



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

DATIM MCO

Détection des Atypies de l'Information Médicale

Version 2015

GUIDE DE LECTURE ET D'INTERPRETATION

15 octobre 2015

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE DATIM MCO	p. 3
UTILISATION DE DATIM MCO	p. 7
LISTE DES TESTS	p. 9
DÉTAIL DES TESTS	p. 15
ANNEXES	p. 87

Présentation de DATIM MCO

I. Objectifs

DATIM est un outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de RSA par dépistage d'atypies dans la production de l'information médicale. L'atypie est définie soit comme une incohérence entre les données, soit comme une absence de conformité à une référence, soit comme ce qui diffère de l'habituellement observé. Les atypies peuvent révéler un défaut de qualité de codage des informations.

La mise à disposition des établissements des diverses informations produites par DATIM lors des transmissions de données, notamment l'édition de résumés de séjour atypiques, devrait aboutir à une amélioration de la qualité du codage.

Cette analyse répond à un objectif principal : la mise en œuvre des procédures de contrôle externe. Dans le cadre des contrôles externes, DATIM a vocation à permettre :

- de permettre aux établissements de corriger d'éventuelles erreurs de codage lors de la transmission des données ;
- de participer à l'élaboration du programme de contrôle régional en effectuant un ciblage des établissements avec des résumés de séjours atypiques ;
- de faciliter la préparation des contrôles sur site en permettant notamment de cibler précisément les activités qui devront être contrôlées.

II. Les tests

Compte tenu de l'objectif précédemment énoncé, les tests proposés cherchent à mettre en évidence des résumés atypiques pouvant amener à une survalorisation et donc susceptibles d'être contrôlés.

Les critères utilisés sont essentiellement descriptifs. Le terme d'atypie doit-il être pris avec prudence dans son sens le plus littéral. Il n'est pas possible d'apprécier la qualité d'un fichier directement à travers son degré d'atypie sans avoir au préalable écarté les nombreuses autres causes fréquemment associées telles des spécificités liées aux types de patients, de prise en charge ou encore d'organisation pour ne citer que les plus évidentes.

Cette analyse repose sur l'interprétation de résultats détaillés fournis par DATIM éventuellement confrontés à d'autres sources d'informations sur l'établissement. Cette phase d'interprétation conduit à confirmer le caractère atypique de l'établissement mais aussi à déterminer précisément les activités à contrôler (ciblage).

Les atypies peuvent correspondre au non-respect de certaines règles du *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* à l'origine d'une survalorisation.

III. Principes de fonctionnement

DATIM passe un fichier de RSA au crible d'une batterie de tests et produit des résultats qualitatifs et quantitatifs.

Les informations produites sont :

Résultat du test.

Valeur numérique. Il s'agit soit d'un pourcentage soit d'un dénombrement de résumés.

Moyenne de référence.

Valeur moyenne du résultat du test calculée sur la base nationale, éventuellement par catégorie d'établissements selon la nature du test concerné.

Alerte.

Information qualitative sur le résultat d'un test pour un établissement. Les modalités de calcul de l'alerte sont fournies pour chaque test.

IV. Les références

1. Les tests

Chaque test fait l'objet d'une description standardisée dans le guide de lecture et d'interprétation.

N° du test	: <numéro du test>
Intitulé	: <intitulé du test>
Type du test	: <qualité ou atypie>
Sélection résumés	: oui / non <indique si le test peut être utilisé pour sélectionner des résumés en vue d'une correction par l'établissement ou d'un contrôle sur site>

I. Description - Objectifs

<Donne une définition littérale du test et de ses objectifs>

II. Lecture – Interprétation

<Propose dans la mesure du possible des grandes lignes d'interprétation>

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: <amélioration de la qualité ou repérage d'atypie>
Valeur résultat	: <pourcentage/nombre>
Numérateur	: <définition du numérateur utilisé>
Dénominateur	: <définition du dénominateur utilisé en cas de calcul d'un ratio>
Table utilisée	: <désignation de la table utilisée pour le test>
Référence	: <type de référence utilisé, tous établissements confondus ou par catégorie d'établissements>
Alerte	: <définition du mode de déclenchement de l'alerte>

2. Valeurs de référence

Une valeur de référence est proposée pour chaque test conduisant au calcul d'un pourcentage. En dehors de la moyenne, les valeurs de référence des tests ne sont pas diffusées.

Les deux premiers mois de transmissions des données (M1 et M2) les valeurs de références ne changent pas ; ce sont celles utilisées l'année précédente.

Les références sont mises à jour pour le troisième mois de transmissions des données (M3) ; elles sont alors calculées sur l'année n-1 avec les données (M12) disponibles à cet instant. Dès que l'année n-1 est complète, les références sont mises à jour et publiées sur le site de l'ATIH.

Selon la nature du test, la référence sera calculée par catégorie d'établissements ou tous établissements confondus. Pour cette version de DATIM 2012, les catégories d'établissements retenues sont :

- CHU/CHR/CHRU
- CH/CHG/ESPIC
- CLCC
- Hôpitaux locaux
- Autres publics (SIH)
- Etablissements privés

3. Tables de référence

Les fichiers "Info" contiennent l'ensemble des informations sur les actes, diagnostics, GHM, GHS ou racines de GHM utilisées par les différents tests.

Les tables utilisées sont :

- CCAMinfo : ensemble des informations relatives aux codes CCAM ;
- Diaginfo, ensemble des informations relatives aux codes CIM-10 ;
- GhmInfo, ensemble des informations relatives aux GHM ;
- Ghsinfo : ensemble des informations relatives aux GHS ;
- Racineinfo : ensemble des informations relatives aux racines de GHM.

Ces tables sont mises en ligne sur le site de l'ATIH.

V. Période sur laquelle portent les tests

Du fait que la classification change au 1^{er} mars de l'année, les tests ne portent que sur la période de mars à décembre afin de ne traiter qu'une seule classification.

[Sommaire](#)

Utilisation de DATIM MCO

I. Utilisation par les établissements de santé

Les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique adressent les fichiers de RSA sur la plateforme e-PMSI de l'ATIH.

Lors de cette transmission une analyse de l'activité de l'établissement est réalisée à l'aide des tableaux MAT2A.

Une analyse de la qualité et un repérage d'atypies sont réalisés par DATIM. Le traitement DATIM est déclenché automatiquement et systématiquement lors de la commande de traitement des RSA. Les résultats du traitement sont consultables immédiatement par l'établissement.

Avant validation de la transmission, l'établissement a la possibilité de corriger les RSA qui pourraient contenir des manques, des erreurs ou des imprécisions.

Le repérage d'atypie permet à l'établissement de savoir s'il transmet des données atypiques en elles-mêmes ou par rapport aux autres établissements. L'importance des atypies et leurs caractéristiques peuvent être à l'origine d'un contrôle par les unités de coordinations régionales placées sous l'autorité des agences régionales de santé.

Un lien dans la colonne "RSA référencés" conduit, s'il y a lieu, à l'édition des résumés atypiques.

II. Utilisation par les unités de coordination régionale

Les unités de coordination régionales disposent d'un accès à la base de données de RSA des établissements de santé de la région qui les concerne. Elles ont accès aux tableaux MAT2A ainsi qu'aux résultats des tests DATIM.

Toutefois les contrôleurs ne peuvent accéder aux résultats tant que l'établissement n'a pas procédé à la validation de son fichier.

Les tableaux réservés exclusivement au rôle "contrôleur" sur la plateforme e-pmsi

Après avoir sélectionné l'année, le trimestre et les modalités de validation (établissements sans résultats, avec résultats, validés), on accède à une page qui énumère l'ensemble des tests. Depuis cette page, il est possible de se diriger vers deux types de résultats :

- *Tableau de synthèse régional*

Ce tableau est accessible en cliquant sur le lien "synthèse", en haut à droite. Il s'adresse aux contrôleurs uniquement et fournit pour tous les établissements de la région, le nombre de tests en alerte de qualité et d'atypie.

Il a pour but de participer au ciblage des établissements à contrôler en priorité.

Un lien sur le numéro FINESS conduit aux résultats de chaque établissement.

