



Nos données  
au service  
de la Santé

# VERS UN NOUVEAU MODÈLE DE SÉVÉRITÉ

## Club des Médecins DIM FHP-MCO

27 novembre 2024

# INTRODUCTION



## La notion de sévérité dans les classifications

Les classifications en MCO et en SMR sont utilisées aujourd'hui avec 2 objectifs

Description économique

Description médicale

La notion de **sévérité** est une composante majeure des deux descriptions

MCO

SMR

**08C473** – Prothèses de hanches pour traumatismes récents de **niveau 3**

**0831SC2** – Fracture de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire avec réadaptation spécialisée de **lourdeur C** de **niveau 2**



## La notion de sévérité dans les classifications : aujourd'hui

**Une seule  
pathologie prise en  
compte**

**Les Facteurs Socio-  
Environnementaux  
(FSE) sont placés au  
même plan que les  
pathologies**

**Une gradation de la description  
définie à :  
2 niveaux en SMR (avec/sans)  
4 niveaux en MCO**



## Les limites des modèles de sévérité actuels 1/3

Une seule pathologie prise en compte

Seule la pathologie considérée la plus impactante est prise en compte

**Pas de prise en compte de la polypathologie**

→ Particulièrement présente chez les personnes âgées, les pathologies chroniques/cancer, les séjours de médecine, ....

**Conséquence sur la description économique**

- Sous-estimation de la lourdeur des séjours polypathologiques
- Surestimation de la lourdeur des séjours monopathologiques

**Conséquence sur la description médicale**

- Problème de visibilité des prises en charges complexes
- Biais de codage



## Les limites des modèles de sévérité actuels 1/3

Une seule pathologie prise en compte

Seule la pathologie considérée la plus impactante est prise en compte

L'accumulation de pathologies est liée avec une augmentation de la DS mais non prise en compte dans le modèle actuel.

Exemple : Durée des séjours actuellement classés « niveau 3 » en MCO en fonction du nombre de pathologies présentes

MCO 2022 Nb DAS de niveau 3	Nb DAS de niveau 2				
	0	1	2	3	4 et +
1	7,2	8,7	10,5	12,0	14,3
2	10,6	12,2	13,5	14,7	17,1
3	13,8	15,2	16,0	17,4	20,0
4 et +	17,3	18,5	19,5	20,8	24,2

DS  
augmente

DS augmente



## Les limites des modèles de sévérité actuels 2/3

Les Facteurs Socio-Environnementaux (FSE) sont placés au même plan que les pathologies

Les FSE sont pris en compte de façon partielle, et au même titre que les pathologies

**Conséquence sur la description économique :**

→ Sous-estimation des séjours des patients en situation socio-environnementale fragilisée

**Conséquence sur la description médicale :**

→ Une interprétation complexe entre ce qui dépend des pathologies et ce qui dépend de la situation du patient

Certaines situations socio-environnementales (absence de revenu, logement inadapté, attente de placement) sont très bien définies dans le dossier du patient et compliquent la prise en charge

**Exemple :**

Les séjours avec le code « logement inadapté du fait de l'état de santé de la personne » dure en moyenne 3 jours de plus que les autres en MCO (+7 jours en SMR).

Cette situation est tracée dans le dossier médical et nécessite en effet une prise en charge supplémentaire.



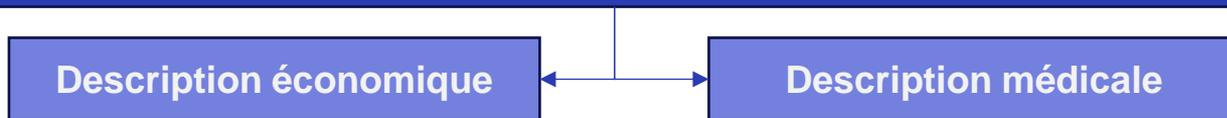
## Les limites des modèles de sévérité actuels 3/3

Une gradation de la description définie à :  
2 niveaux en SMR  
(avec/sans)  
4 niveaux en MCO

Est-ce suffisant pour décrire la variété des lourdeurs des prises en charge et des situations cliniques existantes ?

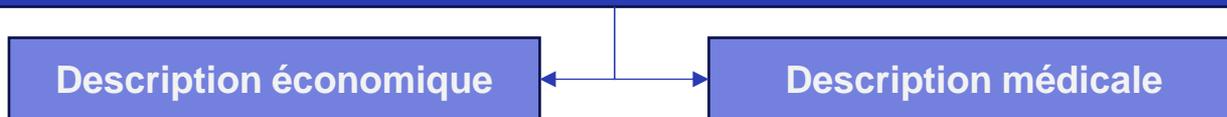
## Le projet « sévérité inter champs » a pour objectif de répondre à la problématique

« Peut-on améliorer la description de la sévérité en utilisant mieux les informations déjà présentes dans le recueil ? »



# Le projet « sévérité inter champs » a pour objectif de répondre à la problématique

« Peut-on améliorer la description de la sévérité en utilisant mieux les informations déjà présentes dans le recueil ? »



- **Projet pluriannuel et inter-champs**
  - Remise à plat des objectifs, des concepts et réflexion sur les outils.
- **De nombreuses présentations aux fédérations**
  - Travaux préliminaires
  - Points d'étape avec choix méthodologiques
  - Présentation détaillée des méthodes et des résultats (4 GT de 2h)
- **Des présentations dans des conférences médicales**
  - Grand Sud et EMPR ( France)
  - Patient Classification System Information (Reykjavik )

# LES MODELES PROPOSES

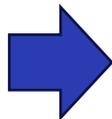


## Comment est résolue cette question dans le projet sévérité ?

Modèle de Sévérité actuel

CMA simple  
(dont certains FSE et soins palliatifs)

Effets ajoutés  
âge



Nouveau modèle de Sévérité

Sévérité médicale

CMA multiples :  
Le niveau dépend de  
l'ensemble des  
pathologies du séjour

Effets ajoutés  
Le niveau est majoré en  
présence de certains  
FSE, de soins palliatifs,  
ou en fonction de l'âge

Le modèle de sévérité proposé s'inspire des classifications internationales avec :

- Un premier niveau de sévérité médicale incluant la prise en compte de plusieurs diagnostics
- Une modification de l'indice selon d'autres facteurs influant sur la prise en charge :
  - FSE, soins palliatifs en DAS ou âge en MCO



## Nouvelle version de la sévérité : Prise en compte de la polypathologie

### EXEMPLE MCO

J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique] NIV = 3  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II NIV = 3  
 R64 – Cachexie NIV = 3

Modèle de Sévérité actuel

Nouveau modèle de Sévérité

Seul, le diagnostic de niveau maximum est pris en compte

L'ensemble des diagnostics est pris en compte par le biais de **règles de combinaison des niveaux**

nb DAS niv 4	nb DAS niv 3	nb DAS niv2				
		0	1	2	3	4
0	0	1	2	2	3	3
	1	2	3	3	3	4
	2	3	3	4	4	4
	3	4	4	4	4	4
	4	4	4	4	4	4
1	0	3	3	3	4	4
	1	4	4	4	4	4
	2	4	4	4	4	4
	3	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	
2 ou plus	-	4				

Séjour de **niveau 3**

Séjour de **niveau 4**



## Nouvelle version de la sévérité : Prise en compte des autres facteurs influant le séjour

### EXEMPLE MCO

F002 - Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte NIV = 2

Z751 - Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat FSE

#### Modèle de Sévérité actuel

Seul, le diagnostic de niveau maximum est pris en compte

Les pathologies et les FSE sont pris en compte de la même manière

Séjour de **niveau 2**

#### Nouveau modèle de Sévérité

L'ensemble des diagnostics est pris en compte par le biais de **règles de combinaison des niveaux**  
**Sévérité médicale niveau 2**

