

---

# Le PMSI des patients amputés

---

La situation en  
novembre 2013

---

Association AMPAN

---

AMPAN

## 1. Introduction

Une réflexion sur le codage PMSI des patients amputés a été initiée il y a quelques années à l'initiative de l'AMPAN. Les importantes modifications qui ont touché le PMSI nous conduisent à relancer cette dynamique.

Au cours de cette année 2013, le modèle de groupage a changé. L'ensemble des données codées depuis janvier a été regroupé en Groupes Médico Economiques. Les CMC<sup>1</sup> et GMD<sup>2</sup> qui existaient auparavant ont été abandonnés. Ainsi, par exemple, on ne peut plus se référer à la CMC 18 qui permettait d'identifier les RHS<sup>3</sup> concernant les patients amputés.

Le nouveau modèle de groupage qui a été adopté, a pour différence essentielle qu'il groupe les données **au séjour** et non plus **à la semaine, pour l'hospitalisation complète**. Ainsi, quelle que soit la durée du séjour, le patient est classé dans **un et un seul GME<sup>4</sup>**. Au contraire, dans l'ancien système, le groupage était réalisé sur chaque RHS et un même séjour pouvait donc comporter des GMD différents chaque semaine. Nous avons travaillé précédemment pour qu'apparaissent dans le PMSI les différentes phases de prises en charge cliniques des patients amputés. Avec ce nouveau système, bien que le codage soit pour l'instant toujours réalisé à la semaine, le groupage réalisé au séjour vient gommer toutes ces nuances qu'il avait semblé pertinent de faire ressortir dans le PMSI. Les phases de prises en charge cliniques pourront néanmoins toujours être identifiées en interne par une analyse des diagnostics.

Pour l'hospitalisation à temps partiel, le groupage se fait encore par RHS. Le GME peut alors changer d'une semaine à l'autre.

Rappelons enfin que ce nouveau modèle est en cours de validation, et qu'il va très probablement connaître d'importantes modifications avant de devenir le modèle de référence pour la tarification à l'activité en SSR. D'ailleurs, une nouvelle variable appelée « séquence » ou « phase » devrait être introduite à partir de 2014. Bien que nécessitant, on va le voir par la suite, un recueil de données particulièrement lourd, ce modèle n'a pas encore de **système de valorisation officiellement publié**. Ainsi, s'il permet de classer les séjours dans des groupes se voulant homogènes en termes de prise en charge et de pathologies, on ne sait pas à l'heure actuelle comment les tarifs seront demain reliés à ces groupes. Y aura-t-il un tarif au séjour modulé par la durée ? Des phases de prises en charges seront-elles identifiées et influenceront elles la tarification comme cela a parfois été proposé ? De nombreuses hypothèses sont possibles mais aucune n'a été, pour l'instant, retenue : par exemple financement du modèle par séjour, par journée pondérée ou par séquence ?

---

<sup>1</sup> Catégorie Majeure Clinique

<sup>2</sup> Groupe de morbidité dominante

<sup>3</sup> Résumé hebdomadaire de séjour

<sup>4</sup> Groupe médico économique

Ce modèle ne permet pas non plus d'évaluer de manière simple la « lourdeur » d'un séjour, comme le permettait l'Indice de Valorisation à l'Activité mis en place avec le modèle précédent en GMD. Cet indice était un indicateur composite qui permettait de refléter l'intensité de la prise en charge liée à la pathologie, au degré de dépendance, ou encore à l'intensité et à la diversité de la prise en charge rééducative.

## 2. Le recueil d'information médicale et données prises en compte

### a. Le codage médical CIM10

Le recueil d'information médicale dans le modèle GME est relativement proche de celui qui existait auparavant.

Le codage médical reste hebdomadaire. Il est important de comprendre que seuls les **10 premiers RHS** vont être déterminants pour l'orientation du patient vers le **Groupe Nosologique 0803 (le plus fréquent des GN des 10 premiers RHS détermine le GN du séjour)**.

