



Actes de la journée du 20 novembre 2018

# Cahier de l'atelier 6

« Que sais-je ? »  
de la classification  
médico-économique



## INTERVENANTS

ATIH  
Anne BATAILLARD  
Nicolas DAPZOL  
Vincent PISETTA

I. Périmètre et données générales	2
II. Qualités d'une classification médico-économique	4
III. Faire évoluer les classifications médico-économiques	9
IV. Conclusion	12



**Dr Anne BATAILLARD**

Bonjour à tous et merci d'avoir choisi cet atelier. Je suis médecin à l'ATIH.

**Nicolas DAPZOL**

Pour ma part, je suis statisticien à l'ATIH.

**Vincent PISETTA**

Je suis également statisticien à l'ATIH.

**Dr Anne BATAILLARD**

Comme ce matin, lors de la présentation de notre directeur général, nous avons un atelier interactif et participatif. Nous allons notamment vous interroger tout au long de la présentation. Pour chaque question, trois réponses sont proposées et une seule est juste.

Pour tester la manipulation, nous vous proposons une question 0.

**Nicolas DAPZOL**

D'après la première diapositive, cet atelier vous semble :

1. stimulant ;
2. compliqué ;
3. à fuir !

**Dr Anne BATAILLARD**

Nous allons donc pouvoir voir les réponses.

**Nicolas DAPZOL**

Nous avons 9% qui répondent « compliqué ». Nous allons faire en sorte que cet atelier soit le moins compliqué possible.

**Vincent PISETTA**

Nous évoquerons trois points lors de cet atelier : le périmètre et les données générales des classifications médico-économiques, les qualités d'une classification, et la manière de faire évoluer ces classifications. Nous aurons près de 30 minutes dédiées à vos questions à la fin de la présentation.

## I. Périmètre et données générales

**Nicolas DAPZOL**

Nous allons commencer avec la première question : le système de santé français utilise-t-il de nombreuses classifications médico-économiques ?

1. Absolument, les GME, la CIM-10, le CSARR, les GHM, les GHPC et la CCAM notamment.
2. Pour le moment, le système de santé utilise deux classifications médico-économiques, une pour le MCO et une pour le SSR.
3. Mais de quoi parle-t-on ?!

**Dr Anne BATAILLARD**

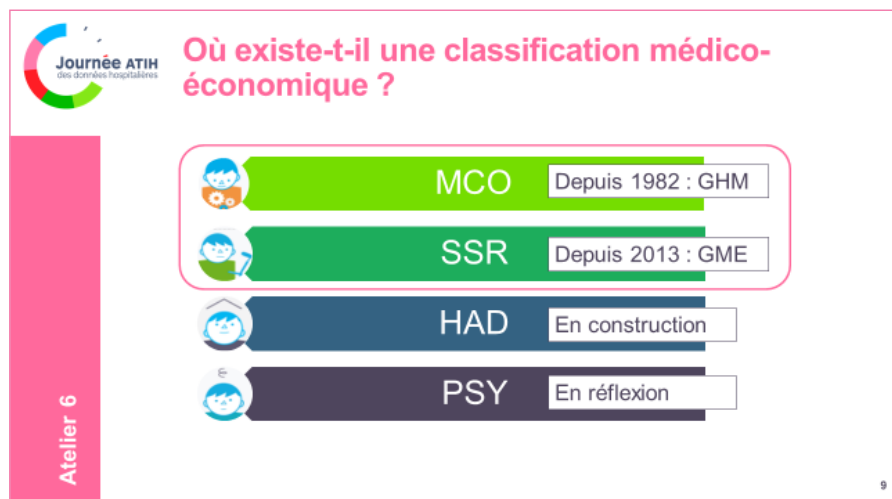
La bonne réponse est la deuxième réponse.

Je ne vais rien vous apprendre, l'hospitalisation en France comprend quatre champs :

- MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ;
- SSR : soin de suite et de réadaptation ;
- HAD : hospitalisation à domicile ;
- PSY : secteur psychiatrique.

Il existe une classification médico-économique en MCO depuis 1982, avec les GHM, et en SSR depuis 2013 avec les GME (groupes médico-économiques), qui ont succédé aux GMD (groupes à morbidité dominante). ➔ **FIGURE 1**

FIGURE 1

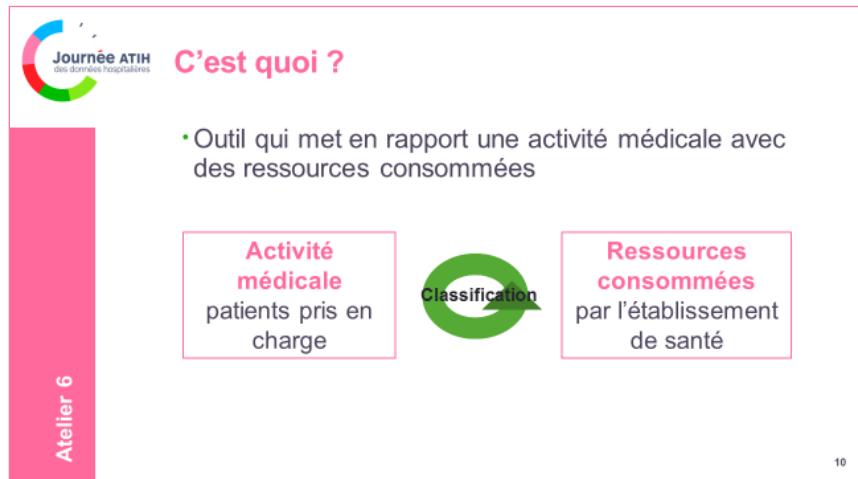


En HAD, la classification médico-économique est en construction à l'ATIH, et elle est en réflexion en psychiatrie.

Nous allons donc surtout vous parler d'exemples qui vont concerner le MCO et le SSR.