Effet ajouté :  
le niveau de sévérité médical est en fonction de la présence d'autres facteurs

+1

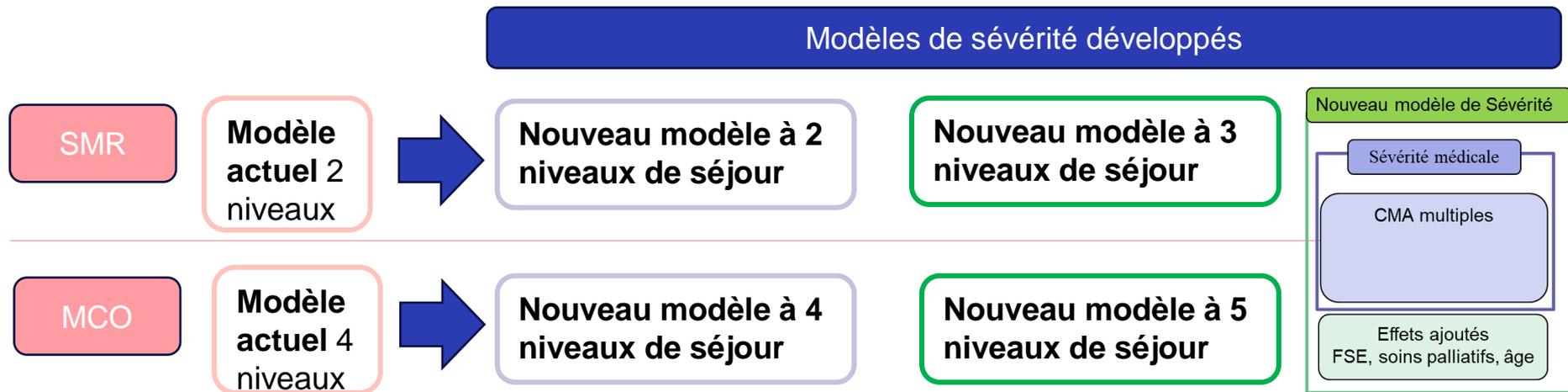
- Facteurs influant :
- Facteurs sociaux-environnementaux
  - Soins palliatifs
  - Age (MCO)

Séjour de **niveau 3**



## Nouvelle version de la sévérité : Différents degrés de description ont été testés

Pour chaque champ, deux nouveaux modèles de sévérité ont été développés et comparés au modèle actuel



# LES NOUVEAUX MODELES PAS A PAS



Nouveau modèle  
de Sévérité

Sévérité médicale

CMA multiples :  
Le niveau dépend de  
l'ensemble des  
pathologies du séjour

Effets ajoutés  
Le niveau est majoré en  
présence de certains  
FSE, de soins palliatifs,  
ou en fonction de l'âge

4 étapes

Sélection des diagnostics

Niveaux des diagnostics

Règles de cumul des  
diagnostics

Effets ajoutés  
FSE, soins palliatifs, âge

## Exemple introductif

Mr X, 89 ans, vit seul à domicile. Le maintien à domicile est difficile depuis quelque mois, avec l'apparition de troubles cognitifs et de chutes à répétition. Son infirmière le retrouve à terre un matin. Il est hospitalisé et opéré d'une fracture du col du fémur (Prothèse).

Une dénutrition grave (E43) est diagnostiquée, ainsi qu'une fibrillation auriculaire paroxystique (I48.0).

Dans les suites immédiates de la chirurgie, il présente une pneumopathie sévère (J15.9) avec insuffisance respiratoire aiguë (J96.00). Un épanchement pleural est également diagnostiqué à la radio pulmonaire (J90). Un traitement antibiotique et une assistance respiratoire sont mis en place.

Progressivement, des complications de décubitus apparaissent : une escarre (L89.1), un fécalome (K56.4), une rétention d'urine (R33). Le patient décompense sur le plan cognitif avec une désorientation (R41.0) et des hallucinations visuelles (R44.1). La malnutrition s'aggrave, avec une cachexie (R64) et on retrouve également une hypernatrémie (E87.08).

Pathologie ayant motivé l'admission du patient  
+ acte « principal » si chirurgie

DP =

S72.00 - Fracture fermée du col de fémur

Acte classant =

NEKA020 – Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale

*racine de GHM*

*08C47 – Prothèses de hanches pour traumatismes récents*

Pathologies significatives d'une majoration de l'effort de soins  
et de moyens utilisés par rapport à la morbidité principale  
(présentes à l'admission ou acquises durant l'hospitalisation)

Diagnostics associés =

E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision

I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique

J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision

J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]

J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs

L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II

K56.4 – Autres obstructions de l'intestin

R33 – Rétention d'urine

R41.0 – Désorientation, sans précision

R44.1 – Hallucinations visuelles

R64 – Cachexie

E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies

*Niveau de sévérité ?*



## Retour sur l'exemple introductif

### Sélection des diagnostics

E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies

*Sélection d'un sous-ensemble de diagnostics utilisés pour l'attribution du niveau du séjour*



~~E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision~~  
~~I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique~~  
~~J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision~~  
~~J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]~~  
~~J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs~~  
~~L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II~~  
~~K56.4 – Autres obstructions de l'intestin~~  
~~R33 – Rétention d'urine~~  
~~R41.0 – Désorientation, sans précision~~  
~~R44.1 – Hallucinations visuelles~~  
~~R64 – Cachexie~~  
~~E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies~~

### Niveaux des diagnostics

I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	NIV = 2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	NIV = 3
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	NIV = 3
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	NIV = 2
R33 – Rétention d'urine	NIV = 2
R44.1 – Hallucinations visuelles	NIV = 2
R64 – Cachexie	NIV = 3
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	NIV = 2

### Règles de cumul des diagnostics

3 DAS de niveau 3 + 5 DAS de niveau 2



Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité « médical »

### Effets ajoutés

Modifications éventuelles du niveau du séjour en fonction de

- Présence de soins palliatifs (cim-10 = Z51.5)
- Présence d'un code FSE significatif (liste de codes CIM-10)
- Age du patient (en fonction de la racine de GHM)



Séjour de niveau 4

*Pas d'effets ajoutés pour ce séjour*

Niveau de sévérité (avant éligibilité seuils de durée)



## Sélection des diagnostics

Sélection des diagnostics

Quels diagnostics retenir ?

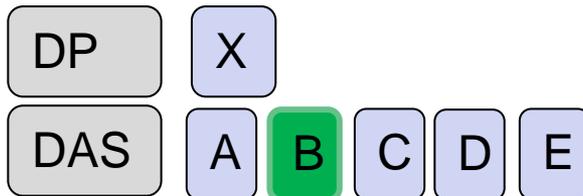
Niveaux des diagnostics

Règles de cumul des  
diagnostics

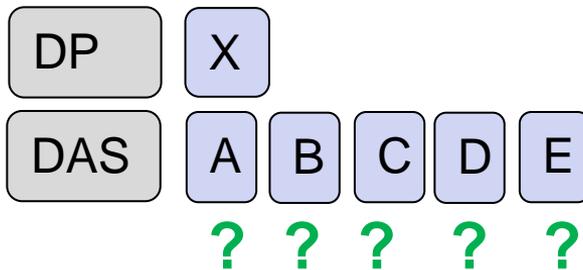
Effets ajoutés  
FSE, soins palliatifs, âge



## Sélection des diagnostics : problématique



En CMA simple, 1 seul diagnostic est retenu (celui de niveau maximum)



En CMA multiples, quels sont les diagnostics qui doivent être retenus ?

