

# Comité technique plénier SSR

*05 juillet 2017*

# Principes du « pgm de travail SSR 2017 » de l'ATIH

De nombreux travaux techniques, des priorités à fixer



## Travaux 2017 :

- Classification GME
- Recueil PMSI SSR
- Dépendance SSR
- CSARR – Score RR
- Modèle financement SSR  
(accompagnement de la DGOS)
- Qualité PMSI & Restitutions  
activité SSR SSR  
(DALIA, OVALIDE, ScanSanté)

# Ordre du jour

- Evolutions CSARR 2018
- GT « Enquête CSARR – Score RR »
- Classification GME
- Evolutions PMSI SSR 2018 (hors nomenclatures)
- GT « Evolutions recueil PMSI SSR »
- Modèle financement SSR : appui technique à DGOS
- Questions diverses - Agenda

# Évolutions CSARR 2018



# CSARR

**Sous réserve de validation par la  
structure de maintenance du CSARR**

# Appareillage : regroupements

## Chapitre 9

---

- **Actes d'évaluation pour fabrication de prothèse du membre supérieur ou du membre inférieur** (09.01.03.01 et 09.01.03.02) :  
6 codes → 4 codes
- **Actes de fabrication d'orthèse avec étapes** (09.02.02.01), (09.02.02.02), (09.02.02.03), (09.02.02.04), (09.02.02.05), (09.02.02.06)  
51 codes → 13 codes  
Exemple : minerve sur moulage assis/allongé ; debout ; monovalve ; plurivalves : un seul libellé : Fabrication sur moulage d'une minerve
- **Actes de fabrication de maintien / coquille** (09.02.02.10)  
3 codes → 2 codes
- **Actes de fabrication de prothèse du membre supérieur** (09.02.03.02)  
10 codes → 7 codes

## Appareillage : autres évolutions

---

- Création :
  - Séance de recherche sur écran, des points moteurs par rétrocontrôle musculaire [myofeedback], pour prothèse myoélectrique
  - Réparation et/ou révision de prothèse de membre supérieur
  - Réparation et/ou révision de prothèse de membre inférieur
  
- Évolution de la rédaction du geste complémentaire  
ZZM+117 Adaptation d'appareillage pour activité professionnelle ou pour activité sportive

## Libellés relatifs aux AVQ – 1 –

---

- Révision des définitions en tête du chapitre 11, introduction de la notion d'*activités de base de la vie quotidienne* [ABVQ]
- Adaptation de la rédaction des libellés avec introduction de la notion d'*activités de base de la vie quotidienne* [ABVQ] (ZGQ+137, ZGQ+046, ZGQ+279) (11.01.01) ZFR+002 (11.02.01)
- Suppression de l'acte d'évaluation des AVQ par questionnaire (ZGQ+217)
- Création de libellés décrivant les Séance de réadaptation aux AIVQ et aux ASVQ (11.02.01)

## Autres créations de libellés

---

- Création de libellés d'évaluation / rééducation pour les troubles sensoriels agueusie, anosmie etc.
- Évaluation des capacités de communication et de déglutition d'un patient avec un état de conscience altérée
- Entretien psychologique de thérapie familiale

# Actes décrits en *individuel* et en *collectif* – 1 –

---

- 41 codes décrits en individuel avec l'acte correspondant décrit en collectif
  - NKR+117 Séance *individuelle* de rééducation à la marche
  - NKR+085 Séance *collective* de rééducation à la marche
- Projet de décrire ces 41 couples sous la forme indistincte NKR+**xxx** Séance de rééducation à la marche et codage du nombre de patient
- Fichier complémentaire CSARR : information sur les autorisations de coder en individuel dédié / en individuel non-dédié et en collectif

# Actes décrits en *individuel* et en *collectif* – 2 –

---

- Actes ayant la seule autorisation de codage en *individuel dédié* :  
Exemple GKQ+282 *Évaluation initiale des troubles de l'articulation des sons et/ou de la parole*
- Actes ayant l'autorisation de codage en *individuel dédié* et en *individuel non-dédié* :  
Exemple NKR+177 *Séance de rééducation des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur*
- Actes ayant l'autorisation de codage en *individuel dédié*, en *individuel non-dédié* et en *collectif* :  
Exemple NKR+xxx *Séance de rééducation à la marche*
- Actes ayant l'autorisation de codage uniquement en *collectif* :  
Exemple PER+118 *Séance collective de gymnastique aquatique [aquagym]*

# Autres évolutions fichier complémentaire

---

- Mention des résultats de l'enquête durée des actes CSARR
- Apport de précisions en lien avec le calcul du score de RR

# GT « ENQUÊTE CSARR – Score RR »

# Score RR

## Contexte et objectifs - Rappel

### ○ Contexte :

#### ○ Pondérations actuelles des actes CSARR :

- Issues des pondérations des actes CdARR
- Basées sur le temps professionnel de RR

#### ○ Enquête 2013-2014 sur la durée des actes CSARR

- Affectation à chaque acte CSARR d'un « temps patient »

- Pour donner une dimension économique au score RR, nécessité de mobiliser des informations complémentaires aux « temps patients »

### ○ Objectifs :

- Définition des nouvelles modalités de calcul du score RR
- Intégration du score RR dans la classification GME

# Score RR

## Point d'étapes des travaux

- Rappel des étapes des travaux de définition des nouvelles modalités de calcul du score RR :

1. « Neutralisation » des codages inattendus

2. Score d'intensité **FG GME v2018?**

3. Score de diversité

4. Dénominateur **FG GME v2018?**

## Score RR

### « Neutralisation » codages inattendus - « Score d'intensité »

- Deux propositions pour le **numérateur du score RR** (FG GME v2018?) :
  - **Périmètre** : ne pas retenir les actes CSARR dont le codage est « non attendu »
  - **Pondération « économique »** par acte CSARR mobilisant :
    - « Temps patients » par acte
    - **ET** « nb de patients » codé

# Score RR

## Règles de gestion des codages non attendus

- Périmètre du numérateur du score RR  
(cf. GT « Enquête CSARR – score RR » du 29/03/2017)
  - À partir de « *État des lieux du codage CSARR* (BN SSR 2015) »
  - Identification des **codages non conformes et atypiques**
    - Sélection de règles d'exclusion pour **améliorer la robustesse du périmètre de calcul du score RR**
- Évolution des outils pour améliorer la production PMSI SSR 2018
  - **Fichier complémentaire CSARR 2018**
  - **Contrôles de la FG GME v2018** relatifs au codage **CSARR** :
    - Introduction de nouveaux contrôles non bloquants en 2018
    - Évolution des ctrls non bloquants 2017 → ctrls bloquants en 2018

## Score RR

### Règles de gestion des codages non attendus

- Règles d'exclusion des actes CSARR pour le calcul du score de RR retenues pour la FG GME V2018? :
  - Valeurs non renseignées / non numériques / nulles :
    - Nombre réalisations des actes
    - Nombre patients
    - Nombre intervenants
    - Etape d'appareillage
  - Nombres supérieurs à des valeurs seuils :
    - Nombre réalisations des actes
    - Nombre patients : pour actes individuels dédiés / actes individuels non dédiés / actes collectifs
    - Nombre intervenants : pour actes pluri-professionnels
  - Gestes complémentaires
  - Code « IDE », « autres intervenants » non attendus pour une liste restreinte d'actes

# Score RR

## « Score d'intensité »

- Pondérations « économiques » par acte CSARR :
  - Acte **individuel dédié strict** (« Nb patients » = 1) : pondération = temps patient
  - Acte **individuel non dédié possible** : 3 pondérations différentes selon « nb patients » en classes :
    - « Nb patients » = 1 ou [2; 5] ou [6; 8]
  - Acte **collectif** : 2 pondérations différentes selon « nb de patients » en classes :
    - « Nb patients » = [2; 10] ou [11; 25]
    - Remarque : pas de limitation du « nb patients » pour ZZR+026 *Séance collective information patient et/ou entourage*
  - Borne minimale de pondération = 5 mn

# Score RR

## Prochaines étapes des travaux

- Étapes des travaux de définition des nouvelles modalités de calcul du score RR
    1. « Neutralisation » des codages inattendus
    2. Score d'intensité
    - 2. Score de diversité**
    - 3. Dénominateur**
- FG GME v2019?**

## Seuils de RR

---

- Intégration de la RR dans classification GME v2018?  
=> cf. point suivant

# Classification GME

# Classification GME

## Travaux 2017

### Objectifs poursuivis :

#### Disposer d'une classification médico-économique en SSR

- Classification SSR lisible et utilisable médicalement :
  - Pour faciliter les contrôles « qualité » du DIM/ARS lors de la production des données
  - Pour assoir les analyses descriptives de l'activité SSR (étab, ARS, niveau national)
- Classification SSR homogène économiquement :
  - Pour assoir les analyses médico-économiques de l'activité SSR (étab, ARS, niveau national)
  - Pour discriminer des étab ayant des recrutements différents
  - Pour calculer des coûts par GME
  - Pour calculer des tarifs par GME

Chq GME doit contenir un nombre *minimal et suffisant* de séjours/journées

# Classification GME

## Travaux 2017

### ○ Principes :

- Définir un pgm de travail pluri-annuel d'évolution de la classification en GME en s'appuyant sur les limites identifiées
  - Travaux ATIH 2016 et 1<sup>er</sup> trimestre 2017 :
    - Présentation résultats CM08
  - Travaux ATIH du 2<sup>ème</sup> trimestre 2017 :
    - Prise en compte de propositions récentes des FD
    - Présentation résultats sur l'ensemble des CM

# Classification GME

## Travaux 2017

### ○ Principes :

#### ○ Faire évoluer la classification SSR tout en pérennisant certains principes

#### ○ Utilisation des **mêmes variables** qu'en V2017 pour la construction de la classification et le groupage :

- |                                                                                                |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| ○ <b>Diagnostics</b> (morbidité principale / DA)                                               | CM, GN                                                          |
| ○ <b>Âge</b> (< 18 ans), <b>actes CSARR</b>                                                    | CM, GN, sous-GN                                                 |
| ○ <b>Âge</b> (> 75 ans),<br><b>scores de dépendance,</b><br><b>indicateur post-chirurgical</b> | CM, GN, sous-GN,<br><b>groupes de complexité</b>                |
| ○ <b>Score RR</b> (actes CSARR, CCAM-RR)                                                       | CM, GN, sous-GN, groupes de<br>complexité, <b>groupes de RR</b> |

Groupes  
descriptifs

#### ○ Continuité des **méthodes** :

- Analyse médicale
- Analyse statistique

# Classification GME

## Travaux 2017

### ○ Axes de travail :

#### ○ Priorités du 1<sup>er</sup> semestre 2017 :

##### ○ Travaux techniques aboutis :

##### ○ Ajustement des sous-GN

##### ○ Révision des GME :

##### ○ Gestion des « variables patients » des R-GME dans un « indice de complexité » (IC)

##### ○ Révision des groupes de RR

##### ○ Création de « groupes descriptifs » → mise à disposition des variables mobilisées pour le groupage

# Classification GME

## Travaux 2017

### ○ Axes de travail :

#### ○ Priorités du 2ème semestre 2017 :

##### ○ Poursuite révision GN :

- CM05 – *Affections appareil circulatoire* (collaboration SFC-GERS)
- CM04 – *Affections appareil respiratoire* (collaboration sociétés savantes)

##### ○ Seuils de RR :

- Poursuite révision modalités calcul du score RR (cf. « score de diversité », « dénominateur »)

# Classification GME

---

## Travaux 2017

- **Résultats :**
  - Description de l'arbre de groupage
  - Description des casemix avant/après