Une classification médico-économique est un outil qui met en rapport une activité médicale avec des ressources consommées. **FIGURE 2**

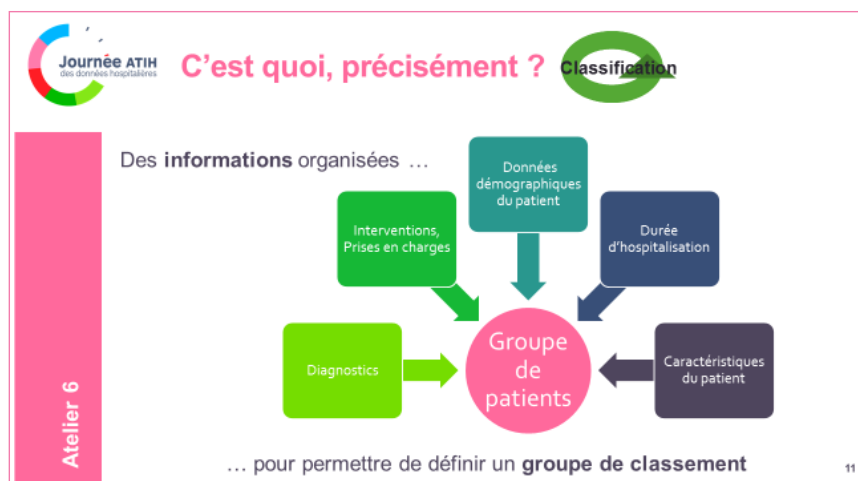
FIGURE 2



La classification comprend des informations organisées: des diagnostics, des interventions, des prises en charge, des données démographiques sur le patient, la durée d'hospitalisation, les caractéristiques du patient, etc. Ces informations permettent de définir un groupe de classement.

Pour être encore plus précis, une classification médico-économique est un algorithme. Il s'agit d'une série d'informations qui permettent de construire un chemin vers un groupe pertinent. Ces informations peuvent être la présence ou l'absence d'une maladie, d'une intervention définie, une certaine tranche d'âge, etc. **FIGURE 3**

FIGURE 3



Une classification médico-économique est utile au financement des établissements de santé, à la planification et au pilotage pour les tutelles et les établissements de santé, à la mise en œuvre des politiques de santé et à la comparaison des établissements. Normalement, la classification médico-économique ne doit pas être utilisée dans le cadre de l'épidémiologie.

Cependant, ses données sont utilisables avec une analyse et des conclusions prudentes, en ayant connaissance des règles de codage.

La CIM-10, la CCAM et la CSARR sont des nomenclatures de santé. Il s'agit d'une forme de classification, mais elle ne comprend pas de données économiques.

Les GHPC (groupes homogènes de prise en charge) sont utiles au financement du secteur de HAD sur une combinaison de trois variables. Cependant, à nouveau, il n'y a pas de cohérence médicale, puisque

dans un même groupe GHPC, nous retrouvons des activités médicales extrêmement hétérogènes. Il ne s'agit donc pas d'une classification médico-économique.

## II. Qualités d'une classification médico-économique

Nous allons nous demander comment faire des groupes et combien de groupes.

La deuxième question que nous souhaitons vous soumettre est la suivante : une classification médico-économique doit-elle décrire le plus précisément possible l'activité médicale des services de soins ?

1. Absolument, il faut autant de groupes que de prises en charge.
2. Il faut un groupe par médecin inscrit à l'Ordre des Médecins.
3. Pas vraiment, c'est une construction complexe qui mobilise des critères médicaux et économiques.

La réponse 3 était la bonne.

### Nicolas DAPZOL

Certains d'entre vous n'ont peut-être jamais fait de classification médico-économique, mais vous avez certainement déjà fait du rangement. Certains d'entre vous ont peut-être aussi des enfants, et vous avez tous déjà été enfants. La chambre d'un enfant ressemble souvent à l'image que nous vous proposons

à l'écran, et nous avons envie qu'elle soit rangée. En ce qui concerne les données du PMSI, lorsque vous poussez la porte, l'image est similaire et nous avons envie de ranger toutes ces données.

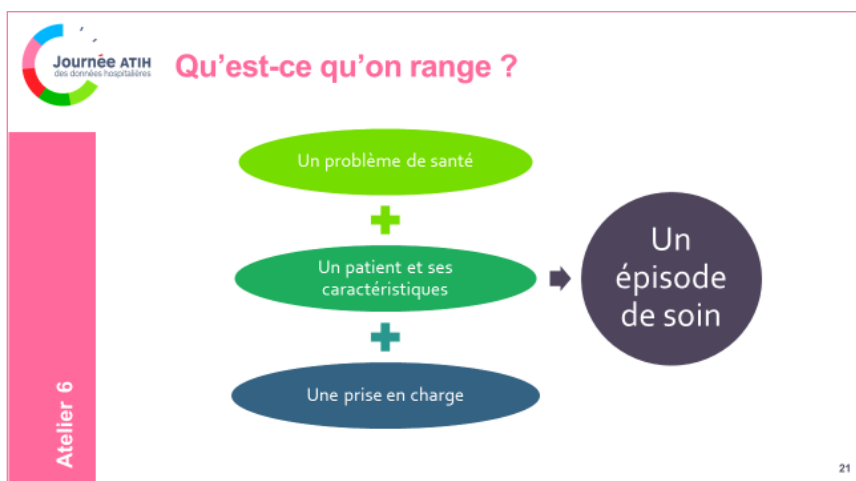
### Vincent PISETTA

Lorsque vous rangez une chambre, vous rangez des objets ou des vêtements. Lorsque vous rangez les données recueillies par les établissements de santé, nous parlons d'épisodes de soin au sens large. Nous n'avons en effet pas forcément la même unité de classification dans les différents secteurs.

Un épisode de soin est défini par un problème de santé, une personne avec ses caractéristiques et un historique de santé, et une prise en charge.

