

Ministère de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

Manuel des groupes homogènes de malades

9^{ème} version de la classification

Version 7.9 de la fonction groupage

Présentation générale

Mise à jour au 1^{er} janvier 2004

VOLUME 1 – SOMMAIRE

Sommaire du volume 2	5
Sommaire du volume 3	7
PRÉSENTATION GÉNÉRALE.....	9
1. INTRODUCTION À LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES	11
1.1. Du RSS au GHM.....	11
1.2. Historique de la classification des GHM	13
1.2.1 Les premières versions.....	13
1.2.2 Les versions ultérieures	13
1.3. Conventions d'utilisation du manuel des GHM	16
2. PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION	17
2.1. Les éléments déterminants de l'orientation dans un GHM	17
2.1.1 Les diagnostics	17
2.1.1.1 Catégories de diagnostics	17
2.1.1.2 Particularités	17
2.1.2 Les actes.....	18
2.1.2.1 Caractéristiques des actes.....	18
2.1.2.2 Particularités	19
2.1.3 Remarque à propos des « autres interventions » et « autres affections »	19
2.2. Les facteurs modulants de l'orientation dans un GHM	20
2.2.1 Caractéristiques de diagnostics	20
2.2.2 Complications ou morbidités associées (CMA).....	21
2.2.2.1 Introduction	21
2.2.2.2 CMA sévères.....	21
2.2.2.3 Les listes d'exclusions des CMA.....	22
2.2.3 Actes classants non opératoires	23
2.2.4 Mode de sortie	24
2.3. Catégories majeures particulières.....	24
2.3.1 La catégorie majeure de diagnostic n° 14	24
2.3.2 La catégorie majeure de diagnostic n° 15	25
2.3.3 La catégorie majeure n° 24.....	26
2.3.4 Les catégories majeures n° 25 à 27.....	27
3. PRÉSENTATION DE LA VERSION 9 DE LA CLASSIFICATION DES GHM.....	29
3.1. Les travaux préparatoires	29
3.1.1 Le constat.....	29
3.1.2 Les solutions	30
3.1.3 Présentation générale de la version 9 de la classification	31

3.2. Les grandes modifications de la nouvelle version	31
3.2.1 L'extension de la catégorie majeure n° 24 aux « séjours de moins de deux jours »	31
3.2.1.1 Les groupes chirurgicaux de la CM 24	31
3.2.1.2 Les groupes avec actes classants non opératoires de la CM 24	31
3.2.1.3 Les groupes médicaux de la CM 24	32
3.2.1.4 Les groupes de décès et transferts de la CM 24	32
3.2.1.5 Les groupes de « séances »	32
3.2.2 La création de GHM « avec CMA » et la révision de l'effet « âge supérieur à 69 ans »	32
3.3. Les autres modifications de la version 9	33
3.3.1 Les GHM créés pour obtenir des GHS à tarification spécifique	33
3.3.1.1 Les séjours pour interruption volontaire de grossesse	33
3.3.1.2 Les soins palliatifs	34
3.3.1.3 La chirurgie esthétique	34
3.3.2 Les autres changements	34
3.3.2.1 Le poids de naissance devient le poids d'entrée du nouveau-né dans l'unité médicale	34
3.3.2.2 Les modifications ponctuelles du contenu de certains GHM	35
3.3.2.3 La création de quelques extensions de codes de la CIM-10	35
3.3.2.4 Le diagnostic relié	35
3.3.2.5 Modification de la liste des exclusions de DP	36
3.4. La renumérotation des GHM	36
4. FONCTION GROUPE	39
4.1. Lecture des diagnostics	40
4.2. Algorithme de détermination du diagnostic principal	41
4.3. Fusion de RUM issus de la même unité médicale	44
4.4. Les erreurs détectées par la fonction groupage	44
4.4.1 Les erreurs d'implémentation	45
4.4.2 Les erreurs détectées par les contrôles	46
4.4.3 Les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage	47
4.4.4 Modalités de sélection du code retour par la FG lorsque plusieurs erreurs ont été détectées	48
INDEX ALPHABÉTIQUE	49

ANNEXES

Annexe 1 - Liste des sigles utilisés dans le manuel des GHM

Annexe 2 – Liste des groupes homogènes de malades (numéros et libellés) par CM

Annexe 3 – Liste des CMA

Annexe 4 – Liste des CMAS

Annexe 5 – Liste des CMAS-NT

Annexe 6 – Listes d'exclusions

Annexe 7 – Liste des codes de la CIM-10 étendus

Annexe 8 – Codes de la CIM-10 par ordre croissant avec les CM dans lesquelles ils sont orientés

Annexe 9 – Abréviations des libellés de la CIM-10

Annexe 10 – Abréviations des libellés de la CCAM V0bis

SOMMAIRE DU VOLUME 2

Catégories majeures

- 01 Affections du système nerveux
- 02 Affections de l'œil
- 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 Affections de l'appareil respiratoire
- 05 Affections de l'appareil circulatoire
- 06 Affections du tube digestif
- 07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
- 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
- 09 Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins
- 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- 11 Affections du rein et des voies urinaires
- 12 Affections de l'appareil génital masculin
- 13 Affections de l'appareil génital féminin
- 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- 16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
- 17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- 18 Maladies infectieuses et parasitaires
- 19 Maladies et troubles mentaux
- 20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- 21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
- 22 Brûlures
- 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
- 24 Séances et séjours de moins de 2 jours
- 25 Maladies dues à une infection par le VIH
- 26 Traumatismes multiples graves
- 27 Transplantations d'organes
- 90 Erreurs et autres séjours inclassables