# Classification GME

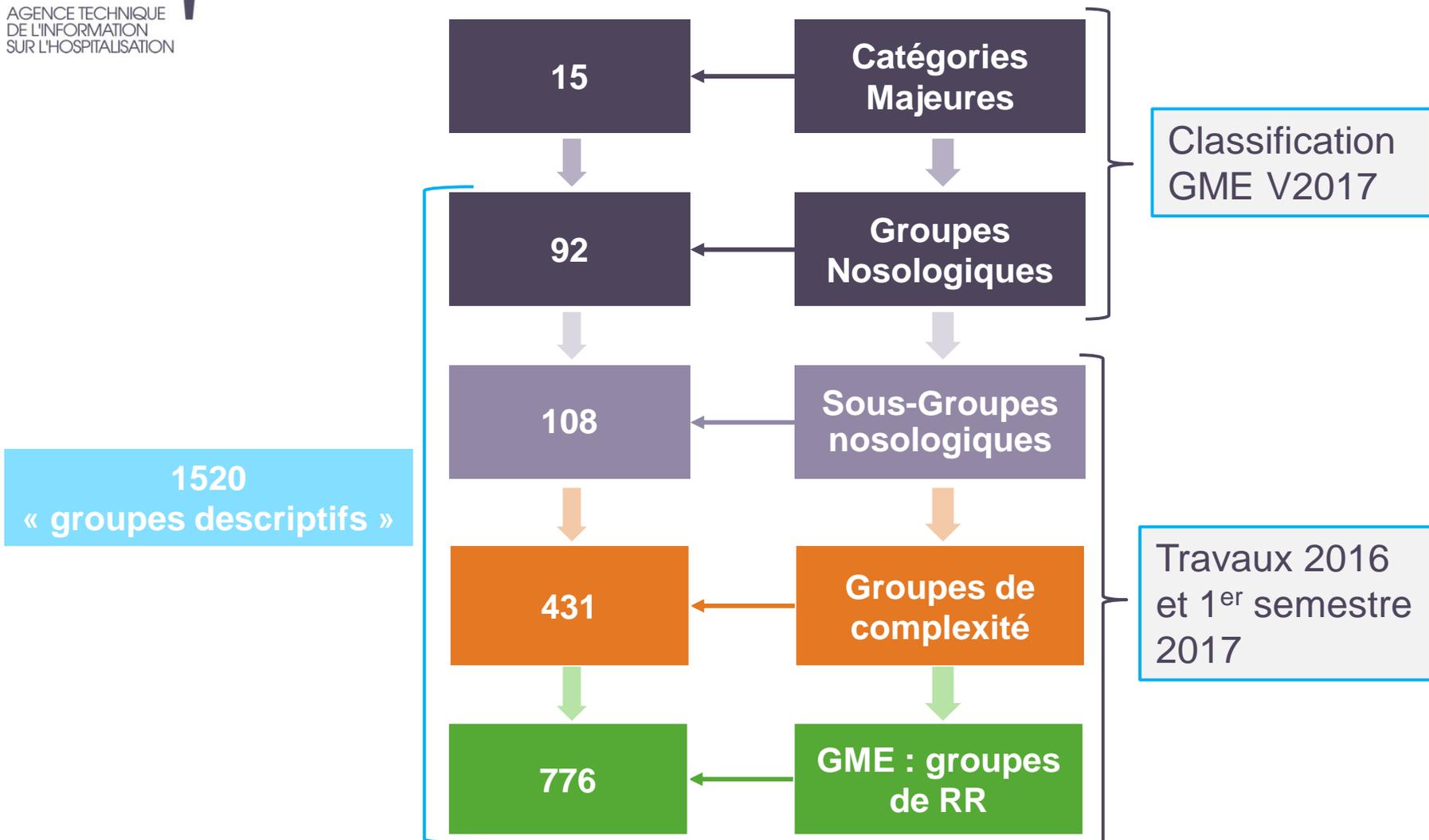
---

## Travaux 2017

- **Résultats :**
  - Description de l'arbre de groupage
  - Description des casemix avant/après

# Description de l'arbre

## Nombre de groupes par niveau hiérarchique



# Description de l'arbre

## Sous-Groupes nosologiques

### ○ Définition :

- Subdivision des GN visant à identifier explicitement certaines populations et/ou certaines prises en charge

### ○ En pratique :

- En v2018? : pédiatrie (< 18 ans) et groupes avec actes CSARR marqueurs « de prise en charge de patients amputés »

### ○ Éléments de méthode :

- Mise à jour des sous-GN pédiatriques : pertinence médicale et critères d'effectifs

### ○ Description et comparaison V2017 :

- 14 sous-GN pédiatriques (12 en V2017) dont

	GN	libellé
3 sous-GN créés	0406	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives
	0869	Autres affections du système ostéo-articulaire
	1906	Troubles dépressifs et anxieux
1 groupe pédiatrique non renouvelé	0306	Affections non malignes des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents

- 3 sous-GN avec actes CSARR marqueurs « de PEC de patients amputés »  
 → Idem V2017

# Description de l'arbre

## Sous-Groupes nosologiques

### ○ Algorithme de groupage :

Niveau hiérarchique		Définition du niveau	Détails du niveau	Nomen- clature	Nb de groupes	remarques	Nb de caractères
1	Catégories Majeures				15	inchangé	2
2	Groupes Nosologiques				92	inchangé	4
3	Sous-Groupes nosologiques	Subdivision des GN visant à identifier explicitement certaines populations et/ou certaines PeC	<b>Total</b>		<b>108</b>	Par rapport à la v2017:  1 sous-GN pédiatrique a été enlevé et 3 sous-GN pédiatriques ont été créés	1
			sous-GN pédiatriques	P	14		
			sous-GN adultes	A	14		
			sous-GN avec acteurs marqueurs	J, K, L	3		
			sous-GN indifférenciés	Z	77		

### Exemples de groupage

- Sous-GN « 0406P » → « Insuf. respi. chroniques et bronchopathies obstructives pédiatriques »
- Sous-GN « 0803J » → « Amputations avec préparation moignon et avec apprentissage utilisation prothèse »
- Sous-GN « 0147Z » → « AVC avec hémiplégie »

# Description de l'arbre

## Groupes de complexité

---

### ○ Définition :

- Groupes traduisant l'augmentation de la charge économique - à morbidité principale fixée - due aux différentes caractéristiques du patient et du séjour

### ○ En pratique :

- Groupes de complexité mobilisent les scores de dépendance (« physique » et « cognitive »), l'indicateur post-chirurgical et la présence de CMA (CIM-10, CCAM)
- Les variables mobilisées peuvent être différentes selon les GN et selon le groupe de complexité pour un même GN.

### ○ Éléments de méthode :

- Règles d'augmentation de niveau choisies en fonction de leur pertinence médicale et de leur pouvoir explicatif des durées de séjour et/ou des coûts
- Nombre de règles mobilisées : compromis entre prise en compte des spécificités de chaque GN et lisibilité de la classification

# Description de l'arbre Groupes de complexité

## ○ Description et comparaison V2017 :

- 6 règles sont définies pour l'ensemble de la classification
  - Exemple : si score dép. physique > 8 alors IC = Niveau CMA + 1

- Au final, sauf pour les EVC-EPR, tous les GN ont 3 niveaux de complexité

Variable	Nombre de GN mobilisant la variable	
	En V2017	En V2018?
Dépendance physique	66	84
Dépendance cognitive	10	9
Indicateur post-chir.	8	8
Age > 75 ans	6	0
Age 0-17 ans	12	14
Age 4-12 ans	0	92
Age 0-3 ans	0	92
CMA	91	91

# Description de l'arbre

## Groupes de complexité

### ○ Algorithme de groupage :

Niveau hiérarchique		Définition du niveau	Détails du niveau	Nomenclature	Nb de groupes	remarques	Nb de caractères
1	Catégories Majeures				15	inchangé	2
2	Groupes Nosologiques				92	inchangé	4
3	Sous-groupes Nosologiques	Subdivision des GN visant à identifier explicitement certaines populations et/ou certaines PeC	Total		108		1
4	Groupes de Complexité	Groupe traduisant l'augmentation de la charge économique, à pathologie principale fixée, due aux différentes caractéristiques du patient et du séjour	Total		431	Par rapport aux R-GME V2017, tous les GN ou sous-GN ont 4 niveaux sauf le GN EVC-EPR avec 3 niveaux (0,1,2).	1
			Groupes d'HTP	0	108		
			Groupes d'HC	1, 2, 3	323		

### Exemple de groupage

- Gpe complexité « 0147Z3 » → « AVC avec hémiplegie, IC 3 »

# Description de l'arbre

## Groupes de rééducation et GME

---

### ○ Définition :

- Groupes traduisant les différents niveaux de rééducation - à patient égal -

### ○ En pratique :

- Une partie des groupes de complexité est divisée :
  - Soit en 2 GME « RR modérée » et « RR élevée »,
  - Soit en 3 GME « RR modérée », « RR élevée » et « RR très élevée » .
- Ce découpage n'est pas systématique et dépend de la nature des GN. Analyse de la pertinence médicale du découpage RR pour chaque GN.

### ○ Eléments de méthode :

- Règles d'identification des seuils par GN :
  - activité de RR « attendue » médicalement
  - et distribution observée par GN des scores de RR  
(score RR par jour ET score RR par séjour pour l'HC)

# Description de l'arbre

## Groupes de rééducation et GME

### ○ Description et comparaison V2017

- 62 GN (sur 92) ont un découpage en « groupes de RR »
  - 7 GN ont un découpage RR mobilisant deux seuils de RR
- Au final
  - 120 GME de RR indifférenciée
  - 311 GME de RR modérée
  - 345 GME de RR élevée ou très élevée
- Les groupes de RR élevée ou très élevée sont définis
  - avec un seuil sur la RR journalière (60, 90 ou 120 min/jour) HC, HTP
  - **ET** avec un seuil sur la RR totale du séjour (10,15 ou 20h/séjour) HC

Hiérarchie	Nombre de groupes mobilisant la RR	
	En V2017	En V2018?
GN	23	62
GME	241	656

# Description de l'arbre

## Groupes de rééducation et GME

### ○ Algorithme de groupage :

Niveau hiérarchique		Définition du niveau	Détails du niveau	Nomen- clature	Nb de groupes	remarques	Nb de caractères
1	Catégories Majeures				15	inchangé	2
2	Groupes Nosologiques				92	inchangé	4
3	Sous-groupes Nosologiques	Subdivision des GN visant à identifier explicitement certaines populations et/ou certaines PeC	<b>Total</b>		108		1
4	Groupes de Complexité	Groupe traduisant l'augmentation de la charge économique, à pathologie principale fixée, due aux différentes caractéristiques du patient et du séjour	<b>Total</b>		431		1
5	Groupes médico-économiques	Groupe traduisant les différents niveaux de rééducation à patient égal	<b>Total</b>		776	Les groupes de RR modérée ou élevée ou très élevée sont définis avec un seuil sur la RR / jour (60, 90 ou 120 min/jour) et – en HC - sur la RR totale du séjour (10, 15 ou 20h/séjour).	1
			Groupes de RR modérée	a, b	311		
			Groupes de RR élevée	k, q, r	311		
			Groupes de RR très élevée	s	34		
			Groupes de RR indifférenciée	z	120		

### Exemple de groupage

- GME « 0147Z2s » → « AVC avec hémiplégie, IC 2, RR très élevée »

# Description de l'arbre

## Groupes descriptifs

---

### ○ Définition :

- Groupes traduisant les différentes variables mobilisées pour le groupage en GME
- Visant à faciliter les « contrôles qualité » (DIM) et l'analyse médicalisée de l'activité SSR

### ○ En pratique :

- Pour chaque séjour, groupé dans un GME sont explicitées les variables mobilisées au niveau « groupes de complexité » et « groupes de RR
- Nombre total de « groupes descriptifs » : 1520
  - 1 325 pour l'HC / 195 pour l'HTP
  - 165 pour les 0-3 ans / 330 pour les 4-12 ans / 635 pour les 13 ans et +

# Description de l'arbre

## Groupes descriptifs

---

- Exemple du GN 1006 *Obésités* :
  - 15 gpes descriptifs car :
    - 3 possibilités pour la RR : modérée / élevée / très élevée
    - 5 possibilités pour les variables mobilisées dans l'indice de complexité :
      - 1006Z1 : Obésités, Dép Phys  $\leq 8$ , sans CMA
      - 1006Z2 : Obésités, Dép Phys [9-12], sans CMA
      - 1006Z2 : Obésités, Dép Phys  $\leq 8$ , avec CMA
      - 1006Z3 : Obésités, Dép Phys  $> 8$ , avec CMA
      - 1006Z3 : Obésités, Dép Phys  $> 12$ , avec ou sans CMA
    - Exemple : 1006Z2s-a « Obésités, Dép Phys [9-12], sans CMA ,  
RR  $\geq 120$  mn/jour et  $\geq 20$ h/séjour, en HC »