En termes de recueil, les trois dimensions dont je viens de vous parler pourraient être définies par le diagnostic pour la première, l'âge du patient, ses pathologies, les complications, etc. pour la deuxième, et par les actes, interventions et traitements pour la troisième dimension. L'épisode de soin va donc être caractérisé par toutes ces informations. ➔ FIGURE 4

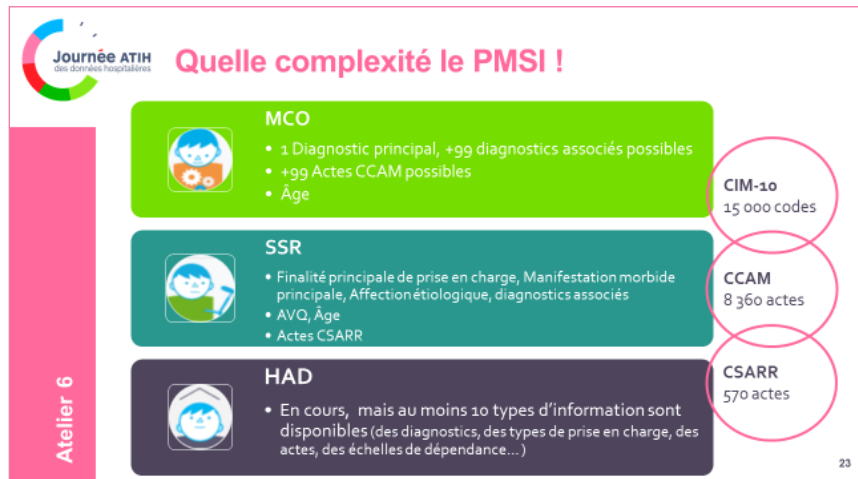
FIGURE 4



Aujourd'hui, en MCO, de nombreuses informations sont recueillies lors du diagnostic principal. Plus de 99 diagnostics associés peuvent en effet y être ajoutés, et autant d'actes CCAM possibles. À partir des informations que nous montrons ici, nous avons déjà un éventail de cas extrêmement large. Si nous partons

du principe que la CIM-10 comprend 15 000 codes et que 99 diagnostics associés sont possibles, cela signifie que nous avons 15 000<sup>99</sup> situations cliniques possibles. ➔ FIGURE 5

FIGURE 5



Nous devons donc essayer de classer ces situations en un nombre de groupe limité.

Pour les autres champs, le recueil est un peu différent. Pour le SSR, nous avons plusieurs positions pour les diagnostics, notamment la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale, l'affection étiologique. Des mesures de dépendance, ainsi que de la rééducation et de la réadaptation sont également recueillies dans ce champ.

L'HAD est le secteur qui compte le moins de séjours, pourtant le recueil y est le plus important, puisque nous avons presque autant de données qu'en MCO et SSR, sachant que nous avons également des modes de prise en charge et que la dépendance est recueillie deux fois.

#### Nicolas DAPZOL

Nous allons revenir à l'exemple de la chambre. Comment la ranger ? Nous allons essayer de trouver des caractéristiques utiles dans les objets pour pouvoir les ranger. Malheureusement, nous avons tout type de jouets dans la chambre, comme des voitures de toutes les couleurs, qui ont des usages et des tailles différentes, ou encore des pinces.

Nous pouvons donc classer ces objets par type, par couleur et par taille. Parmi toutes ces caractéristiques, nous allons en choisir quelques-unes pour définir des cases.

#### Vincent PISETTA

Pour le PMSI, la situation est comparable. De nombreuses variables sont recueillies, mais très peu sont utilisées pour faire de la classification, notamment parce que tout ce qui est recueilli n'est pas utile à la classification médico-économique. Nous devons également avoir un nombre limité de caractéristiques, pour limiter la complexité de la classification. Les variables doivent être simples et le plus robuste possible

pour le recueil. Nous avons également besoin d'un guide de codage précis.

Certaines variables ne sont pas éligibles, comme le FINESS des établissements ou l'unité médicale.

#### Dr Anne BATAILLARD

Vincent et Nicolas vous ont donc présenté la première qualité attendue de notre classification médico-économique. Elle doit donc s'appuyer sur des variables discriminantes et faciles à collecter.

#### Nicolas DAPZOL

Dans la chambre à ranger, nous n'allons pas ranger la peinture avec les vêtements. Ils n'ont en effet pas la même utilité, et ce rangement pourrait être dangereux pour les vêtements. Nous n'allons pas non plus ranger le château de princesse avec les perles. Ces deux objets n'ont pas les mêmes dimensions et un tel rangement nous conduirait à perdre les perles.

#### Vincent PISETTA

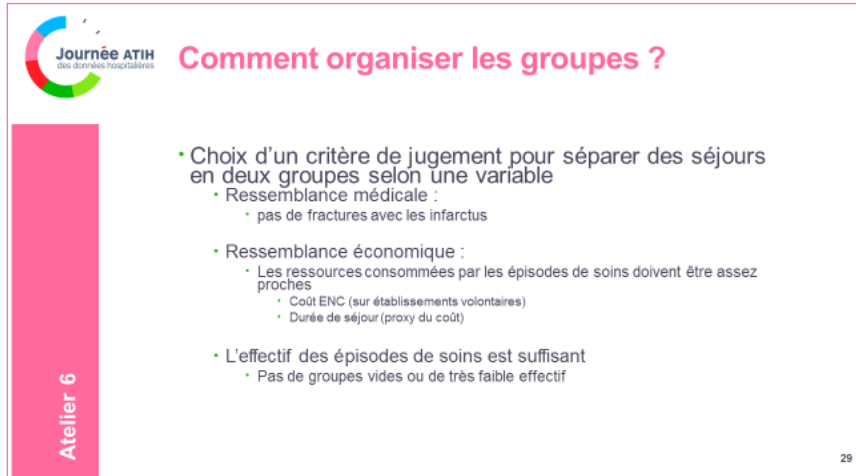
Ces éléments nous amènent à la troisième question de cette présentation : sur quels critères de ressemblance les groupes de classification sont-ils organisés ?

1. Les codes CIM-10.
2. Le nombre de desserts consommés par le patient.
3. Homogénéité médicale et économique.

La bonne réponse est la troisième.

Nous avons donc choisi des critères de jugement pour séparer des séjours en deux groupes selon une variable. Nos critères de jugement sont la ressemblance médicale (nous ne mélangeons pas les fractures avec les infarctus) et la ressemblance économique (les ressources consommées par les épisodes de soins doivent être assez proches). Nous nous basons pour cela sur les coûts ENC et la durée du séjour. ➔ FIGURE 6

FIGURE 6



**Journée ATIH**  
des données hospitalières

## Comment organiser les groupes ?

- Choix d'un critère de jugement pour séparer des séjours en deux groupes selon une variable
  - Ressemblance médicale :
    - pas de fractures avec les infarctus
  - Ressemblance économique :
    - Les ressources consommées par les épisodes de soins doivent être assez proches
      - Coût ENG (sur établissements volontaires)
      - Durée de séjour (proxy du coût)
  - L'effectif des épisodes de soins est suffisant
    - Pas de groupes vides ou de très faible effectif

Atelier 6

29

Nous devons enfin avoir des groupes avec des effectifs suffisants. Le fait d'avoir des groupes vides ou peu remplis complexifie en effet la définition de tarifs.