- *Tableau régional par test*

Ce tableau est accessible en cliquant sur le lien "détail" associé à chaque test, dans la colonne de droite. Il s'adresse aux contrôleurs uniquement et propose pour chaque test, les résultats de tous les établissements de la région.

Il permet d'effectuer des comparaisons test par test et éventuellement d'affiner le ciblage des établissements atypiques. Un lien sur le numéro FINESS conduit aux résultats de chaque établissement.

Les éditions de résumés

Les résumés impliqués par le test sont affichés à l'écran avec les libellés des diagnostics et des actes.

La navigation entre les différents résumés est assurée par les chevrons situés juste au dessus du résumé.

L'icône représentant une disquette, placée au bas de la page, permet la génération et le téléchargement d'un fichier de RSA qui contient l'ensemble des résumés impliqués par le test. Après intégration dans un tableur ou une base de données, ces informations permettent d'effectuer des traitements complémentaires à la demande, en vue d'étayer telle ou telle interprétation. A noter que, du fait de l'anonymisation, les numéros de séjour ne correspondent pas à ceux des fichiers des établissements de santé.

L'icône représentant un chariot, accessible uniquement au rôle "contrôleur", permet de sélectionner des résumés pour les intégrer à la liste des séjours devant faire l'objet d'un contrôle sur site (activité 99).

[Sommaire](#)

LISTE DES TESTS DATIM MCO 2015 PAR CATEGORIE

(9 catégories)

ACTIVITE AMBULATOIRE

- [Test 70](#) : Nombre de racines de GHM avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
- [Test 71](#) : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
- [Test 72](#) : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait petit matériel" (FFM)
- [Test 73](#) : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre"
- [Test 106](#) : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe « forfait sécurité dermatologique » (FSD)
- [Test 107](#) : Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z "atypique" en diagnostic principal
- [Test 108](#) : Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec un mode de sortie décès sans code P95
- [Test 121](#) : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte et une anesthésie complémentaire

ACTIVITE DE REEDUCATION ET DE CONVALESCENCE

- [Test 68](#) : Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M02Z *Rééducation*
- [Test 69](#) : Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*

ACTIVITE SOUMISE A AUTORISATION

- [Test 96](#) : Nombre de séjours de neurochirurgie et autorisation non connue
- [Test 97](#) : Nombre de séjours de chirurgie cardiaque et autorisation non connue

ACTIVITE ESTHETIQUE OU DE CONFORT

- [Test 109](#) : Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique*
- [Test 110](#) : Nombre de séjours avec acte de confort hors GHM 23Z03Z *Chirurgie de confort*

RACINES DE GHM

- [Test 38](#) : Pourcentage atypique de séjours avec un code symptôme en diagnostic principal
- [Test 61](#) : Nombre de séjours < 5 jours avec diagnostic principal "coma" et code T d'intoxication en diagnostic associé
- [Test 111](#) : Nombre de racines « apparentées » avec une proportion élevée de la racine plus valorisée
- [Test 117](#) : Nombre de séjours dans le GHM 23Z02Z *Soins palliatifs* avec une activité atypique

NIVEAUX DE SEVERITE

- [Test 17.1](#) : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 2
- [Test 17.2](#) : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 3
- [Test 18](#) : Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par sous-catégorie majeure de diagnostics
- [Test 119](#) : Nombre de GHM avec plusieurs GHS avec un taux atypique des GHS plus valorisés
- [Test 126](#) : Nombre de CMD avec un ratio atypique de CMA en .8 *Autres affections*

DURÉE DE SÉJOUR ATYPIQUE

- [Test 75](#) : Nombre de GHM de niveau 1 / A avec une proportion élevée de séjours courts
[Test 76](#) : Nombre de GHM de niveau 2 / B avec une proportion élevée de séjours courts
[Test 77](#) : Nombre de GHM de niveau 3 / C avec une proportion élevée de séjours courts
[Test 78](#) : Nombre de GHM de niveau 4 / D avec une proportion élevée de séjours courts par sous-catégorie majeure de diagnostics
[Test 79](#) : Nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts

PRESTATIONS INTERETABLISSEMENT

- [Test 62](#) : Absence de séjours avec une prestation inter établissement effectuée ou demandée
[Test 64](#) : Nombre de séjours d'une durée inférieure ou égale à 1 jour avec entrée et sortie par transfert

SEJOURS CONTIGUS OU SIMULTANES

- [Test 98](#) : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement
[Test 112](#) : Nombre de séjours simultanés pour un même patient adulte dans l'établissement

* Nouveau test

[Sommaire](#)

LISTE DES TESTS DATIM MCO 2015 PAR NUMÉRO DE TEST (33 tests)

Test 17.1	: Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 2
Test 17.2	: Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 3
Test 18	: Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par sous-catégorie majeure de diagnostics
Test 38	: Pourcentage atypique de séjours avec un code symptôme en diagnostic principal
Test 61	: Nombre de séjours < 5 jours avec diagnostic principal "coma" et code T d'intoxication en diagnostic associé
Test 62	: Absence de séjours avec une prestation inter établissement effectuée ou demandée
Test 64	: Nombre de séjours d'une durée inférieure ou égale à 1 jour avec entrée et sortie par transfert
Test 68	: Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M02Z <i>Rééducation</i>
Test 69	: Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M16Z <i>Convalescences et autres motifs sociaux</i>
Test 70	: Nombre de racines de GHM avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
Test 71	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
Test 72	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait petit matériel" (FFM)
Test 73	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre"
Test 75	: Nombre de GHM de niveau 1 / A avec une proportion élevée de séjours courts
Test 76	: Nombre de GHM de niveau 2 / B avec une proportion élevée de séjours courts
Test 77	: Nombre de GHM de niveau 3 / C avec une proportion élevée de séjours courts
Test 78	: Nombre de GHM de niveau 4 / D avec une proportion élevée de séjours courts par sous-catégorie majeure de diagnostics
Test 79	: Nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts
Test 96	: Nombre de séjours de neurochirurgie et autorisation non connue
Test 97	: Nombre de séjours de chirurgie cardiaque et autorisation non connue
Test 98	: Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement
Test 106	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe « forfait sécurité dermatologique » (FSD)
Test 107	: Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z "atypique" en diagnostic principal
Test 108	: Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec un mode de sortie décès sans code P95
Test 109	: Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02Z <i>Chirurgie esthétique</i>
Test 110*	: Nombre de séjours avec acte de confort hors GHM 23Z03Z <i>Chirurgie de confort</i>
Test 111	: Nombre de racines « apparentées » avec une proportion élevée de la racine plus valorisée
Test 112	: Nombre de séjours simultanés pour un même patient adulte dans l'établissement
Test 117	: Nombre de séjours dans le GHM 23Z02Z <i>Soins palliatifs</i> avec une activité atypique
Test 119	: Nombre de GHM avec plusieurs GHS avec un taux atypique des GHS plus valorisés
Test 121	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte et une anesthésie complémentaire
Test 126	: Nombre de CMD avec un ratio atypique de CMA en .8 <i>Autres affections</i>

* Nouveau test

[Sommaire](#)

DETAIL DES TESTS

N° du test : 17.1

Intitulé : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 2

Type : repérage d'atypies

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ces tests reposent sur la comparaison des pourcentages de séjours avec niveaux de sévérité 2 ou B par racine de GHM à une moyenne de référence.

Pour chaque racine, le test calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveaux 2 ou B à celui du total des séjours de niveaux 1 et 2 pour le niveau 2 (ou A et B) en excluant du dénombrement les patients de plus de 79 ans.

Toute racine dont l'effectif attendu de séjours de niveau 2 ou de niveau B est supérieur à 10 et dont répartition des niveaux 2 ou B est atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) est considérée comme atypique.

Ce test cherche à mettre en évidence un surcodage des comorbidités pour bénéficier d'une valorisation en niveau 2 ou B.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Les diagnostics associés qui sont des comorbidités de niveau 2 ou B regroupent les séjours dans les GHM de niveau 2 ou B, ce qui oriente les séjours vers des GHS mieux valorisés. Les comorbidités sont des diagnostics associés pour lesquelles a été constaté un allongement de la durée de séjour.

Une proportion élevée du nombre de séjours avec niveaux de sévérité 2 ou B pourra être interprétée, après avoir éliminé une cause liée au recrutement des patients (centres spécialisés, CHU etc.), comme une éventuelle optimisation par surcodage des comorbidités.

