

GHM et GHS, vers un PMSI de 3eme génération

- Nomenclature construite et validée par les soignants.
- 112 Groupes pour être précis et concis.
- Ce n'est pas une méthode mais une façon de classer les

résultats de l'évaluation des soins.

- Apte à quantifier la production de soins.

- Permet de rénover le PMSI sans remise en cause du GHM.
- Opérationnel à court terme.
- Apporte un éclairage sur les soins.

Pourquoi le GHS ?

Depuis plusieurs années se développe une politique de soins visant à orienter les moyens alloués au système hospitalier en fonction de ce qui est produit.

Cette volonté de solvabiliser ce qui est produit plutôt que de reconduire les budgets de façon historique est un progrès majeur de l'économie de santé en France. Pour y parvenir la tutelle s'appuie sur un système d'information (le PMSI) et un indicateur de productions (le GHM).

Cependant cet indicateur de production simplifie et masque certains aspects de la réalité hospitalière. Il ne couvre pas, actuellement, tous les domaines de productions de l'hôpital. En particulier les soins infirmiers n'y ont pas encore toute leur part. A l'instar du PMSI de deuxième génération mis en place dans les unités de soins de suite et de réadaptation, qui intègre une part des soins, le PMSI traditionnel doit pouvoir évoluer vers une prise en compte du soin infirmier dans ses recueils et ses traitements.

Une voie opérationnelle.

Pour poursuivre l'objectif d'intégration des soins infirmiers au PMSI traditionnel, et ainsi le faire évoluer vers une nouvelle génération, il faut y joindre de nouvelles informations sur les soins et promouvoir une nouvelle classification en GHM. Mais si rajouter une zone dans le RUM ne pose pas de difficultés, en revanche la modification de l'algorithme de groupage, patiemment constitué au fil des années, est beaucoup plus délicat. C'est pourquoi la principale voie opérationnelle à court terme consiste à ajouter une information sur les soins dans le RUM et à réaliser un double groupage en GHM et GHS. Cette solution offre en outre l'avantage d'individualiser la part soins de la part médicale. Les soignants y voient la possibilité de réduire les inégalités de prise en charge qui existent et de valoriser leur

Calcul des GHS à partir de la méthodologie des SIIPS.

A l'issue de l'évaluation SIIPS, un coefficient est affecté à chaque patient en soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducatifs. A chaque coefficient est attribué un terme particulier.

Intensité structure	1	4	10	20
Soins de base	Autonomie	Dépendance modérée	Dépendance moyenne	Dépendance totale
Soins techniques	Soins légers	Soins courts	Soins lourds ou courts	Soins très lourds
Soins relationnels et éducatifs	Autonomie, Informations fonctionnelles	Dépendance modérée	Relation d'aide	Dépendance totale

On identifie éventuellement la prédominance de soins, puis on associe le séjour à un des 112 GHS. La liste des GHS est donc historiquement issue de la classification engendrée par les résultats de la méthode des SIIPS.

Historique de la démarche.

En 1992, une étude sur la recherche de gains de productivité a été menée dans le service de Chirurgie A de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, à la suite d'une demande conjointe du Chef de service, le Docteur Montariol, et du Directeur de l'établissement de l'époque. Cette étude est financée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Elle est basée sur le temps passé à la réalisation des actes infirmiers. Rapidement, la Direction du Service de Soins Infirmiers, sous l'impulsion de Maryse Jouanaud, substitue à cette mesure l'indicateur SIIPS, plus apte à décrire et comprendre le processus de consommation et de distribution des soins.

De 1992 à 1994, l'évaluation des séjours (SIIPS) est étendue à tous les patients de Médecine, de Moyen et Long séjours. En Psychiatrie, le choix se porte sur l'indicateur PRN.

A ce jour, tous les patients hospitalisés font l'objet d'une évaluation des activités de soins directs. Le *thesaurus* d'informations ainsi constitué a servi de base pour observer et référencer les Groupes Homogènes de Soins (GHS).

De façon concomitante, les outils de traitement de l'information se sont affinés. Ils ont été diffusés sur de nombreux établissements qui produisent également des GHS aujourd'hui.

politique de soins.

Définition des GHS

Issus de synthèses de travaux menés sur différentes méthodes d'évaluation, les Groupes Homogènes de Soins au nombre de 112 s'appuient sur une terminologie de soins, validée par les professionnels.

Groupe : ensemble de séjours hospitaliers ayant les mêmes caractéristiques de soins.

Homogène : le groupe présente une homogénéité de soins et de quantité.

Soins : domaine de production couvert par le GHS.

Le GHS est en fait une classification composée de 112 intitulés qui couvrent l'ensemble des activités de soins. Autrement dit, tout patient hospitalisé appartient à un de ces groupes et a donc son axe spécifique. Le GHS se compose de la dominante de soins puis des qualificatifs des familles de soins base, techniques, relationnels et éducatifs. Suffisamment nombreux pour être porteurs de sens et suffisamment restreints pour avoir une utilité statistique, les GHS sont un bon compromis entre la nécessité de précision et l'obligation de concision.