**Dr Anne BATAILLARD**

La deuxième qualité attendue de notre classification est l'homogénéité à l'intérieur des groupes.

**Nicolas DAPZOL**

Nous avons donc des variables, et nous savons comment nous souhaitons les ranger. Nous devons donc acheter des casiers pour ranger notre chambre. Combien en acheter ? Si nous avons trop de casiers, il sera difficile de trouver quelque chose lorsque nous le chercherons. Avec trop de casiers, plusieurs casiers sont possibles pour un même objet. Par ailleurs, un trop grand nombre de casiers impose un nombre important d'étiquettes à rédiger et à entretenir.

FIGURE 7

FIGURE 7



**Journée ATIH**  
des données hospitalières

## Combien de casiers de rangement ? 10 ?

- Trop de casiers :
  - Difficulté à trouver le bon casier
  - Plusieurs casiers possibles pour un même objet
    - Choix du casier le plus avantageux : le plus brillant, le moins lourd, le plus haut !
  - Beaucoup d'étiquettes et de noms à prévoir et à entretenir

Atelier 6

31

En revanche, si nous prenons uniquement deux casiers, nous aurons également des difficultés à trouver un objet, des choses très différentes étant classées dans chaque casier. Par ailleurs, il sera difficile de nommer les casiers et de leur donner une valeur.

**Vincent PISETTA**

Aujourd'hui, en MCO et en SSR, nous faisons face aux mêmes problématiques concernant le nombre de groupes. Le MCO présente 663 racines de GHM, soit 2 588 GHM dans lesquels nous devons classer 18 millions de séjours. Nous sommes donc obligés d'avoir un niveau d'agrégat relativement important.

En SSR, la situation est à peu près identique, même si le ratio n'est pas le même. Nous classons un million de séjours dans 743 GME.

Il n'existe pas de critère magique pour définir le nombre idéal de groupes. Il est important que chaque groupe ait une description médico-économique suffisamment fine, que le nombre de séjours soit suffisant dans chaque groupe et que l'équité entre établissements soit respectée.

Pour conserver l'équité entre établissements, il est important de séparer des activités de coûts différents lorsque celles-ci sont réalisées par des établissements différents, sauf si nous ne souhaitons pas inciter à une pratique.

Deux activités toujours réalisées ensemble et en même proportion ne nécessitent pas deux GHM différents, même si leurs coûts sont très différents.

#### Nicolas DAPZOL

Dans la chambre à ranger, nous avons besoin de suffisamment de casiers, mais aussi qu'ils soient bien organisés dans l'espace pour que le ménage soit facilité et que l'arrivée d'un nouveau jouet ne nécessite pas de revoir toute l'organisation.

#### Vincent PISETTA

Dans le cadre de la classification, des nouveautés médicales peuvent également arriver et les nomenclatures peuvent changer. La structure de la classification ne doit pas être chamboulée à la moindre nouveauté.

La finesse du découpage doit rendre compte de la complexité de l'activité médicale.

#### Dr Anne BATAILLARD

La troisième qualité attendue de notre classification médico-économique est donc une granularité adaptée à l'activité que nous décrivons et robuste dans le temps et dans sa structure.

#### Nicolas DAPZOL

Revenons à l'analogie de la chambre. Nous avons fait un casier pour les voitures, un pour les vêtements, un pour les cubes et un pour les livres.

Malheureusement, il nous reste encore une vieille poupée et un crayon à papier un peu mâché. Qu'allons-nous faire de ces objets ?

Nous vous posons donc notre quatrième question : comment classer ces objets dont nous ne savons que faire ?

1. Dans un casier au hasard.
2. Dans la poubelle.
3. Dans un casier « autres objets ».

La troisième réponse est la bonne.

Nous ne vous avons en effet pas précisé qu'en rangeant cette chambre, nous n'avions pas le droit de jeter des objets.

#### Vincent PISETTA

Dans la classification médico-économique, dès que nous avons fini de classer les objets dans les cases que nous avons définies, il nous reste toujours du résiduel. Certains séjours s'appuient en effet sur des informations peu précises et nous avons du mal à les classer. Certains concernent également des pathologies rares ou peu nombreuses à l'hôpital. Dans une classification, nous ne pouvons pas jeter les séjours ou les épisodes de soin. Ils doivent être rangés dans un groupe.

Il est donc nécessaire de créer un groupe « Autres ». Ces groupes contenant tous les éléments que nous n'avons pas pu classer ailleurs sont très hétérogènes, par définition. ➔ FIGURE 8

FIGURE 8



## Comment finir le rangement des groupes ?

- Pour le PMSI :
  - Nécessité de classer tous les épisodes de soins :
    - certains s'appuient sur des informations peu précises
    - certains concernent des pathologies rares ou peu nombreuses à l'hôpital
  - Et donc nécessité de créer des groupes « Autres... »
    - En fin de Catégorie Majeure en SSR : groupe « Autre »
    - La CMD 23, en fin de classification des GHM : « Autres motifs... »
- Hétérogènes par définition

Atelier 6

42



**Dr Anne BATAILLARD**

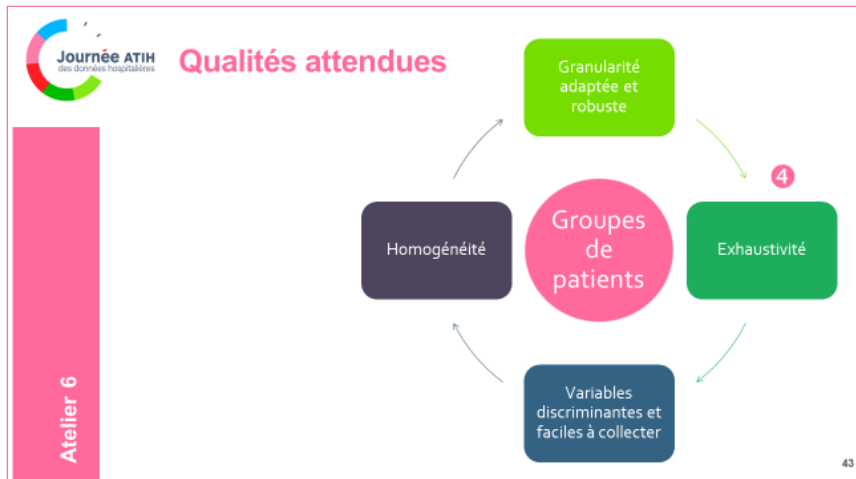
La quatrième et dernière qualité attendue pour notre classification médico-économique est l'exhaustivité : tous les éléments doivent être classifiés.