SOMMAIRE DU VOLUME 3

Sommaire

Présentation

Catégories majeures

- 24 Séances et séjours de moins de 2 jours
- 25 Maladies dues à une infection par le VIH
- 26 Traumatismes multiples graves
- 27 Transplantations d'organes
- 01 Affections du système nerveux
- 02 Affections de l'œil
- 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 Affections de l'appareil respiratoire
- 05 Affections de l'appareil circulatoire
- 06 Affections du tube digestif
- 07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
- 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
- 09 Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins
- 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- 11 Affections du rein et des voies urinaires
- 12 Affections de l'appareil génital masculin
- 13 Affections de l'appareil génital féminin
- 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- 16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
- 17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- 18 Maladies infectieuses et parasitaires
- 19 Maladies et troubles mentaux
- 20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- 21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
- 22 Brûlures
- 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Ce manuel comprend trois volumes.

Le premier est « transversal » : il contient des textes de présentation et des annexes qui concernent l'ensemble de la classification. Son sommaire est présenté en tête de cet ouvrage.

Le deuxième présente la description de la classification des groupes homogènes de malades par catégorie majeure avec, pour chacune d'elles :

- le titre de la catégorie et les commentaires faits à son sujet ;
- la liste des « diagnostics d'entrée » dans la catégorie ;
- les numéros et les titres des groupes, éventuellement accompagnés de commentaires ;
- les listes d'actes et de diagnostics.

Dans le cadre de la version 9 de la classification des GHM et à titre exceptionnel, les actes sont répertoriés à la fois selon la CCAM (version 0bis) et selon le CdAM.

Le troisième contient, pour chaque catégorie majeure, une représentation graphique de l'algorithme de classement des résumés de sortie standardisés (arbre de décision). Cette présentation séparée des arbres de décision a trois avantages :

- faciliter la lecture, un arbre de décision nécessitant plusieurs pages pour une catégorie majeure ;
- permettre une lecture simultanée du parcours de l'arbre de décision pour un GHM donné (volume 3), et du contenu des listes de diagnostics et d'actes qui le caractérisent (volumes 1 et 2) ;
- présenter l'algorithme de groupage dans l'ordre des tests effectués dans l'arbre de décision alors que les autres volumes présentent les CMD et les GHM dans l'ordre numérique de leur identifiant.

1. INTRODUCTION À LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES

1.1. Du RSS au GHM

Les groupes homogènes de malades (GHM) constituent un système de classification médicoéconomique des hospitalisations en secteur de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique : MCO).

Lors de la sortie d'un patient de ce secteur, un bref compte rendu de son hospitalisation est produit : le résumé de sortie standardisé (RSS). Il est composé d'autant de résumés d'unité médicale (RUM) que le patient a fréquenté d'unités médicales pendant son séjour dans le secteur MCO.

Pour que les informations médicoadministratives contenues dans le RSS puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles doivent être codées et le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM résulte de tests prédéterminés sur ces informations.

Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les motifs de soins, et la Classification commune des actes médicaux (CCAM publiée au Bulletin officiel, BO) pour les actes¹.

Les catégories majeures de diagnostic (CMD) restent un niveau déterminant de classement des séjours hospitaliers. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel ; ce sont par exemple les affections du système nerveux, de l'oeil ou de l'appareil respiratoire. Cependant, un certain nombre de GHM sont regroupés dans des catégories majeures (CM) qui se différencient des CMD par le fait que l'orientation des RSS ne se fait pas par un test sur le diagnostic principal (DP). C'est le cas de la CM 24 puisque c'est la durée de séjour qui est déterminante pour qu'un résumé de séjour soit orienté dans cette catégorie majeure, de la CM 27 des « *Transplantations d'organes* » et de la CM 90 des « *Erreurs et autres séjours inclassables* ».

Dans la majorité des cas, l'orientation dans l'arbre de décision est la suivante² :

- le RSS est classé dans l'une des CMD selon le diagnostic que la fonction groupage³ retient comme le DP du séjour hospitalier ; en cas de séjour mono-unité, il est le DP du RUM, c'est-à-dire celui qui a été considéré, à la fin du séjour dans l'unité médicale, comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins ; en cas de séjour multiunité, il est l'un des DP portés sur chacun des RUM ;
- ensuite, la mention d'un acte classant opératoire est recherchée dans le RSS ;

¹ Le Catalogue des actes médicaux (CdAM) publié sous la forme de fascicules spéciaux du BO peut être utilisé sous certaines conditions à titre transitoire.

² Pour une description exhaustive, voir les autres volumes du présent manuel, en particulier le volume 3 qui présente les arbres de décision des CMD et des CM.

³ Voir plus loin le point 4.