# Description de l'arbre

## Groupes descriptifs

---

- Exemple du GN 0134 *Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie (LMTT)* :
  - 12 gpes descriptifs car :
    - 2 possibilités pour la RR : modérée / élevée
    - 6 possibilités pour les variables mobilisées dans l'indice de complexité :
      - 0134Z1 : LMTT, hors post-chir, Dép cog <= 6, sans CMA
      - 0134Z2 : LMTT, post-chir, Dép Cog <= 6, sans CMA
      - 0134Z2 : LMTT, hors post-chir, Dép Cog <= 6, avec CMA
      - 0134Z3 : LMTT, hors post-chir, Dép Cog > 6, avec CMA
      - 0134Z3 : LMTT, post-chir, Dép Cog <= 6, avec CMA
      - 0134Z3 : LMTT, post-chir, Dép Cog > 6, avec ou sans CMA
  - Exemple : 0134Z3b-b « LMTT, post-chir, Dép Cog <= 6, avec CMA, RR < 90 mn/jour ou <15h/séjour, en HC »

# Classification GME

---

## Travaux 2017

- **Résultats :**
  - Description de l'arbre de groupage
  - Description des casemix avant/après

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

---

### ○ Base mobilisée : 2016 sans concaténation

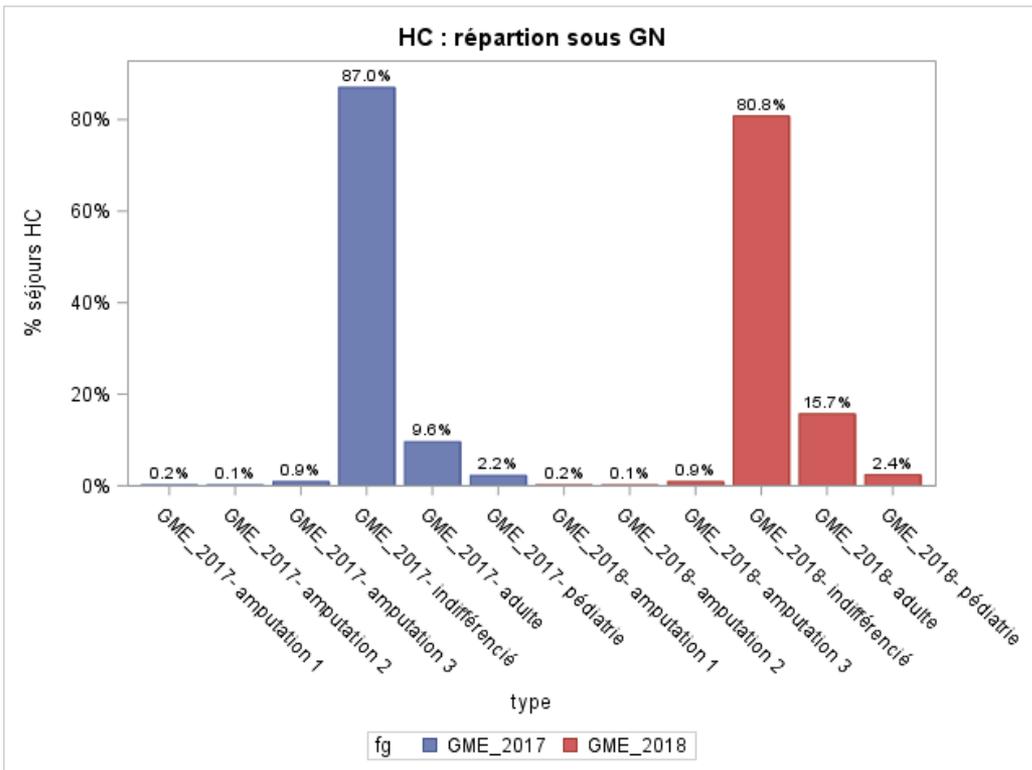
### ○ Description suivant différents axes

1. **Sous GN**
2. **Groupes de complexité**
  - Casemix avant/après
  - Caractéristiques globales des groupes
3. **Groupes de rééducation**
  - Casemix avant/après
  - Caractéristiques globales des groupes
4. **Zoom sur différentes populations**
  - En fonction des variables patients
  - En fonction des mentions

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 1. Sous GN

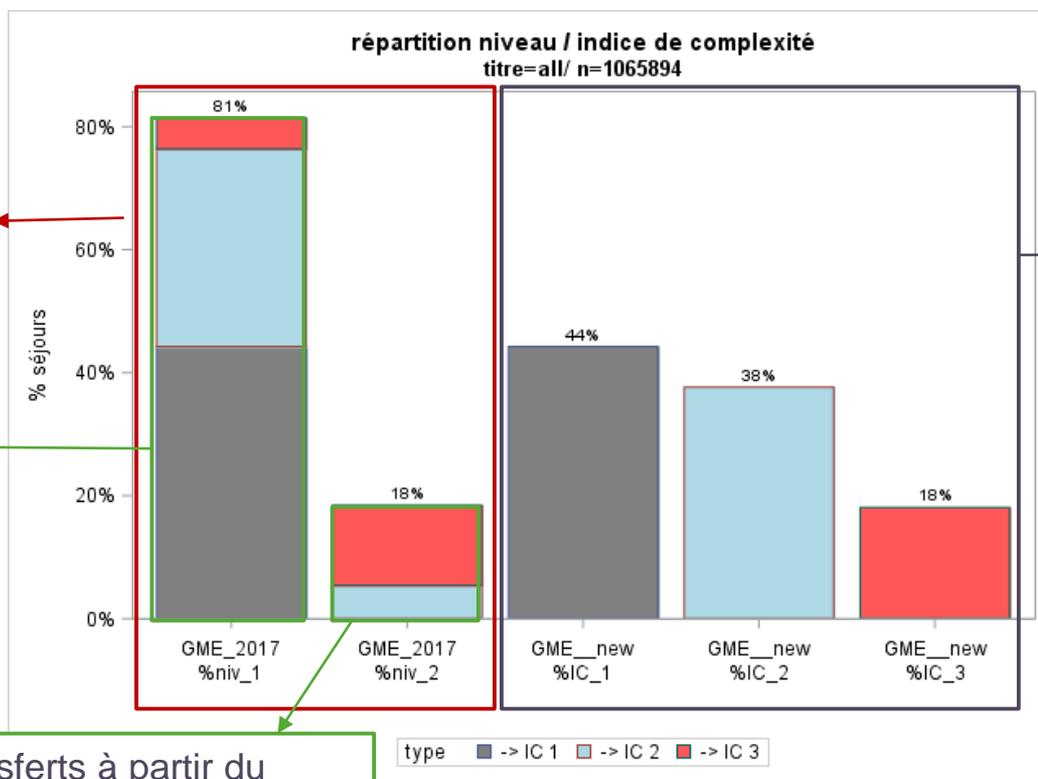


- Au niveau sous-GN, la population pédiatrique est un peu plus identifiée dans la version v2018 proposée
- En v2018 proposée
  - 73% de l'activité pédiatrique HC est dans un sous-GN spécifique → (69% en v2017)
  - 75% de l'activité pédiatrique HTP est dans un sous-GN spécifique → (72% en v2017)

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 2. Groupes de complexité (HC)



V2017 :

- 81% des séjours en niveau 1
- 18% des séjours en niveau 2

Transferts à partir du niveau de sévérité 1

- ≈ 40% → IC 2
- ≈ 10% → IC 3

Transferts à partir du niveau de sévérité 2

- ≈ 75% → IC 3

V2018? :

- 44% des séjours en IC1
- 38% des séjours en IC2
- 18% des séjours en IC3

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 2. Groupes de complexité (HC)

	Groupe	Part	DMS	variables patients				UM		
				âge	dep_phy	dep_cog	chir	UM specia	UM poly	UM geria
V2018?	1	45%	27	66	6	3	28%	50%	38%	13%
	2	37%	36	75	11	4	27%	26%	45%	29%
	3	18%	48	72	13	5	29%	30%	40%	30%
V2017	1	82%	31	71	9	3	29%	38%	41%	20%
	2	18%	47	70	11	4	22%	32%	40%	28%

DMS ordonnées et bien distinctes (écart > 1 semaine)

Patients en IC 2 et 3 plus âgés et plus dépendants

Poids des UM « polyvalente » et « gériatrie » augmente quand l'IC augmente

#### En résumé

- **IC 1** : séjours avec DMS faible, patients moins âgés et moins dépendants
- **IC 2 et 3** : séjours avec DMS moyenne et élevée, patients âgés et dépendants, particulièrement présents dans les unités polyvalentes et gériatriques
- **Par rapport à la v2017** : les UM sont mieux discriminées par les niveaux

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 2. Groupes de complexité (HTP)

	Groupe	Part	UM		
			UM specia	UM poly	UM geria
V2018 ?	0	100%	78%	15%	7%
V2017	0	99%	78%	15%	7%
	1	1%	70%	19%	11%

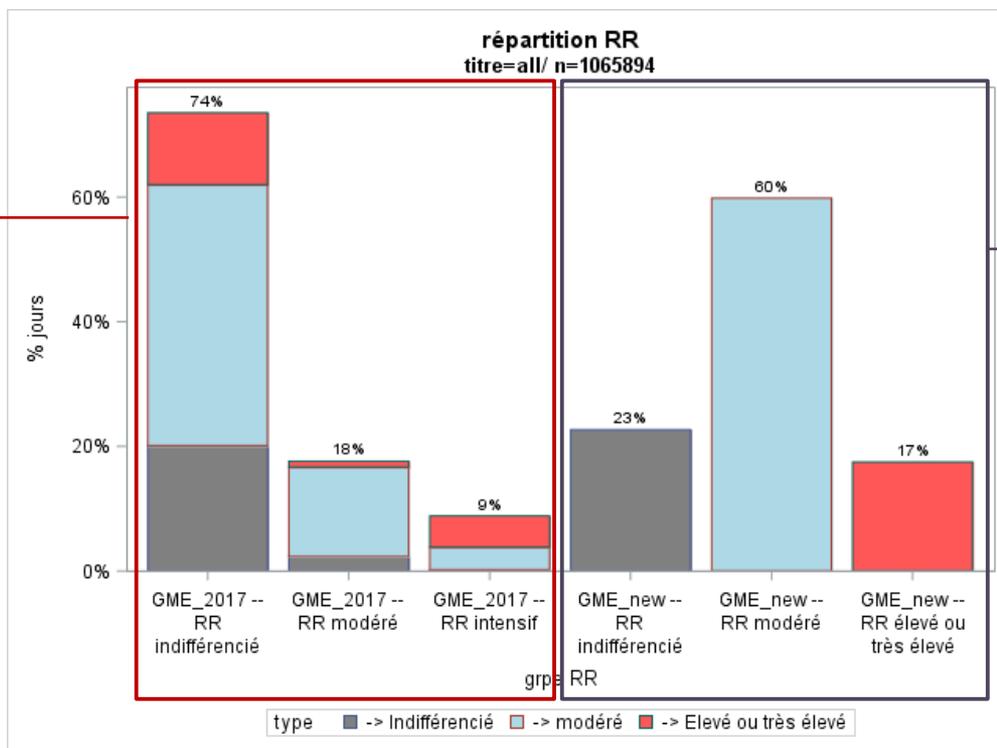
#### En résumé

- En v2017 : certaines racines n'avaient pas de subdivisions pour l'HTP → HTP était groupée avec l'HC en niveau 1.
- En v2018? : l'HTP est séparée systématiquement pour tous les GN.