### 2 objectifs :

- Supprimer les redondances d'information entre DAS
- S'assurer de la complémentarité des DAS retenus
  - Sélectionner les diagnostics « suffisamment éloignés » dont l'association majeure la sévérité du séjour



## Un double mécanisme : exemple

1

Tri des DAS par  
- niveau  
- puis par priorité

1. Supprimer la redondance d'information (exclusions)

DAS	niveau du diagnostic	indice priorité
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	1
R64 – Cachexie	3	2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	3
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	4
E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	3	5
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	1
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	2
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	3
R33 – Rétention d'urine	2	4
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	5
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	6
R41.0 – Désorientation, sans précision	2	7

2

Exclusions DAS/DAS : **redondance d'information**  
-Chaque DAS qui est exclu par un DAS (non exclu) plus haut dans la liste est retiré des diagnostics utilisés pour donner un niveau au séjour



DAS	niveau du diagnostic	indice priorité	exclu par
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	1	
R64 – Cachexie	3	2	
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	3	
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	4	
E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	3	5	R64 – Cachexie
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	1	
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	2	
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	3	
R33 – Rétention d'urine	2	4	
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	5	
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	6	
R41.0 – Désorientation, sans précision	2	7	R44.1 – Hallucinations visuelles

3

Sélection des DAS « complémentaires » :  
le DAS de niveau maximum par dimension

2. Sélectionner les DAS complémentaires (Dimensions)

DAS	niveau du diagnostic	Dimension
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	04 – Pneumo
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	05 – Cardio
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	06- Gastro
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	10-Endocrino
R33 – Rétention d'urine	2	11 – Uro
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	19 – Psy
R64 – Cachexie	3	23 – Autres
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	09b - Peau

Une dimension est un regroupement de diagnostics calqué sur les CMD.

→ Pour chaque dimension, le diagnostic de niveau maximal est retenu.

D'autres granularités de dimension ont été testées mais non retenues à ce stade.



## Un double mécanisme : exemple

1

Tri des DAS par  
- niveau  
- puis par priorité

DAS	niveau du diagnostic	indice priorité
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	1
R64 – Cachexie	3	2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	3
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	4
E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	3	5
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	1
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	2
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	3
R33 – Rétention d'urine	2	4
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	5
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	6
R41.0 – Désorientation, sans précision	2	7

2

Exclusions DAS/DAS : **redondance d'information**  
-Chaque DAS qui est exclu par un DAS (non exclu) plus haut dans la liste est retiré des diagnostics utilisés pour donner un niveau au séjour

DAS	niveau du diagnostic	indice priorité	exclu par
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	1	
R64 – Cachexie	3	2	
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	3	
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	4	
E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	3	5	R64 – Cachexie
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	1	
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	2	
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	3	
R33 – Rétention d'urine	2	4	
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	5	
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	6	
R41.0 – Désorientation, sans précision	2	7	R44.1 – Hallucinations visuelles

1. Supprimer la redondance d'information (exclusions)

3

Sélection des DAS « complémentaires » :  
le DAS de niveau maximum par dimension

DAS	niveau du diagnostic	Dimension
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	04 – Pneumo
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	05 – Cardio
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	06- Gastro
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	10-Endocrino
R33 – Rétention d'urine	2	11 – Uro
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	19 – Psy
R64 – Cachexie	3	23 – Autres
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	09b - Peau

4

Liste des DAS retenus pour attribution du niveau de sévérité « médical »

DAS	niveau du diagnostic
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3
R64 – Cachexie	3
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2
R33 – Rétention d'urine	2
R44.1 – Hallucinations visuelles	2

2. Sélectionner les DAS complémentaires (Dimensions)



## Synthèse

**Un double mécanisme lisible permettant d'utiliser plus de diagnostics**

- Tout en limitant le risque de redondance entre DAS
- Cohérent avec les classifications étrangères

- Des remarques sur la notion de dimension et sur la granularité choisie
- Des questions sur l'indice de priorité



## Méthode : niveaux des diagnostics

Sélection des diagnostics

Niveaux des diagnostics

Quelle est la gravité des diagnostics retenus ?

Règles de cumul des diagnostics

Effets ajoutés  
FSE, soins palliatifs, âge



## Retour sur l'exemple introductif

### Sélection des diagnostics

E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies

*Sélection d'un sous-ensemble de diagnostics utilisés pour l'attribution du niveau du séjour*



~~E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies~~

### Niveaux des diagnostics

I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	NIV = 2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	NIV = 3
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	NIV = 3
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	NIV = 2
R33 – Rétention d'urine	NIV = 2
R44.1 – Hallucinations visuelles	NIV = 2
R64 – Cachexie	NIV = 3
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	NIV = 2

### Règles de cumul des diagnostics

3 DAS de niveau 3 + 5 DAS de niveau 2



Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité « médical »

### Effets ajoutés

Modifications éventuelles du niveau du séjour en fonction de

- Présence de soins palliatifs (cim-10 = Z51.5)
- Présence d'un code FSE significatif (liste de codes CIM-10)
- Age du patient (en fonction de la racine de GHM)



*Pas d'effets ajoutés pour ce séjour*

Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité (avant éligibilité seuils de durée)



## Enjeu : déterminer le niveau juste des diagnostics

Niveau juste d'un diagnostic

Validation et interprétation  
par l'équipe médicale MCO  
– SMR

Sens  
médical du  
niveau :  
Sévérité  
médicale de  
la prise en  
charge

Conduit à  
un modèle  
discriminant  
en termes  
de durée et  
coût d'un  
séjour

Algorithme gradient  
Pour l'analyse en grandes  
dimensions



## Exemple MCO de validation du niveau (cohérence médico-statistique)

### Exemple E10.1 Diabète avec acidocétose

Durée moyenne des séjours avec le DAS

14,8 j

Nombre de séjours

4 565 séj

Ecart de DMS à la racine de GHM

6,7 j

Ordre des niveaux proposés

3, 2, 4, 1

Niveau optimum

3

Répartition des niveaux de séjours avec le DAS (le niveau du séjour dépend des autres diag associés)

→ Les durées et les coûts de séjours sont cohérents en fonction du niveau

Niveau 1 : 0 %

Niveau 2 : 18 % / 6,1 j / 2 640€

Niveau 3 : 33 % / 10,6 j / 5 608€

Niveau 4 : 49 % / 21 j / 17 022€

Les diagnostics associés les plus fréquents:

- Fibrillation auriculaire
- Hypovolémie
- Dénutrition
- Insuffisance respiratoire aiguë

Niveau du diagnostic choisi : 3



## Evolution des niveaux des diagnostics

	Niveaux CMA multiples				
Niveaux actuels	1	2	3	4	Total
1	<b>8 381</b>	602	49	34	9 066
2	535	<b>2 524</b>	474	5	3 538
3	6	121	<b>538</b>	66	731
4		6	140	<b>394</b>	540
Total	8 922	3 253	1 201	499	<b>13 875</b>

Afin d'être adaptés au modèle CMA multiples, les diagnostics sont répartis différemment dans les niveaux.



## Niveaux des diagnostics, synthèse

**L'ensemble des diagnostics a été réanalysé**

**Le passage aux CMA multiples implique un changement conceptuel amenant une modification de la répartition des niveaux.**

- Des remarques sur le besoin d'appropriation des changements de concepts et de niveaux**
- Des questions sur l'évolution des niveaux de certains diagnostics**



# Méthode : règles de cumul de diagnostics

Sélection des diagnostics

Niveaux des diagnostics

Règles de cumul des diagnostics

Quelle est la lourdeur de la prise en charge globale ?

