

1.2. Historique de la classification des GHM

1.2.1 Les premières versions

La version 0 (publiée dans la circulaire n° 160 du 5 août 1986).

La classification américaine des *Diagnosis Related Groups (DRG)*, élaborée par le professeur Robert Fetter et son équipe de l'université de Yale, a inspiré le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La version française, dite version « 0 » de la classification des GHM, publiée en 1986, était l'adaptation de la deuxième révision de la quatrième version des *DRG*.

La version 1 (publiée dans le fascicule spécial du *Bulletin officiel (BO)* n° 92/9 bis).

Elle a été la première à faire l'objet d'un manuel des GHM.

Parmi les modifications effectuées, la plus importante a été le classement des séjours « d'un jour » dans la CM 24, en sus des séances.

La version 2 (publiée dans le fascicule spécial n° 94/2 bis du *BO*).

Il s'agit de la première version élaborée en collaboration avec le Perms¹⁰ (1992).

La création de cette version avait été motivée par la nécessité d'intégrer quelque 3000 actes nouveaux du Catalogue des actes médicaux (CdAM) dans les tables de la classification. Ces actes résultaient des travaux liés à la création des indices de coût relatif (ICR) en remplacement des index de complexité relative pour le champ ALPHA.

La version 3 (publiée dans le fascicule spécial n° 95/11 bis du *BO*) et la **FG 2.3**.

La version 3 était une version mixte CIM-9–CIM-10 de la classification des GHM. C'est la première version pour laquelle on a distingué l'évolution du moteur de groupage (version 2 non modifiée) et celle des tables de la classification (3^{ème} version). La version 3 des GHM correspond de ce fait à la version 2.3 de la FG.

Il s'agissait d'une version de transition vers une refonte plus profonde de la classification des GHM nécessitant le codage des diagnostics avec la CIM-10.

¹⁰ Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé.

1.2.2. Les versions ultérieures

La version 4 (publiée dans le fascicule spécial n° 96/11 bis du *BO*) et la **FG 3.4**.

Cette version a marqué une rupture avec les précédentes, dans la mesure où la FG ne permettait plus de grouper les fichiers contenant des RSS codés avec la CIM-9.

Les possibilités offertes par une CIM-10 plus détaillée que la CIM-9, avec la création d'extensions de codes en cas d'insuffisance de ceux-ci, ont permis de modifier la classification en profondeur et d'en faire une version plus proche des classifications de type *DRG* de l'époque.

Les principales modifications ont été les suivantes :

- création de nouvelles catégories majeures grâce à une analyse de l'ensemble des informations médicales du RSS :
 - CMD 25 Maladies dues à une infection par le VIH ;
 - CMD 26 Traumatismes multiples graves ;
 - CM 27 Transplantations d'organes ;
- modification de la notion de CMA par la création de CMA sévères et de listes d'exclusions des CMA ;
- refonte de la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* en utilisant le poids de naissance ;
- création de GHM de chirurgie ambulatoire dans la CM 24.

La version 5 (publiée dans le fascicule spécial n° 98/2 bis du *BO*) et la **FG 4.5**.

Depuis la création du *Pernns*, la classification des GHM avait fait l'objet d'une révision annuelle. Cette version a été la première à avoir une durée de vie de deux ans. Cette pause semblait nécessaire après plusieurs versions présentant des modifications importantes, même si la version 5 amenait peu de changements puisqu'il s'agissait seulement de la création de quelques GHM :

- quatre groupes « médicaux » dans la CM 24 *Séances et séjours de moins de 24 heures* ;
- deux groupes de chirurgie cardiaque pédiatrique ;
- quatre groupes de médecine gériatrique.

La version 6 (publiée dans le fascicule spécial n° 2000/2 bis du *BO*) et la **FG 5.6**.

C'est une version qui a présenté des modifications de contenu, de format du RUM et de groupage afin de permettre :

- le recueil du diagnostic relié (DR) pour, dans certains cas, préciser le sens du DP ;

- la distinction entre diagnostics associés « significatifs » (DAS) de la consommation de ressources et de l'effort de soins, et des diagnostics associés « documentaires » (DAD)¹¹ ;
- la possibilité, à la demande des sociétés savantes médicales, de créer des extensions personnalisées des codes de la CIM avec un format de huit caractères ;
- un certain niveau de contrôle de la qualité du DP « à la source » en intégrant une liste de codes interdits en raison de la mauvaise qualité descriptive de leur libellé ;
- la création de GHM pour les séances de radiothérapie avec une refonte du champ MÛ du CdAM ;
- l'affectation d'un pouvoir classant à des actes d'anesthésie dans la CM 24 *Séances et séjours de moins de 24 heures* pour créer de nouveaux groupes dans cette catégorie ;
- le reclassement dans les groupes médicaux de certains RSS précédemment orientés dans le groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal* ;
- le « déplacement » de certains GHM dans l'arbre de décision de la classification, notamment dans la CMD 08 *Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*.