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 3. Groupes de rééducation (HC)



V2017

- 74% des séjours dans un groupe de RR indifférencié
- 9% des séjours dans un groupe de RR élevée

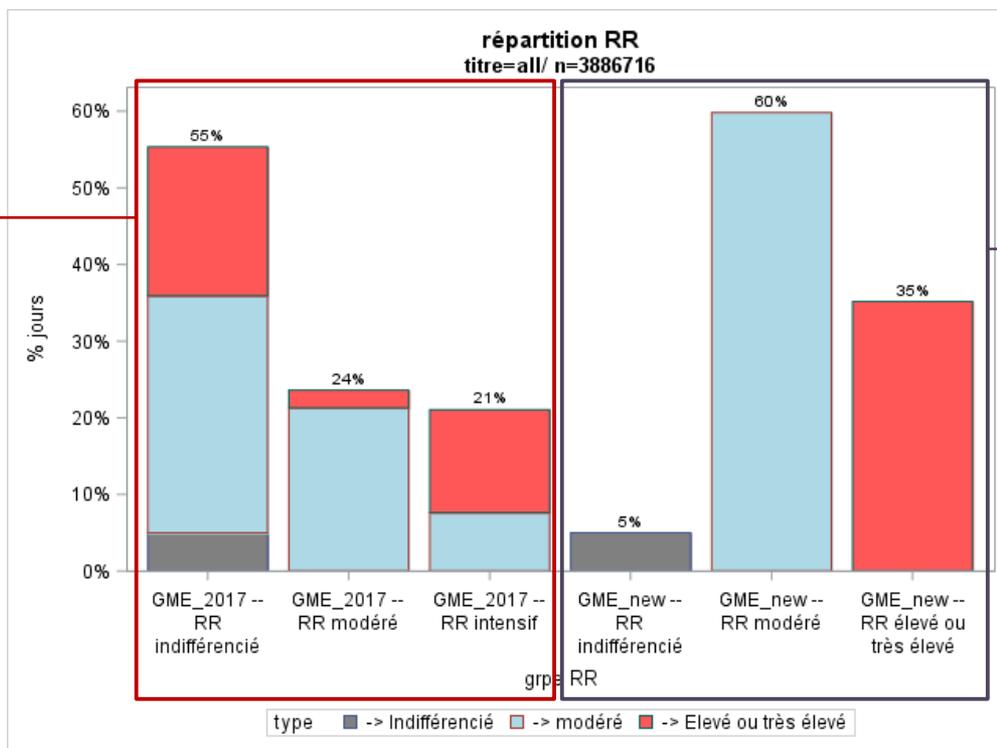
V2018?

- 23% des séjours dans un groupe de RR indifférencié
- 17% des séjours dans un groupe de RR élevée ou très élevée

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 3. Groupes de rééducation (HTP)



V2017

- 55% des journées dans un groupe de RR indifférencié
- 21% des journées dans un groupe de RR élevée

V2018?

- 5% des journées dans un groupe de RR indifférencié
- 35% des journées dans un groupe de RR élevée ou très élevée

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 3. Groupes de rééducation (HC)

	Groupe	Part	RR		variables patients				UM		
			RR jour (mn)	RR totale (h)	âge	dep_phy	dep_cog	chir	UM specia	UM poly	UM geria
V2018?	RR élevée	18%	122	60	63	9	3	33%	64%	23%	13%
	RR modérée	60%	33	13	70	9	3	31%	39%	41%	20%
	RR indifférenciée	23%	31	12	77	10	4	16%	11%	56%	34%
V2017	RR élevée	9%	105	51	57	8	3	23%	79%	15%	6%
	RR modérée	18%	31	14	70	9	4	25%	40%	40%	20%
	RR indifférenciée	73%	45	19	72	9	4	29%	31%	44%	24%

Poids beaucoup + important des groupes « RR modérée » et « RR élevée ou + »

Patients en RR élevée ou + : plus jeunes

Poids des UM spécialisées augmente dans les groupes RR élevée ou +

#### En résumé HC

- **RR Élevée ou +** : patients + jeunes, majoritairement présents dans les unités spécialisées avec en moyenne ≈ 2h/jour et 60h/séjour de RR
- **RR Modérée** : patients + âgés, avec en moyenne ≈ 30mn/jour et 12h/séjour de RR
- **RR Indifférenciée** : patients âgés et dépendants présents dans les unités gériatriques et polyvalentes
- **Par rapport à la v2017** :
  - Présence beaucoup plus importante des groupes de RR (modérée ou élevée ou +) : 78 % vs 27%
  - Les groupes de RR indifférenciée contiennent des patients plus âgés et présents dans des UM polyvalentes ou gériatriques

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### 3. Groupes de rééducation (HTP)

	Groupe	Part	RR		variables patients				UM		
			RR jour (mn)		âge	dep_phy	dep_cog	chir	UM specia	UM poly	UM geria
V2018?	RR élevée	35%	143		49	6	3	10%	81%	15%	3%
	RR modérée	60%	35		53	5	3	15%	83%	13%	4%
	RR indifférenciée	5%	54		70	6	4	1%	25%	27%	47%
V2017	RR élevée	21%	117		49	5	3	9%	88%	11%	1%
	RR modérée	24%	39		49	5	3	12%	88%	11%	1%
	RR indifférenciée	55%	75		55	6	3	13%	71%	18%	12%

Poids beaucoup + important des groupes « RR modérée » et « RR élevée ou + »

Patients en RR élevée ou + : plus jeunes

Poids des UM spécialisées augmente dans les groupes RR élevée ou +

#### En résumé HTP

- **RR Élevée ou +** : patients + jeunes , majoritairement présents dans les unités spécialisées avec en moyenne plus de 2h/jour de RR
- **RR Modérée** : patients + jeunes, majoritairement présents dans les unités spécialisées avec en moyenne 30 min/jour de RR
- **RR Indifférenciée** : patients âgés présents le plus souvent dans les UM gériatriques
- **Par rapport à la v2017** :
  - Présence beaucoup plus importante des groupes de RR (modérée ou élevée ou +) : 95% vs 45%
  - Les groupes de RR indifférenciée contiennent des patients plus âgés et présents dans des UM polyvalentes ou gériatriques

# Classification GME

## Description des casemix avant/après

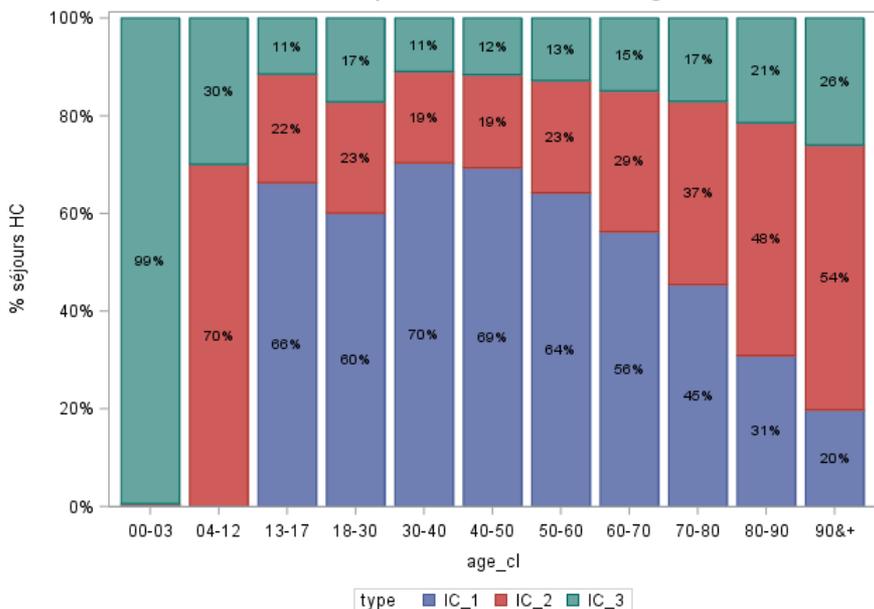
### 4. Zooms sur différentes populations (HC)