- s'il existe un acte opératoire **classant dans cette CMD**, le séjour est orienté dans un groupe dit « chirurgical », défini par la nature de l'intervention effectuée ; **dans le cas contraire**, selon le DP, dans un groupe dit « médical » qui peut donc contenir des RSS avec des actes dits « non classants » ;
- enfin, les GHM sont obtenus par un nombre variable de subdivisions des souscatégories précédentes selon les autres données du RSS : ce sont très souvent l'âge et les diagnostics associés significatifs (DAS⁴), c'est-à-dire les autres diagnostics mentionnés dans le RSS, qu'il s'agisse d'affections associées au DP ou de complications de celui-ci ou de son traitement ; mais le DP peut également intervenir pour l'orientation dans tel ou tel GHM chirurgical.

Ces données sont plus rarement le mode de sortie du patient ou des actes dits classants non opératoires, c'est-à-dire classants sans être réalisés habituellement en salle d'opération (cf. le point 2.2.3).

L'algorithme de la classification des GHM utilise des listes de diagnostics, des listes d'actes et un arbre de décision.

À chaque DP est associée la notion de *catégorie* (cf. le point 2.1.1.1) caractérisant chaque GHM « médical » ; mais les diagnostics peuvent également être affectés de *caractéristiques* (cf. le point 2.2.1) qui traduisent leur appartenance à des groupes particuliers influençant le classement dans un GHM, par exemple celui des complications ou morbidités associées (CMA) ou des CMA sévères (CMAS) (cf. le point 2.2.2).

Aux actes classants est affecté un nombre variable de *caractéristiques*. Ce mot désigne en fait un repère numérique dans les tables de la fonction groupage (FG) qui renvoie à une dénomination. À titre d'exemple, il existe une caractéristique qui correspond aux « *craniotomies* ».

L'arbre de décision décrit l'ensemble des tests faits sur les informations du RSS pour le classer dans un GHM déterminé. C'est un arbre généralement binaire, en oui et non, avec des nœuds et des fonctions de décision. Ces fonctions permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, si l'un des diagnostics associés fait partie d'une liste de complications ou non, etc.

Depuis la version 4 de la classification, un certain nombre de tests « transversaux » sont réalisés avant l'analyse du DP : ils concernent, en effet, l'ensemble des diagnostics ou des actes.

À partir de la version 6 de la classification, l'existence d'un diagnostic relié (DR) au DP permet d'effectuer un test supplémentaire, pour l'orientation dans un GHM. Il n'est utilisé dans cette version que dans la CM24 pour segmenter le GHM « fourre-tout » « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire* ».

⁴ À partir de la version 6 de la classification, les DA utiles à la classification des GHM sont devenus des DAS.

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 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 est le classement des séjours « d'un jour » dans la CM 24, en sus des séances.

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

Il s'agit de la première version élaborée en collaboration avec le PERNNS (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 2.3 (publiée dans le fascicule spécial du BO n° 95/11 bis).

La version 2.3 était une version mixte CIM-9–CIM-10 de la classification des GHM. C'était la première version qui distinguait l'évolution de la FG (version 2 non modifiée) et celle des tables de la classification (3^{ème} version).

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.

1.2.2 Les versions ultérieures

La version 3.4 (publiée dans le fascicule spécial du BO n° 96/11 bis).

Cette version a marqué une rupture avec les précédentes dans la mesure où sa 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 ;
 - listes d'exclusions des CMA.
- modification de CMD ou de GHM existant :
 - 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 ;
 - création ou modification de quelques GHM.

La version 4.5 (publiée dans le fascicule spécial du BO n° 98/2 bis).

Depuis la création du PERNNS, la classification des GHM a 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 cette version 4.5 amenait peu de changements puisqu'il s'agissait seulement de la création de quelques GHM :

- quatre groupes dits « 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 5.6 (publiée dans le fascicule spécial du BO n° 2000/2 bis).

C'est une version qui a présenté des modifications de contenu, de format 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)⁵ ;
- la possibilité 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 ;

⁵ Initialement destinée aux diagnostics associés, l'initiale « D » est rapidement devenu celle des données associées. L'absence de contrôle sur la zone des DAD du RSS permet de coder n'importe quelle information avec n'importe quelle nomenclature.

- 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 quelques nouveaux groupes dans cette catégorie majeure ;
- le reclassement 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 6.7 (diffusée sous forme de cédérom, mais non publiée dans un fascicule du BO).

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 peut être utilisée dans les établissements de soins depuis 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 sont 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 groupe de séance (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie ou transfusion sanguine) même si la zone « nombre de séances » n'est pas renseignée.

La version 6.8 (non diffusée et non publiée).

Cette version ne doit son existence qu'à la publication de la version numérotée 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 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.

Parce que cette version ne peut pas être considérée comme une évolution de la classification des GHM, elle ne se trouve pas référencée dans les commentaires que l'on trouve en tête de la plupart des CMD et sous certains GHM dans le volume 2 de ce manuel. Chaque fois qu'une référence à la version 7 apparaît dans un commentaire, elle s'applique également à la version 8.

1.3. Conventions d'utilisation du manuel des GHM

Les conventions de présentation proviennent avant tout du fait qu'il est indispensable de diminuer le volume du document qui est constitué à partir des tables extraites de la fonction groupage. C'est pourquoi les libellés des diagnostics et des actes sont abrégés. Il importe d'observer que ces libellés ne remplacent en rien ceux des ouvrages de référence.