La liste des Complications ou Morbidités Associées (CMA) a évolué. On retrouve certains codes comme le Z29.0 Isolement, ou les Z43.- de surveillance de stomies mais également des nouveaux codes comme des codes témoignant des difficultés sociales des patients (si elles influent sur la prise en charge) comme certains Z59.- (Difficultés liées au fait d'être sans abri, liées à un logement inadéquat, liées à une couverture sociale et un secours insuffisants). A noter également l'apparition du code Z75.1 Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat. (Liste complète en annexe 4 du volume 1 du manuel des GME en SSR)<sup>5</sup>. Contrairement à la morbidité principale, le codage des Complications ou Morbidités Associées (CMA) est au contraire pris en compte sur **l'ensemble de la durée du séjour**. Il est donc important de bien recueillir ces diagnostics tout au long du séjour. **Un seul diagnostic valorisant une semaine donnée** suffit à faire basculer **tout** le séjour d'un GME de niveau 1 à un GME de niveau 2, niveau de GME qui sera demain probablement **mieux valorisé**.

La liste des CMA ne concerne pas seulement des diagnostics CIM-10 mais également certains actes CCAM :

EBLA002 POSE 1CATHÉ. DS VN JUG. INT. CERV.TOMIE  
EPLF002 POSE 1CATHÉ CTR TRANSCUT.  
FELF004 TRANSFU. CG > 1/2MASSE SANG CHEZ ADULTE/À 40ML/KG CHEZ N-NÉ MOINS/24H  
GELD003 INTUB. +INSTILLATION SURFACTANT EXOGÈNE  
GEPAA004 TRACHÉO CERV.TOMIE  
GLLD002 VENTIL. DISCONTINUE MASQUE/EMBOUT PR KINÉSITHÉRAPIE/24H  
GLLD007 VENTIL. À POUMONS SÉPARÉS/24H  
GLLD015 VENTIL. TRACH. +PEP < 6+FIO2 < 60%/24H  
HSLD002 ALIMT ENTÉR. SONDE >35CAL/KG/J/24H  
HSLF001 ALIMT ENTÉR. +PARENTÉRALE >35CAL/KG/J/24H  
HSLF003 ALIMT PARENTÉRALE >35CAL/KG/J/24H

---

22/11/2013

Comprendre le modèle GME pour les amputés  
[www.ampan.fr](http://www.ampan.fr)

Comme dans le précédent modèle, il existe des listes d'exclusion : en fonction des diagnostics codés en morbidité principale, un diagnostic faisant partie de la liste des CMA peut ne pas avoir un effet CMA. Ces listes d'exclusion sont difficilement appréhendables dans leur globalité et il est donc fortement conseillé, dans un souci de bonne qualité de codage et de meilleure valorisation de coder **toutes** les CMA susceptibles de l'être.

#### **b. Le codage des dépendances**

Bien qu'il ait été annoncé qu'une étude était en cours pour valider ou non le choix de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) utilisée actuellement pour évaluer le niveau de dépendance, dans le modèle actuel, c'est bien pour l'instant cette grille qui est prise en compte. Il n'y a donc pas de changement pour les soignants.

Par contre, il faut noter que seule **la dépendance de la première semaine** est prise en compte. En effet, le score de dépendance de la 1<sup>ère</sup> semaine est apparu suffisamment informatif et discriminant statistiquement parlant pour ne pas prendre en compte les scores des semaines suivantes. Il faut donc être particulièrement attentif lors de l'évaluation initiale du patient. Néanmoins, il est obligatoire de coder l'ensemble des semaines du séjour car l'absence de score de dépendance sur les semaines ultérieures conduit à une erreur de groupage...