**Pédiatrie** : subdivision en 3 classes (0-3, 4-12, 13-17)

**Adultes** : quand l'âge augmente, la complexité augmente et le % de séjours RR élevée ou très élevée diminue

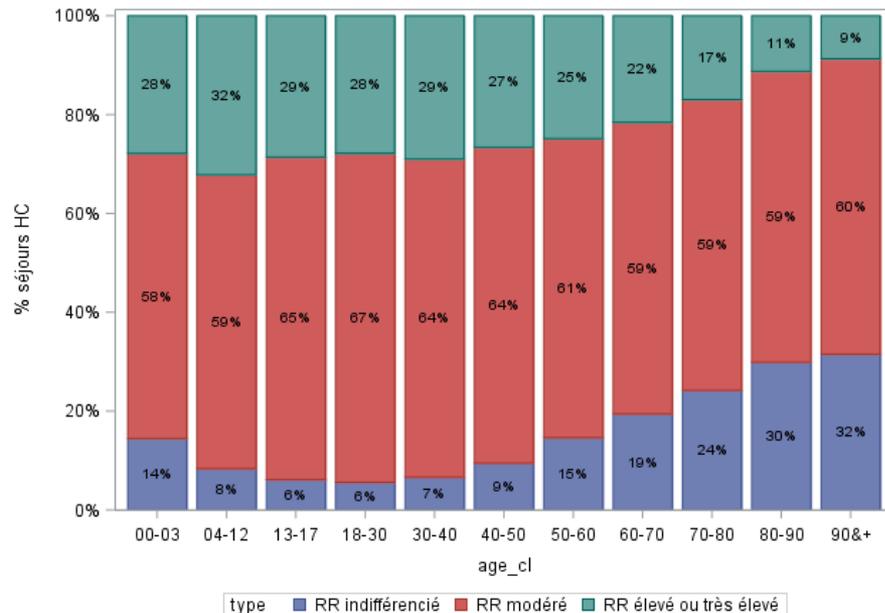
Groupes de complexité

HC: répartition IC en fonction de l'âge



Groupes de RR

HC: répartition groupes de RR en fonction de l'âge



# Classification GME

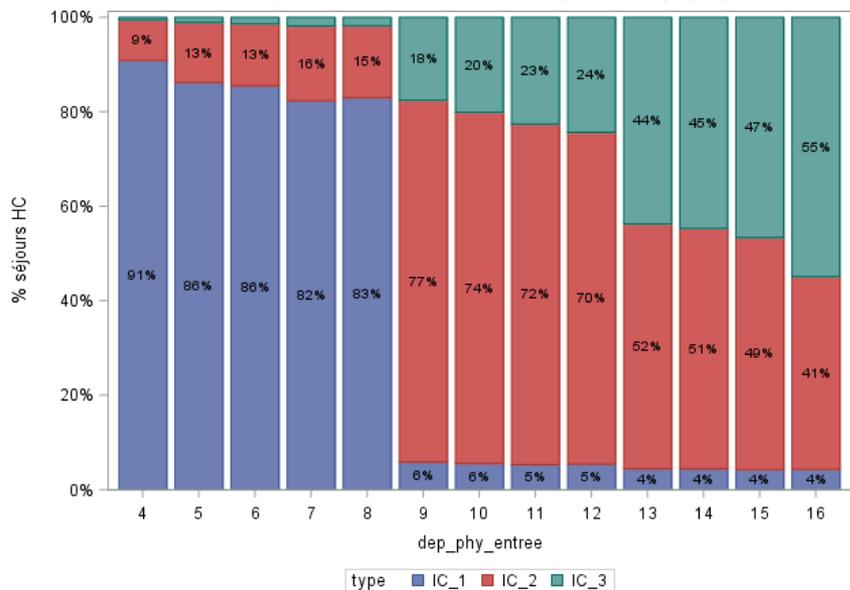
## Description des casemix avant/après

### 4. Zooms sur différentes populations (HC)

Quand la **dépendance physique** augmente, la complexité augmente très fortement

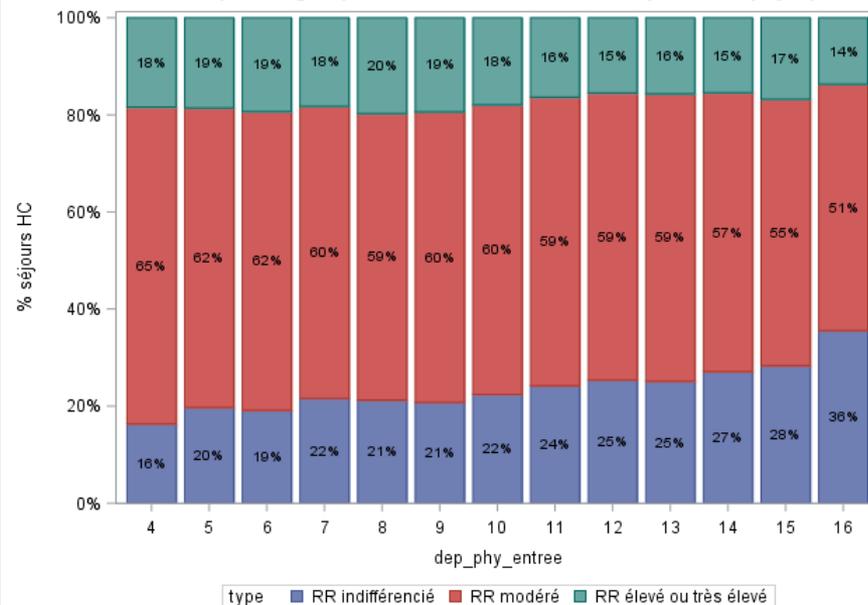
Groupes de complexité

HC : répartition IC en fonction de la dépendance physique



Groupes de RR

HC : répartition groupes de RR en fonction de la dépendance physique



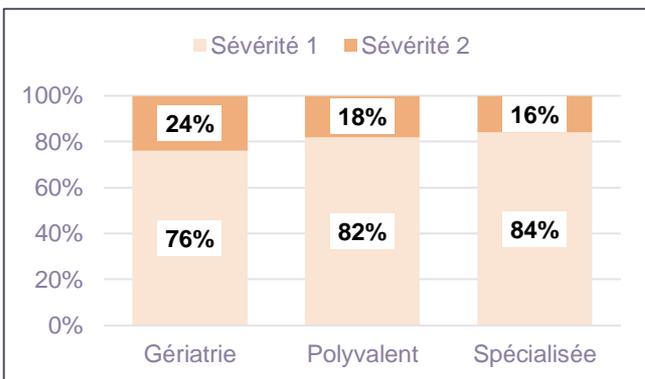
# Classification GME

## Description des casemix avant/après

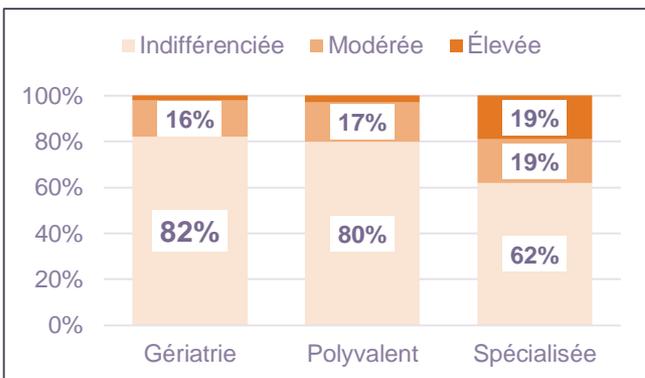
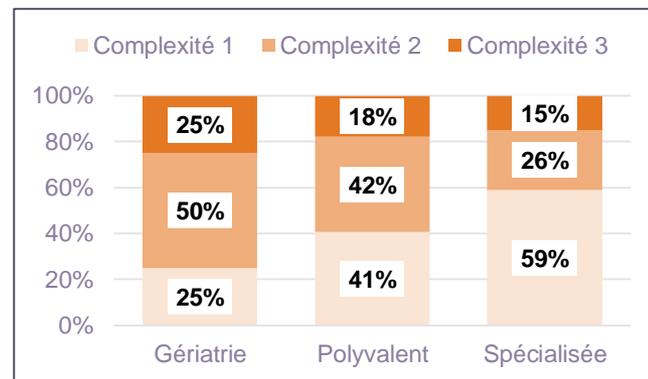
### 4. Zooms sur différentes populations (HC)

#### Les mentions ont des caractéristiques différentes

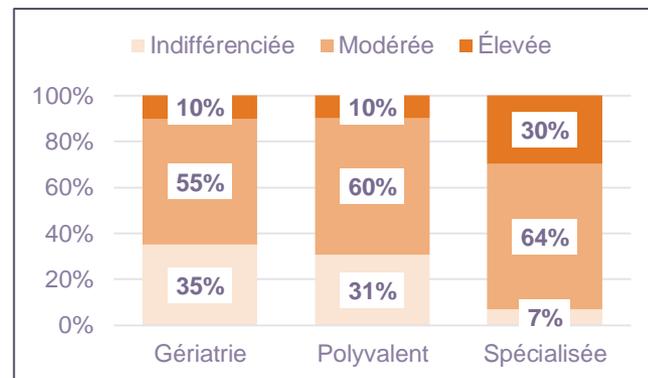
- **Gériatrique** : forte complexité et faible proportion de RR élevée ou +
- **Polyvalente** : complexité moyenne et faible proportion de RR élevée ou +
- **Spécialisée** : moins de complexité et forte proportion de RR élevée ou +



- V2017 : les mentions sont peu discriminées par les niveaux de sévérité
- V2018? : la répartition en groupes de complexité est différente selon les mentions



- V2017 : part très importante de groupes de RR indifférenciée → analyse des mentions difficile
- V2018? : la répartition en groupes de RR est différente selon les mentions



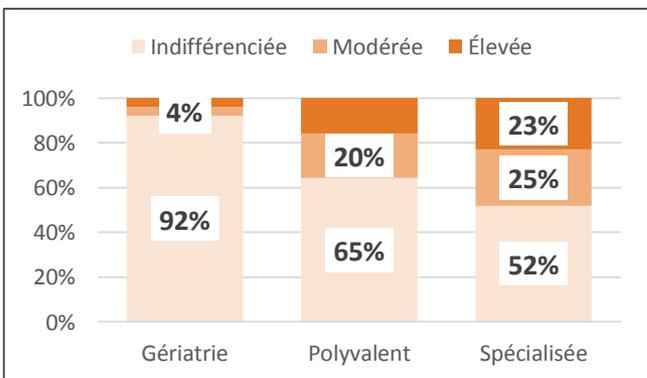
# Classification GME

## Description des casemix avant/après

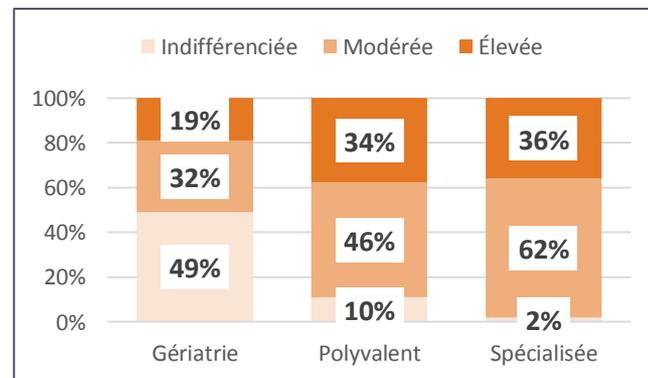
### 4. Zooms sur différentes populations (HTP)

**HTP : les mentions ont des caractéristiques différentes**

- **Gériatrique** : faible proportion de RR élevée ou + / modérée
- **Polyvalente** : proportion importante de RR élevée ou + / modérée
- **Spécialisée** : proportion importante de RR élevée ou + / modérée



- ➔
- V2017 : part très importante de groupes de RR indifférenciée → analyse des mentions difficile
  - V2018? : la répartition en groupes de RR est différente selon les mentions



# Classification GME

## Description des casemix avant/après

### Principales conclusions

- La **dépendance** est davantage prise en compte (nombre de groupes mobilisant la dépendance augmente)
- Les **patients âgés et/ou dépendants** sont beaucoup plus souvent dans des niveaux supérieurs
- **Pédiatrie** : découpage plus fin permettant de rendre compte de la complexité
  - 100% des 0-12 ans en IC 2 ou 3
- **Rééducation** : la RR est davantage prise en compte
- Les **UM** : non captées avant
  - **Spécialisées** : patients - complexes avec + de RR élevée
  - **Gériatrie** : patients + complexes avec - de RR élevée

# Classification GME

## Travaux 2018 et années suivantes

### ○ Perspectives :

- Révision GN et sous-GN
  - Poursuite travaux révision des CM04 et CM05
  - Différenciation des niveaux de « déficience des patients » ?
    - Par exemple : tbles cognitivo-comportementaux
  - Différenciation des prises en charge : actes CSARR marqueurs ?
- Amélioration de l'indice de complexité :
  - Prise en compte de l'âge : test de nouvelles classes d'âge ?
  - Révision statut post-chirurgical ?
  - Révision score(s) dépendance ?
  - Révision niveaux de sévérité (règles CMA, listes CMA, polypathologies) ?
- Amélioration des seuils de RR :
  - Modalités de calcul du score RR (dénominateur et diversité)
  - Affinage des seuils de RR par « groupes de complexité » ?
- Travaux spécifiques « classification HTP SSR » ?

# **Evolutions recueil PMSI SSR 2018 (hors nomenclatures)**

# Recueil PMSI SSR

## Guide PMSI SSR 2018

### ○ Variables médicales :

#### ○ Dépendance : recueil « toilette »

○ Évolutions retenues par GT « dépendance SSR » (janvier 2017)

#### ○ Modalité technique à arbitrer :

##### ○ Recueil « habillement ou toilette » ?

➤ Conservation 4 variables pour « AVQ physique »

➤ Intégration dans calcul score « dépendance physique » dès 2018

OU

##### ○ Recueil « toilette » individualisé ?

○ Ajout 5<sup>ème</sup> variable pour « AVQ physique »

○ Intégration dans calcul score « dépendance physique » : 2020 (au plus tôt)

# Recueil PMSI SSR

## Guide PMSI SSR 2018

### ○ Variables médicales :

#### ○ CSARR : « date réalisation de l'acte »

##### ○ État des lieux codage CSARR (BN SSR 2016)

Type étab	Nombre d'occurrences	% dates renseignées
ESPIC	20 337 677	99,6
Privés commerciaux	25 797 291	97,7
Publics	22 356 475	93,5
<b>TOTAL</b>	<b>68 491 443</b>	<b>96,9</b>

% dates renseignées	Nb étab	% étab
< 20%	32	1,9%
[20-40%[	12	0,7%
[40-60%[	12	0,7%
[60-80%[	8	0,5%
>= 80%	1596	96,1%
<b>TOTAL</b>	<b>1660</b>	

##### ○ Proposition : recueil obligatoire « date réalisation acte CSARR » en 2018 (si « nb réalisation » = 1)

# Recueil PMSI SSR

## *Guide PMSI SSR 2018*

### ○ Variables administratives :

#### ○ Structures : « Unités spécifiques »

##### ○ Contexte :

- Besoin d'individualiser l'activité d'unités particulières
- Utilisation pour suivi d'activité voire financement

##### ○ Proposition technique : **nouvelle variable RHS**

##### ○ Nomenclature des unités :

- USP SSR
- *En cours expertise avec DGOS : UCC, Unité EVC-EPR, Unité SSR de soins post-réanimation*

# GT « Evolutions recueil PMSI SSR »

# Groupe technique « Recueil SSR »

## Participants & Missions

### ○ Mise en place d'un Groupe d'Experts DIM SSR

- Sollicitation de **médecins DIM** par l'ATIH

Noms	Etablissements
BLATIER Jean-François	CHU - Grenoble (38)
CURAN Anne	Pro BTP – Vincennes (94)
DE THEZY Claire	CH Rives de seine –Neuilly (92)
DELMAS Véronique	Cliniques Dr STER – Lamalou les Bains & Saint Clément de Rivière (34)
GOUIN Jean-Marie	Bois Gibert & autres Ets - CHU Tours (37)
LOMBARD Isabelle	Pitié Salpêtrière-Charles Foix - AP-HP (75)
MADELON Gilles	MGEN – Colmar (68)
METRAL Pierre	RESAMUT – Lyon (69)
RODITIS Thierry	Clinalliance - Fontenay aux roses (92)
TALMUD Jérôme	CH Sud (77)
VIAL Denis	Centre Richelieu - La Rochelle (17)

### ○ Missions

- Partager les hypothèses de travail
- Aider aux propositions d'évolution
- Relire les documents



**Propositions soumises  
au  
Comité Technique SSR**

1<sup>ère</sup> réunion :  
29/05/2017

# Evolutions du recueil PMSI SSR

## Cible & axes de travail

---

- Cible : « Vers une simplification »
  - Simplifier le recueil des données PMSI SSR
  - Améliorer la description des prises en charge
  - Améliorer la qualité des données produites

- Axes de travail
  - **Périodicité** du recueil
  - **Contenu** du recueil

➔ **Un défi.... et des travaux pluriannuels**

Début de la réflexion en 2017

Etapes de déploiement → 2019 ? 2020 ?