Exemple d'application de Groupes Homogène de Soins Résultats par groupe

Nombre de séjours : 5477
Pondération moyenne des séjours : 18,65

GHS	Intitulé du Groupe Homogène de Soins	Pnd	%	Nbre	Valeur
0313	Patient sans dominante de soins, de dépendance majeure en soins de base, ayant des soins légers en soins techniques, de dépendance majeure en soins relationnels et éducatifs.	21	17%	946	19866
3211	Patient a dominante de soins relationnels et éducatifs de dépendance modérée, autonome en soins de base, ayant des soins légers en soins techniques.	6	9%	520	3120
1413	Patient a dominante de soins de base de dépendance totale, ayant des soins légers en soins techniques, de dépendance majeure en soins relationnels et éducatifs.	31	6%	335	10385
0111	Patient sans dominante de soins, autonome en soins de base, ayant des soins légers en soins techniques, autonome en soins relationnels et éducatifs.	3	6%	323	969
3321	Patient a dominante de soins relationnels et éducatifs de dépendance majeure, de dépendance modérée en soins de base, ayant des soins légers en soins techniques.	15	5%	301	4515
2312	Patient a dominante de soins techniques, ayant des soins lourds ou légers et répétés, de dépendance modérée en soins de base, de dépendance modérée en soins relationnels et éducatifs.	15	5%	288	4320

Mode d'obtention du GHS.

En tant que tel, le GHS n'est pas une méthode d'évaluation, mais simplement un mode de regroupement pertinent des séjours. Il se nourrit de la capacité d'expertise des soignants acquise par la mise en oeuvre de méthodes validées (SIIPS, PRN, SEGUR, AGGIR, etc.). En d'autre terme, il repose sur l'appréciation juste des caractéristiques de soins d'un patient. Des passerelles existent entre les GHS et les différentes méthodes d'évaluations en soins. Leur fonctionnement ne se fonde pas sur les éléments quantitatifs, toujours hasardeux, mais sur le repérage des informations permettant d'argumenter l'appartenance du séjour à tel ou tel groupe. De façon pratique, il existe pour chaque méthode d'évaluation un outil automatisé et spécifique d'attribution du GHS (arbre de décision) :

Echantillon de 6 GHS parmi les 112 répertoriés

Lecture du tableau

Sur le plan de la terminologie, chaque groupe détermine un profil unique. Sur le plan de la quantification, chaque groupe est déterminé par une même intensité. Les GHS sont classés en nombre de séjours par ordre décroissant.

Ils peuvent donc être lus de la manière suivante :

1ère colonne : GHS

Le premier chiffre correspond au numéro du groupe :

pas de dominante, 0; dominante en soins de base, 1; dominante en soins techniques, 2; dominante en soins relationnels et éducatifs, 3.

Les 3 chiffres suivants correspondent à l'intensité dominante dans chacun des groupes (1 : coef. 1; 2 : coef. 4; 3 : coef. 10; 4 : coef. 20).

Ex : 2312

2 = dominance en soins techniques,

3 = soins lourds ou légers et répétés pour les soins techniques, soit un coefficient à 10,

1 = autonomie en soins de base, soit un coefficient de 1,

2 = dépendance modérée en soins relationnels et éducatifs, soit un coefficient de 4.

2ème colonne : le libellé

Le libellé indique la traduction littérale de la ou des dominantes de soins et les dépendances dans chacune des familles.

3ème colonne : la pondération

Elle quantifie la somme des coefficients dans chaque famille de soins (provisoirement, selon l'intensité SIIPS).

Ex : 2312 :

- coefficient 10 (3) soins techniques

- coefficient 1 (1) soins de base

- coefficient 4 (2) soins relationnels et éducatifs

Ce qui correspond à 15 de coefficient total pour l'ensemble des familles de soins. A terme, cette valeur évoluera vers un tarif en points ISA.

4ème colonne : le pourcentage

Elle représente le pourcentage du nombre de patients étudiés dans le Groupe Homogène de Soins correspondant.

5ème colonne : le nombre

Elle représente le nombre total de séjours patients étudiés dans la période préalablement déterminée pour le Groupe Homogène de Soins correspondant.

6ème colonne : la valeur

Elle indique le nombre total de points de soins que représente l'ensemble des séjours dans le GHS correspondant. A terme, il représentera les points ISA générés par le groupe.

Analyse d'une activité par GHS

Les GHS font émerger les profils de soins des patients hospitalisés, ce qui aide à comprendre au-delà de la maladie, les demandes en soins de la population hospitalisée. Ils ont donc la capacité d'expliquer un certain nombre de différences qui sont actuellement masquées par le GHM seul. Les GHS contribuent à rendre plus transparente la relation entre moyens et production, ce qui est souhaité par les tutelles, mais plus encore par les soignants qui veulent promouvoir leurs valeurs dans un système équitable.