Un ensemble d'actes ou de diagnostics n'est répertorié qu'une seule fois, même lorsqu'il est identique pour plusieurs GHM. Ces actes ou ces diagnostics sont présentés sous forme de listes (ou de références à une liste) qui sont repérables par un titre et un numéro figurant dans l'arbre de décision d'une CMD.

Des commentaires figurent sous les titres des CMD ou des GHM dans les cas suivants :

- lorsque les listes de diagnostics et d'actes ne sont pas suffisamment explicites, c'est-à-dire lorsqu'elles demandent une bonne connaissance de l'arbre de décision ;
- lorsque certaines recommandations ou certains commentaires d'exclusions du volume 1 de la CIM-10 sont contradictoires avec le codage requis pour orienter correctement un RSS ;
- lorsqu'il y a des nouveautés ou des changements, ces commentaires représentent alors les meilleures sources d'information sur les apports de la version présentée.

2. PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION

Ce chapitre est conservé sous sa forme détaillée depuis la première édition du manuel. Il ne faut pas sousestimer le nombre de personnes ouvrant pour la première fois un manuel des GHM. Il est en revanche actualisé, pour tenir compte des nouveautés.

2.1. Les éléments déterminants de l'orientation dans un GHM

2.1.1 Les diagnostics

2.1.1.1 Catégories de diagnostics

L'ensemble des diagnostics de la CIM acceptés comme diagnostic principal, est réparti de façon mutuellement exclusive entre les CMD 01 à 23⁶. Il existe quelques exceptions, tels les codes de certaines affections génitales dont l'orientation dans une CMD ne peut avoir lieu qu'après un test sur le sexe, puisque ces diagnostics peuvent aussi bien être faits chez l'homme que chez la femme et qu'il existe deux CMD distinctes pour les affections de l'appareil génital (n° 12 pour le sexe masculin, n° 13 pour le sexe féminin). Vingt-trois listes de diagnostics ont donc été ainsi constituées.

Chaque liste est subdivisée en souslistes, de telle sorte que la sommation des souslistes lui corresponde et que ces souslistes ne comportent pas de diagnostics communs quand il s'agit d'un test concernant le DP.

Ces souslistes sont les *catégories* de diagnostics, c'est-à-dire l'ensemble des diagnostics qui, codés comme DP, orientent le RSS dans tel ou tel GHM « médical » de la CMD.

2.1.1.2 Particularités

Codes « dague » et « astérisque »

Le choix a été fait, lors de l'adaptation initiale des *DRG*, d'affecter à la même CMD le couple de codes « dague » (cause initiale) et « astérisque » (manifestation clinique), avec toutefois quelques exceptions.

Dans la CIM-10, la notion de code « astérisque » est restrictive : on ne peut pas utiliser n'importe quel code pour indexer la manifestation d'un code « dague ». Par ailleurs, les codes « astérisque » sont regroupés dans des catégories spécifiques, peu nombreuses si on en compare le nombre (83) à celui des autres catégories, ce qui engendre des libellés imprécis posant parfois des problèmes d'orientation dans une CMD.

Exemple : le code K93.8* « *Atteintes d'autres organes digestifs précisés au cours de maladies classées ailleurs* » correspond à des affections qui peuvent être orientées :

- dans la CMD 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* » si elles concernent la bouche ;

⁶ Le classement dans la CMD 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* » et dans la CMD 26 « *Traumatismes multiples graves* » ne nécessite pas une redistribution de ces diagnostics puisqu'il fait appel à l'ensemble des diagnostics et non au seul diagnostic principal.

- dans la CMD 06 « *Affections du tube digestif* » si elles concernent l'intestin.

En revanche, le code K93.8 ne correspond pas aux affections des voies biliaires ou du pancréas qui sont codées avec la catégorie K87* « *Atteintes de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas au cours de maladies classées ailleurs* ».

Avec la dixième révision, il y a donc davantage de « couples » *dague-astérisque* qui ne sont pas orientés dans la même CMD qu'avec la version précédente de la CIM.

Signes et symptômes

Généralement, les codes concernant les signes et les symptômes ne doivent être utilisés, pour coder le DP, qu'en l'absence de diagnostic plus précis. Toutefois, certains symptômes sont retenus, à juste titre, comme DP du RSS avec une fréquence suffisante pour expliquer l'existence de quelques GHM s'intitulant « *Signes et symptômes...* » : par exemple, les GHM « *Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires* » (CMD 11).

2.1.2 Les actes

2.1.2.1 Caractéristiques des actes

Chaque acte classant, au sens de la classification des GHM, est affecté d'une ou de plusieurs *caractéristiques*. Elles permettent de répartir les actes classants dans des listes. Par exemple, la liste des *craniotomies* est constituée par tous les actes affectés de la caractéristique « *craniotomies* ».

Une même caractéristique peut orienter dans différents GHM. Il en est ainsi des craniotomies ci-dessus qui concernent la CMD 01 « *Affections du système nerveux* ». Lorsque la fonction groupage « reconnaît » un DP orientant dans cette catégorie majeure, elle « recherche » si un acte a la caractéristique « *craniotomies* ». Le cas échéant, le RSS est orienté dans l'un des GHM de craniotomies, le choix se faisant selon l'existence ou non d'un traumatisme et selon l'âge du malade dans les premières versions puis, plus récemment, selon la présence d'une complication ou d'une morbidité associée.