Il conviendra de distinguer deux situations extrêmes: la fraude et les habitudes de codage. L'une consiste à coder une affection qui n'existe pas dans le seul but d'orienter le groupage, l'autre tient dans une mauvaise interprétation d'un code en particulier de la CIM-10 et ce, en toute bonne foi. Entre ces deux cas existe un continuum de situations dans lequel on trouvera notamment les optimisations qui « mettent à profit » une ambiguïté de la CIM-10 ou des règles de codages pour alourdir la description du séjour.

A noter qu'en cas d'alerte, ce sont tous les séjours de ces racines en alerte qui sont sélectionnés quel que soit leur niveau.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 17.1 *Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 2*

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de racines de GHM

Numérateur : nombre de racines tel que $(\text{Nb séjours de niveau 2-B observés dans la racine} - \text{nb séjours de niveau 2-B attendus dans la racine})^2 / (\text{nb séjours de niveau 2-B attendus dans la racine}) > 5,41$ ET Nb séjours observés > Nb séjours attendus (parmi les séjours de niveaux 1-2-A-B). Au moins 10 séjours attendus par racine (Age < 80 ans et effet âge exclu, durée > 1 jour).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de racines > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 17.2

Intitulé : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 3

Type : repérage d'atypies

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ces tests reposent sur la comparaison des pourcentages de séjours avec niveaux de sévérité 3 ou C par racine à une moyenne de référence.

Pour chaque racine, le test calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveaux 3 ou C à celui du total des séjours de niveaux 1, 2 et 3 (ou A, B et C) en excluant du dénombrement les patients de plus de 79 ans.

Toute racine dont l'effectif attendu de séjours de niveau 3 ou de niveau B est supérieur à 10 et dont la répartition des niveaux 3 ou C est atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) est considérée comme atypique.

Ce test cherche à mettre en évidence un surcodage des comorbidités pour bénéficier d'une valorisation en niveau 3 ou B.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Les diagnostics associés qui sont des comorbidités de niveau 3 ou C regroupent les séjours dans les GHM de niveau 3 ou C, ce qui oriente les séjours vers des GHS mieux valorisés. Les comorbidités sont des diagnostics associés pour lesquelles a été constaté un allongement de la durée de séjour.

Une proportion élevée du nombre de séjours avec niveaux de sévérité 3 ou C pourra être interprétée, après avoir éliminé une cause liée au recrutement des patients (centres spécialisés, CHU etc.), comme une éventuelle optimisation par surcodage des comorbidités.

Il conviendra de distinguer deux situations extrêmes: la fraude et les habitudes de codage. L'une consiste à coder une affection qui n'existe pas dans le seul but d'orienter le groupage, l'autre tient dans une mauvaise interprétation d'un code en particulier de la CIM-10 et ce, en toute bonne foi. Entre ces deux cas existe un continuum de situations dans lequel on trouvera notamment les optimisations qui « mettent à profit » une ambiguïté de la CIM-10 ou des règles de codages pour alourdir la description du séjour.

A noter qu'en cas d'alerte, ce sont tous les séjours de ces racines en alerte qui sont sélectionnés quel que soit leur niveau.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 17.2 *Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 3*

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de racines de GHM

Numérateur : nombre de racines tel que $(\text{Nb séjours de niveau 3 -C observés dans la racine} - \text{nb séjours de niveau 3- C attendus dans la racine})^2 / (\text{nb séjours de niveau 3- C attendus dans la racine}) > 5,41$ ET Nb séjours observés > Nb séjours attendus (parmi les séjours de niveaux 1-2-3-A-B-C). Au moins 10 séjours attendus par racine (Age < 80 ans et effet âge exclu, durée > 1 jour).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de racines > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 18

Intitulé : Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par sous-catégorie majeure de diagnostics

Type : repérage d'atypies

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test repose sur la comparaison des pourcentages de séjours avec niveau de sévérité 4 par racine à une moyenne de référence.

On calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveau 4 à celui du total des séjours d'une durée de séjour supérieur à 1 jour de la sous-CMD (hors CM 28 et 90). La sous-CMD est division de la CMD en deux : les racines en C et les racines en K, M ou Z.

Toute racine dont l'effectif attendu de séjours de niveau 4 ou D dans la sous-CMD est supérieur à 10 et dont la répartition par sous catégorie majeure de diagnostics de niveau 4 ou D est atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) est considérée comme atypique.

Ce test cherche à mettre en évidence un surcodage des comorbidités pour bénéficier d'une valorisation du niveau 4.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un **diagnostic associé** est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Les diagnostics associés qui sont des comorbidités de niveau 4 classent les séjours dans les GHM de niveau 4, ce qui oriente les séjours vers des GHS mieux valorisés. Une proportion élevée du nombre de séjours avec niveaux de sévérité 4 pourra être interprétée, après avoir éliminé une cause liée au recrutement des patients (centres spécialisés, CHU etc.), comme une éventuelle optimisation par surcodage des comorbidités.

Il conviendra de distinguer deux situations extrêmes: la fraude et les habitudes de codage. L'une consiste à coder une affection qui n'existe pas dans le seul but d'orienter le groupage, l'autre tient dans une mauvaise interprétation d'un code en particulier de la CIM-10 et ce, en toute bonne foi. Entre ces deux cas existe un continuum de situations dans lequel on trouvera notamment les optimisations qui « mettent à profit » une ambiguïté de la CIM-10 ou des règles de codages pour alourdir la description du séjour.

A noter qu'en cas d'alerte, ce sont tous les séjours de ces racines en alerte qui sont sélectionnés quelque soit leur niveau.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 18

- Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement de sous-CMD
Numérateur : nombre de sous-cmd tel que $(\text{Nb séjours de niveau 4 observés dans sous-cmd} - \text{nb séjours de niveau 4 attendus dans la sous-cmd})^2 / (\text{nb séjours de niveau 4 attendus dans la sous-CMD}) > 5,41$ ET Nb séjours observés > Nb séjours attendus. Au moins 10 séjours attendus nécessaires (hors CM90, hors CM28 et durée > 1 jour).
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de sous-CMD > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 38

Intitulé : Pourcentage atypique de séjours avec code symptôme en diagnostic principal

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de séjours en hospitalisation complète qui présentent un code symptôme (débutant par un "R") en diagnostic principal sur le nombre total de séjours hors CM28 et CM90 et avec une durée de séjour > 1.

Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

II. Lecture – Interprétation

Un code symptôme en diagnostic principal correspond en général à une situation clinique de diagnostic sans que la cause des symptômes ne soit diagnostiquée et donc sans qu'un diagnostic ne soit réalisé.

Un nombre particulièrement important de résumés de ce type pourrait traduire un codage du motif d'hospitalisation à l'entrée plutôt que le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, déterminé à la sortie de cette unité.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 38

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de RSA avec un code R en DP (hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour)

Dénominateur : nombre total de RSA (au moins 300 RSA par ES), hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour

Table utilisée : sans objet

Référence : toutes catégories d'établissements confondues

Alerte : si résultat $\leq 5^{\circ}$ p ou $\geq 95^{\circ}$ p. de la valeur de référence

[Liste des tests](#)

N° du test : 61

Intitulé : Nombre de séjours avec une durée de séjour inférieure à 5 jours avec diagnostic principal « coma » et code T d'intoxication en diagnostic associé

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un code coma (catégorie R40.–) en diagnostic principal et un ou plusieurs codes T d'intoxication en diagnostic associé et d'une durée de séjour inférieure à 5 jours.

La borne de 5 jours n'a aucune valeur normative et ne signifie certainement pas qu'il est licite de coder le coma en diagnostic principal au-delà de cette valeur. Pour le codage des intoxications, on se référera au *Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale*.

Les codes T d'intoxication sont répertoriés dans la table DiagInfo, champ "TIntox", valeur 1.

Ce test vise à évaluer le respect de la règle sur le codage des intoxications accidentelles ou volontaires.