# Premières propositions - HC

## Périodicité - Vers une description au séjour ?



### ○ Périodicité → Vers une description en 1 seul recueil ?

- 1 recueil UNIQUE mais en plusieurs étapes
- Maintien des 4 volets mais **avec des temporalités de recueil ≠**

#### ➔ Un recueil comportant :

- Données caractérisant l'état du patient à l'**admission**
- Données caractérisant le **déroulement du séjour**
- Données caractérisant l'état du patient à la **sortie**

### ○ Contenu → Vers une description en logique « séjour » ?

- Contenus des volets
  - **possiblement ≠ en fonction du moment du recueil**
  - **modifiés par rapport à l'existant**

#### ➔ **Variables à déterminer** : nouvelles variables ± remise en cause de l'**utilité/ pertinence** des variables existantes ou de leurs définitions



# Premières propositions - HC

## Périodicité - Vers une description au séjour ?

Volet administratif

*+/- variables modifiées, ajoutées*

**Admission**

**Déroulement  
du séjour**

**Sortie**

**Volet Médical**

*• +/- Variables modifiées, ajoutées*

**Volet Médical**

*• +/- Variables modifiées, ajoutées*

**Volet Médical**

*• +/- Variables modifiées, ajoutées*

Volet Dépendance

Volet Dépendance

Volet Dépendance

Volet Actes (CSARR, CCAM de RR, CCAM)

# Améliorer la description de l'activité SSR

## Contenu – Travaux sur les variables

**Affiner la  
description  
&  
Agir sur la  
qualité des  
données**

### Règles

- Compréhension
- Précision
- Recommandations de codage

### Variables

- Variables utiles
- Variables manquantes
- Variables redondantes
- Difficultés identifiées pour les variables existantes
- Modifications de définition

### Codage

- Défaut de codage identifiés
- Codes CIM 10 manquants
- Précisions sur le sens de certains codes
- Gravité / Stade des affections

### Hiérarchisation

- Situations cliniques
- Codage sans variabilité pour une même situation clinique → Repérage des difficultés de hiérarchisation
- Algorithme

# Evolutions du recueil PMSI SSR

## Premières propositions - Synthèse

---

- Abandon de la production hebdomadaire ?
- Quelle unité de description en SSR ?
  - « séjour administratif » ?
    - Modalités de groupage pour les SSRHA multi-UM ?
  - « séjour UM » ?
  - « séjour thérapeutique SSR » ?
- Recueil au « séjour » en HC ?
  - Maintien des 4 volets existants ± modulo « Volet ACTES (CCAM + CSARR) » ?
  - Volet MEDICAL
    - Allègement de la fréquence de recueil (1 à 2 étapes minimum : entrée & sortie) ?
    - ± Recueil du déroulement du séjour au fil de l'eau (selon les organisations) ?
    - Autres « blocs » et/ou variables manquants ?
- Modalités de transmission « au séjour terminé » ?

# Modèle de financement SSR : appui technique à la DGOS

# Modèle financement SSR : appui technique à la DGOS...

## Travaux 2017

**Pilotage juridique et macro-économique par la DGOS en lien avec la DSS et l'Assurance maladie**

=> **analyses, simulations** par l'ATIH

- **Travaux « frontière HTP/ACE en SSR »**
  - GT DGOS-experts médicaux « HTP/ACE SSR »
  - GT DGOS-FD « HTP/ACE SSR »
  
- **Travaux « autres compartiments »**
  - GT DGOS-FD « Médicaments SSR »
  - GT DGOS-FD « PTS SSR »
  - GT DGOS-FD « Ateliers appareillage SSR »
  - GT DGOS-FD « MIG hyperspécialisation SSR »

# Questions diverses - Agenda

# Point d'information - Campagne SSR 2017

## MIG Hyperspécialisation SSR : recueils spécifiques

### ○ Notice technique ATIH « Recueils spécifiques » : 26/06/2017

(<http://www.atih.sante.fr/notice-technique-campagne-tarifaire-ssr-2017>)

#### ○ Contexte :

- Campagne 2017 : financement « MIG Hperspécialisation SSR »
- Sujets suivis par le GT DGOS-FD « MIG Hyperspécialisation SSR »

#### ○ Deux recueils spécifiques – Transmission à l'ATIH : M8 2017

##### ○ FICHCOMP « Insuffisance respiratoire chronique » :

- Patients en hospitalisation complète SSR pour prise en charge d'une insuffisance respiratoire chronique
- Recueil sur 10 semaines du score BODE à l'admission des séjours HC terminés
- Analyse du différentiel de valorisation

##### ○ Enquête ARS « Nutrition parentérale à façon » :

- Recueil sur 3 mois du prix poches nutrition parentérale à façon versus prix moyen poches nutrition parentérale standard
- Identification des surcoûts

# Agenda

## Comité technique SSR : 4<sup>ème</sup> trimestre 2017

### Autres réunions techniques :

- « Comité de suivi CSARR » : 13 septembre 2017
- « Comité experts CSARR » : 22 novembre 2017
- GT « CSARR-score RR » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2017
- GT « Evolutions recueil PMSI SSR » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2017
- GT « Restitutions activité SSR » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2017

# ANNEXES

- Evolutions nomenclatures 2018
- Classification GME – Résultats complémentaires

# Évolutions recueil PMSI SSR 2018 - Nomenclatures



## Annexe CSARR

**Sous réserve de validation par la  
structure de maintenance du CSARR**

## Autres évolutions CSARR -1-

---

- Regroupement des paragraphes 11.01.01 (ABVQ et AIVQ) et 11.01.02 (ASVQ) en un seul paragraphe pour les évaluations des AVQ (ABVQ, AIVQ et ASVQ)  
déplacement de ZGQ+249 *Évaluation des centres d'intérêt et des souhaits de la personne pour les activités socioculturelles et sportives* dans la subdivision suivante
- Modification de libellé ZFQ+129 *Évaluation sur le lieu de vie avec mise en situation et analyse du comportement du patient* qui deviendra  
*Évaluation sur le lieu d'activité avec mise en situation et analyse du comportement du patient*  
ce libellé serait déplacé dans la subdivision
- Évolution de la description du modulateur XH *Réalisation de l'acte sur le lieu de vie du patient* qui devient *Réalisation de l'acte sur le lieu d'activité du patient*

## Autres évolutions CSARR -2-

---

- Proposition d'autoriser le modulateur XH aux évaluations initiales des AVQ (ZGQ+137, ZGQ+046 et ZGQ+248) pour permettre de décrire l'activité des équipes mobiles en hospitalisation de jour
- Évolution du libellé  
*Évaluation du projet de vie du patient sans préparation de dossier pour maison départementale des personnes handicapées [MDPH] (ZZQ+140)*  
en  
*Évaluation du projet de vie du patient*  
À l'exclusion de : *Évaluation du projet de vie du patient avec préparation de dossier pour maison départementale des personnes handicapées [MDPH] (ZZQ+200)*
- Création d'un libellé *Séance de réentraînement scolaire*

# Libellés troubles sensoriels – conscience altérée

---

- Évaluation initiale / intermédiaire / finale des troubles sensoriels d'origine centrale ou périphérique
- Séance de rééducation des troubles sensoriels d'origine centrale ou périphérique
- Évaluation des capacités de communication et de déglutition d'un patient avec un état de conscience altérée

# Libellé thérapie familiale

---

## ○ Entretien psychologique de thérapie familiale

*Entretien psychologique familial*

*À l'exclusion de :*

*Groupe de parole*

*Groupe de relaxation*

*Avec ou sans présence du patient*

*Cet acte comprend :*

*un entretien de thérapie de deux membres ou plus de la famille du patient, réalisé par un ou deux psychologues en séance ainsi qu'un ou plusieurs psychologues en position de supervision*

## Autres modifications proposées

---

- Évolution de la description de
  - ZZQ+085 Évaluation des capacités sensitives et motrices pour ~~l'aptitude à~~ la conduite d'un véhicule automobile sans adaptation personnalisée
  - ZZQ+291 Évaluation des capacités sensitives et motrices pour ~~l'aptitude à~~ la conduite d'un véhicule automobile avec adaptation personnalisée.
- Suppression du modulateur BN *Nécessité de recours à un interprète* Si besoin, proposer le codage en CIM de Z60.30 *Difficultés liées à la langue.*



# ANNEXE CIM-10

**Mises à jour OMS**  
**Mises à jour nationales**

# Mises à jour OMS – 1 –

## ○ 2018 : année d'évolutions mineures

### ○ 42 modifications

○ 9 modifications de libellés

○ 33 modifications de notes

### ○ Modifications de libellés - exemples –

A40.2 Sepsis à streptocoques, groupe D **et entérocoques**

B17.0 (Sur)infection aigüe par agent delta **d'un sujet porteur au cours de l'hépatite B chronique**

G04.1 ~~Paraplégie spastique tropicale~~ **Myélopathies associées au virus HTLV-1**

N22.0 Calcul urinaire au cours de schistosomiase [bilharziose] (B65.0†)

W20 Heurt causé par le lancement ou la chute **(d'un)(d') objet(s)**

W22 Heurt contre ou par **(un) (d') autre(s) objet(s)**

W24 Contact avec **(un) (des) dispositif(s) de levage et de transmission, non classé(s) ailleurs**

W26 Contact avec **(un) (d')autre(s) objets tranchant(s)**

Z03 Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies, **non confirmées**

## ○ Modifications de notes - exemples - 1 -

### **A09.9 Gastroentérite et colite d'origine non précisée**

**À l'exclusion de** : colite non infectieuse indéterminée (K52.3)

### **A15.0 Tuberculose pulmonaire, confirmée par examen microscopique de l'expectoration, avec ou sans culture**

Bronchectasie tuberculeuse

Fibrose pulmonaire tuberculeuse

Pneumopathie tuberculeuse

~~microscopique de~~

Pneumothorax tuberculeux

confirmé(e) **bactériologiquement par l'examen**

**l'expectation**, avec ou sans culture

**Tuberculose pulmonaire, confirmée bactériologiquement**

**À l'exclusion de** : confirmé par la culture seulement (A15.1)

### **D56.3 Trait thalassémique**

**Thalassémie (bêta) mineure**

### **F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques**

Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44.-) et d'une hypochondrie (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre. ~~Ce code peut également être utilisé en complément du code O21.- (vomissements incoercibles au cours de la grossesse) quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse.~~

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (O21.-) pour identifier des vomissements incoercibles au cours de la grossesse.

# Mises à jour OMS – 2 –

---

## ○ Modifications de notes - exemples – 2-

### **K52.3 Colite indéterminée**

**À l'exclusion de :** colite d'origine non précisée (A09.9)

### **K72.0 Insuffisance hépatique aigüe et subaigüe**

Hépatite aigüe non virale SAI

**Insuffisance hépatique d'apparition tardive**

### **N18 Maladie rénale chronique**

**À l'exclusion de :** ~~insuffisance rénale chronique avec hypertension (I12.0)~~

### **R65 Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SRIS]**

Note : **Pour la morbidité** cette catégorie ne doit jamais être utilisée pour le codage de la cause principale. Cette catégorie est à utiliser lors du codage multiple pour identifier cet état quelle qu'en soit la cause. Un code d'un autre chapitre doit être porté en premier pour indiquer la cause ou l'affection causale.