En synthèse, voici les principes généraux qui ont été posés par Robert Fetter, un économiste auteur des premières classifications, les DRG (*diagnosis related groups*) construits à la fin des années 1970 aux

États-Unis :

- consommation similaire de moyens et de ressources dans un même groupe ;
- correspondance pour les médecins à des malades précis et des procédures définies ;
- nombre de groupes raisonnable et aucun groupe vide ou peu rempli ;
- définition par des variables couramment disponibles et précisément définies. ➔ **FIGURE 9**

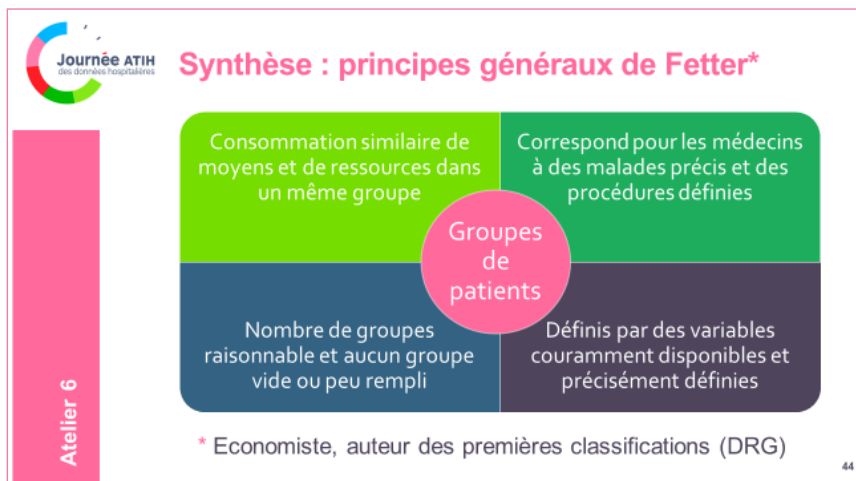
FIGURE 9



Pouvons-nous optimiser toutes les qualités ? Nous savons que la classification finale est un compromis

entre toutes ces injonctions, en fonction du champ d'activité et des politiques de santé. ➔ **FIGURE 10**

FIGURE 10



### III. Faire évoluer les classifications médico-économiques

Nous allons de nouveau vous solliciter pour la cinquième question : une classification médico-économique change-t-elle tous les mois pour s'adapter aux évolutions de pratiques ?

1. Pas vraiment, une classification médico-économique évolue au maximum tous les ans sur sa structure.
2. Une classification médico-économique est modifiée uniquement par le Ministère de la santé lorsque les tarifs changent.
3. Absolument, dès qu'un agent ATIH a une idée de modification, elle est mise en œuvre.

#### Vincent PISETTA

La bonne réponse est la première proposition. Une classification médico-économique évolue en effet au maximum tous les ans sur sa structure. L'ATIH assure la maintenance technique et l'évolution de toute la classification.

Les évolutions de la classification sont induites par des demandes internes et externes. L'Agence met à

jour les nomenclatures, les révisions des niveaux de sévérité et prend en compte les évolutions de la pratique clinique.

#### Dr Anne BATAILLARD

Certaines évolutions peuvent être demandées par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) :

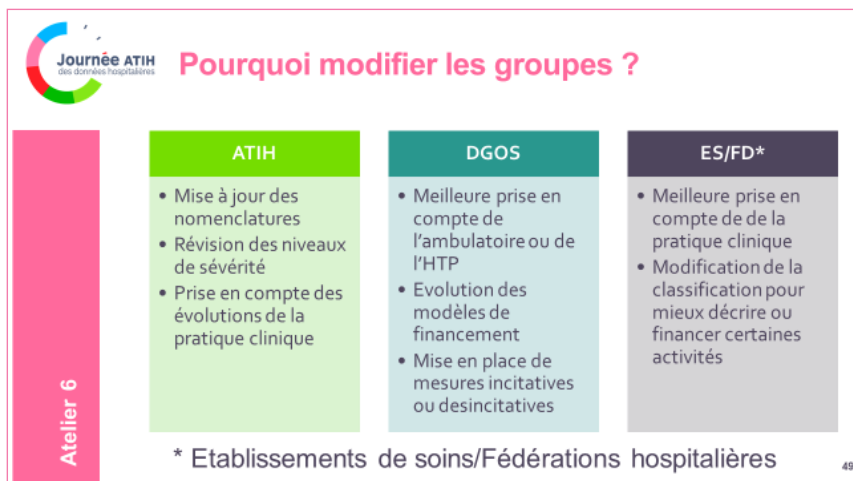
- meilleure prise en compte de l'ambulatoire ou de l'HTTP ;
- évolution des modèles de financement ;
- mise en place de mesures incitatives ou désincitatives.

#### Nicolas DAPZOL

D'autres évolutions peuvent être demandées par les établissements de soin ou les fédérations hospitalières, à savoir une meilleure prise en compte de la pratique clinique et une modification de classification pour mieux décrire ou financer certaines activités.

FIGURE 11

FIGURE 11



Pour modifier la classification, de nombreux leviers d'actions existent :

- action sur les variables discriminantes ;
- action sur le nombre de groupes ;
- ajout de critères de complexité ;
- remplacement d'une partie de la classification par un autre mode de financement.

Dans le cadre des actions sur les variables, en SSR, en 2013, l'introduction des diagnostics des états végétatifs chroniques (EVC) et des états pauci-relationnels (EPR), qui n'existaient pas auparavant, a permis de construire le groupe EVC-EPR.

Nous avons également changé un acte de racine en en changeant les caractéristiques.