II. Lecture – Interprétation

En cas d'hospitalisation pour intoxication accidentelle ou volontaire, c'est généralement le code diagnostique issu des catégories *T36-T50 Intoxications par des médicaments et des substances biologiques* qui doit être mis en diagnostic principal et non la manifestation. En cas de coma dû à l'intoxication par psychotrope, l'anomalie la plus fréquente consiste à coder le coma en diagnostic principal et l'intoxication en diagnostic associé alors que le coma est une composante habituelle du tableau clinique liée à l'intoxication.

Si l'établissement a des séjours avec une durée inférieure à 5 jours avec un diagnostic « coma » et code T d'intoxication en diagnostic associé, il est alors possible que la règle du PMSI recommandant le codage des intoxications ne soit pas appliquée.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 61

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA avec durée < 5 jours, un code en DP qui commence par R40 et un code en DA tel que la valeur = 1 dans le champ "TINTOX"

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : Diaginfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 62

Intitulé : Absence de séjours avec une prestation interétablissement effectuée ou demandée

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le test 62 calcule le nombre de résumés avec mode d'entrée et mode de sortie égal à 0 ou en DA un code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte* pour les établissements de santé avec au moins 1 000 RSA par mois. Il s'agit donc du nombre de résumés codés par l'établissement ayant effectué la prestation interétablissement ou l'ayant demandé.

Ce test vérifie le bon usage des règles concernant les prestations inter-établissements.

II. Lecture – Interprétation

Les prestations interétablissements désignent les situations dans lesquelles un établissement a recours au plateau technique d'un autre établissement pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même. L'établissement prestataire produit, si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, un résumé de sortie dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » et l'établissement demandeur enregistrera un code Z75.80 en diagnostic associé pour le séjour durant lequel une prestation interétablissement a été demandée.

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement est connu pour effectuer des prestations de moins de 48 heures pour le compte d'autres établissements et que le résultat du test est de 0 séjour, alors il est probable que la règle du PMSI recommandant le codage des modes d'entrée et de sortie à 0 n'est pas appliquée.

De même si l'établissement est connu pour confier à un établissement extérieur le soin d'effectuer certaines prestations et que le résultat du test est de 0 séjour, alors il est probable qu'il n'applique pas la règle du PMSI recommandant la mention du code Z75.80 en diagnostic associé.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 62

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de résumés

Numérateur : nombre de RSA avec un type de séjour = A ou B (hors CM90) pour les établissements de santé avec au moins 1000 RSA par mois).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de RSA = 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 64

Intitulé : Nombre de séjours d'une durée inférieure ou égale à un jour avec entrée et sortie par transfert

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'une durée de séjour inférieure ou égale à un jour ayant les modes d'entrée et de sortie par transfert en MCO.

Ce test vérifie le bon usage des règles concernant les prestations interétablissement.

II. Lecture – Interprétation

Les prestations interétablissements désignent les situations dans lesquelles un établissement a recours au plateau technique d'un autre établissement pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même. En cas de réalisation d'une prestation interétablissement pour un autre établissement, si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation un RSS est produit pour lequel les modes d'entrée et de sortie doivent être codés « 0 ».

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement est connu pour confier à un établissement extérieur le soin d'effectuer certaines prestations et que le résultat du test 64 est supérieur de 0, alors il est possible qu'il n'applique pas la règle du PMSI concernant les prestations interétablissements.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 64

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de résumés

Numérateur : nombre de RSA avec durée ≤ 1 , mode d'entrée et de sortie = 7, provenance et destination = 1

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 68

Intitulé : Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans les
GHM 23M02Z *Rééducation*

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 68 calcule le pourcentage de séjours d'hospitalisation complète du GHM 23M02Z *Rééducation* parmi les séjours médicaux.

Ce test vérifie le respect des règles concernant l'hospitalisation en court séjour pour de la rééducation ou de la convalescence.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des informations* « le champ MCO est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement dispensant des soins en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, au sens du a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, psychiatrie exclue ».

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a une activité en hospitalisation complète atypique dans le GHM 23M02Z *Rééducation* alors il est possible que les règles sur la définition du champ MCO ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 68

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de RSA classés dans le GHM 23M02Z

Dénominateur : nombre de RSA avec un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M'

Table utilisée : GhmInfo

Alerte : si pourcentage égal ou supérieure à 95 % de la référence

[Liste des tests](#)

N° du test : 69

Intitulé : Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans les
23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 69 calcule le pourcentage de séjours d'hospitalisation complète du 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux* parmi les séjours médicaux.

Ce test vérifie le respect des règles concernant l'hospitalisation en court séjour pour de la convalescence.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des informations* « le champ MCO est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement dispensant des soins en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, au sens du a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, psychiatrie exclue ».

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a une activité en hospitalisation complète atypique dans le GHM 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*, alors il est possible que les règles sur la définition du champ MCO ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 69

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de RSA classés dans le GHM 23M16Z

Dénominateur : nombre de RSA avec un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M'

Table utilisée : GhmInfo

Alerte : si pourcentage égal ou supérieure à 95 % de la référence

[Liste des tests](#)

N° du test : 70

Intitulé : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les racines avec un pourcentage atypique de séjours avec une durée de séjour égale à 0 sans acte (hors CM 28 et CM90 et hors sortie décès). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les séjours d'hospitalisation à temps partiel.

II. Lecture – Interprétation

Les soins pouvant être prodigués à un patient sur un mode « externe » (consultations et soins externes) ne doivent pas être confondus avec ceux qui requièrent une hospitalisation à temps partiel et ne doivent donc pas faire l'objet d'un résumé d'unité médicale (RUM).

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a une activité atypique en hospitalisation à temps partiel avec des séjours sans acte, alors il est possible que les règles sur l'hospitalisation à temps partiel ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 70

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de racines tel que : $(\text{Nb séjours avec duree}=0 \text{ et nb actes}= 0 \text{ (Hors CM 28 et 90)} - \text{Nb séjours avec duree}=0 \text{ et nb actes}= 0 \text{ attendus (Hors CM 28 et 90)})^2 / (\text{Nb séjours avec duree}=0 \text{ et nb actes}= 0 \text{ attendus (Hors CM 28 et 90)}) > 5,41$ ET Nb séjours observés > Nb séjours attendus et Nb séjours attendus > 5 (hors sortie décès)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de racines > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 71

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe type SE

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 71 sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90 et hors sortie décès) et un acte isolé qui correspond à la liste des actes qui ouvre droit à la facturation d'un forfait sécurité environnement (SE).

Ce test vérifie le respect des règles concernant les actes pouvant se réaliser en externe.

II. Lecture – Interprétation

« Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations et actes externes s'agissant des établissements de santé. » (Circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006)

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec des séjours sans nuitée avec un acte isolé de la liste SE, alors il est possible que les règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel définie en particulier dans la circulaire DHOS n° 376 du 31 août 2006 dite circulaire « frontière » ne soient pas appliquées (tests 71 et 72).

III. Caractéristiques techniques

Test n° 71

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA avec durée = 0 et un seul acte (sans anesthésie) tel que la valeur =1 dans le champ "SE" (test 71 (hors CM28 et hors CM90 et hors sortie décès)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 72

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 72 sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90 et hors sortie décès) et un acte isolé qui correspond à la liste des actes qui ouvre droit à la facturation d'un forfait petit matériel (FFM).

Ce test vérifie le respect des règles concernant les actes pouvant se réaliser en externe.

II. Lecture – Interprétation

« Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations et actes externes s'agissant des établissements de santé. » (Circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006)

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec des séjours avec un acte isolé de la liste des actes FFM, alors il est possible que les règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel définie en particulier dans la circulaire DHOS n° 376 du 31 août 2006 dite circulaire « frontière » ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 72

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA avec durée = 0 et un seul acte (sans anesthésie) tel que la valeur =1 dans le champ "FFM" (hors CM28 et hors CM90 et hors sortie décès)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 73

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 73 sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90 et hors sortie décès) et un acte isolé qui correspond à une liste d'actes pouvant être réalisés en externe.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les actes pouvant se réaliser en externe.

II. Lecture – Interprétation

« Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations et actes externes s'agissant des établissements de santé. » (Circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006)

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec séjours avec un acte isolé qui correspond à une liste d'actes pouvant être réalisé en externe, alors il est possible que les règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 73

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA avec durée = 0 et un seul acte (sans anesthésie) tel que la valeur =1 dans le champ "AUTRE" (hors CM28 et hors CM90 et hors sortie décès)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 74

Intitulé : Nombre de séjours avec confirmation de codage parmi les GHM concernés

Type : amélioration de la qualité

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec une confirmation de codage.