**Pour la mortalité, voir les instructions du volume 2.**

## Mises à jour nationales

---

**E66.2-** **Obésité (extrême) avec hypoventilation alvéolaire ...**

**K52.3** **Colite non infectieuse indéterminée**

**M34-** **Sclérose Sclérodémie systémique**

**Comprend :** sclérodémie

sclérose systémique

### *En attente de validation*

**O04.-0** **Interruption thérapeutique de grossesse**

**O04.-1** **Interruption médicale volontaire légale de grossesse**

**O04.-9** **Interruption médicale de grossesse SAI**

**P95.+0** **Mort fœtale in utero, hors interruption de la grossesse pour motif médical**

**P95.+1** **Mort-fœtale à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical**

**P95.+2** **Mort fœtale per partum**

**P95.+9** **Mort fœtale hors interruption médicale de grossesse sans précision sur le moment du décès**

# ANNEXE CCAM descriptive pour usage PMSI



# CCAM pour usage PMSI 2018

---

- Demande HAS – CEPS : en chirurgie orthopédique pour permettre le suivi post inscription des poses de prothèses articulaires
  - Préciser le côté opéré pour les réduction de luxation
  - Préciser la voie d'abord pour les interventions de pose de prothèse de hanche
  
- *En attente de validation*

# Score RR

# Score RR

## Règles de gestion des codages non attendus

- **Exclusion des actes CSARR** pour le calcul du score de RR lorsque (1/3) :
  - Le **nombre de réalisations** est (cf. GenRHA/AGRAF SSR : ctrl 83 et 84) :
    - non renseigné / non numérique / nul,
    - > 14 dans un RHA.
    - *NB : Le code acte « ZZC+221 » n'est compté qu'une fois tous les 4 RHA au sein d'une même SSRHA en HC → suppression des autres occurrences de cet acte.*
  - Le **nombre de patients** est (cf. GenRHA/AGRAF SSR : ctrl 116) :
    - non renseigné / non numérique / nul,
    - < 2 ou > 25 pour un acte collectif à l'exclusion de certains actes (cf. fichier complémentaire CSARR 2018),
    - différent de 1 pour un acte individuel dédié strict,
    - > 8 pour un acte individuel non dédié possible.

# Score RR

## Règles de gestion des codages non attendus

- **Exclusion des actes CSARR** pour le calcul du score de RR lorsque (2/3) :
  - Le **nombre d'intervenants** est (cf. GenRHA/AGRAF SSR : ctrlrs 119 et 121) :
    - non renseigné / non numérique / nul,
    - < 2 ou > 10 pour un acte pluri-professionnel.
  - Le **code « intervenant »** est non attendu :
    - « 21 » (Infirmier) pour les codes actes CSARR suivants : « QZQ+104 », « ANQ+126 », « ZGQ+046 », « DKQ+008 », « PEQ+038 »,
    - « 88 » (Autre intervenant) pour les codes actes CSARR suivants : « PEQ+038 », « QZQ+104 », « ZGQ+046 », « HSQ+237 », « ZZC+221 ».
  - Le **code « étape d'appareillage »** (cf. GenRHA/AGRAF SSR : ctrlrs 114, 152 et 153) :
    - n'est pas au format / est non autorisé pour l'acte codé,
    - est non renseigné pour un acte d'appareillage avec étapes.

## Score RR

### Règles de gestion des codages non attendus

- **Exclusion des actes CSARR** pour le calcul du score de RR lorsque (3/3) :
  - Le code acte CSARR correspond à un **geste complémentaire** :
    - isolé dans RHA,
    - avec une Association [Geste complémentaire + acte principal] non compatible.

# Classification GME

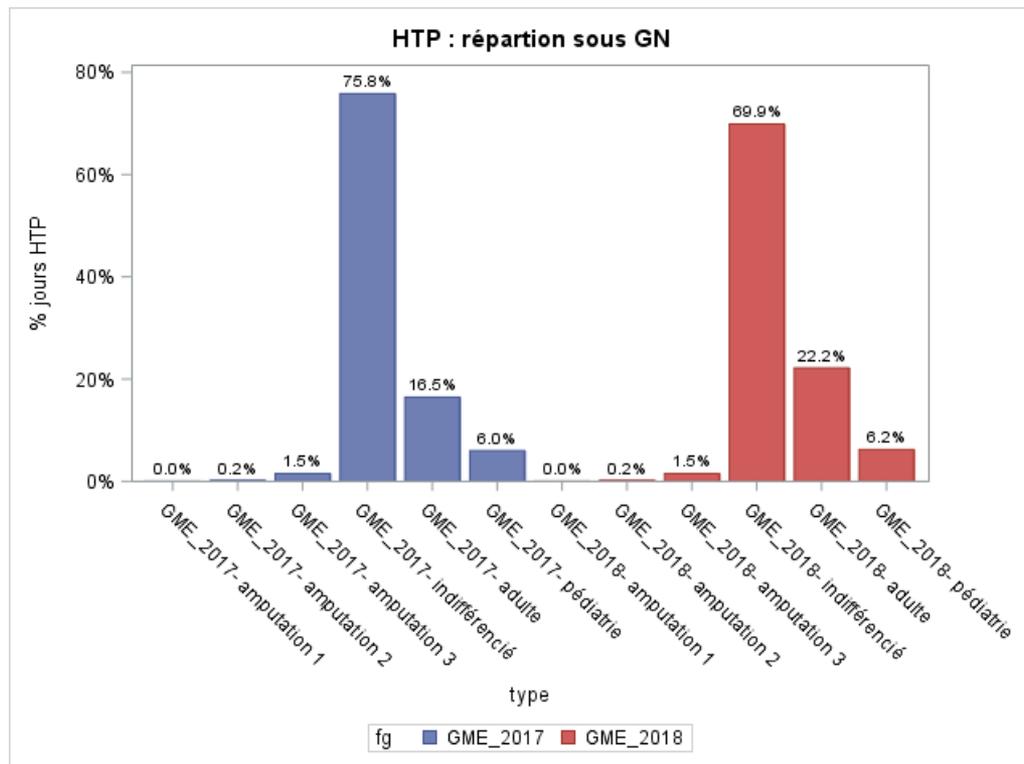
## Résultats complémentaires

## ○ Périmètre :

- Base PMSI 2014-2016 (séjours HC concaténés à 3 jours)
- Base ENC 2014-2015 (séjours HC concaténés à 3 jours)
- PVE sur « durée de séjour » et sur « coût total » calculées :
  - hors soins palliatifs, EVC-EPR et séjours de moins de 18 ans
  - pour des séjours avec des durées de séjour inférieures à 365 jours et supérieures à 1 jour

	<b>variable</b>	<b>version</b>	<b>PVE</b>	<b>nombre de groupes</b>
HC	coût total	gme_2018?	28,0%	581
HC	coût total	gme_2017	25,9%	543
HC	durée de séjour	gme_2018?	13,9%	581
HC	durée de séjour	gme_2017	13,7%	543
HC+HTP	coût journalier	gme_2018?	22,4%	776
HC+HTP	coût journalier	gme_2017	20,7%	743
HTP	coût journalier	gme_2018?	21,4%	195
HTP	coût journalier	gme_2017	20,1%	200

# Sous-GN : répartition HTP

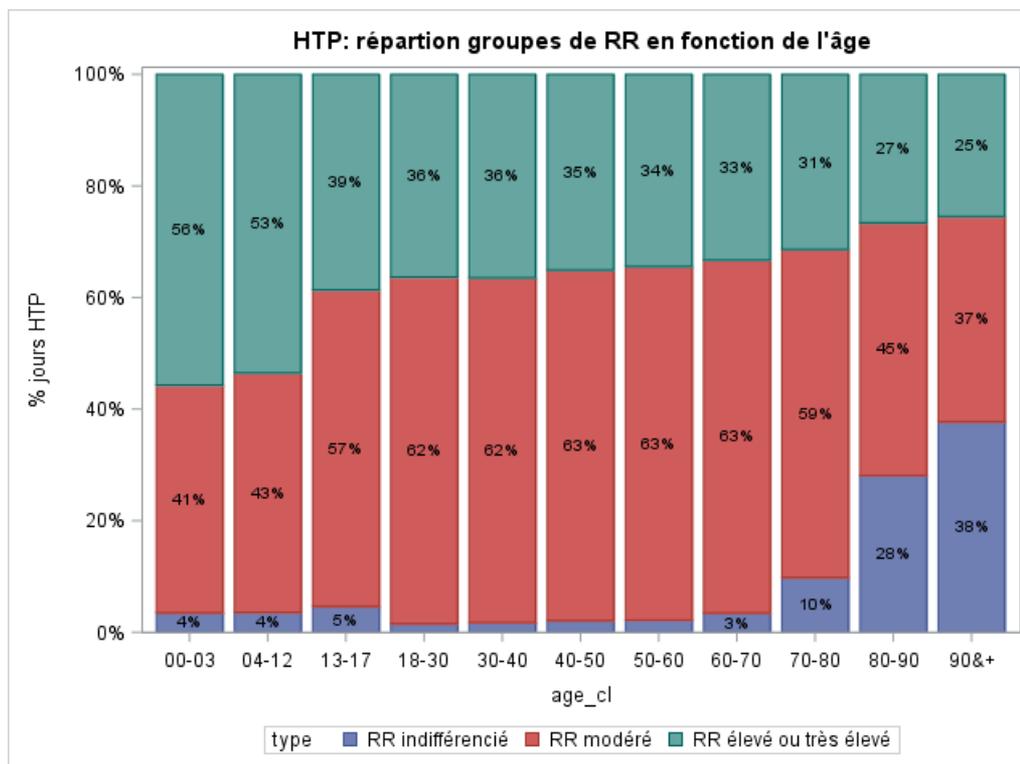


# Zoom sur différentes populations : graphiques supplémentaires

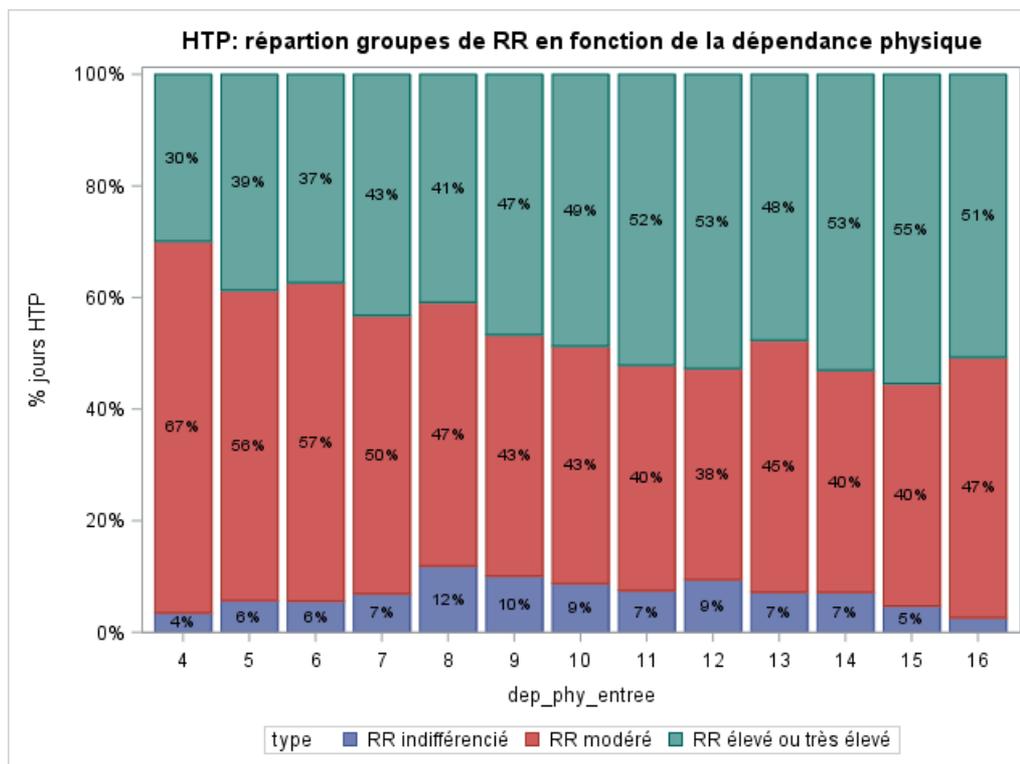
---

- Répartition de l'indice de complexité et des groupes de rééducation en fonction des caractéristiques des patients
  - Age (HTP)
  - Dépendance physique (HTP)
  - Dépendance cognitive (HC+HTP)
  - Antériorité chirurgicale (HC+HTP)