L'existence des *caractéristiques* a donc un but simplificateur. Dans l'exemple choisi, la fonction groupage, au lieu d'avoir à tenir compte des nombreux codes des actes de *craniotomies*, ne teste que la *caractéristique*.

Un acte peut posséder des *caractéristiques* testées dans des CMD différentes. Plus un acte possède de *caractéristiques*, plus nombreux sont les GHM dans lesquels il est classant.

Exemple : « *Exérèse complète d'une tumeur du médiastin, simple, par thoracotomie* », selon le DP auquel il est associé, peut être classant :

- dans les « *Interventions majeures sur le thorax* » de la CMD 04 ;
- dans les « *Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels* » de la CMD 10 ;
- dans les « *Interventions majeures au cours des lymphomes, leucémies, affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » de la CMD 17.

2.1.2.2 Particularités

Hierarchie des listes d'actes classants par CMD

Plusieurs actes classants peuvent être réalisés durant un même séjour hospitalier. Comme un séjour ne peut être classé que dans un seul groupe, il existe une « hiérarchie » entre les listes d'actes classants par CMD.

Les séjours au cours desquels ont été effectués plusieurs actes opératoires classants dans une même CMD, sont orientés dans un GHM en fonction de l'acte appartenant à la liste « la plus élevée dans la hiérarchie », en fait la première testée dans l'arbre de décision. Cela explique que l'ordre des actes dans le RSS n'a pas d'importance.

Il est essentiel de ne pas perdre de vue que cette notion de « hiérarchie » (en réalité l'ordre des tests de l'arbre de décision) est indépendante des ICR des actes. En revanche, il est évident que, grâce à l'étude initiée par la circulaire du 28 février 1992, la connaissance des coûts par séjour hospitalier joue un rôle majeur dans l'évolution de la classification des GHM.

Groupes indifférenciés

On désigne ainsi les groupes dans lesquels le classement a lieu sans test portant sur les actes. Par exemple, tous les groupes des CMD 15 et 20 sont indifférenciés.

Remarque sur les actes non classants

Il importe de ne pas assimiler un acte non classant à un acte « négligeable ». Un acte non classant est essentiellement **non discriminant** au regard de la classification des GHM, c'est-à-dire qu'il n'améliore pas sa capacité explicative. À l'extrême, un acte « classant partout » (qui le serait dans tous les GHM) équivaldrait strictement à un acte non classant.

On voit que le caractère classant ou non d'un acte est en rapport avec la lecture de l'activité médicale à travers cette classification. Il n'exprime pas sa complexité technique ni sa consommation de ressources propre ; il est avant tout un marqueur du « coût total » du séjour. Certains actes non classants sont du reste susceptibles de jouer un rôle dans la valorisation des séjours, tels les actes marqueurs de suppléance vitale (réanimation).

2.1.3 Remarque à propos des « autres interventions » et « autres affections »

Dans la majorité des cas, les listes des GHM chirurgicaux et « médicaux » d'une CMD se terminent par des GHM ayant respectivement pour libellé « *Autres interventions* » et « *Autres affections* » ; par exemple, dans la CMD 06, les GHM « *Autres interventions sur le tube digestif* » et « *Autres affections digestives* » ont un indéniable caractère « fourre-tout ».

Les prototypes en sont les GHM « *Autres interventions pour blessures ou complications d'actes* » de la CMD 21 pour lesquels le nombre d'actes classants est supérieur à 2000.

Ils sont cependant indispensables pour respecter le caractère exhaustif de la classification.

Jusqu'à la version 6 de la classification des GHM, les groupes « fourre-tout » de diagnostics comprenaient deux types de codes :

- des codes d'affections précises mais peu fréquentes ;
- des codes imprécis, prévus par l'OMS pour assurer l'exhaustivité de la classification et permettre le codage quand il n'y a aucune possibilité de retour au dossier médical.

À partir de la version 6 de la classification des GHM, les codes trop imprécis ont été interdits en position de DP pour les raisons suivantes :

- le retour au dossier médical est toujours possible ;
- l'utilisation de ces codes, pour pallier l'absence d'informations, permet trop souvent une valorisation du séjour meilleure que celle qui résulterait d'un codage correct⁷.

Le choix des codes « très imprécis » s'est fait sur les critères discriminants de l'absence d'affection (par exemple K92.9 « *Maladie du système digestif, sans précision* »), ou de l'absence de topographie (par exemple T14.2 « *Fracture d'une partie du corps non précisée* »).

Les groupes fourre-tout devraient ainsi retrouver leur fonction première (classer les cas peu fréquents) et ne plus contenir des RSS dont on a « forcé » le groupage par l'utilisation de codes approximatifs comme c'est le cas, en particulier, dans les GHM « *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* » et « *Autres facteurs influant sur l'état de santé* » de la CMD 23 destinée à certains « *facteurs influant sur l'état de santé et aux autres motifs de recours aux services de santé* ».