Il vise à repérer des séjours atypiques en durée de séjour, d'où la confirmation de codage.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour. Un certain nombre de GHM demande une confirmation de codage quand la durée de séjour est atypique.

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a des séjours avec confirmation de codage, ces séjours sont atypiques en durée de séjour. Il est donc possible que les règles de codage ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 74

Fonction : amélioration de la qualité

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que confirmation de codage = 1 et la racine du GHM a la valeur = 1 dans le champ "CONF"

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : RacineInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 75

Intitulé : Nombre de GHM de niveau 1/A avec une proportion élevée de séjours courts

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description

Un séjour court est défini comme un séjour de durée (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) de 1 ou deux jours au-dessus de la borne basse et groupés dans un GHM de niveaux 1/A, ou Z. Cette définition est purement conventionnelle et n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

Le test 75 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours de niveau 1/A (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

Cette série de tests évalue l'importance des séjours courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour.

Si l'établissement a des séjours avec une proportion atypique de séjours courts dans les GHM de niveau 1/A, il est possible que le diagnostic principal ou l'acte soit erroné.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 75 (nombre de GHM de niveau 1/A avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de GHM de niveau 1 ou A tel que : 1. (Nb séjours courts observés - nb séjours courts attendus)² / (nb séjours courts attendus) > 5,41. 2. Nb observés > Nb attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. (durée > 1 jour, hors décès, hors transfert vers MCO, hors CM28 et hors CM90). Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires.

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo

Alerte : si nombre de GHM > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 76

Intitulé : Nombre de GHM de niveau 2/B avec une proportion élevée de séjours courts

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description

Un séjour court est défini comme un séjour de durée (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) de 1 ou deux jours au dessus de la borne basse et groupés dans un GHM de niveaux 2/B, 3/C ou 4/D. Cette définition est purement conventionnelle et n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

Le test 76 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours de niveau 2/B (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

Ce test évalue l'importance des séjours courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour. Les séjours « courts » sont atypiques par rapport à la durée de séjour habituelle des GHM.

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Pour les GHM avec sévérité de niveau 2/B un pourcentage élevé de séjours courts peut traduire un non respect des règles de codage en particulier des diagnostics associés.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 76 (nombre de GHM de niveau 2/B avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de GHM de niveau 2 ou B tel que : $(\text{Nb séjours courts observés} - \text{nb séjours courts attendus})^2 / (\text{nb séjours courts attendus}) > 5,41$ ET $\text{Nb séjours courts observés} > \text{Nb séjours courts attendus}$. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle $[\text{BINF}, \text{BINF}+1]$. Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires. Ce test ne prend pas en compte les séjours avec un mode de sortie transfert vers MCO ou décès.

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo

Alerte : si nombre de GHM > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 77

Intitulé : Nombre de GHM de niveau 3/C avec une proportion élevée de séjours courts

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description

Un séjour court est défini comme un séjour de durée (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) de 1 ou deux jours au-dessus de la borne basse et groupés dans un GHM de niveaux 2/B, 3/C ou 4/D. Cette définition, purement conventionnelle, n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

Le test 77 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours de niveau 3/C (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

Ce test évalue l'importance des séjours courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour. Les séjours « courts » sont atypiques par rapport à la durée de séjour habituelle des GHM.

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Pour les GHM avec sévérité de niveau 3/C un pourcentage élevé de séjours courts peut traduire un non-respect des règles de codage en particulier des diagnostics associés.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 77 (nombre de GHM de niveau 3/C avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : repérage d'atypie, préparation du contrôle

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de GHM de niveau 3 ou C tel que : 1. (Nb séjours courts observés - nb séjours courts attendus)² / (nb séjours courts attendus) > 5,41. 2. Nb observés > Nb attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. (durée > 1 jour, hors décès, hors transfert vers MCO, hors CM28 et hors CM90). Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires.

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo

Alerte : si nombre de GHM > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 78

Intitulé : Nombre de GHM avec une proportion élevée de séjours courts en fonction des niveaux de sévérité

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description

Un séjour court est défini comme un séjour de durée (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) de 1 ou deux jours au-dessus de la borne basse et groupés dans un GHM de niveaux 2/B, 3/C ou 4/D. Cette définition est purement conventionnelle et n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

Le test 78 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours de niveau 4/D (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

Ce test évalue l'importance des séjours courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour. Les séjours « courts » sont atypiques par rapport à la durée de séjour habituelle des GHM.

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Pour les GHM avec sévérité de niveau 4/D un pourcentage élevé de séjours courts peut traduire un non-respect des règles de codage en particulier des diagnostics associés.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 78 (nombre de GHM de niveau 4/D avec une proportion élevée de séjours courts par sous catégorie majeure de diagnostics)

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre sous catégorie majeure de diagnostics tel que : $(\text{Nb séjours courts observés dans le niveau 4/D} - \text{nb séjours courts attendus dans le niveau 4/D})^2 / (\text{nb séjours courts attendus dans le niveau 4/D}) > 5,41$ ET $\text{Nb séjours courts observés} > \text{Nb séjours courts attendus}$. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. Au minimum, 5 séjours attendus sont nécessaires. (durée > 1 jour, hors transfert vers MCO, Hors décès, hors CM 28 et hors CM 90).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo

Alerte : si nombre de sous-CMD > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 79

Intitulé : Nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description

Un séjour court est défini comme un séjour de durée (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) de 1 ou deux jours au-dessus de la borne basse et groupés dans un GHM de niveau Z. Cette définition est purement conventionnelle et n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

Le test 79 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours de niveau Z (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

Cette série de tests évalue l'importance des séjours courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour.

Si l'établissement a des séjours avec une proportion atypique de séjours courts dans les GHM de niveau 1/A ou Z, il est possible que le diagnostic principal ou l'acte soit erroné.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 79 (nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de GHM de niveau Z tel que : 1. (Nb séjours courts observés - nb séjours courts attendus)² / (nb séjours courts attendus) > 5,41. 2. Nb observés > Nb attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. (durée > 1 jour, hors décès, hors transfert vers MCO, hors CM28 et hors CM90). Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires.

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo

Alerte : si nombre de GHM > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 96

Intitulé : Nombre de séjours de neurochirurgie et autorisation non connue

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours de neurochirurgie en cas d'autorisation non connue dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) ou ARGHOS.

Les séjours sont considérés pour ce test « de neurochirurgie soumise à autorisation » s'ils sont groupés dans une des racines de GHM suivantes :

01C03 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans ;

01C04 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans ;

01C09 Pose d'un stimulateur cérébral ;

01C11 Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans ;

01C12 Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans.

Ce test sert à repérer des séjours dans une activité de neurochirurgie non autorisée pour l'établissement.

II. Lecture – Interprétation

L'activité de neurochirurgie est soumise à une autorisation de la part de l'ARS. Ces autorisations sont enregistrées dans la SAE et ARGHOS.

L'existence d'une activité de neurochirurgie en l'absence d'autorisation enregistrée dans la SAE ou ARGHOS représente une possibilité d'activité sans autorisation. L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné et des autorisations. En effet l'autorisation peut être récente et non indiquée dans la SAE diffusée ou ARGHOS.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test 96 :

Fonction : recherche d'atypies

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : Nombre de RSA tel que le GHM commence par 01C03 ou 01C04 ou 01C09 ou 01C11 ou 01C12 et un finess tel que la valeur = 0 dans le champ NEURO (hors CM28 et CM90)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : EtabInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 97

Intitulé : Nombre de séjours de chirurgie cardiaque et autorisation non connue

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours de chirurgie cardiaque en cas d'autorisation non connue dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) ou ARGHOS.

Les séjours sont considérés pour ce test « de chirurgie cardiaque soumise à autorisation » s'ils sont dans les racines des GHM listés dans l'arrêté du 8 juin 2005 annexe 10, à savoir :

05C02 *Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie*

05C03 *Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie*

05C04 *Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie*

05C05 *Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie*

05C06 *Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle*

05C07 *Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle*

05C08 *Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quelque soit l'âge, sans circulation extracorporelle*

05C09 *Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle*

Ce test sert à repérer des séjours dans une activité non autorisée pour l'établissement.