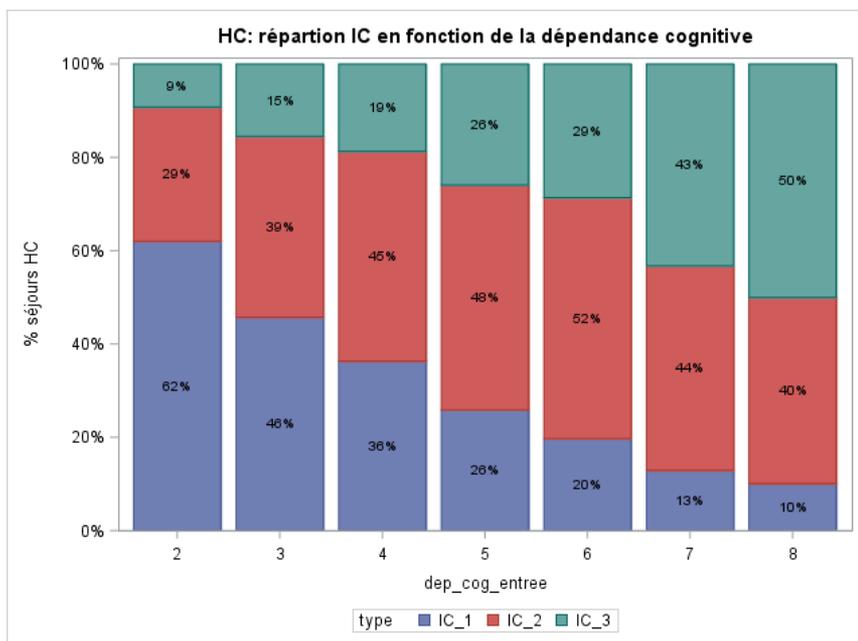
**Groupes de RR**



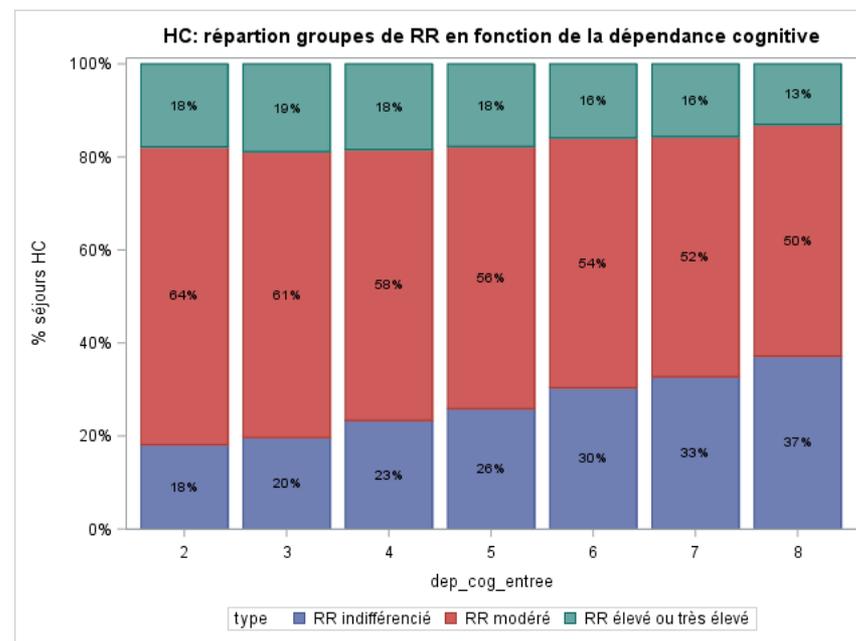
**Groupes de RR**



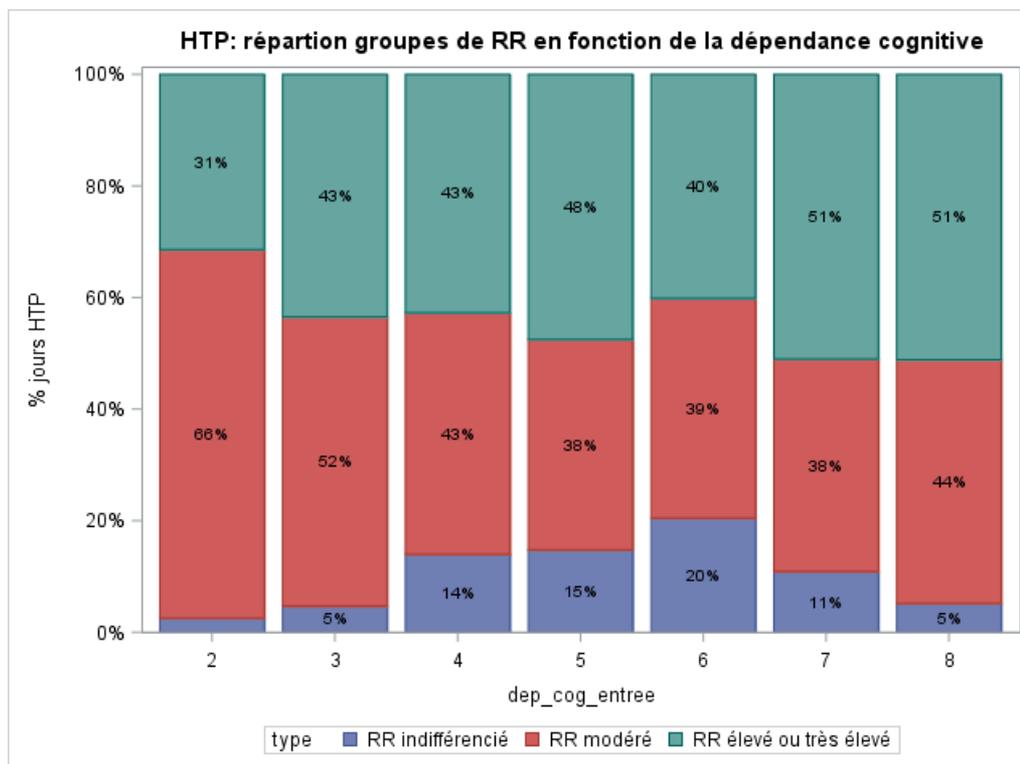
### Groupes de complexité



### Groupes de RR



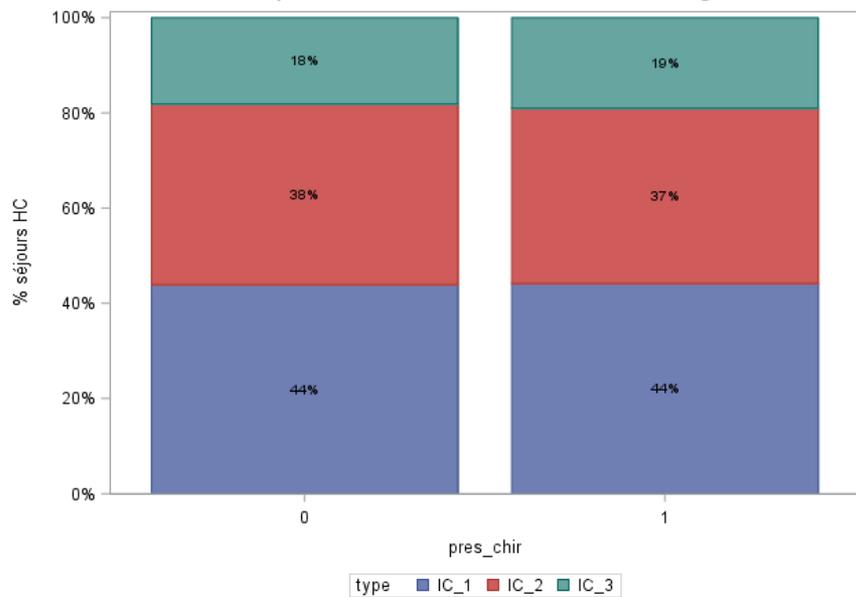
**Groupes de RR**



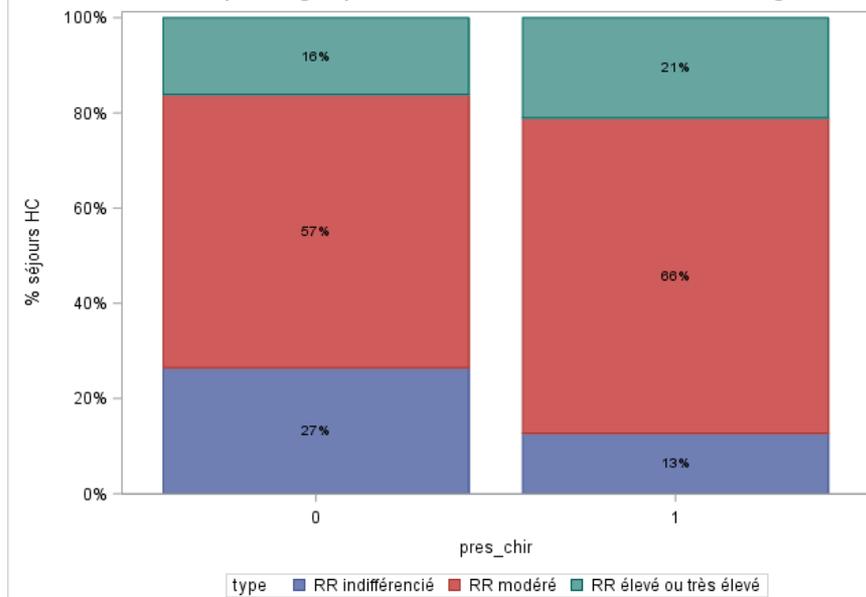
**Groupes de complexité**

**Groupes de RR**

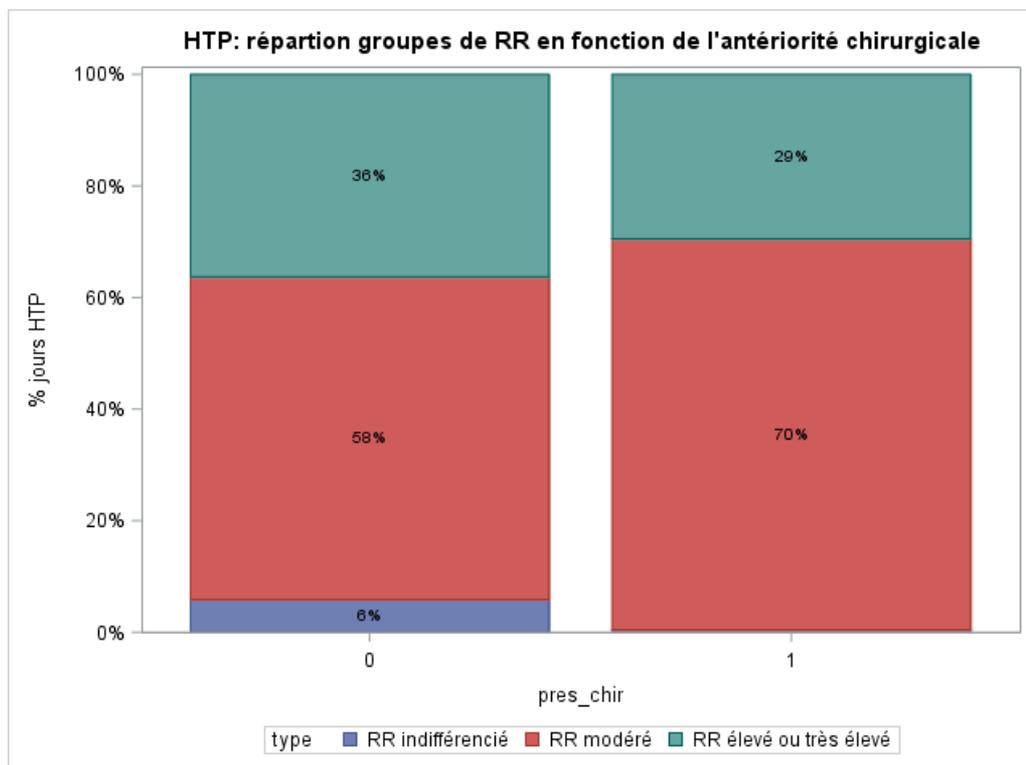
HC: répartition IC en fonction de l'antériorité chirurgicale



HC: répartition groupes de RR en fonction de l'antériorité chirurgicale



## Groupes de RR



## Liste des règles sur l'indice de complexité

---

- Dépendance physique > 8 alors Niveau = Niveau + 1
- Dépendance physique > 12 alors Niveau = Niveau + 1
- Dépendance cognitive > 6 alors Niveau 2 → Niveau 3
- Antériorité chirurgicale alors Niveau = Niveau + 1
- Dépendance physique > 8 alors Niveau 2 → Niveau 3
- Antériorité chirurgicale alors Niveau 2 → Niveau 3