2.2. Les facteurs modulants de l'orientation dans un GHM

2.2.1 Caractéristiques de diagnostics

Comme les *caractéristiques* d'actes, ce sont des listes de diagnostics. Cependant, elles interviennent différemment dans la classification. Une *caractéristique* de diagnostics peut être testée :

- après un acte classant ;

Exemple : dans la CMD 01 « *Affections du système nerveux* », le classement dans l'un des GHM des craniotomies chez un patient âgé de plus de 17 ans se fait par l'intermédiaire d'un test portant sur l'existence d'un des diagnostics répertoriés dans la caractéristique intitulée « *Traumatisme* » ;

- sur l'ensemble des diagnostics d'un RSS dans le cadre d'une CMD définie ;

Exemple : dans la CMD 05, le classement dans un GHM d'infarctus se fait en recherchant les codes appropriés parmi tous les diagnostics s'il n'y a pas d'acte classant ;

- sur les diagnostics associés.

⁷ Parce que ces codes imprécis devaient être classés dans une catégorie, c'était souvent celle du GHM « *Autres affections* » qui était utilisée. Or, le contenu de ce type de GHM est d'une homogénéité médiocre puisqu'ils sont composés de cas peu fréquents et que leur coût moyen est souvent plus élevé que celui d'autres GHM médicaux dont le contenu est plus standardisé.

L'exemple le plus fréquent est représenté par la recherche d'une CMA (cf. le point 2.2.2) dont les codes sont regroupés dans une *caractéristique* de diagnostics.

2.2.2 Complications ou morbidités associées (CMA)

2.2.2.1 Introduction

Les CMA sont répertoriées dans une liste qui vaut pour l'ensemble de la classification des GHM. Cette liste a été initialement constituée par l'équipe de Yale avec une définition difficilement vérifiable statistiquement « les diagnostics associés dont la présence, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentait la durée de séjour d'au moins 24 heures, dans au moins 75 % des cas ».

Depuis la version 7 de la classification le classement d'un RSS dans un GHM « avec CMA » suppose une durée de séjour supérieure à deux jours (ou un mode de sortie « décès »).

Dans le cadre des travaux effectués pour la version 9 de la classification, la « définition » des CMA et la contrainte de durée de séjour n'ont pas été remises en cause, mais une définition statistique a été retenue pour la création d'un GHM « avec CMA » : un t de Student > 5 pour la comparaison des moyennes des coûts⁸ et un effectif supérieur à 150 cas dans la base de données de l'étude nationale des coûts, pour chaque GHM à créer, afin de permettre sa valorisation dans de bonnes conditions. Elle a été appliquée à l'ensemble des GHM « avec CMA » existant ou nouvellement créés.

Les diagnostics faisant partie de la liste des CMA sont repérés par une *caractéristique* de diagnostics dont l'existence est testée sur les diagnostics associés significatifs, chaque fois qu'intervient dans l'intitulé du GHM l'expression « et/ou CMA » ou « avec CMA ».

2.2.2.2 CMA sévères

À partir de la version 4 de la classification des GHM, un sous-ensemble de cette *caractéristique* constitue les CMA sévères (CMAS). Dans certains cas, leur présence en position de DAS oriente le RSS dans un groupe « lourd ». L'introduction de ce test est d'abord destinée à améliorer l'homogénéité des GHM dans lesquels ces cas étaient classés dans les versions antérieures. Par ailleurs, il représente une première étape vers une meilleure description des cas qui mobilisent des ressources importantes.

La notion de CMA sévères existe dans les classifications américaines (*Major Complications or Comorbidities* : MCC). La liste élaborée est le produit de tests effectués sur la base de données de l'étude nationale de coûts⁹ qui ont permis d'individualiser, dans plusieurs CMD, des groupes « lourds » rassemblant des cas notablement plus coûteux en améliorant l'homogénéité des autres groupes.

⁸ Ce test permet de combiner à la fois les effectifs et la différence des moyennes des coûts. La valeur limite de 5 a été choisie pour ne conclure positivement que pour des cas statistiquement très significatifs.

⁹ Étude réalisée sur un échantillon d'établissements de santé, reposant sur le calcul du coût des séjours et destinée notamment à élaborer une échelle nationale de coût relatif par GHM.

2.2.2.3 Les listes d'exclusions des CMA

Depuis la version 4 de la classification des GHM, les codes appartenant à la liste de complications ou morbidités associées (qu'elles soient sévères ou non) ne sont plus considérés comme CMA ou CMAS automatiquement, mais seulement après une analyse par rapport au DP. Ceci se fait à travers des listes d'exclusions.

Jusqu'à la version 2.3 incluse de la classification des GHM, la liste des CMA était unique et prise en considération dans sa totalité, quel que soit le DP, lorsque le test « existence d'une CMA » était présent dans l'arbre de décision.

Il en résultait un « alourdissement » des séjours lorsqu'il y avait redondance d'informations entre le DP et un DA appartenant à la liste des CMA. Cette redondance correspondait à un « surcodage » dont les motifs les plus fréquents étaient les suivants :