Effets ajoutés  
FSE, soins palliatifs, âge



## Retour sur l'exemple introductif

### Sélection des diagnostics

E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies

*Sélection d'un sous-ensemble de diagnostics utilisés pour l'attribution du niveau du séjour*



~~E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies~~

### Niveaux des diagnostics

I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	NIV = 2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	NIV = 3
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	NIV = 3
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	NIV = 2
R33 – Rétention d'urine	NIV = 2
R44.1 – Hallucinations visuelles	NIV = 2
R64 – Cachexie	NIV = 3
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	NIV = 2

### Règles de cumul des diagnostics

3 DAS de niveau 3 + 5 DAS de niveau 2



Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité « médical »

### Effets ajoutés

Modifications éventuelles du niveau du séjour en fonction de

- Présence de soins palliatifs (cim-10 = Z51.5)
- Présence d'un code FSE significatif (liste de codes CIM-10)
- Age du patient (en fonction de la racine de GHM)



*Pas d'effets ajoutés pour ce séjour*

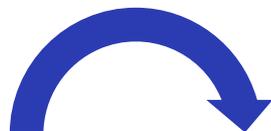
Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité (avant éligibilité seuils de durée)



## Enjeu, déterminer les règles pertinentes

Règle d'attribution simple et performante



Validation et interprétation par l'équipe médicale MCO

Compréhension et cohérence de la règle

Conduit à un modèle discriminant en termes de durée et coût d'un séjour

Algorithme gradient pour:  
- déterminer le niveau optimal du *séjour* en fonction de la *combinaison des niveaux de DAS*





## Règles MCO, combinaisons optimales

### CMA simple

nombre de diag niveau 4	nombre de diag niveau 3	nombre de diag niveau 2				
		0	1	2	3	4
0	0	1	2	2	2	2
	1	3	3	3	3	3
	2	3	3	3	3	3
	3	3	3	3	3	3
	4	3	3	3	3	3
1	0	4	4	4	4	4
	1	4	4	4	4	4
	2	4	4	4	4	4
	3	4	4	4	4	4
	4	4	4	4	4	4
2 ou plus	0	4	4	4	4	4

### CMA multiples

nombre de diag niveau 4	nombre de diag niveau 3	nombre de diag niveau 2				
		0	1	2	3	4
0	0	1	2	2	3	3
	1	2	3	3	3	4
	2	3	3	4	4	4
	3	4	4	4	4	4
	4	4	4	4	4	4
1	0	3	3	3	4	4
	1	3	4	4	4	4
	2	4	4	4	4	4
	3	4	4	4	4	4
	4	4	4	4	4	4
2 ou plus	0	4	4	4	4	4

Par rapport aux CMA simples, les CMA multiples prennent en compte l'association des diagnostics de différents niveaux



Pour le MCO, les niveaux sont cohérents en termes de DMS et de coûts

## Les durées / Base PMSI 2022

nb de diag niveau 4	nb de diag niveau 3	nombre de diag niveau 2				
		0	1	2	3	4
0	0	2,4	4,5	6,5	8,4	10,8
	1	6,5	8,8	10,8	12,5	14,7
	2	11,1	12,9	14,5	15,9	18,3
	3	15,2	16,6	18,1	19,5	22,1
	4	19,8	21,4	23,1	25,2	27,9
1	0	9,1	11,8	13,8	15,6	18,1
	1	14,8	16,4	18,4	20,1	22,8
	2	19,5	21,1	23,2	24,7	27,6
	3	24,2	26,1	27,4	29,3	33,4
	4	31,7	32,6	34,7	39,0	39,9
2 ou plus	0	20,5	21,7	22,9	25,0	28,2

## Les coûts / Base ENC 2019

nb de diag niveau 4	nb de diag niveau 3	nombre de diag niveau 2				
		0	1	2	3	4
0	0	2 152	3 427	4 382	5 343	6 686
	1	4 458	5 515	6 463	7 425	8 427
	2	7 107	7 986	8 512	9 487	10 836
	3	10 271	10 693	11 258	12 403	14 317
	4	14 178	15 471	15 904	17 179	17 599
1	0	6 355	8 346	9 636	10 761	12 867
	1	11 574	12 458	13 860	14 410	17 183
	2	15 607	17 336	18 201	20 017	22 936
	3	21 540	21 972	22 349	25 581	26 950
	4	29 635	31 279	32 170	30 531	42 516
2 ou plus	0	17 754	18 201	21 049	21 616	26 066

Chaque niveau est caractérisé par des durées et des coûts bien distincts



## Règles de cumul, synthèse

**Les règles de cumul permettent de mieux classer les séjours dans des groupes plus proches de leurs durées et de leurs coûts.**

- Des retours positifs sur la lisibilité du modèle
- Des questions sur certaines cases du tableau  
possiblement sous-évaluées



## Méthode : Effets ajoutés

Sélection des diagnostics

Niveaux des diagnostics

Règles de cumul des diagnostics

Effets ajoutés  
FSE, soins palliatifs, âge

Existe-t-il d'autres facteurs influant la prise en charge ?



## Retour sur l'exemple introductif

### Sélection des diagnostics

E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies

*Sélection d'un sous-ensemble de diagnostics utilisés pour l'attribution du niveau du séjour*



~~E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision  
 I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique  
 J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision  
 J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]  
 J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs  
 L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II  
 K56.4 – Autres obstructions de l'intestin  
 R33 – Rétention d'urine  
 R41.0 – Désorientation, sans précision  
 R44.1 – Hallucinations visuelles  
 R64 – Cachexie  
 E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies~~

### Niveaux des diagnostics

I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	NIV = 2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	NIV = 3
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	NIV = 3
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	NIV = 2
R33 – Rétention d'urine	NIV = 2
R44.1 – Hallucinations visuelles	NIV = 2
R64 – Cachexie	NIV = 3
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	NIV = 2

### Règles de cumul des diagnostics

3 DAS de niveau 3 + 5 DAS de niveau 2



Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité « médical »

### Effets ajoutés

- Modifications éventuelles du niveau du séjour en fonction de
- Présence de soins palliatifs (cim-10 = Z51.5)
- Présence d'un code FSE significatif (liste de codes CIM-10)
- Age du patient (en fonction de la racine de GHM)



Séjour de niveau 4

Niveau de sévérité (avant éligibilité seuils de durée)

*Pas d'effets ajoutés pour ce séjour*



### Pourquoi d'autres effets ?

- Le niveau de sévérité du séjour **lié aux pathologies prises en charge** n'est pas toujours suffisant pour expliquer l'augmentation de consommation de ressources
- Les facteurs résiduels identifiés comme ayant un impact sont :
  - les facteurs socio-environnementaux (FSE)
  - l'âge
  - les soins palliatifs
    - Prise en charge commune à toutes les spécialités
    - Non intégrable à une dimension particulière
- Ces facteurs sont déjà pris en compte dans le modèle actuel, mais le projet est d'en faire une **composante lisible ajoutée** après la sévérité médicale



## Effets ajoutés : comment ça marche

	MCO
Soins palliatifs	Niveau 1 ou 2 => 3
FSE	<p>13 / 123 codes avec le mécanisme d'ajustement</p> <p>Niveau 1 =&gt; 2 Niveau 2 =&gt; 3</p> <ul style="list-style-type: none"><li>3 codes liés au logement</li><li>- 2 codes liés à la pauvreté</li><li>- 3 codes liés à l'indisponibilité des structures de soins (ville, secteur sanitaire et médico-social)</li><li>- 3 codes liés à la disponibilité des aidants à domicile</li><li>- 2 codes liés aux sévices physiques et sexuels sur enfants</li></ul>
Age	<p>45 racines avec un effet adulte (vs. 201 dans le modèle actuel)</p> <p>12 racines avec un effet enfant (vs. 36 dans le modèle actuel)</p>



### Effets ajoutés, synthèse

- **Le nouveau modèle de sévérité rend lisible la prise en compte des autres facteurs alourdissant la prise en charge.**
- **Les FSE sont individualisés et mieux pris en compte dans les 2 champs**
  - **Les CMA multiples associées à la prise en compte de FSE génèrent moins de biais relativement à l'âge**
- **Règles à réviser quand les bases seront stabilisées avec le nouveau modèle**



## Méthode, conclusion

Sélection des diagnostics

Niveaux des diagnostics

Règles de cumul des diagnostics

Effets ajoutés  
FSE, soins palliatifs, âge

Dans chacune des étapes, la méthode proposée s'appuie sur une expertise médicale et des travaux de modélisation statistique.