#### **c. Le codage des activités de rééducation réadaptation**

Le codage a été totalement réformé par la refonte complète du catalogue des actes ainsi que des règles de codage. Les changements majeurs sont

- l'apparition de la notion d'acte global (un acte peut désormais comprendre un ensemble d'actions élémentaires dans un même objectif de prise en charge).
- La création d'un niveau de description particulièrement détaillé (notion de modulateur par exemple)
- La disparition de la notion d'activité. En effet, la particularité du système précédent en GMD était la prise en compte et la valorisation de la pluridisciplinarité. Ainsi, la rééducation mécanique par exemple n'avait pas plus de poids que la rééducation nutritionnelle, neuro-psychologique ou la réinsertion par exemple. Ainsi, quelle que soit la pathologie du patient, plus le nombre d'activités réalisées était importante meilleure était la valorisation. Le nouveau système GME supprime cette notion d'activité au profit **d'une notion quantitative**.

A chaque acte CSARR et certains actes CCAM est associé un **score** (nombre de points), les scores de l'ensemble des actes du séjour sont **sommés**, puis **divisés** par le nombre de **journées de présence du patient (hors week-end)**. On obtient alors un **score moyen** qui va refléter le **niveau** de rééducation du séjour. Les scores reflètent le coût humain et matériel lié à la réalisation de l'acte. Ainsi, certains actes ont un score très élevés comme ZZQ+150 Évaluation de l'aptitude à la

conduite d'un véhicule automobile, d'autres non. (cf. annexe 8 du volume 1 du manuel des GME en SSR )

Pour le GN des amputés, le niveau de rééducation « seuil » est de 60 et intervient ou pas dans l'orientation d'un séjour vers une RGME :

- toujours quand la dépendance physique est supérieure ou égale à 9
- seulement si le patient est « hors post chir » si la dépendance est entre 5 et 8
- jamais si la dépendance est égale à 4
- 

d. **date intervention** :

Il s'agit de l'intervention qui motive le séjour. Elle est discriminante si le délai depuis l'intervention est inférieur ou égale à 90 jours

### 3. **Le groupage en GME**

Suite à ces différents codages, le séjour va être classé dans un et un seul GME, suite à un certain nombre de traitements algorithmiques.

Les dix premiers RHS du séjour vont être groupés et le GN le plus fréquent parmi les dix va être le GN affecté au séjour entier. Les diagnostics (FPP, MMP, AE) des 10 premiers RHS orientent vers

- une **Catégorie Majeure** : il n'y a pas de CM spécifique aux amputés. Ils sont classés dans la *CM08 « Affection et traumatisme du Système ostéo-articulaire »*
- puis vers un **Groupe Nosologique** par contre spécifique : *GN0803 Amputation*

*Pour être classé dans le groupe nosologique 0803 Amputation, il doit y avoir en manifestation morbide principale ou en affection étiologique un diagnostic de la liste D-0803 « Amputations ». Cette liste comprend les groupes de codes suivants :*

- o *S48.- Amputation traumatique de l'épaule et du bras*
- o *S58.- Amputation traumatique de l'avant-bras*
- o *S68.- Amputation traumatique du poignet et de la main*
- o *S78.- Amputation traumatique de la hanche et de la cuisse*
- o *S88.- Amputation traumatique de la jambe*
  - *(Sauf S88.9 niveau non précisé)*
- o *S98.- Amputation traumatique de la cheville et du pied*
- o *T05.- Amputations traumatiques de plusieurs parties du corps*
- o *T13.6 Amputation traumatique du membre inférieur, niveau non précisé*
- o *T87.- Complications propres à une réimplantation et une amputation*
  - *(Sauf T87.2 Complications d'une réimplantation d'une autre partie du corps)*
- o *Z89.- Absence acquise d'un membre*
  - *(Sauf Z89.9 - sans précision)*

22/11/2013

Comprendre le modèle GME pour les amputés

[www.ampan.fr](http://www.ampan.fr)

Ensuite, le traitement tient compte de critères tels que l'âge, les scores de dépendance physique, le score de rééducation-réadaptation, et le caractère post chirurgical de la prise en charge, pour constituer différentes Racines de GME (RGME) au sein de ce groupe nosologique 0803.