La version 7 (diffusée sous forme de cédérom, mais non publiée au *BO*) et la **FG 6.7**.

C'est une version mixte permettant de grouper des RSS dont les actes sont codés avec le CdAM ou avec la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans sa version 0. Cette nouvelle nomenclature a été utilisée dans les établissements de soins à partir de janvier 2002.

En dehors des modifications dues à l'introduction de la CCAM, la seule modification de format est la création d'une zone « nombre d'actes » accolée à chaque zone « acte ». Elle était initialement destinée au recueil des actes marqueurs d'un passage en réanimation, le nombre servant à estimer la durée de séjour en réanimation. Elle a été généralisée à tous les actes pour répondre au problème des actes répétitifs au cours d'un même séjour (dialyse par exemple).

Les principales modifications de cette version ont été les suivantes :

- refonte de la CMD 14 (grossesses et accouchements) et amélioration de la CMD 15 (nouveau-nés) pour augmenter le nombre de niveaux de sévérité et pour modifier les critères de classement dans un GHM de nouveau-nés « sans problème significatif » ;
- modification des conditions d'orientation dans un GHM « avec CMA » qui ne peut contenir que des RSA ayant un mode de sortie « décès » ou ayant une durée de séjour supérieure à deux jours ;
- aménagement de la CM 24 des séjours de moins de un jour (dont le libellé inchangé fait référence de manière erronée à « des séjours de moins de 24 heures ») avec la suppression des groupes dits « autres séances » (GHM 683 et 684) et orientation automatique dans un

¹¹ Initialement destinée aux diagnostics associés, l'initiale « D » est rapidement devenue celle des données associées documentaires. L'absence de contrôle sur la zone des DAD du RSS permet en effet de coder n'importe quelle information selon n'importe quelle nomenclature. Pour ce qui concerne les informations du RSS et leur définition, se reporter au guide méthodologique de production des résumés de séjour.

groupe de séance (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie ou transfusion sanguine) même si la zone « nombre de séances » n'est pas renseignée.

La version 8 (non diffusée et non publiée ; FG 6.8).

Cette version n'a dû son existence qu'à la publication de la version 0bis de la CCAM. Les modifications sont très peu nombreuses et ne concernent ni la CIM (pas de nouvelles extensions de codes) ni la classification (aucune modification de format du RUM ou de GHM). Les seuls changements effectués correspondent aux modifications (quelques ajouts et suppressions, mais surtout des changements de codes) qui ont été faites par rapport à la version 0 de la CCAM. La version 8 ne peut pas être considérée comme une évolution de la classification des GHM.

La version 9 (publiée dans le fascicule spécial n° 2004/3 bis du *BO*) et les **FG 7.9, 8.9 et 9.9**.

La plupart des révisions de la classification sont issues d'une mise à jour « de routine » pour corriger les anomalies signalées et introduire les nouveautés de codage, mais également de modifications plus importantes qui résultent de travaux spécifiques (refonte du CdAM, passage à la CIM-10 puis à la CCAM, etc.). Pour la version 9 de la classification, c'est clairement la perspective de la tarification à l'activité (T2A) qui a donné l'orientation des travaux à mener.

Les principales modifications de cette version ont été les suivantes :

- l'extension de la CM 24 aux séjours de un jour avec la création de GHM « médicaux » (une quinzaine), de GHM « avec acte classant non opératoire » et de GHM de décès et transferts ; les conditions d'orientation dans un groupe « séances » sont en revanche inchangées ;
- la création de GHM « avec CMA » (un peu plus de 150 groupes) et révision de l'effet « âge supérieur à 69 ans » ;
- la création de GHM « à tarification spécifique » pour les IVG, les soins palliatifs et la chirurgie esthétique ;
- le poids de naissance devient le poids d'entrée du nouveau-né dans l'unité médicale ;
- la renumérotation des GHM : cette nouvelle numérotation (semi-structurée) vise à comprendre le contenu du groupe, même hors contexte et permettre un classement par ordre croissant le plus proche possible de la représentation graphique de l'arbre de décision (voir le point 1.2.3 qui suit). Toutefois, les conventions utilisées ne permettent pas de toujours coller à la réalité et sont inefficaces dans la CM 24.

Au total, il y a environ 180 GHM créés et très peu de suppressions qui sont principalement dues à la fusion de GHM « avec » et « sans CMA ».

La FG 8.9 correspond à une mise en conformité des règles de valorisation qui ont été connues après la publication de la version 7.9, et **la FG 9.9** prend en compte de nouveaux formats du RUM.