Elle a été appliquée pour créer 4 modèles de sévérité.

Modèles de sévérité développés

MCO

4 niveaux  
de séjour

5 niveaux  
de séjour

SMR

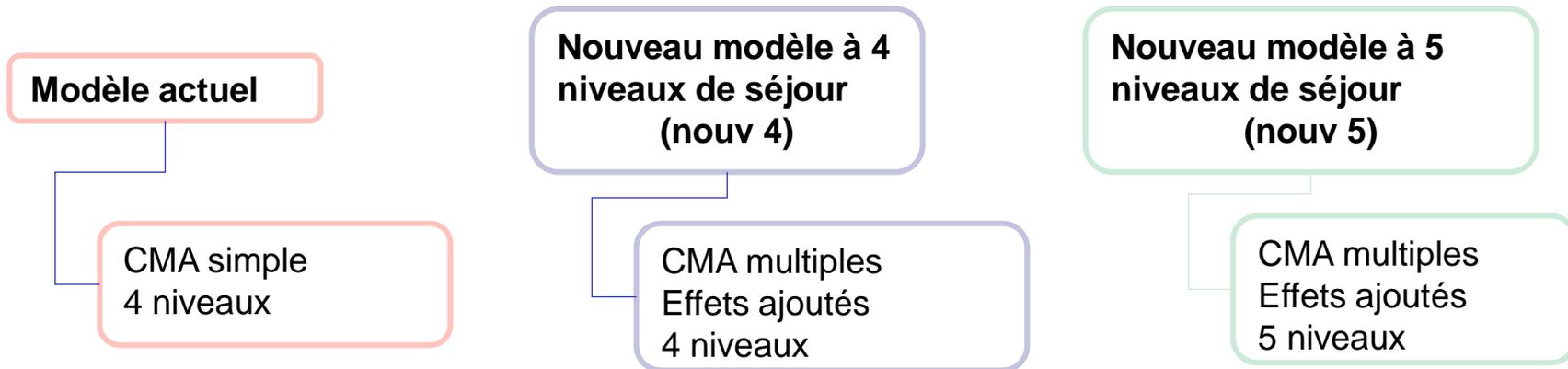
2 niveaux  
de séjour

3 niveaux  
de séjour

# RESULTATS MCO



## MCO – Evaluation de 3 modèles



*Périmètre = Séjours d'hospitalisation complète en 2022*

- hors racines non éligibles aux niveaux de sévérité
- hors CMD14&15

## Caractéristiques générales

% séjours	ex-DGF + ex-OQN		diff
	actuel	nouv 4	
1	55,9%	55,4%	- 0,9%
2	20,6%	21,4%	+3,8%
3	16,9%	15,4%	- 9,2%
4	6,6%	7,9%	+19,0%

DMS	ex-DGF + ex-OQN	
	actuel	nouv 4
1	2,2	2,2
2	7,0	6,8
3	12,3	11,8
4	20,4	21,0

Coûts	ex-DGF + ex-OQN	
	actuel	nouv 4
1	-	-
2	-	-
3	-	-
4	-	-

ex-OQN		
actuel	nouv 4	diff
70,2%	70,2%	0,0%
17,2%	18,2%	+5,3%
9,4%	8,3%	- 11,4%
3,1%	3,3%	+5,8%

ex-OQN	
Actuel	nouv 4
2,1	2,1
6,1	6,0
11,0	10,9
18,7	20,3

ex-OQN	
actuel	nouv 4
1 431	1 417
3 079	2 922
4 462	4 674
7 636	8 732

### Nouv 4 vs. actuel :

Les distributions marginales des niveaux de sévérité du nouveau modèle restent relativement proches de celles du modèle actuel

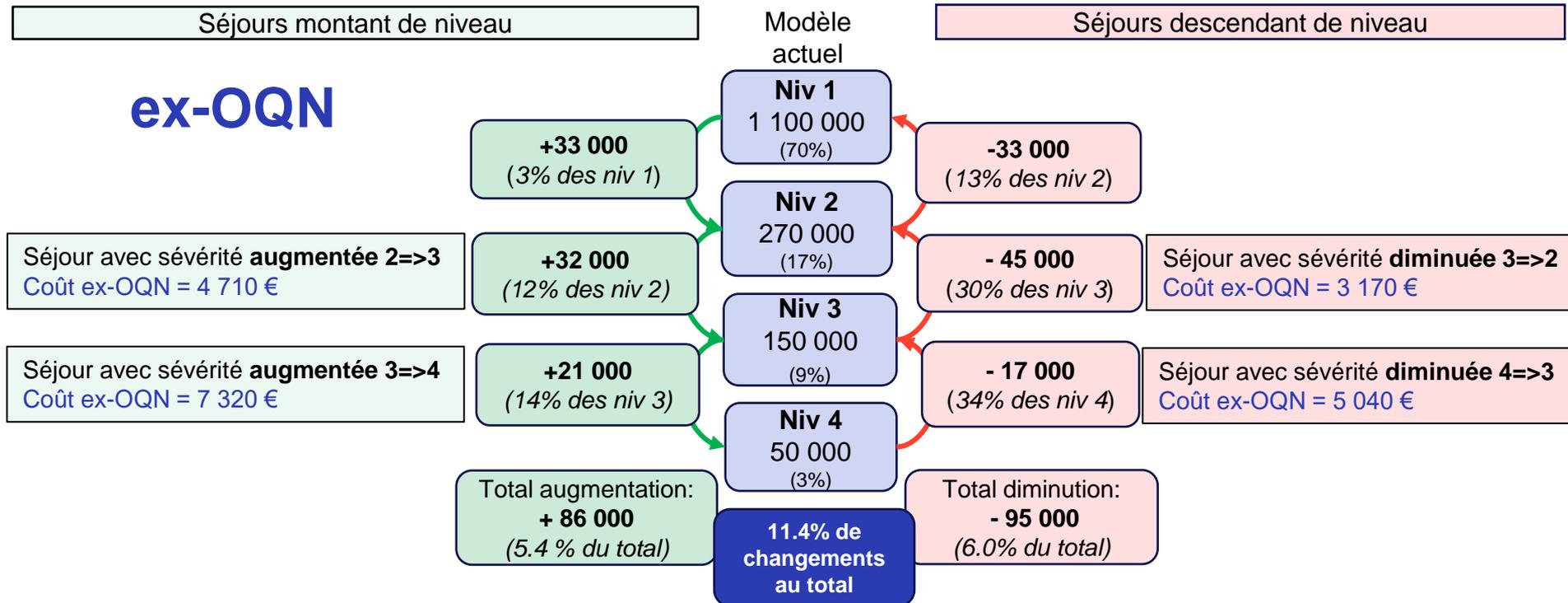
Les changements relatifs les plus importants concernent les niveaux de sévérité élevés (résultat attendu du fait de la prise en compte de la polyopathie), particulièrement pour les établissements ex-DGF. Pour les 2 secteurs, on voit une diminution des séjours de niveau 3, et une augmentation des séjours de niveaux 2 et 4. Il y a une augmentation relative des séjours de niveau 4 et une baisse relative des niveaux 3 également (2 secteurs)