II. Lecture – Interprétation

L'activité de chirurgie cardiaque est soumise à une autorisation de la part de l'ARS. Ces autorisations sont enregistrées dans la SAE et ARGHOS.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné et des autorisations.

L'existence d'une activité de neurochirurgie ou d'une activité de chirurgie cardiaque en l'absence d'autorisation enregistrée dans la SAE représente une possibilité d'activité sans autorisation. Cependant l'autorisation peut être récente est non indiquée dans la SAE diffusée ou ARGHOS.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test 97 :

Fonction : recherche d'atypies
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA tel que le GHM commence par 05C02 ou 05C03 ou 05C04
ou 05C05 ou 05C06 ou 05C07 ou 05C08 ou 05C09 et un finess tel que la
valeur = 0 dans le champ CARDIO
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : EtabInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 98

Intitulé : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'hospitalisation multiples pour un même patient dans une même entité juridique avec une date d'entrée qui est égale à un jour près à la date de sortie du séjour précédent.

Il repère les séjours qui se suivent pour un même patient dans la même entité juridique.

II. Lecture – Interprétation

Une absence provisoire du patient dite permission n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le résumé d'unité médicale. De même une mutation vers une autre unité de soins de courte durée de la même entité juridique, ne doit pas faire clore le résumé d'unité médicale. Enfin dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour.

Le fait qu'un séjour commence à la date de sortie d'un séjour précédent pour le même patient fait suspecter que le même séjour a été fractionné ou que les règles des permissions ou des prestations inter-établissements n'ont pas été respectées ou que la règle de la sortie avec réadmission le même jour calendaire n'a pas été respectée.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI ou d'un contrôle.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 98 :

Fonction : recherche d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que date d'entrée = date de sortie ou date de sortie + 1 du séjour précédent pour un même patient dans le même établissement (hors CM28 et CM90 et durée ≥ 1 jour).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 106

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe « forfait sécurité dermatologique » FSD

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90 et hors sortie décès) et un seul acte (hors acte d'anatomopathologie) qui correspond à la liste des actes qui ouvre droit à la facturation d'un forfait sécurité dermatologique (FSD).

Ce test vérifie le respect des règles concernant les actes pouvant se réaliser en externe.

II. Lecture – Interprétation

D'après la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006, « Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations et actes externes s'agissant des établissements de santé. »

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec des actes qui pourraient être effectués en externe, alors il est possible que les règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 106

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA avec durée = 0 et un seul acte (sans anesthésie) et hors acte d'anatomopathologie tel que la valeur =1 dans le champ "FSD" (hors CM28 et hors CM90 et hors sortie décès)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 107

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z atypique en diagnostic principal

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée (durée de séjour = 0 hors sortie décès) avec un code Z atypique en diagnostic principal. La liste de codes Z atypiques est donnée dans la table DiagInfo, champ "ZINHAB".

Ces tests vérifient le respect des règles concernant les prises en charge pouvant se réaliser en externe.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les catégories Z00-Z02 « répertorient des motifs de recours qui relèvent, sauf exception, de l'activité externe ». La catégorie Z10 « n'a pas d'emploi dans le champ d'activité couvert par le PMSI en MCO car elle ne comprend que des motifs de consultation externe ».

Les séjours avec en diagnostic principal un code Z atypique sont une possibilité de non respect des règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel définie en particulier dans la circulaire DHOS n° 376 du 31 août 2006 dite circulaire « frontière ».

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 107 :

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que la durée de séjour = 0 et avec un code en diagnostic principal tel que la valeur dans le champ "ZINHAB" est = 2 hors sortie décès

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : DiagInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 108

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec mode de sortie
décès sans code P95

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée (durée de séjour = 0) de nouveau-né (âge en jours = 0) avec un mode de sortie décès (mode de sortie = 9) et sans code P95 *Mort-né* en diagnostic principal.

Ces tests vérifient le respect des règles concernant les mort-nés.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les enfants mort-nés « donnent lieu à la production d'un résumé d'unité médicale. L'enregistrement du diagnostic principal doit employer le code P95 de la CIM-10, à l'exclusion de tout autre ».

Les séjours de nouveau-né sans nuitée avec un mode de sortie décès sans code P95 en diagnostic principal sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal pour les RUM d'enfant mort-né.

Les séjours sélectionnés doivent donc faire l'objet d'une vérification et, le cas échéant, d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 108 :

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que la durée de séjour = 0, l'âge en jour = 0, le mode de sortie = 9 et sans code P95 en diagnostic principal

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 109

Intitulé : Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* et hors GHM 23Z03Z *Intervention de confort*

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec acte d'esthétique dans des GHM autres que le GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* et GHM 23Z03Z *Intervention de confort* pour des diagnostics principaux qui ne relèvent pas habituellement de chirurgie plastique. La liste des actes d'esthétique est donnée dans la table CCAMInfo, champ "ESTHE". La liste des diagnostics pouvant correspondre à de la chirurgie esthétique est donnée dans la table DiagInfo, champ "ESTH".

Ce test vérifie le respect des règles concernant les interventions de chirurgie esthétique.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les actes de chirurgie esthétique désignent « tout acte de chirurgie plastique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans son cas le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code ». C'est la règle dénommée T4.

Les séjours avec acte d'esthétique dans des GHM autres que le GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* et le GHM 23Z03Z *Intervention de confort* sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal pour les actes de chirurgie esthétique.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 109 :

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que GHM \neq 23Z03Z et \neq 09Z02Z et un acte tel que la valeur dans le champ "ESTHE" est = 1 (hors diagnostic en DP, en DR ou en DA tel que le champ ESTH = '1')

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMInfo et DiagInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 110

Intitulé : Nombre de séjours avec acte de confort hors GHM 23Z03Z
Intervention de confort et GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique*

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec acte de confort dans des GHM autres que le GHM 23Z03Z *Intervention de confort* et GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique*. La liste de actes de confort est donnée dans la table CCAMInfo, champ "CONFORT".

Ce test vérifie le respect des règles concernant les interventions de confort.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les interventions de confort désignent « tout acte médico-technique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autres que la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*, à l'exclusion de tout autre code ». C'est la règle dénommé T6.

Les séjours avec acte de confort dans des GHM autres que le GHM 23Z03Z *Intervention de confort* et GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal pour les interventions de confort.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 110 :

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA dans des GHM \neq 23Z03Z et \neq 09Z02Z avec un code acte tel que la valeur dans le champ "CONFORT" est = 1

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMInfo

Alerte : si nombre de RSA $>$ 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 111

Intitulé : Nombre de racines « apparentées » avec une proportion élevée de la racine plus valorisée

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les racines dites « apparentées » avec une proportion atypique de la racine mieux valorisée. Un exemple de racines apparentées est les racines 06C09 *Appendicectomie non compliquée* et 06C08 *Appendicectomie compliquée*. La liste de racines apparentées est donnée dans la table RacineInfo, champ "APP".

Ce test vérifie le respect des règles concernant le codage des diagnostics principaux et des actes.

II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de la précision permise par la CIM-10 d'après le « principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder » énoncé dans le *Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale*. « Les actes doivent être codés dans le RUM sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) publiée au *Bulletin officiel*. Les règles d'utilisation de la CCAM sont précisées dans un *Guide de lecture et de codage* propre à cette nomenclature... ».

Les racines de GHM avec une répartition atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) de la racine « apparentée » la mieux valorisée sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal ou des actes.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 111 :

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de racines tel que : $(\text{Nb séjours observés dans la racine apparentée} - \text{nb séjours attendus dans la racine apparentée})^2 / (\text{nb séjours attendus dans la racine apparentée}) > 5,41$ et Nb séjours observés > Nb séjours attendus. La racine apparentée correspond à la racine compliquée (au moins 5 séjours attendus dans la racine apparentée).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : RacineInfo

Alerte : si nombre de racines > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 112
Intitulé : Nombre de séjours simultanés pour un même patient adulte dans l'établissement

Type : recherche d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours simultanés pour le même patient adulte dans le même établissement, c'est-à-dire des séjours avec, en utilisant le fichier d'anonymisation ANO, un jour d'entrée compris entre le jour d'entrée et le jour de sortie d'un autre séjour, à l'exception du résumé standardisé de préparation à l'irradiation.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les règles d'admission.