*Pour le groupe nosologique 0803 « Amputation » il existe 8 Racines de GME, allant de 0803a à 0803h.*

- *la dépendance physique influe systématiquement*
- *l'intensité de la rééducation influe parfois*
- *l'âge et la dépendance cognitive n'influent jamais.*

GN	RGME	Age	Dép. Phy.	RR	Dép. Cog.	Chir.
Amputations	0803A		4			
	0803B		[5,8]	[0,60]		Non
	0803C			61 et +		
	0803D					Oui
	0803E		[9,16]	[0,60]		Non
	0803F					Oui
	0803G			61 et +		Non
	0803H					Oui

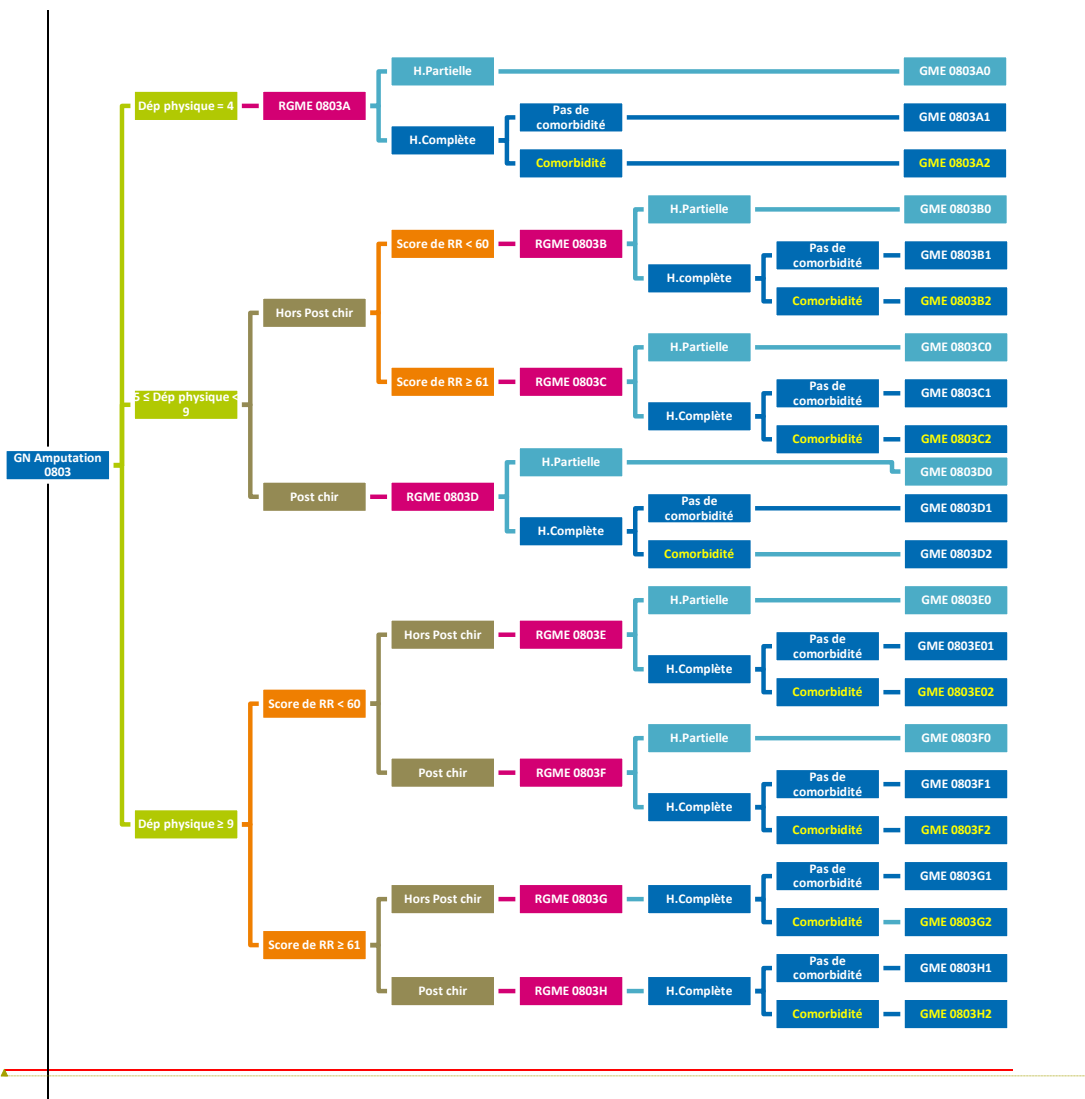
A l'intérieur de chaque RGME, la dernière étape pour arriver aux GME est l'examen du type d'hospitalisation et de la présence de CMA en morbidité principale ou en diagnostic associé.