En ex-OQN, les DMS/coûts des niveaux 1, 2 et 3 restent assez proches, et les DMS et coûts des niveaux 4 augmentent beaucoup

**Globalement, les changements sont d'autant plus importants qu'on est dans des sévérités élevés**



# Une redistribution des séjours dans des groupes plus homogènes



Au global, les séjours sont redistribués dans des groupes plus homogènes en durée et en coût : la qualité de la classification est grandement améliorée  
**PEE DS + 2.0% / PEE coût + 3.4%**



# Une redistribution des séjours dans des groupes plus homogènes

Séjours montant de niveau

Modèle actuel

Séjours descendant de niveau

## ex-OQN

Séjour avec sévérité **augmentée (2=>3)**

DP arthrose de hanche

Acte de remplacement par prothèse

- Insuffisance respiratoire chronique obstructive (**niv2**)
- Maladie de Parkinson (**niv2**)
- Escarre stade I (**niv2**)

**+33 000**  
(3% des niv 1)

**+32 000**  
(12% des niv 2)

**+21 000**  
(14% des niv 3)

Total augmentation:  
**+ 86 000**  
(5.4 % du total)

**Niv 1**  
1 100 000  
(70%)

**Niv 2**  
270 000  
(17%)

**Niv 3**  
150 000  
(9%)

**Niv 4**  
50 000  
(3%)

**11.4% de changements au total**

**-33 000**  
(13% des niv 2)

**- 45 000**  
(30% des niv 3)

**- 17 000**  
(34% des niv 4)

Total diminution:  
**- 95 000**  
(6.0% du total)

Séjour avec sévérité **diminuée (3=>2)**

DP arthrose de hanche

Acte de remplacement par prothèse

- Escarre stade 2 (**niv 3**)



# Une redistribution des séjours dans des groupes plus homogènes

Séjours montant de niveau

Modèle  
actuel

Séjours descendant de niveau

ex-OQN

Séjour avec sévérité **augmentée** (3=>4)

DP : Tumeur maligne du colon

- Epanchement pleural (niv3)
- Gastrite hém. aiguë (niv3)
- Tumeur maligne sec. des os (niv2)
- Insuffisance cardiaque cong. (niv2)

**+33 000**  
(3% des niv 1)

**+32 000**  
(12% des niv 2)

**+21 000**  
(14% des niv 3)

Total augmentation:  
**+ 86 000**  
(5.4 % du total)

**Niv 1**  
1 100 000  
(70%)

**Niv 2**  
270 000  
(17%)

**Niv 3**  
150 000  
(9%)

**Niv 4**  
50 000  
(3%)

**11.4% de  
changements  
au total**

**-33 000**  
(13% des niv 2)

**- 45 000**  
(30% des niv 3)

**- 17 000**  
(34% des niv 4)

Total diminution:  
**- 95 000**  
(6.0% du total)

Séjour avec sévérité **diminuée**  
(4=>3)

DP : Tumeur maligne du colon

- Endocardite infectieuse (niv 4)
- Hyponatrémie (niv2)

## Aperçu du modèle à 5 niveaux

% séjours	ex-DGF + ex -OQN			ex-OQN		
	actuel	nouv 4	nouv 5	actuel	nouv 4	nouv 5
1	55,9%	55,4%	55,4%	70,2%	70,2%	70,2%
2	20,6%	21,4%	21,2%	17,2%	18,2%	18,0%
3	16,9%	15,4%	11,7%	9,4%	8,3%	6,7%
4	6,6%	7,9%	9,0%	3,1%	3,3%	4,1%
5			2,7%			1,1%

DMS	ex-DGF + ex -OQN			ex-OQN		
	actuel	nouv 4	nouv 5	actuel	nouv 4	nouv 5
1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
2	7,0	6,8	6,7	6,1	6,0	6,0
3	12,3	11,8	10,8	11,0	10,9	10,1
4	20,4	21,0	16,3	18,7	20,3	15,7
5			27,9			27,4

Coûts	ex-DGF + ex -OQN			ex-OQN		
	actuel	nouv 4	nouv 5	actuel	nouv 4	nouv 5
1	-	-	-	1 431	1 417	1 417
2	-	-	-	3 079	2 922	2 919
3	-	-	-	4 462	4 674	4 325
4	-	-	-	7 636	8 732	6 553
5	-	-	-			12 231

PEE	Nouv4 - actuel	Nouv 5 - actuel
DS	+2,0%	+3,0%
Coûts	+1,2%	+2,4%

### Nouv 5 vs. (nouv 4, actuel) :

L'ajout d'un cinquième niveau redistribue les niveaux 3 et 4 des modèles à 4 niveaux en 3, 4 et 5. Les niveaux 1 et 2 ne sont pratiquement pas impactés

Au global, les séjours de niveau 5 représentent 2,7% des séjours, mais il s'agit de séjours très longs et coûteux => ces 2,7% de séjours représentent 13% des journées du périmètre et 15% du coût du périmètre

Le bénéfice d'un cinquième niveau concerne donc l'identification des séjours très coûteux dans un niveau à part et permet de diminuer l'hétérogénéité des niveaux 3 et 4

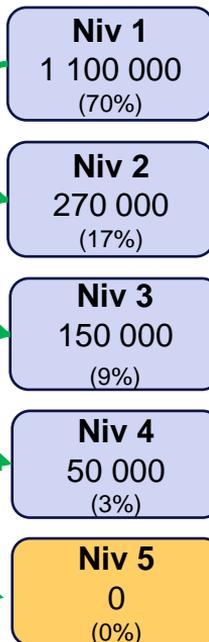
En termes de performance, les PEE sont très améliorées sur les DS et les coûts



# Modèle à 5 niveaux

## ex-OQN

Modèle  
actuel



**+33 000**  
(3% des niv 1)

**-33 000**  
(13% des niv 2)

**+31 000**  
(11% des niv 2)

**- 43 000**  
(29% des niv 3)

**+39 000**  
(26% des niv 3)

**- 11 000**  
(22% des niv 4)

**+14 000**  
(28% des niv 4)

Total augmentation:  
**+ 117 000**  
(7.5 % du total)

Total diminution:  
**- 86 000**  
(5.5% du total)