#### Dr Anne BATAILLARD

Je peux vous citer ensuite un exemple qui concerne le MCO. En 2014, nous avons travaillé sur la chirurgie de la CMD 17 (affections myéloprolifératives). Si le patient avait un lymphome ou une leucémie, il était classé dans deux groupes selon s'il avait subi une intervention majeure ou mineure. S'il n'avait pas de lymphome ou de leucémie, il était classé dans deux autres groupes répondant aux mêmes critères.

Nous nous sommes aperçus que le fait de subdiviser sur le critère lymphome ou leucémie n'était pas assez discriminant. En revanche, certains actes intermédiaires étaient un peu trop valorisés lorsqu'ils étaient dans un groupe, et pas assez valorisés dans l'autre. Nous avons donc mené des travaux d'analyse et nous avons choisi de diviser la classification en trois types d'actes: les interventions majeures, les interventions intermédiaires et les autres interventions.

**Nicolas DAPZOL**

Nous pouvons également ajouter des critères de complexité, c'est-à-dire prendre en compte les variables non utilisées dans les étapes précédentes pour expliquer la consommation de ressources.

Pour ajouter des critères de complexité, nous utilisons trois types d'informations:

- signification et organisation médicale: groupes d'experts spécifiques de la question traitée;
- données PMSI des années antérieures;
- données de coûts de l'ENC.

**Dr Anne BATAILLARD**

Nous allons vous donner un petit exemple. La CIM-10, il y a quelques années, a précisé le caractère ouvert ou fermé des fractures.

Nous en venons donc à la sixième question: que faut-il faire pour prendre en compte le caractère de la fracture dans la classification médico-économique ?

1. Il faut séparer les groupes sur l'anatomie: jambe / bras.
2. Il faut séparer les groupes sur la gravité: ouvert / fermé.
3. Il faut plus d'éléments pour décider !

Effectivement, la bonne réponse est la troisième.

Nous avons besoin de plus d'éléments pour décider. Dans l'analyse médicale, nous savons que la fracture ouverte a plus de risques infectieux et que la fracture de la jambe invalide plus le patient que celle du bras. Nous avons également de nombreuses données statistiques: la durée moyenne de séjour pour chaque type d'activité, l'effectif et les ressources consommées.

Nous avons également la répartition dans les établissements.

Nous allons regarder les caractéristiques des séjours de plus près:

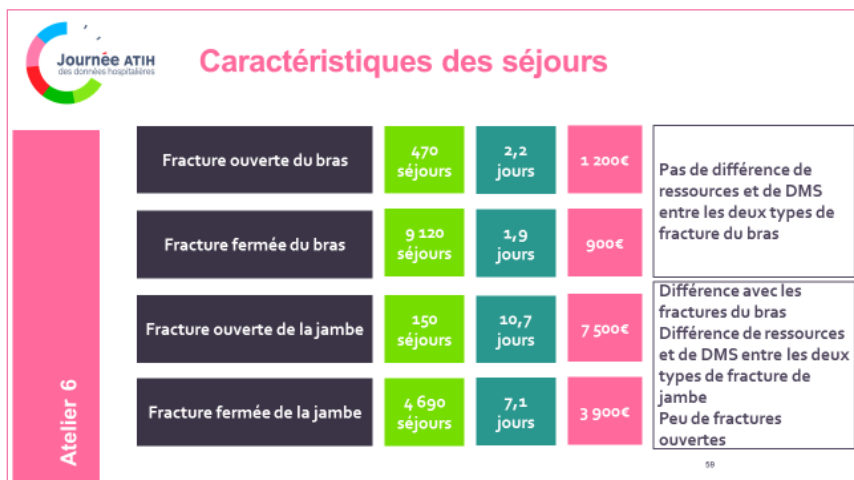
- fracture ouverte du bras: 470 séjours, 2,2 jours en moyenne, coût moyen de 1 200 euros;
- fracture fermée du bras: 9 120 séjours, 1,9 jour en moyenne, coût moyen de 900 euros;
- fracture ouverte de la jambe: 150 séjours, 10,7 jours en moyenne, coût moyen de 7 500 euros;
- fracture fermée de la jambe: 4 690 séjours, 7,1 jours en moyenne, coût moyen de 3 900 euros.

Entre les deux fractures du bras, nous n'avons pas de différence de ressources et de DMS.

Les fractures de la jambe sont très différentes des fractures du bras. Une réelle différence de ressources et de DMS existe entre les deux types de fractures de la jambe. Pour autant, la fracture ouverte reste assez rare.

➔ FIGURE 12

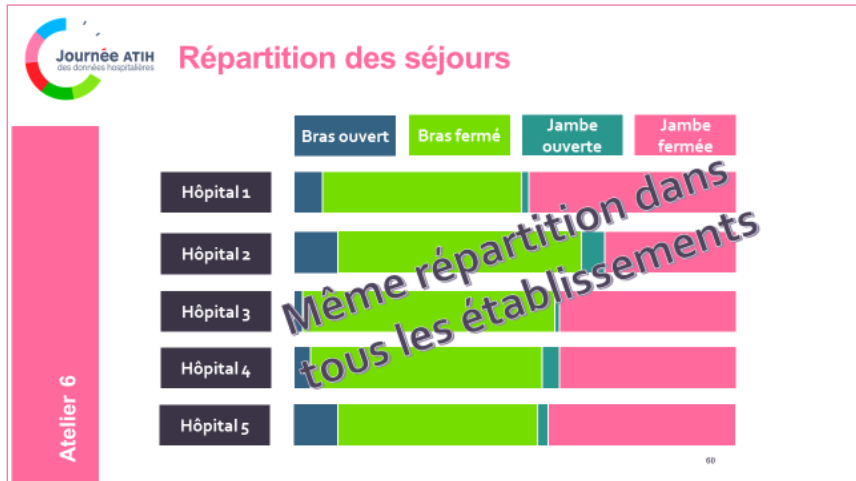
FIGURE 12



Nous vous présentons ensuite un graphique représentant la répartition des séjours dans cinq établis-