Valorisation des GHS.

Chaque GHS engendre une intensité de soins constante. Cette affirmation est issue de l'observation de la charge en soins dans de nombreux services aux multiples spécialités, utilisant soit les SIIPS soit le PRN. Le GHS utilise actuellement une échelle de soins directs, validée quantitativement sur la durée des soins. Il convient de les valoriser à terme dans la même unité

A partir de la grille de dépendance SSR (Soins de suite et de réadaptation)

On prend les trois premiers items pour établir une échelle de soins de base (habillage, alimentation continence)

On prend Diagnostic principal, morbidité, affection étiologique pour l'échelle de soins techniques.

Puis le comportement et la relation pour l'échelle de soins relationnels et éducatifs.

En réalisant plusieurs études comparatives, nous avons validé l'échelle de soins de base.

Un travail complémentaire doit être effectué sur les soins techniques, car nous pensons qu'il existe une corrélation avec le diagnostic principal, la comorbidité associée et les affections étiologiques, notamment dans les polyopathologies.

Enfin, pour les soins relationnels et éducatifs une corrélation est effective dans 80% des cas. Pour les 20% restants deux facteurs interviennent : les soins liés à l'éducation non mesurés dans le SSR et le décalage entre la dépendance et les soins requis.

GHS. C'est donc bien une minoration du nombre de points ISA GHM qui valoriseront les ISA GHS. Les résultats peuvent être, soit présentés séparément, soit cumulés pour obtenir le nombre de points ISA de l'établissement (part médicale + part de soins).

Reproductibilité de l'attribution des GHS à partir du PRN

Pour chaque acte de soins on donne un attribut de groupe (base, technique, relationnel et éducatif ou rien) afin de définir si l'item est à prendre en compte et si oui, dans quel groupe.

Pour chaque acte de soins, on indique le niveau le plus représentatif de l'intensité. A titre d'exemple, en soins de base, l'item : «027 hygiène, aide complète» est symptomatique d'une dépendance majeure (B3).

Pour chaque groupe et pour chaque journée d'hospitalisation, on comptabilise le nombre d'actes par catégorie.

Codification actes	Base	Technique	Relationnel et éducatif
Niveau 1	B1	T1	R1
Niveau 2	B2	T2	R2
Niveau 3	B3	T3	R3
Niveau 4	B4	T4	R4

En partant du niveau le plus élevé vers le niveau le plus faible, on détecte les conditions d'attribution du niveau. Dès qu'il est atteint, le coefficient peut être posé. Si aucun coefficient ne peut être posé, le niveau 1 est atteint.

de compte que les GHM, c'est à dire en point ISA.

Pour réaliser cette conversion d'intensité points ISA, il est nécessaire de procéder en deux temps. En premier lieu, réaliser une valorisation à volume constant afin de certifier la démarche. Ensuite, le GHS pourra être valorisé de façon autonome.

Exemple : pour la première année, on ventile 20% de points ISA au prorata des intensités pour établir un référentiel. Des études ponctuelles valident le rapport (Coût/GHS). L'année suivante on valorise à la manière du GHM les

TERMINOLOGIE

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information.

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée, France, MC Beaughon.

REQUIS : Acte de soins estimés nécessaires pour répondre aux besoins d'une personne ou d'un groupe.

PRN : Projet de Recherche en Nursing, Canada, C Tilquin.

GHM : Groupes Homogènes de Malades.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

AAS : Activités Afférentes aux Soins, 1995 Direction des hôpitaux.

ISA : Indice Synthétique d'Activité.

GROUPAGE : Affectation d'un GHM à un séjour hospitalier.

SOINS DE BASE : (Hygiène et confort) Intervention qui consistent à assurer à une personne la propreté corporelle et le bien être auxquels elle aspire et à lui créer un environnement satisfaisant.

SOINS TECHNIQUES : Actes de soins infirmiers effectués selon les procédures spécifiques et qui impliquent l'usage d'un produit et ou de matériels appropriés.

SOINS EDUCATIFS : Interventions qui consistent à offrir à une personne ou à un groupe, les informations, conseils pour aider à comprendre les mesures propres à améliorer sa santé et à modifier ses comportements.

SOINS RELATIONNELS : Interventions verbales et non verbales visant à rétablir une communication en vue d'apporter aide et soutien psychologiques à une personne ou un groupe.

R MAGNON et G DESCHANOZ et un groupe d'infirmières et d'infirmiers, **Dictionnaire des soins infirmiers**, AMIEC, 1995.

Ont participé à la rédaction de cet article :

Maryse Jouanaud, DSSI Montélimar

Christophe Saint-ubert, Informaticien, METASERVICES