- le désir d'utiliser le recueil d'informations destiné à la production du RSS à des fins documentaires ;
Exemple : le codage d'un DP d'ulcère gastroduodénal hémorragique avec un DA d'hématémèse classait le RSS dans un GHM « avec CMA » du fait de l'hémorragie digestive codée en sus, malgré la redondance d'informations, motivée par la volonté d'un repérage clair des hémorragies digestives pour documenter l'activité lourde de gastroentérologie ;
- l'existence d'un double codage en « manifestation » (codes « * ») et en étiologie (codes « † ») et les recommandations visant à étendre son principe à des entités manifestement de sens étiologique (« † ») telles que les séquelles et les complications des actes médicaux et chirurgicaux ;
- certaines formes de description médicale, telles celles valorisant la démarche diagnostique selon la séquence *motif d'admission* (par exemple « *fièvre au long cours* », « *douleurs abdominales* », « *traumatisme thoracique* »...) – *diagnostic de sortie* (« *tuberculose pulmonaire* », « *pancréatite aiguë* », « *hémothorax* »...) ; elles conduisaient à la mention d'un symptôme du chapitre XVIII ou d'un code imprécis comme DP, complété par un DA correspondant à l'affection précise ayant motivé l'hospitalisation, avec pour conséquence, le classement du RSS dans un GHM « avec CMA » toutes les fois que le DA appartenait à leur liste ;
- le regroupement dans un même RSS de plusieurs RUM reprenant tout ou partie des informations médicales liées au séjour ;
- la volonté « d'alourdir » l'éventail des cas pour obtenir un GHM mieux valorisé.

La création de listes d'exclusions veut être une réponse à l'ensemble des causes de surcodage. À compter de la version 4 de la classification des GHM, deux conditions sont nécessaires pour qu'un RSS soit classé dans un GHM « avec CMA » :

- qu'un code appartenant à la liste des CMA soit mentionné comme diagnostic associé ;
- et que le DP du RSS n'exclue pas le caractère de CMA de l'affection.

Il faut donc distinguer *l'appartenance* d'un code à la liste des CMA et *son comportement* de CMA en termes de classement en GHM.

Un code de CMA ne peut donc pas être considéré indépendamment de la liste des DP qui l'excluent. Avec les listes d'exclusions, **un codage de bonne qualité est encore plus nécessaire**. Il est essentiel que le résumé de sortie décrive le plus exactement possible le séjour du malade, en particulier sans omettre aucun DAS dans la mesure où il explique l'effort de soins :

- pour un motif propre aux listes d'exclusions : **il ne suffit plus** que le RSS mentionne une CMA (en négligeant les autres DAS) pour être classé dans un GHM « avec CMA » ;
- et pour un autre qui, pour n'être pas nouveau, ne mérite pas moins d'être rappelé : la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est (et, de façon générale, de l'état de la classification des GHM) à un moment donné, expose à perdre la possibilité de comparer son activité dans le temps.

2.2.3 Actes classants non opératoires

Ils sont peu nombreux dans les premières versions de la classification, mais l'évolution des pratiques, qui a pour conséquence un accroissement constant du nombre de RSS dans la catégorie majeure n° 24, est à l'origine d'une augmentation de ce type d'actes. Ce sont, par exemple, les cathétérismes cardiaques ou la radiologie interventionnelle endovasculaire (CMD 05), les explorations endoscopiques dans le cadre précis des antécédents d'affections malignes (CMD 17), certains actes dentaires (CMD 03), quelques actes obstétricaux (CMD 14). Ces actes sont affectés d'un Y dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) au même titre que les actes classants opératoires. C'est une lecture attentive du contenu des arbres de décision et des GHM concernés qui permet de comprendre leurs particularités.

On observera que leur présence n'est prise en compte qu'après celle d'un acte opératoire classant et qu'ils interviennent, dans le parcours de l'arbre, comme des critères de subdivision secondaires.

Lorsqu'un acte classant opératoire est présent, par exemple une intervention de chirurgie cardiaque (CMD 05), cathétérisme cardiaque et coronarographie, actes classants non opératoires, subdivisent respectivement les remplacements valvulaires et les pontages coronaires en deux GHM.

En l'absence d'acte opératoire classant, c'est le DP qui est testé. Un acte non opératoire classant peut intervenir en aval pour remplir la même fonction de subdivision :

- pour les affections de la cavité buccale et des dents (CMD 03) selon la mention de certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ;
- pour les endoscopies (hors CM 24) lorsque le DP est un antécédent d'affection maligne (CMD 17).

Il résulte de ce rôle particulier qu'un acte non opératoire classant ne peut jamais être responsable du classement d'un RSS dans le groupe des *actes sans relation avec le diagnostic principal*. En effet :

- ou bien l'acte non opératoire est « subordonné » à un acte opératoire classant : c'est alors de ce dernier que dépend l'orientation ou non dans le groupe ;

- ou bien l'acte non opératoire est testé au sein de GHM « médicaux » (ou obstétricaux) : la question de sa « relation » avec le DP ne se pose même pas, par construction de la classification.

Dans le cadre de l'évolution de la CM24 « *Séances et séjours de moins de 24 heures* » (devenue la catégorie majeure des « *Séjours de moins de deux jours* » dans la version 7.9 de la classification), le nombre de ces actes classants non opératoires est en développement pour une meilleure description des prises en charge « médicales ».

Dans la version 6 de la classification des GHM, ce sont les actes d'anesthésie (locorégionale comprise) qui sont devenus classants. Ils sont « non opératoires », au sens de la classification, car ils sont considérés comme un marqueur de prise en charge, en hospitalisation de très courte durée, quand ils sont pratiqués pour des actes qui ne font partie d'aucune liste d'actes opératoires.