sements. La répartition est la même dans tous les établissements. ➔ FIGURE 13

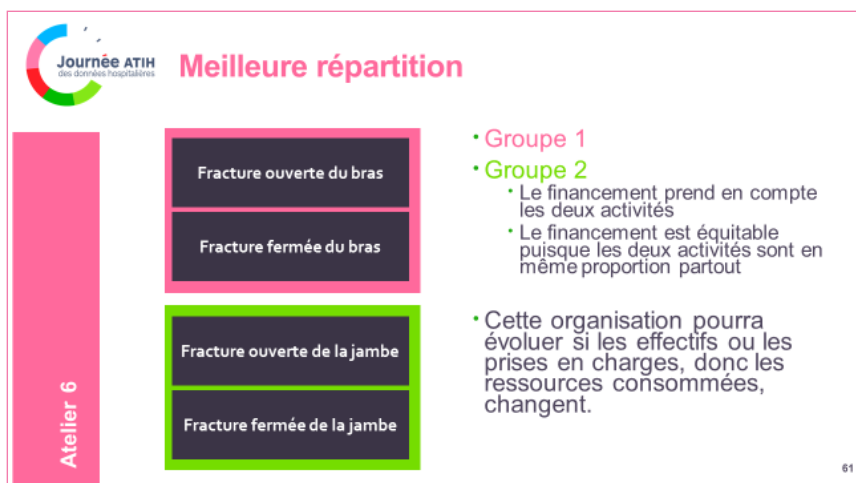
FIGURE 13



Dans le contexte décrit, la meilleure répartition semble de définir un premier groupe avec les fractures ouvertes et fermées du bras, et un deuxième groupe

avec les fractures de la jambe, qu'elles soient ouvertes ou fermées, la répartition est relativement similaire dans l'ensemble des établissements. ➔ FIGURE 14

FIGURE 14



Cette organisation pourra évoluer si les effectifs ou les prises en charge, donc les ressources consommées, changent.

La prise en charge peut être impactée par les caractéristiques du patient (âge, dépendance, complication, etc.). Nous devons donc segmenter les groupes initiaux en fonction de la lourdeur du patient.

**Vincent PISSETTA**

La classification est un système algorithmique complexe. Nous vous présentons à l'écran l'image du système algorithmique de la classification médico-économique du MCO.

Nous devons mesurer les impacts des évolutions. Toutes les modifications proposées sont évaluées. L'analyse de la classification est d'abord réalisée dans son ensemble. En effet, améliorer une partie peut dé-

sorganiser une autre partie. L'évolution peut donc dégrader la qualité globale de l'outil.

Nous analysons également les casemix des établissements, notamment pour identifier si une catégorie spécifique n'est pas majoritairement impactée par l'évolution.

Enfin, une fois ces vérifications effectuées, nous devons valider ces évolutions avec l'externe, ce qui passe par une acceptabilité par les établissements de soins et une validation par la DGOS.

## IV. Conclusion

### Nicolas DAPZOL

En conclusion, nous avons vu que la classification médico-économique est un compromis entre le médical et l'économique. Nous avons besoin de l'appui de groupes d'experts pour le médical.

La classification est construite pour tous les types de pratiques, tous les épisodes de soins, mais avec une granularité assez grossière.

Elle nécessite des travaux complexes et longs. Il s'agit en effet d'un système en équilibre, lorsqu'une partie est modifiée, il faut en vérifier tous les impacts.

Elle est liée avec l'ensemble des autres outils réalisés par l'Agence.

Nous vous remercions pour votre attention, pour votre implication et vos questions.

### Dr Anne BATAILLARD

Nous attendons vos questions, si vous en avez.

### De la salle

En SSR, le niveau de sévérité associé aux diagnostics est parfois étonnant. Nous nous demandons si ces éléments sont revus par un expert.

### Nicolas DAPZOL

En MCO, nous avons quatre niveaux de sévérité, ce qui permet de bien grader les maladies.

En SSR, nous n'avons que deux niveaux de sévérité, la gradation est donc assez difficile à mesurer. Les listes ont été réalisées en 2013, et les bases ont beaucoup évolué ces dernières années. Il est donc difficile de mener des analyses statistiques complexes. Il s'agit d'un des axes de travail sur lesquels nous nous concentrons.

### Vincent PISETTA

Nous avons observé la même situation en MCO lorsque, à l'arrivée de la V11, le niveau de sévérité avait beaucoup augmenté les premières années. Cette évolution se comprend, puisqu'une anticipation a lieu sur les codes qui donnent un niveau de sévérité.

### De la salle

Lorsqu'un nouveau diagnostic arrive, comment procédez-vous ? Des établissements réalisent-ils un pré-codage dont vous analysez ensuite l'impact sur la classification ?

### Dr Anne BATAILLARD

Non, nous essayons de trouver un élément qui lui ressemble et nous nous appuyons sur les données dont nous bénéficions sur les codes les plus proches. Nous ne réalisons pas de tests. Nous surveillons également la manière dont évoluent ces codes pour les réadapter si besoin.

### De la salle

En SSR, comment se fait-il que des GME ne tiennent pas compte du score de rééducation / réadaptation (RR) ?

### Nicolas DAPZOL

Une première classification en GME a été construite en 2013. Le RR était pris en compte dans 15% des cas. L'ATIH a pris en compte les demandes pour la nouvelle version de la classification. Elle prend en effet en compte la RR dans deux tiers des cas, cependant cette nouvelle version n'est pas encore arbitrée. Cependant, ce n'est pas parce que la rééducation n'est pas intégrée dans l'algorithme que les patients ne font pas de rééducation.

### De la salle

Bonjour, je travaille pour le groupe SOS. Ma question concerne le MCO et les exclusions de diagnostics associés significatifs (DAS). Nous faisons de plus en plus face à des exclusions de DAS que nous avons du mal à expliquer. Comment les exclusions sont-elles choisies et sur quels critères ?

### Dr Anne BATAILLARD

Nous avons 28 millions d'exclusions. Les premières étaient réalisées manuellement par un médecin. Aujourd'hui, elles sont gérées par un système informatique. Une relecture médicale est effectuée sur certaines parties, mais pas toutes.

### Vincent DAPZOL

Souvent, lorsque nous regardons uniquement le groupe, nous sommes tentés de nous dire que sans l'exclusion, nous aurions pu gagner un niveau de sévérité. Cependant, la situation n'est pas aussi simple. Lorsque nous faisons des calculs de CMA, nous calculons des allongements de durée de séjour pour décider du niveau. Cet allongement prend en compte les exclusions. En général, les exclusions concernent, pour un DA donné, les cas où son effet est le plus petit. Si nous supprimions toutes les exclusions, de très nombreux codes baisseraient de niveau.