Séjour avec sévérité **augmentée 2=>3**  
Coût ex-OQN = 4 910 €

Séjour avec sévérité **diminuée 3=>2**  
Coût ex-OQN = 3 380 €

Séjour avec sévérité **augmentée 3=>4**  
Coût ex-OQN = 6 990 €

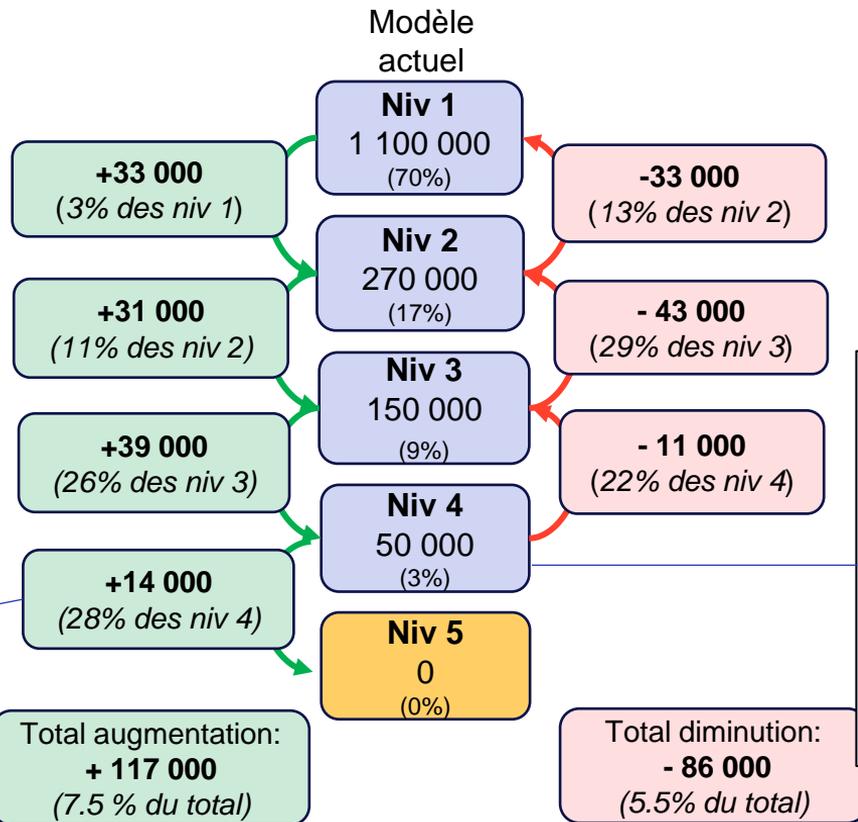
Séjour avec sévérité **diminuée 4=>3**  
Coût ex-OQN = 4 868 €

Séjour avec sévérité **augmentée 4=>5**  
Coût ex-OQN = 13 300 €



# Modèle à 5 niveaux

## ex-OQN



Séjour avec sévérité **augmentée 3=>4**  
 DP : Insuffisance cardiaque congestive

- Ulcère décubitus stade 3 (niv4)
- Sepsis à staphylo dorés (niv4)
- Malnutrition protéino-énergétique grave (niv3)
- Arthropathies due à des micro-cristaux, arti – main (niv3)
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (niv2)

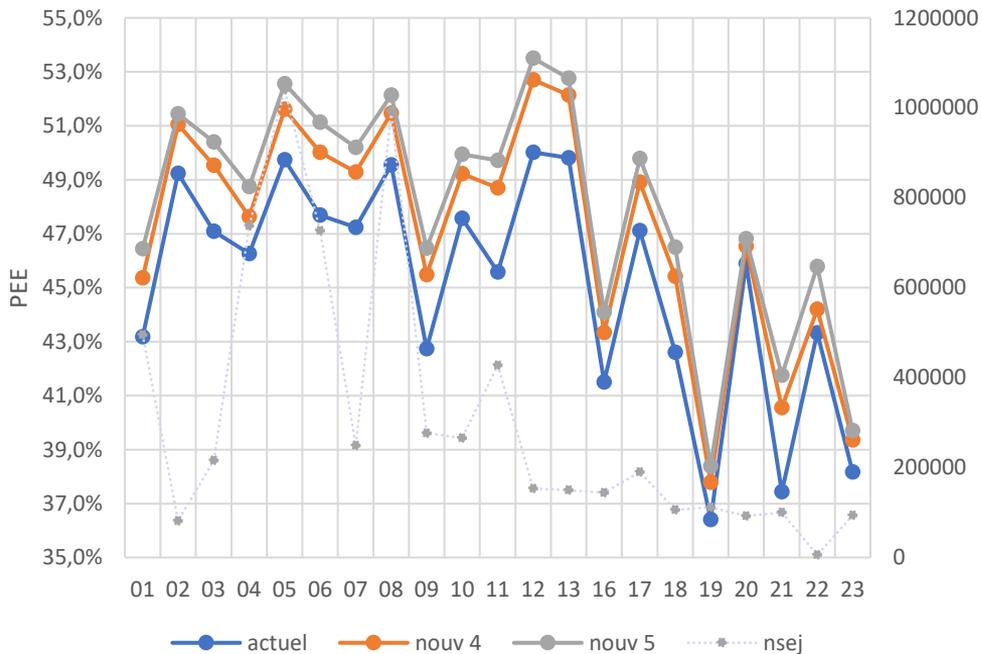
Séjour avec sévérité **identique (niv4)**  
 DP : Insuffisance cardiaque congestive

- Ulcère décubitus stade 3 (niv4)
- Goutte idiopathique, artic. main (niv2)
- Ascite (niv2)
- Anémies par carence en fer (niv2)
- Carence en vit D (niv2)

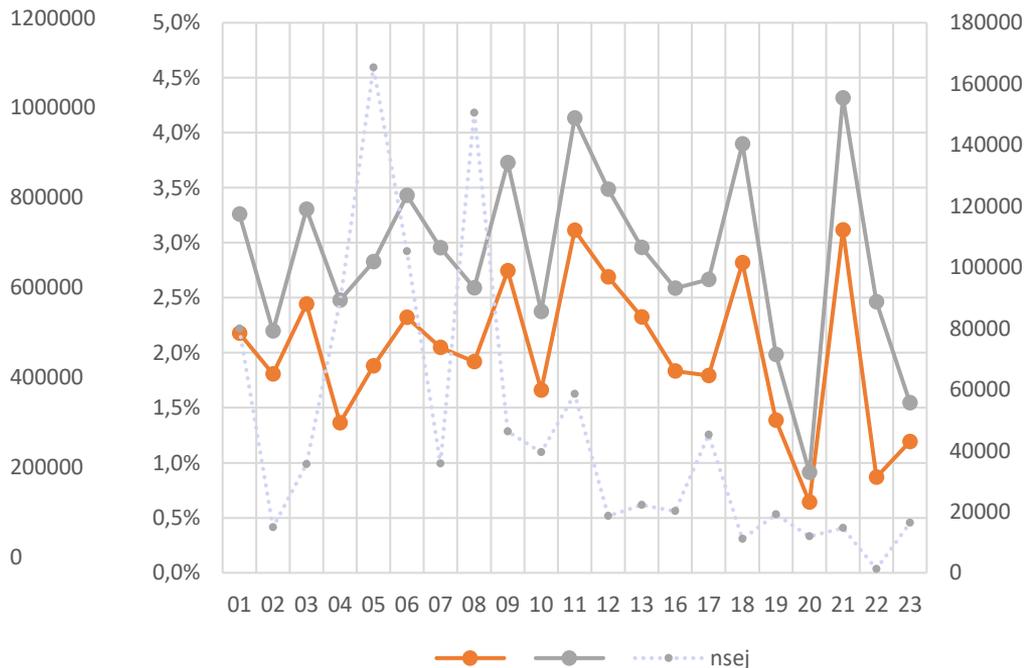
# Une amélioration pour toutes les CMD (ex-DGF+ex-OQN)



PEE des 3 modèles par CMD (durées de séjour)



