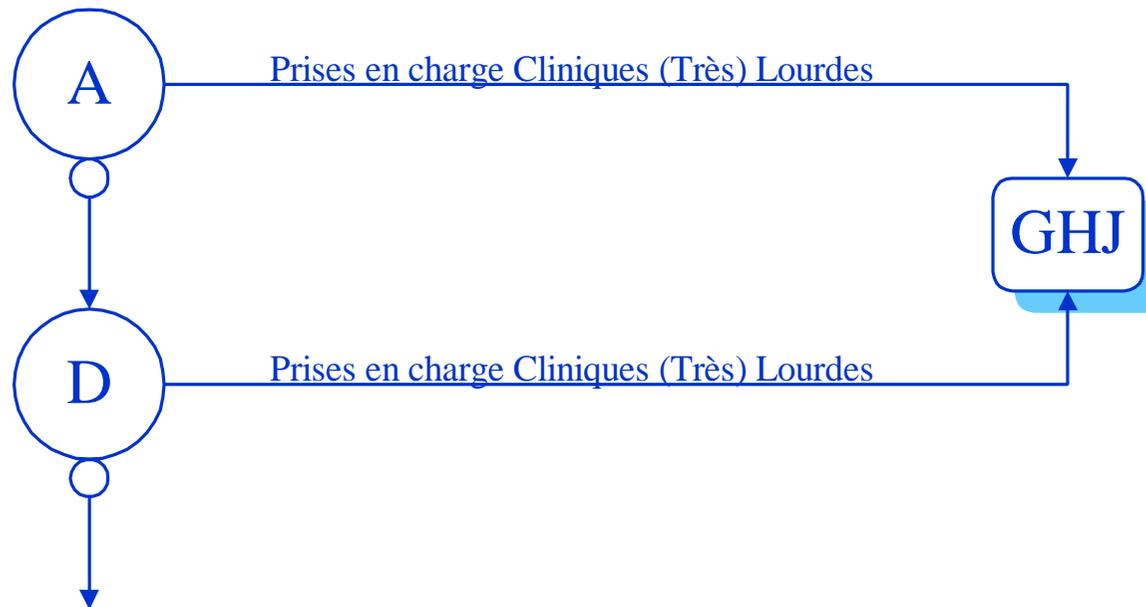
Les PRISES en CHARGE CLINIQUES

Hiérarchisation :

- **dans le classement** : *un RHS caractérisé par un acte ou diagnostic «PCTL» et par un acte ou diagnostic «PCL» sera affecté au groupe «PCTL»*
- **mais pas dans la description** : *un diagnostic est classant en «PCTL» ou «PCL», quelle que soit la variable utilisée pour le décrire (Finalité principale de prise en charge, Manifestation morbide principale, Affection étiologique, Diagnostics associés significatifs)*

Les PRISES en CHARGE CLINIQUES

Transversales sur toutes les CMC



Les PRISES en CHARGE de REEDUCATION-READAPTATION

Repérées par des situations *intenses* et *diversifiées*
de rééducation-réadaptation

Décrites par :

- différentes «activités» de rééducation-réadaptation du CdARR
- et une intensité de temps intervenant

12 ACTIVITES de REEDUCATION- READAPTATION RECUEILLIES

Rééd. mécanique
Rééd. sensori-motrice
Rééd. neuro-psychologique
Rééd. cardio-respiratoire
Rééd. nutritionnelle
Rééd. uro-sphinctérienne
Réadaptation-réinsertion
Adaptation d'appareillage
Rééd. collective

Bilans
Physiothérapie
Balnéothérapie



Non prises en compte
dans l'algorithme

→ non «classantes»

La DIVERSITE

Elle est basée sur l'existence d'au moins deux «classes» d'activités de rééducation-réadaptation :

- une activité *principale*
- une activité *associée* ou *collective*

Les ACTIVITES PRINCIPALES

Les activités admises comme «activités principales» varient selon la Catégorie Majeure Clinique : exemples

CMC	Activités Principales
Cardio-vasculaire et respiratoire	Rééd. Cardio-respiratoire, Mécanique
Santé mentale	Rééd. Neuro-psychologique
Post-traumatique	Rééd. Mécanique, Sensori-motrice

N.B. : Les bilans, la physiothérapie, la balnéothérapie et la rééducation collective ne constituent jamais des activités principales.