Le fait d'utiliser les exclusions dans le calcul permet parfois de donner un niveau de sévérité.

**Nicolas DAPZOL**

Nous avons choisi de ne pas vous parler des CMA aujourd'hui, tant le sujet est complexe et mérite plus de développement. Cela pourrait faire l'objet d'un atelier en propre.

**De la salle**

Je souhaitais revenir sur les actes RR. Nous voyons bien que les établissements qui ont beaucoup de moyens et de rééducateurs réalisent beaucoup d'actes. Est-ce qu'une égalisation est prévue par rapport aux autres établissements ? La rééducation sera-t-elle supprimée de la classification ?

**Nicolas DAPZOL**

J'entends une question sur la politique de financement, pour que les hôpitaux qui sont moins pourvus aient du personnel pour le faire. La classification tend à décrire ce qui se fait, et non ce qui devrait se faire.

**De la salle**

Je représente une SSR pédiatrique. Prévoyez-vous une évolution du modèle pour la pédiatrie ? Le modèle médico-économique est un peu inadapté, aujourd'hui, à l'enfant. Nous avons de nombreuses propositions, mais nous ne savons pas à qui les adresser.

**Nicolas DAPZOL**

Nous avons organisé des groupes de travail pour revoir la description de l'activité pédiatrique dans la classification. Nous travaillons donc sur le sujet.

Concernant vos propositions, je vous invite à prendre contact, soit avec nous, les sociétés savantes ou les fédérations.

**De la salle**

S'il y a des variables HAD, y aura-t-il des variables pour les SSR pédiatriques ?

**Réponse ATIH**

Concernant les groupages, la classification distingue les patients qui ont plus de 18 ans et ceux qui ont moins de 18 ans. Il existe cependant un déséquilibre entre un bébé de trois mois et un enfant de douze ans. Je rejoins la question précédente.

Concernant les classes d'âge, dans les travaux en cours sur la classification, nous envisageons plusieurs classes d'âge pour la pédiatrie : entre 0 et 3 ans, entre 4 et 12 ans et entre 13 et 17 ans.

**Anne BATAILLARD**

Je voulais me permettre quelques remarques complémentaires par rapport à la présentation spécifiquement centrée sur la classification. Je comprends que les questions posées ont trait à l'utilisation faite

de la classification, dans un objectif de financement des établissements. Nous comprenons bien la préoccupation qui en découle.

Nous le savons, la classification est l'un des outils utilisés pour permettre le financement des établissements. Vous l'avez compris aussi, les travaux classificatoires sont complexes et impliquent une certaine inertie. Lorsque nous détectons une anomalie, la modification ne peut pas se faire du jour au lendemain. Heureusement, la classification qui existe actuellement et la prochaine version sont toujours compatibles avec un modèle de financement.

À côté de l'utilisation de la classification, il existe des outils de financement. Nous pouvons agir sur le financement par des outils tarifaires qui sont beaucoup plus réactifs lorsque nous détectons quelque chose qui ne fonctionne pas bien dans la classification.

Vous savez bien qu'actuellement, nous avons trouvé les éléments de stabilisation concernant le RR ou la pédiatrie avec des outils tarifaires. Ils permettent d'amortir le fait que, pour l'instant, la classification n'est pas encore totalement déployée pour répondre à ces questions.

**De la salle**

Je souhaitais revenir sur le codage de la dépendance. Nous avons des patients de plus en plus polyopathologiques et de plus en plus vieux. Il avait été question d'avoir une échelle avec six variables au lieu de quatre. Ce projet a-t-il évolué ?

**Nicolas DAPZOL**

Je ne peux pas parler à la place de mes collègues spécialisés dans la dépendance en SSR. Des travaux sont menés sur le sujet actuellement. Ils ne sont cependant pas encore aboutis.

**De la salle**

Concernant la prise en charge de la dénutrition en tant que CMA dans SSR, pourquoi cette variable, qui est une donnée transversale, n'est-elle pas mieux prise en considération ?

**Nicolas DAPZOL**

Je vais vous faire la même réponse que précédemment. Pour l'instant, en SSR, les listes de CMA ont été construites entre 2013 et 2015, en tenant compte de deux niveaux de sévérité, avec un codage existant. Nous avons noté que la frontière était plus compliquée à placer qu'en MCO. Les diagnostics qui sont niveau 2 en MCO peuvent avoir été classés en niveau 1 en SSR. Lorsque nous reverrons ces classements, nous prendrons en compte des bases plus récentes et un meilleur codage.

**De la salle**

Si les diagnostics associés significatifs n'entrent pas en compte dans la valorisation du séjour en SSR, avons-nous encore un intérêt de le recueillir ? Nous en avons en effet beaucoup en pédiatrique, notamment en hospitalisation de jour.

**Nicolas DAPZOL**

Avez-vous un intérêt de le recueillir pour être financés aujourd'hui ? La réponse est non.

Avez-vous intérêt de le recueillir pour être peut-être financés demain ? La réponse est oui.

**De la salle**

Nous entendons ce discours depuis plusieurs années.

**Nicolas DAPZOL**

Malheureusement, je vais devoir vous redire de patienter un peu. En ambulatoire, nous recueillons d'abord, puis nous réfléchissons. L'ambulatoire représente 10% de l'activité en SSR. Nous devons d'abord stabiliser ces niveaux de sévérité en SSR.

**De la salle**

Ma question concerne le secteur MCO et les libellés de GHM qui ne correspondent pas à tout ce qu'ils contiennent.

**Dr Anne BATAILLARD**

Effectivement, il ne faut jamais se fier au nom d'un groupe. Il est important d'étudier les actes ou les diagnostics qui conduisent à ce groupe. A contrario, sur ScanSanté, il existe de nombreuses informations sur ce qu'un groupe contient réellement. Nous devons en effet être prudents sur ces éléments.





**ATIH**

117, bd Marius Vivier Merle  
69329 Lyon cedex 03  
Tél. : 04 37 91 33 10  
Fax: 04 37 91 33 67

**Pour plus d'informations:**  
**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**