Différence de PEE entre nouveaux modèles et actuel



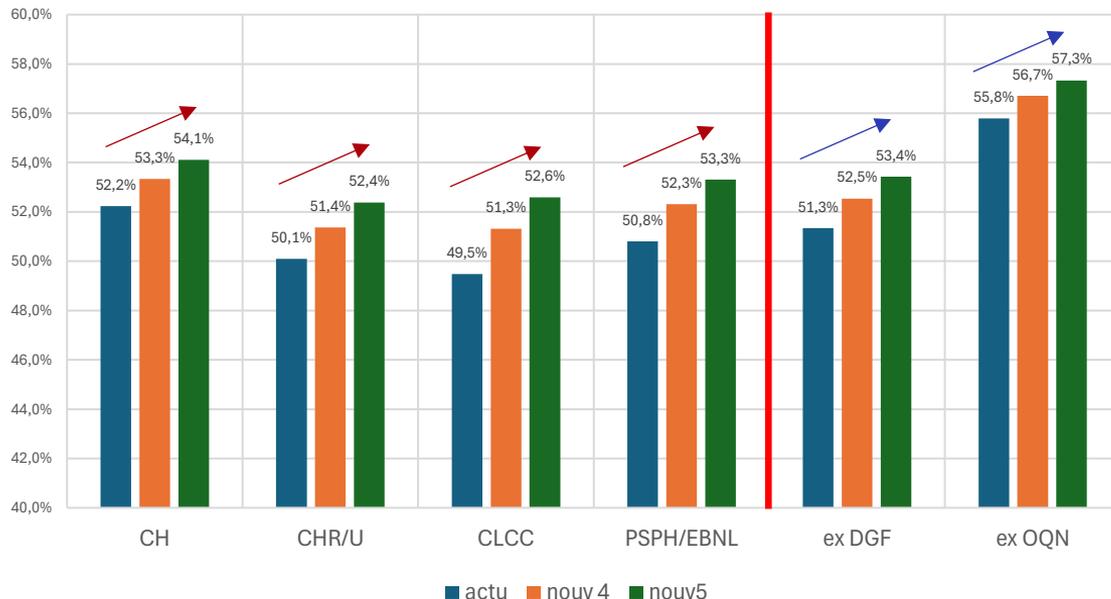
Les performances des 2 nouveaux modèles sont meilleures que celles de l'actuel dans toutes les CMD

## Une amélioration pour tous les types d'établissements

**Pour toutes les catégories d'établissements, le modèle 4 niveaux multiples améliore grandement la performance de la classification sur la durée de séjour et sur les coûts.**

Le modèle 5 niveaux multiples offre une augmentation encore plus importante des indicateurs.

Performance économique des modèles suivant le type d'établissement (PEE durées)





## Synthèse

- Quel que soit le nombre de niveaux, la redistribution des séjours est très importante : beaucoup de séjours changent potentiellement de niveau
- Les impacts en termes de qualité sont forts : augmentation des performances, et ce dans tous les segments de la classification :
  - Chirurgie / Médecine
  - Toutes les spécialités médicales (toutes CMD)
  - Cancérologie
  - ( voir GT 4 pour plus de détails)
- Le modèle 5 niveaux accroît encore plus la performance dans l'ensemble des segments en permettant d'apporter plus d'homogénéité sur les séjours longs/couteux mais augmente le nombre de GHM

# CONCLUSION



# Vers une nouvelle conception de la sévérité 1/2

## Prise en compte de la polypathologie

### Modèle à CMA multiples :

- **Demandes des fédérations très anciennes** en MCO, et en SMR
- Présente dans de nombreuses classifications, alignement sur l'état de l'art des classifications en vigueur
- **A recueil constant, les séjours avec polypathologies** sont mieux distingués
  - Leur description économique dans des niveaux élevés est plus en accord avec leurs durées et leurs coûts importants (impact sur la valorisation de ces séjours)
  - La description médicale des patients est plus cohérente
  - Problématique transversale à toute l'activité MCO ou SMR
  - Particulièrement présente pour les patients âgés/ Malades chroniques / Cancéro / Non programmés
    - Enjeu de santé publique



# Vers une nouvelle conception de la sévérité 2/2

## Prise en compte des autres facteurs influant le séjour

### Effets ajoutés

- Demande de mieux prendre en compte les facteurs socio-environnementaux comme facteurs alourdissant la prise en charge des séjours
- Demande de ne pas mêler les pathologies et les FSE
- Dans ce modèle, **prise en compte spécifique des FSE**
  - **Lisibilité des composantes de la sévérité** : les effets ajoutés sont intégrés après les pathologies
  - **Plus large prise en compte des FSE**
- Possible intégration dans ce compartiment d'autres facteurs impactant



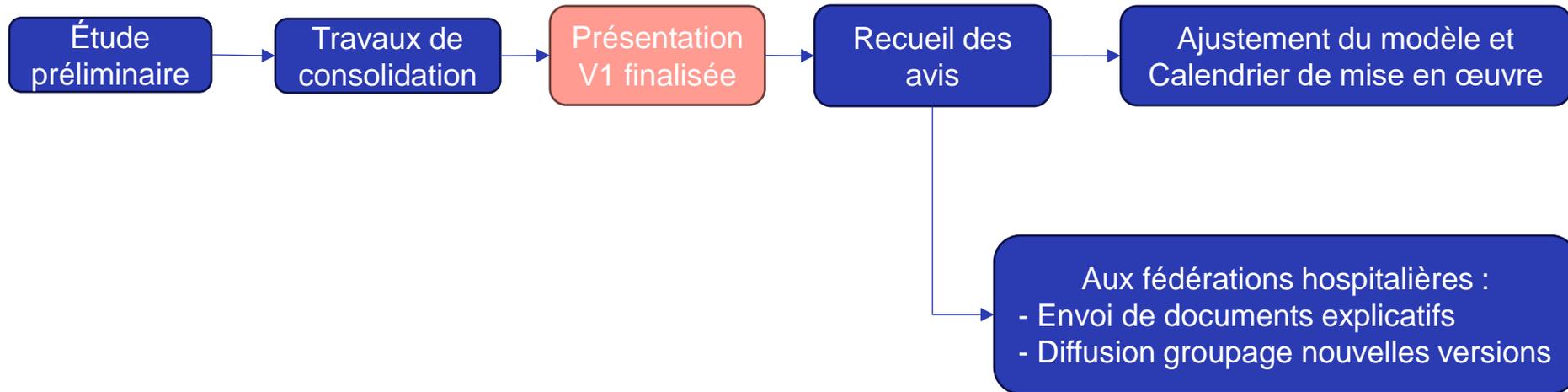
### Impact sur le recueil

- Travaux à recueil constant : sans variable supplémentaire
  - Dans ce cadre, les modèles sont déjà particulièrement performants avec le recueil actuel
- Amélioration du codage des diagnostics à prévoir pour certains établissements
  - Exhaustivité de codage : meilleure description des séjours et des situations de polypathologie (intérêt épidémiologique)

**SUITE PRÉVUE**



## Une explicitation des travaux et des résultats lors de 4 groupes de travail avec les fédérations





# Synthèse des retours des fédérations

1. Pas de point de blocage d'un point de vue « classification ».
  - L'architecture générale des modèles est accueillie positivement, mais avec quelques ajustements à prévoir (exclusions, niveau de diag, ...) et des améliorations à approfondir (actes avec effet CMA en MCO).
  - Des difficultés à se positionner sur le nombre de niveaux de séjours en MCO
  
2. La mise en œuvre doit prendre en compte :
  - Les autres réformes/engagements nationaux (gestion de la réforme de financement et CSAR pour le SMR ; réforme de la T2A pour le MCO)
  - La charge de travail pour les équipes DIM
  
3. Est assujettie à :
  - La réalisation de mesure d'impacts financiers
  - La validation d'un calendrier



# Vers une expérimentation ?

## Des modalités d'expérimentation en cours d'expertise

### 1. Pourquoi ?

- Permettre l'appropriation et la montée en charge au sein des établissements
- Ajuster les modèles : prise en compte des retours et réalisation de travaux complémentaires

### 2. Qui ?

- Les établissements de santé, les fédérations ?

### 3. Quand ?

- En cours d'arbitrage

### 4. Comment ?

- Outil de groupage des séjours dans la nouvelle version de classification qui permette un retour au séjour
- Outil de « groupage à la main » ou « en live »
- Casemix brut avant/après et indicateurs globaux par établissement
- Accompagnement pédagogique : webinaires, documentations, ...

**Demande des fédérations en CT ATIH le 02 octobre 2024**



Nos données  
au service  
de la Santé

**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION !**