

Les GAA (Groupes pour l'Analyse de l'Activité): Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse

Dr Jean-Jacques Chale, Luc Schenker

Avec la collaboration de Hong Dung Duong

1. Contexte du projet

L'introduction des APDRG comme outil de mesure de la production hospitalière apporte une dimension qualitative intéressante pour décrire l'activité des établissements de soins aigus somatiques. Toutefois, l'utilisation des APDRG pour élaborer une échelle tarifaire nécessite la meilleure adéquation possible entre dépenses réelles et tarification proposée. Il en résulte une multiplication des APDRG, avec une certaine atomisation de l'activité médicale. Par exemple, les hospitalisations durant lesquelles une craniotomie est réalisée sont classées dans 7 APDRG différents. De même, la création des SPG (Swiss Payment Groups) répond aux besoins de la facturation. Ces SPG ne sont d'ailleurs pas obtenus à partir du groupeur APDRG standard. Pour décrire de manière synthétique l'activité hospitalière l'utilisation des APDRG est donc problématique et elle le sera probablement de plus en plus.

Le projet présenté ici vise donc à proposer un système de description de l'activité des hôpitaux qui, même s'il est basé sur les APDRG et les SPG, permette d'avoir une vision synthétique de cette activité.

Dans ce document le terme "APDRG" s'applique tant aux APDRG dans lesquels les hospitalisations sont classées par le groupeur de la maison 3M qu'aux SPG définis par l'association APDRG Suisse. Les SPG sont ceux qui correspondent à la version 5.1 des cost-weights; leur nombre total s'élève à 27.

2. Elaboration de l'outil GAA

Le principe est de regrouper les APDRG qui partagent une même filiation (communément appelés "APDRG adjacents"), puis ceux qui sont à un niveau de lourdeur comparable (cost-weights similaires). On aboutit ainsi à la création de "**groupes de prise en charge**" ou **GPC**. Dans les GPC la séparation entre APDRG chirurgicaux et médicaux est maintenue.

Ces GPC sont regroupés en "**pôles d'activité**" ou **PA**. Ces PA sont eux-mêmes subdivisés en deux ou trois sous-pôles ou "**pôles+**" qui peuvent être soit chirurgical (**PA+C**), médical (**PA+M**) ou indifférencié (**PA+Z**). Le système GAA est constitué par la réunion des niveaux PA, PA+ et GPC.

3. Résultats: les pôles, sous-pôles et groupes de prise en charge

3.1 Pôles d'activité (PA)

L'ordre des pôles d'activité est proche de celui des MDC de la classification APDRG, afin de favoriser le travail des personnes habituées aux APDRG. Toutefois, rappelons ici que PA et MDC ne sont pas superposables, puisqu'une des ambitions des PA n'est pas de se rapprocher du découpage en MDC, mais des pratiques organisationnelles hospitalières. Le système GAA comprend 22 pôles d'activité, y compris un pôle "Erreurs".

PA	Pôle d'activité	PA	Pôle d'activité
A	Système nerveux	M	Obstétrique
B	Ophthalmologie	N	Nouveau-nés
C	ORL, Stomatologie	O	Hématologie
D	Pneumologie	P	Maladies infectieuses (y compris VIH)
E	Cardiologie, Vasculaire	Q	Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool
F	Digestif	S	Traumatismes multiples ou complexes graves, Brûlures
G	Gynécologie	T	Transplantations d'organes, Greffes de moelle
H	Orthopédie, Rhumatologie	U	Autres prises en charge
I	Tissu cutané et tissu sous-cutané	V	Chimiothérapie, Radiothérapie, Transfusion
J	Endocrinologie	X	Décès, Transferts immédiats
K	Uro-néphrologie	Z	Erreurs

La classement des maladies infectieuses et du VIH dans un même pôle se justifie par l'évolution du traitement des affections à VIH, la réduction considérable du recours à l'hospitalisation (21 cas en 2003 au CHUV) ne justifiant plus le maintien d'un pôle autonome. Les hospitalisation en rapport avec le VIH sont classées dans le sous-pôle PZ.

Dans le pôle S (Traumatismes multiples ou complexes graves, Brûlures), les brûlures sont classées dans le sous-pôle SZ et les traumatismes dans le sous-pôle SC ou SM selon la nature chirurgicale ou médicale du traitement.

3.2 Sous-pôles d'activité (PA+) et groupes de prise en charge (GPC)

Vingt des 22 pôles d'activité comprennent des sous-pôles (PA+) qui sont de type **C** (chirurgical) ou **M** (médical). Si la distinction est impossible, c'est un sous-pôle d'activité **Z** (indifférencié) qui a été créé.

Dans l'ensemble, ce principe a pu être respecté. Il y a toutefois quelques exceptions, qui sont décrites ci-dessous.

- En néonatalogie, l'APDRG médical 641 (Nouveau-né, poids > 2499 g, avec ECMO) a été classé dans un sous-pôle chirurgical en raison du cost-weight élevé associé à cet APDRG.
- En néonatalogie également, l'APDRG chirurgical 624 (Nouveau-né, poids > 2499 g, avec interventions abdominales mineures) a été classé dans un sous-pôle médical en raison du bas cost-weight associé à cet APDRG. Il s'agit d'interventions peu complexes chez des enfants de poids normal.
- Au sein du pôle P (Maladies infectieuses) l'ensemble des affections liées au VIH a été regroupé dans un seul GPC (PZ01) qui comprend des APDRG médicaux et chirurgicaux.
- Au sein du pôle S (Traumatismes multiples ou complexes graves, Brûlures), tous les APDRG du MDC 22 (Brûlures) ont été regroupés dans le sous-pôles SZ, qui comprend deux GPC établis en fonction de l'étendue des brûlures et sans tenir compte de la nature (médicale ou chirurgicale) du traitement.

3.3 Groupes de prises en charge (GPC)

La notation des GPC a la structure suivante: code du sous-pôles (PA+) suivi d'un numéro d'ordre. Par exemple, le GPC AC01 appartient au sous-pôle AC (Système nerveux - Chirurgie), le GPC MM01 au sous-pôle MM (Obstétrique - Médecine).

PA+ et GPC:
détail du découpage et mise en rapport avec les MDC et les APDRG

Pôle d'activité (PA)	PA+			Nb. GPC	Nb. MDC	Nb. APDRG
	C	M	Z			
A Système nerveux	4	10		14	1	43
B Ophtalmologie	3	2		5	1	15
C ORL, Stomatologie	4	5		9	3	39
D Pneumologie	3	9		12	2	44
E Cardiologie, Vasculaire	8	12		20	2	57
F Digestif	11	10		21	5	79
G Gynécologie	4	4		8	2	29
H Orthopédie, Rhumatologie	8	7		15	5	66
I Tissu cutané et tissu sous-cutané	3	3		6	4	24
J Endocrinologie	2	4		6	1	17
K Uro-néphrologie	5	9		14	2	59
M Obstétrique	3	3		6	1	18
N Nouveau-nés	1	5		6	1	35
O Hématologie	2	5		7	2	28
P Maladies infectieuses	1	4	1	6	2	29
Q Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	1	5		6	2	18
S Traumatismes multiples ou complexes graves, Brûlures	2	3	2	7	3	20
T Transplantations d'organes, Greffes de moelle	1	2		3	1	10
U Autres prises en charge	2	5		7	3	28
V Chimiothérapie, Radiothérapie, Transfusion		2		2	1	2
X Décès, Transferts immédiats			2	2	1	3
Z Erreurs	1	1	1	3	1	5
Total	69	110	6	185		668

Sur le tableau suivant on peut constater qu'en utilisant les GPC au lieu des APDRG on obtient simultanément une réduction du nombre de classes nécessaires pour atteindre une même fréquence cumulée des séjours et une augmentation de la proportion des classes utilisées. On diminue ainsi le nombre de classes contenant un faible nombre de cas (plus de 40% des APDRG ne contiennent que 5% des séjours). Les valeurs figurant dans le tableau ci-dessous ont été déterminées à partir de données de l'année 2004 provenant du groupe Hospices (soit du CHUV, de l'Hôpital orthopédique et de l'Hôpital ophtalmique).

Fréquence cumulée	Nombre d'APDRG	Taux d'utilisation	Nombre de GPC	Taux d'utilisation
50%	56	0.08	26	0.14
80%	203	0.30	72	0.39
90%	302	0.45	100	0.54
95%	379	0.57	123	0.66

Le taux d'utilisation des APDRG est défini comme le nombre d'APDRG divisé par 668.

Le taux d'utilisation des GPC est défini comme le nombre de GPC divisé par 185.