Les «ACTIVITES ASSOCIEES»

Toute activité,
dès lors qu'elle n'est pas prise en compte comme
«activité principale»,
est admise comme «activité associée».

Une SEULE «ACTIVITE COLLECTIVE»

L'INTENSITE de TEMPS INTERVENANT

La prise en compte dans l'algorithme de l'intensité de temps intervenant varie selon :

- *le nombre de jours* de présence dans l'unité médicale de Soins de Suite ou de Réadaptation
- *la «classe» d'activité* de rééducation-réadaptation (principale, associée, collective)

Attention : le temps intervenant n'est pas cumulable entre les activités de rééducation

SEMAINE de 5 JOURS et PLUS

> OU = à 5 heures hebdomadaires
d'activité principale

ET

> OU = à 2 heures hebdomadaires
d'activité associée

OU

> OU = à 5 heures hebdomadaires
d'activité collective



GHJ de PRRC

> OU = à 2 heures hebdomadaires
d'activité principale

ET

> OU = à 1 heure hebdomadaire
d'activité associée

OU

> OU = à 4 heures hebdomadaires
d'activité collective



GHJ de PRR

SEMAINE de MOINS de 5 JOURS

> OU = à 1 heure hebdomadaire
d'activité principale

ET

> OU = à 30 minutes par jour
d'activité associée

OU

> OU = à 1 heure par jour d'activité
collective



GHJ de PRRC

> OU = à 30 minutes par jour
d'activité principale

ET

> OU = à 30 mn par jour d'activité
associée (ou seuil de 1 heure sur
l'ensemble des journées du RHS)

OU

> OU = à 30 mn par jour d'activité
collective



GHJ de PRR

Les PRISES en CHARGE de REEDUCATION-READAPTATION

Ne sont pas présentes dans les CMC Soins palliatifs,
Gériatrie aiguë et Autres situations

Les PRR interviennent à des niveaux différents dans
l'arbre de décision des CMC :

- pour les CMC «de rééducation», elles sont déclinées
par groupe de morbidité dominante,
- pour les autre CMC, un seul groupe de PRR, toutes
morbidités de la CMC confondues.

3ème NOEUD :

Les MORBIDITES «DOMINANTES»

Permettent d'affiner la description clinique à l'intérieur des CMC
→ des groupes qui varient selon les CMC et également selon les groupes d'âges

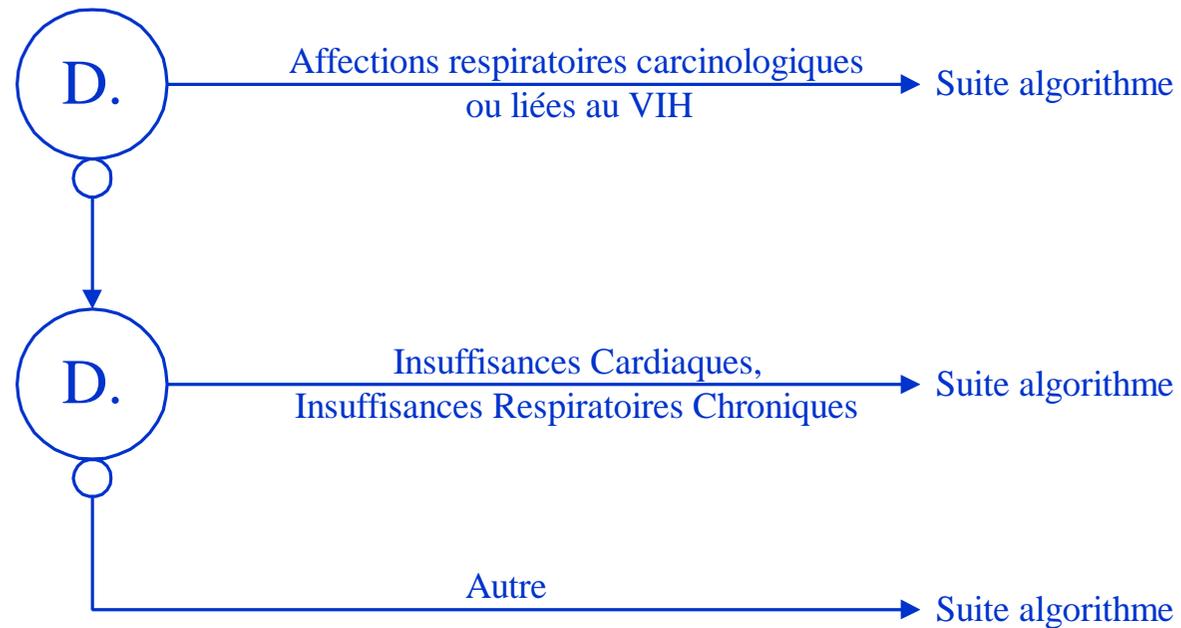
Recherche sur tous les diagnostics du RHS (Finalité principale de prise en charge, Manifestation morbide principale, Affection étiologique, Diagnostics associés significatifs)

Hiérarchisation :

- **dans le classement** (dans la CMC Neuro, les tétraplégies prédominent les déficiences cérébrales non traumatiques)
- **mais pas dans la description** (même principe que pour la prise en compte des diagnostics classants en «PCTL» et «PCL»)

Les «MORBIDITES DOMINANTES»

Pour les adultes de la CMC Cardio-vasculaire et respiratoire :



DERNIER NOEUD :

Les 2 GROUPES de DEPENDANCE

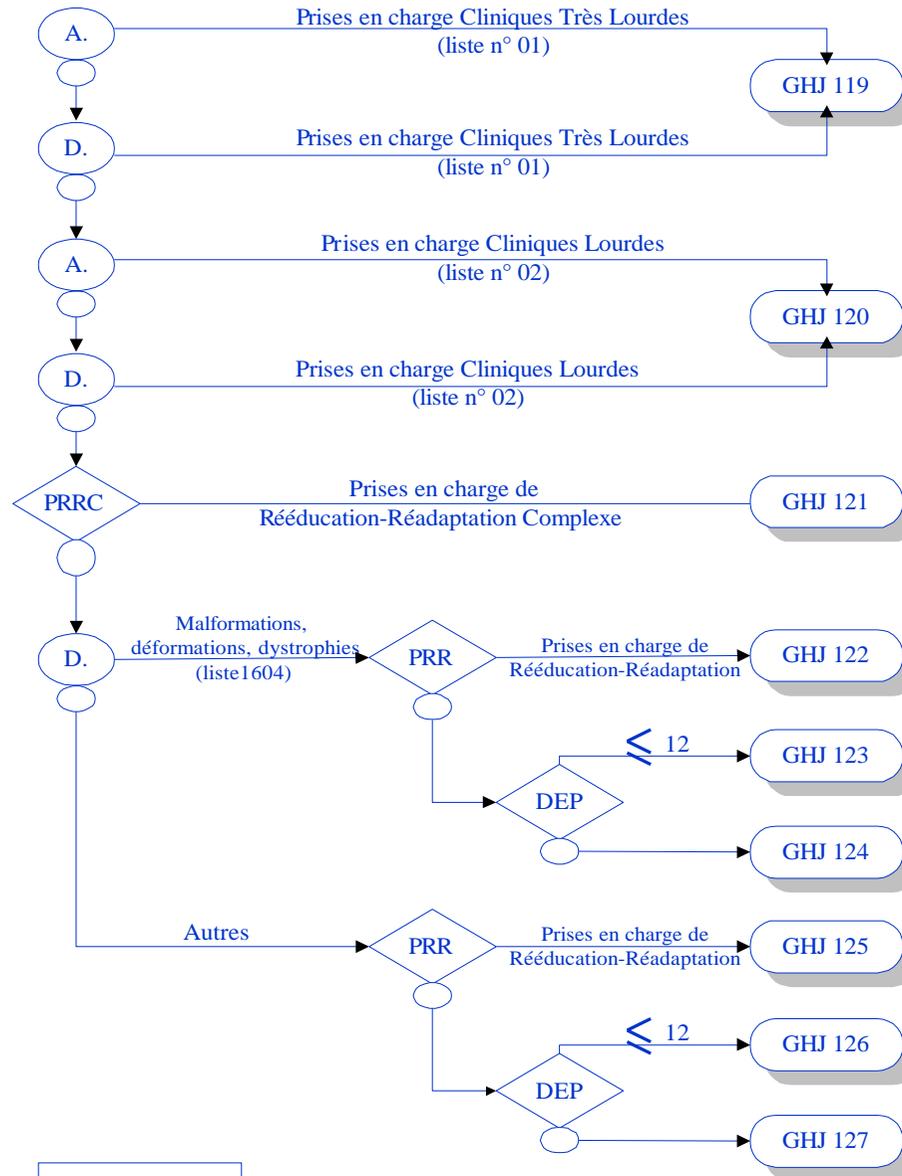
La dépendance constitue le dernier noeud de l'arbre de décision de chaque CMC

Partition des groupes de «morbidité dominante» en deux

Selon le score de dépendance physique :

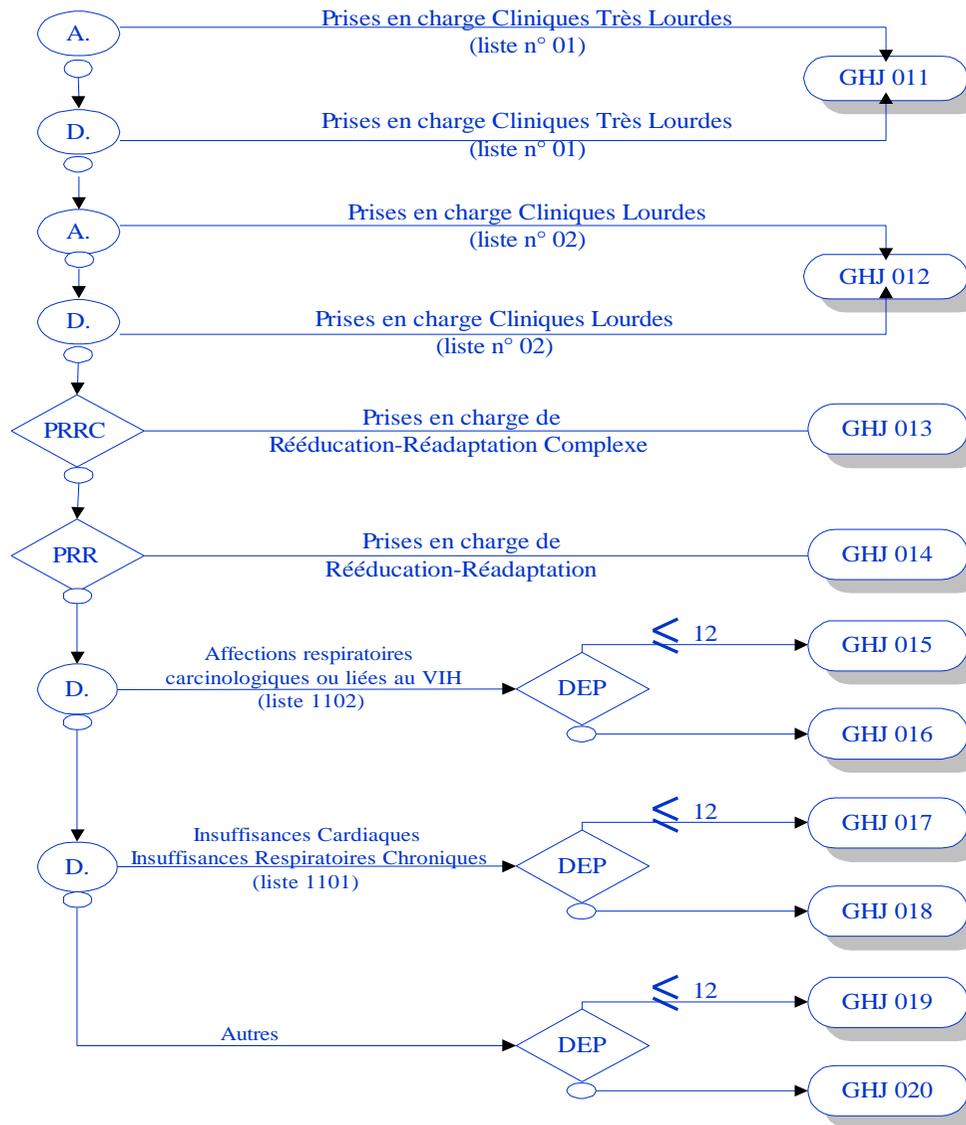
- inférieur ou égal à 12
- supérieur à 12

CMC RHUMATO-ORTHOPEDIQUE : PEDIATRIE



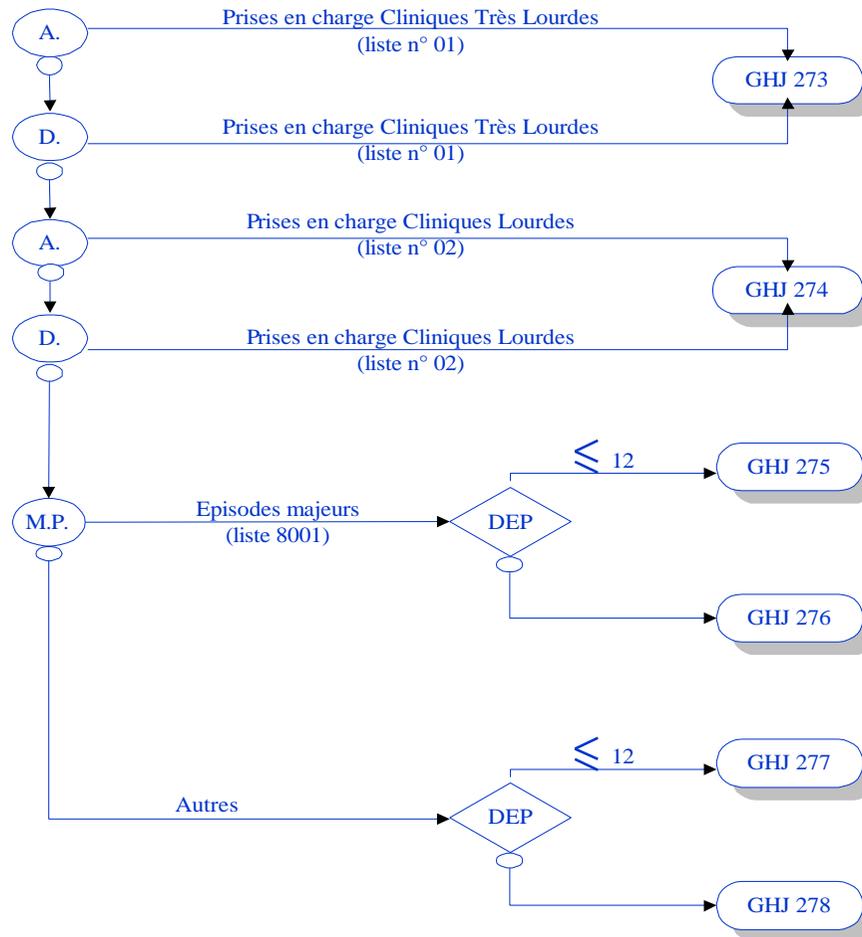
Algorithme

CMC CARDIO-VASCULAIRE et RESPIRATOIRE : ADULTES



Algorithme

CMC GERIATRIE AIGUE



Algorithme

CLASSIFICATION PMSI SSR

Au total : 280 Groupes Homogènes de Journées

Le nombre de GHJ varie selon la CMC :

- la plus «grosse» CMC : Neuro-musculaire avec 42 GHJ
- les plus «petites» : Soins palliatifs et Gériatrie aiguë avec 6 GHJ

ATTENTION aux INTERPRETATIONS ABUSIVES !

Le positionnement des GHJ, au sein de l'algorithme, ne doit pas être interprété en termes de hiérarchie des coûts :

- Classification axée également sur un critère d'homogénéité clinique

⇒ certains GHJ, d'une CMC à l'autre ou au sein de la même CMC, enregistrent des «coûts directs» moyens similaires :

dans la CMC Cardio, valeurs similaires du GHJ «013» (Adultes - PRRC) et du GHJ «020» (Adultes - Morbidité autre - score de dépendance > à 12)

ATTENTION aux INTERPRETATIONS ABUSIVES !

L'affectation dans des GHJ de prises en charge «classantes», cliniques (PCTL / PCL) ou de rééducation-réadaptation (PRRC /PRR), ne constitue pas un critère de meilleure valorisation économique :

Dans la CMC Neuro., le GHJ «027» (Enfants-ado. - déficiences cérébrales non traumatiques - PRR) enregistre un «coût direct» moyen moins élevé que celui du GHJ «029» (Enfants-ado. - déficiences cérébrales non traumatiques - Score de dépendance > à 12)

ATTENTION aux INTERPRETATIONS ABUSIVES !

Les «coûts directs» moyens par GHJ ne sont pas publiés :

- ils constituent des «données de travail» pour construire la classification,
- ils ne doivent pas être assimilés à :
 - * des points ISA,
 - * et encore moins à des valeurs standard de rémunération de journées.