II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* il n'est pas possible de créer une nouvelle admission dans l'entité juridique pour le même patient tant que le séjour n'est pas terminé par une sortie. En effet pour un même patient, entre une date d'entrée et une date de sortie données, il ne peut être produit qu'un seul RSS.

Les séjours simultanés dans le même établissement pour le même patient adulte sont une possibilité de non respect des règles concernant l'admission dans un établissement de santé. Les enfants ont été exclus du test car les jumeaux ont le même identifiant ce qui entraînerait des faux positifs au test. C'est le séjour dont la date d'entrée est comprise entre la date d'entrée et la date de sortie d'un autre séjour qui est compté et affiché.

Une mutation transitoire vers une autre unité de soins de courte durée de la même entité juridique ne doit pas faire l'objet de deux séjours simultanés. Le fait qu'un séjour commence avant la date de sortie d'un séjour précédent pour le même patient adulte fait suspecter que le patient a été muté dans un établissement géographique d'une même entité juridique et a fait l'objet d'un autre séjour.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 112 :

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : Nombre de RSA tel que date d'entrée est \leq (date de sortie - 1 jour) du séjour précédent pour un même patient dans le même établissement (hors CM28 et CM90 et âge $>$ 17)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA $>$ 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 117

Intitulé : Nombre de séjours dans la racine 23Z02 *Soins palliatifs* avec activité atypique

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours de moins de 7 jours ne se terminant pas par un décès de la racine 23Z02Z *Soins palliatifs* avec une activité de type chimiothérapie ou irradiation.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les règles d'emploi du diagnostic principal Z51.5 *Soins palliatifs* qui groupe dans la racine 23Z02 *Soins palliatifs*.

II. Lecture – Interprétation

D'après de *Guide méthodologique de production* « Dans la situation de traitement unique le diagnostic principal est en général la maladie traitée...Le traitement unique peut être médical... Il existe des exceptions : ...les soins palliatifs : dès lors que leur définition est respectée le diagnostic principal doit être codé Z51.5. [Règle T11] »

« Tous les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare et aphérese sanguine, qu'il s'agisse d'hospitalisation complète ou de séances, doivent avoir en position de DP le code adéquat de la catégorie Z51 de la CIM-10. »

Les séjours de moins de 7 jours ne se terminant pas par un décès avec DAS Z511 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* ou Z5101 *Séance d'irradiation* ou avec actes ZZMK011, ZZMK018 *Préparation à une irradiation externe*, ZZNL020, ZZNL027, ZZNL028, ZZNL031, ZZNL036, ZZNL037, ZZNL039, ZZNL040, ZZNL043 *Séances d'irradiation externe* ou acte de chirurgie sont susceptibles de ne pas respecter les règles d'emploi du diagnostic principal. En effet, même si le patient est en phase palliative, le motif du séjour peut être la réalisation d'une séance ou d'un acte.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 117

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de séjours

Numérateur : Nombre de séjours dans la racine de GHM 23Z02 avec activité atypique (hors durée ≥ 7 jours) et décès.

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de RSA > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 119

Intitulé : Nombre de GHM avec plusieurs GHS avec un taux atypique des GHS
les mieux valorisés

Type : recherche d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les GHM avec deux ou plusieurs GHS pour un même GHM et dont le taux de GHS mieux valorisés est atypique ; le GHM de soins palliatifs, pour lesquels les GHS dépendent uniquement des autorisations accordées à l'établissement, est exclu du test.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les règles d'emploi des critères pour bénéficier des GHS les mieux valorisés.

II. Lecture – Interprétation

A chaque GHM est habituellement un GHS. Mais pour certains GHM il est affecté plusieurs GHS.

Les GHM avec un taux atypiques de GHS les mieux valorisés sont susceptibles de ne pas respecter les règles d'emploi des critères de regroupement dans les différents GHS d'un même GHM.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 119

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de GHM

Numérateur : nombre de GHM tel que $(\text{Nb séjours observés avec le GHS plus valorisés dans le GHM} - \text{Nb séjours attendus avec le GHS plus valorisés dans le GHM})^2 / \text{Nb séjours attendus avec le GHS plus valorisés dans le GHM} > 5,41$ ET $\text{Nb séjours observés} > \text{Nb séjours attendus}$ et $\text{Nb séjours attendus} > 5$.
(hors GHM 23Z02Z)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GHMInfo

Alerte : si nombre de ghm > 0

[Liste des tests](#)

N° du test : 121

Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte et une anesthésie complémentaire

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée avec un acte et une anesthésie complémentaire (âge > 18 ans hors CM 28 et CM 90 et sortie décès).

Il vise à repérer des séjours avec un acte d'anesthésie complémentaire.

II. Lecture – Interprétation

Les actes doivent figurer dans le résumé d'unité médicale sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM). Les règles d'utilisation de la CCAM sont précisées dans un *Guide de lecture et de codage* propre à cette nomenclature, publié au Bulletin officiel.

Un acte avec anesthésie complémentaire donné ne permet la mention que de l'un des codes d'anesthésie complémentaire cités ci-dessous : la combinaison autorisée est fixée dans une table :

ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1
ZZLP030 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 2
ZZLP054 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3
ZZLP042 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4
ZZLP008 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 5
ZZLP012 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 6

La réalisation d'une anesthésie complémentaire peut être une manière de facturer un GHS pour un acte habituellement réalisé sans anesthésie et en externe.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 121

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de séjours

Numérateur : nombre de RSA avec au moins un acte tel que durée = 0, le code activité = 1 et au moins un acte tel que la valeur = '1' dans le champ "GESTCOMP" (âge > 18 ans hors CM 28 et CM 90 et hors sortie décès)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : CCAMinfo

Alerte : si nombre de RSA > 0 ou X2 atypique

[Liste des tests](#)

N° du test : 126
Intitulé : Nombre de CMD avec un ratio atypique de CMA en .8 *Autres affections*

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le test 126 dénombre les CMD avec un ratio atypique de comorbidité en diagnostic associé avec un code se terminant par .8 *Autres affections* alors que le code .9 *Affection, sans précision* de la même catégorie n'est pas une comorbidité. Ce pourcentage est comparé à la moyenne calculée sur la base nationale de l'année n-1.

Ce test vise à repérer les CMD avec un taux élevé de comorbidité .8 *Autres affections*.

II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de la précision permise par la CIM-10 d'après le « principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder » énoncé dans le *Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale*.

Les codes CIM-10 se terminant par .8 comme par exemple K92.8 *Autres maladies précisées du système digestif* doivent être utilisés en cas de maladie caractérisée mais non décrite dans les codes précédents de la catégorie. Ils ne doivent donc pas être utilisés en cas d'insuffisance d'information sur le diagnostic.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 126 (pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal)

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de CMD tel que : $(\text{Nb séjours observés avec un code diagnostic autres (.8)} - \text{Nb séjours attendus avec un code diagnostic autres (.8)})^2 / (\text{Nb séjours attendus avec un code diagnostic autres (.8)}) > 5,41$ et Nb observés > nb attendus et avec au moins 5 séjours attendus. Les diagnostics ayant un niveau de sévérité en .8 et pas en .9 sont recherchés DA (hors CM28 et hors CM90).
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Référence : toutes catégories d'établissements confondues
Alerte : si RSA > 0

[Liste des tests](#)

Annexes

Sigles utilisés

ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM-10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version
CMA	Comorbidité associée
Datim	Détection des atypies de l'information médicale
DMS	Durée moyenne des séjours
DA	Diagnostic associé
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
MCO	Médecine chirurgie et obstétrique
MT2A	Mission tarification à l'activité
PMSI	Programme de médicalisation de l'information médicale
RSA	Résumé de sortie anonyme
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suites et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
/	Par