- **GME de niveau 0 pour l'hospitalisation à temps partiel. ça peut être de l'hospitalisation complète avec un patient qui décède le jour de son entrée ou qui ressort le même jour avec une durée de séjour = 0). Pour ces GME, la présence de comorbidités n'influe pas.**
- **GME de niveau 1 pour l'hospitalisation complète sans CMA**
- **GME de niveau 2 pour l'hospitalisation complète avec une ou plusieurs CMA**

Le code de chaque GME est composé du numéro de la CM (08) suivi du numéro du GN (03), suivi de la lettre de la racine de GME (A à H) suivi du niveau de sévérité (0, 1 ou 2).

*Dans le groupe nosologique « amputation », il existe huit racines de GME, et 22 GME. Il n'y en a pas 24 car les deux dernières racines ne comprennent pas de niveau 0 (0803g et 0803h)*

L'ensemble de l'algorithme de groupage pour les amputations est schématisé ci-dessous. Le niveau de la catégorie majeur 08 n'a pas été représenté.



Mis en forme : Police : (Par défaut) Times New Roman, 10 pt

#### 4. Synthèse du modèle GME pour les amputés (Version 2013)

- Le groupage se fait au séjour pour l'hospitalisation complète et au RHS pour l'HTP
- A ce jour, il n'y a pas de système de valorisation officiellement publié
- Le codage médical est hebdomadaire et détermine le GN (prise en compte des 10 premières semaines uniquement), le niveau du GME (prise en compte de toutes les semaines du séjour)
- Le codage de la dépendance physique est hebdomadaire mais seule la première semaine est prise en compte
- Le codage des actes de rééducation se fait durant tout le séjour et détermine le niveau de rééducation (nb de points)
- Le niveau de rééducation est calculé par la somme des scores de chaque acte (CSARR ou CCAM) saisi durant tout le séjour, divisée par le nombre de jour de présence hors weekend
- Le GN est déterminé par le codage médical (FPP, MMP, AE) des dix premières semaines pour l'HC. Le groupage se fait au RHS pour l'HTP
- La RGME est déterminée par la dépendance physique (3 niveaux : =4, de 5 à 8, >9) et le niveau de rééducation (2 niveaux : <=60 et >61)
- Le GME est déterminé par le type d'hospitalisation (HTP ou HC de 0 jour = GME de niveau 0, HC = GME de niveau 1 ou 2) et la présence d'au moins une CMA durant le séjour mais pour l'HC uniquement et hors séjours de 0 jour (GME de niveau 1 si non, GME de niveau 2 si oui)
- En HTP, les CMA ne sont jamais prises en compte
- L'âge et la dépendance cognitive ne sont jamais pris en compte
- Les séjours pour les patients amputés sont classés dans 22 GME spécifiques, compris dans 8 racines de GME spécifiques et un groupe nosologique spécifique, mais une catégorie majeure non spécifique