Tables de références pour DATIM 2015

CCAMINFO

ACTE	Acte CCAM	
FFM	Acte FFM (forfait de petit matériel)	(1 : OUI ; 0 : NON)
SE	Acte SE (sécurité environnement)	(1 : OUI ; 0 : NON)
FSD	Acte FSD (forfait sécurité dermatologique)	(1 : OUI ; 0 : NON)
AUTRE	Autres actes externes	(1 : OUI ; 0 : NON)
UNICHIR	Acte réalisé une fois durant le séjour	% de séjours où l'acte opératoire est réalisé qu'une fois au cours du séjour (-1 si non concerné)
GESTCOMP	Geste complémentaire d'anesthésie	(1 : OUI ; 0 : NON)
REQZ	Acte requérant un code spécifique Z en DP	(1 : OUI ; 0 : NON)
DIALYSE	Acte 'dialyse'	(1 : OUI ; 0 : NON)
ESTHE	Acte 'chirurgie esthétique'	(1 : OUI ; 0 : NON)
CONFORT	Acte 'chirurgie de confort'	(1 : OUI ; 0 : NON)
BRULE	Acte opératoire de brûlure (CMD 22)	(1 : OUI ; 0 : NON)
NEUROCHIR	Acte relatif à la neuro-chirurgie	(1 : OUI ; 0 : NON)
_OJATYPIQUE	Acte improbable en 0 jour	(1 : OUI ; 0 : NON)
ATEX	Acte atypique en activité externe	(1 : OUI ; 0 : NON)
NBEXTAT	Nombre d'actes externes atypique	Nombre seuil

DIAGINFO

DIAG	Code Cim10 du diagnostic	Avec extension éventuelle
RARE	Caractère peu fréquent du diagnostic	(1 : OUI ; 0 : NON)
DPCHIR	Diagnostic associé à un acte opératoire	(0 : NON ; 60 à 100 : % d'association avec un acte opératoire)
DAGUE	Diagnostic dague nécessitant obligatoirement un code astérisque	(1 : OUI ; 0 : NON)
SEXD	Diagnostic incompatible avec un sexe	(1 : diagnostic uniquement chez l'homme ; 2 : diagnostic uniquement chez la femme ; 0 : pas d'incompatibilité)
CL1V	Diagnostic improbable pour un âge <= 28 jours	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL2V	Diagnostic improbable pour un âge > 28 jours et < 1 an	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL3V	Diagnostic improbable pour un âge compris 1 et 9 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL4V	Diagnostic improbable pour un âge compris 10 et 19 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL5V	Diagnostic improbable pour un âge compris 20 et 64 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL6V	Diagnostic improbable pour un âge >= 65 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
ZINHAB	Diagnostic Z inhabituel en DP	(0 : RAS ; 1 : INHABITUEL ; 2 : LIMITE)
IMPRECIS	Imprécision du diagnostic	(0 : RAS ; 1 : IMPRECIS ; 2 : TRES IMPRECIS)
ZAFFCHR	Code Z généralement associé à une affection chronique ou de longue durée	(1 : OUI ; 0 : NON)
CODEXT	Code Cim10 concerné par une extension	(0 : RAS ; 1 : PERE ; 2 : FILS)
CODSEQ	Code représentant une séquelle	(1 : OUI ; 0 : NON)
TIMPRECIS	Codes T (complication) imprécis ne devant pas être utilisé en DP	(1 : OUI ; 0 : NON)
TINTOX	Code d'intoxication	(1 : OUI ; 0 : NON)
CMA	Code considérée comme une complication de niveau 2, 3 ou 4	(2, 3 ou 4 : OUI ; 0 : NON)
DPACTE	Diagnostic associé à un acte	(-1 OU 0 : NON ; > 0 à 100 : % d'association avec un acte)
DGCPT669	Diagnostic compatible avec la racine 23C02	(1 : OUI ; 0 : NON)
BRULURE	Diagnostic de 'brûlure'	(1 : OUI ; 0 : NON)
ESTH	Diagnostic pouvant être associé à un acte de chirurgie esthétique	(1 : OUI ; 0 : NON)
AFFAIG	Diagnostic dont le libellé mentionne le mot « aigue »	(1 : OUI ; 0 : NON)

ETABINFO (exDG ou exOQN)

FINES	Finess	
NEURO	Autorisation neurochirurgie	(1 : OUI ; 0 : NON)
CARDIO	Autorisation chirurgie cardiaque	(1 : OUI ; 0 : NON)
REA	Autorisation réanimation adulte	(1 : OUI ; 0 : NON)
REP	Autorisation réanimation pédiatrique	(1 : OUI ; 0 : NON)
NN	Autorisation néonatalogie (NN1, NN2 ou NN3)	(1 : OUI ; 0 : NON)
SSR	Unité SSR	(1 : OUI ; 0 : NON)
PSY	Unité PSY	(1 : OUI ; 0 : NON)
SLD	Unité SLD	(1 : OUI ; 0 : NON)
URGENCE	Autorisation « service d'urgence »	(1 : OUI ; 0 : NON)

* : Pour des raisons de confidentialité, cette table ne sera pas diffusée.

GHMINFO

GHM	N° du GHM	
CMA	GHM de niveau 2 ou 3	(1 : OUI ; 0 : NON)
CMAS	GHM de niveau 4	(1 : OUI ; 0 : NON)
TGHM	Type du GHM	(C : chirurgical; M : médical; X : autre)
CMD	CMD associée au GHM	
TARIF	Tarif du GHS	NC (initialisée à 0) – non utilisée
DMS	Durée moyenne de séjour nationale trimée (méthode EMT)	Calcul pour exDg/ exOQN, étab. soumis à T2A seulement
PCTDC	Taux de décès national	Calcul pour exDg/ exOQN
MAGE	Age moyen	Calcul pour exDg/ exOQN
BINF	Borne basse (exb)	Non utilisée – voir table GHSInfo
BSUP	Borne haute (exh)	Non utilisée – voir table GHSInfo
DSATYP	Durée moyenne de séjour atypique (= durée moyenne de séjour nationale / 3)	Calcul pour exDg/ exOQN
TEST9	DMS du GHM >= 9 jours	(1 : OUI ; 0 : NON) Calcul pour exDg/ exOQN
BPCDC	Variable calculée selon le taux national de décès par GHM	Non utilisée dans le calcul des tests
PCTCOURT	Pourcentage de séjours courts (parmi les séjours de durée > 1 jour)	Un séjour court est défini tel que : durée = borne basse ou borne basse +1
PVALO	GHS les plus valorisés dans les GHM multi-GHS	
PCTPVALO	Taux de séjours aux GHS plus élevés	
PCTCMA4	Pourcentage de séjours de niveau 4 par sous-cmd	Calcul pour exDg/ exOQN

GHSINFO

NUMGHS	Numéro du GHS	
TEST44	GHS avec valorisation élevée (GHS retenu pour le test 44)	(1 : OUI ; 0 : NON)
BINF	Borne basse (exb)	Arrêté tarif 2009 exDg/ exOQN
BSUP	Borne supérieure (exh)	Arrêté tarif 2009 exDg/ exOQN

RACINEINFO

RACINE	Racine du GHM	
PCTDC	Taux de décès national	Calcul pour exDg/ exOQN
CONF	Confirmation de codage nécessaire pour cette racine*	(1 : OUI ; 0 : NON)
AGE2	Effet de l'âge pour les moins de 2 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
AGE69	Effet de l'âge pour les plus de 69 / 79 ans	(1-3 : OUI pour les plus de 69 ans ; 2-4-6 : OUI pour les plus de 79 ans ; 0 : NON)
APP	Racine apparentée	Correspond à la racine apparentée
PCTAPP	Pourcentage de séjours dans la racine apparentée	Calcul pour exDg/ exOQN
BPCTCMA	NON UTILISE	
PCTCMA	Pourcentage de séjours de niveau 2 ou 3	Calcul pour exDg/ exOQN
PCTCMA2	Pourcentage de séjours de niveau 2	Calcul pour exDg/ exOQN
PCTCMA3	Pourcentage de séjours de niveau 3	Calcul pour exDg/ exOQN
PCTEXB	Pourcentage de séjours en dessous de la borne basse	Calcul pour exDg/ exOQN
PCTSSACTE	Taux de séjours de 0 jours sans acte	Calcul pour exDg/ exOQN

* : Pour de plus amples informations, consulter la page Internet suivante : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002500021FF>