2.2.4 Mode de sortie

Plusieurs GHM de la classification comportent, dans leur intitulé, la notion de décès ou de transfert : on les trouve par exemple dans la CMD 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* » ou dans la CMD 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* ».

Depuis la version 2 de la classification des GHM, on peut différencier les patients transférés pour cause d'impossibilité de prise en charge locale de ceux sortant vers le secteur de soins de suite au terme de leur traitement.

Depuis la version 4 de la classification des GHM, pour être « lue » comme un transfert dans la fonction groupage, l'information « transfert » doit être, dans certains cas, reliée à une durée de séjour définie ; c'est le cas dans la CMD 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* ».

Pour les transferts et les décès intervenant dans un délai très court, il existait deux groupes spécifiques dans la CM24. A partir de la version 9, ces deux groupes ont été segmentés pour tenir compte de l'augmentation des effectifs due à l'extension de cette catégorie majeure aux séjours de un jour. Les groupes créés sont une « image » de ceux qui existaient dans les autres catégories majeures.

2.3. Catégories majeures particulières

2.3.1 La catégorie majeure de diagnostic n° 14

La CMD 14 « *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum* » est un bon exemple des difficultés qu'engendre le transcodage entre deux nomenclatures.

La classification utilisée aux États-Unis pour coder les diagnostics est l'*International classification of diseases 9th revision, clinical modification (ICD-9-CM)*. Grâce au cinquième chiffre de ses codes, elle permet de distinguer, pour une même affection liée à la grossesse, s'il s'agit de l'*ante partum*, de l'accouchement ou du *post-partum*.

L'absence de ce cinquième chiffre propre à l'*ICD-9-CM* d'une part et l'impossibilité d'utiliser le cinquième chiffre proposé par certaines rubriques du chapitre concerné dans la CIM-9 d'autre part, a conduit, à compter de la version 1 de la classification des GHM, à utiliser des tests sur la présence en situation de DA, puis de DAS, d'un code spécifique de l'accouchement et de la surveillance de grossesse pour distinguer les différentes périodes. Pour pallier l'absence éventuelle du code spécifique de l'accouchement, un certain nombre de codes « marqueurs » d'un accouchement (diagnostic ou acte) permettaient d'améliorer l'orientation des RSS.

Bien que la CIM-10 permette de distinguer la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité plus nettement que la CIM-9, l'obligation de mettre un code supplémentaire est maintenue pour orienter dans des GHM d'accouchement (catégorie Z37 ou acte d'accouchement), ou dans des GHM d'*ante partum* (catégorie Z35). Une liste de codes d'accouchement a également été créée pour pallier l'oubli éventuel d'un code de la catégorie Z37. Cette liste volontairement limitée aux codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la liste qui avait été créée en CIM-9 **est complétée dans la version 7** de la classification des GHM ; **une liste d'affections spécifiques de l'*ante partum* est également créée** dans la version 7 comme équivalent à l'effet de la catégorie Z35 qui reste obligatoire pour les affections qui ne sont pas spécifiques de cette phase de la grossesse.

2.3.2 La catégorie majeure de diagnostic n° 15

La CMD 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » présente un certain nombre de difficultés qui lui sont propres.

Il faut repérer des cas « normaux ». Jusqu'à la version 7 de la classification des GHM, le repérage de la « normalité » s'est fait à partir d'un test consistant à vérifier que la totalité des diagnostics du RSS faisait partie d'une liste définie de codes de la CIM (non limités aux affections du chapitre des affections périnatales). Cependant, il suffisait d'avoir codé un diagnostic hors de cette liste (et absent des autres listes de problèmes du nouveau-né) pour que le RSS soit orienté dans le groupe des nouveau-nés à terme avec « d'autres problèmes significatifs ». Sachant que des symptômes tels que « hoquet » ou « rougeur » sont précisément hors de cette liste, il s'ensuit que ce groupe continue probablement à contenir abusivement trop de cas de nouveau-nés en réalité « sans problème significatif ».

Les codes du chapitre des affections périnatales ne sont pas réservés exclusivement aux nouveau-nés puisque la note d'inclusion de ce chapitre concerne « *les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, même si la mort ou les manifestations morbides apparaissent plus tard* ». Ceci explique la présence de RSS ne concernant pas des nouveau-nés dans cette CMD pour les versions antérieures à la version 4 de la classification des GHM.

La répartition des codes des affections de la période périnatale en « problèmes majeurs » et « autres problèmes significatifs » est perfectible. Des tests sur la base des coûts sont régulièrement faits pour repérer les anomalies. Le fait que les codes spécifiques des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale soient utilisés pour des nouveau-nés présentant une affection dont l'expression clinique est variable, limite le pouvoir discriminant de ces codes en tant que marqueurs de problèmes majeurs, significatifs ou non significatifs d'une consommation de ressources.

Les grandes lignes des modifications apportées à la version 4 de la classification des GHM étaient les suivantes :

- les codes d'anomalies congénitales qui orientaient auparavant le RSS dans la CMD 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* », orientent le RSS dans la CMD 15. Un test sur l'âge en jours, en tête de l'arbre de décision, permet de ne conserver que des nouveau-nés ou des nourrissons de moins de 121 jours dans cette CMD ;
- les RSS correspondant à des patients âgés de plus de 120 jours sont définitivement orientés dans la CMD 23 ;
- les RSS correspondant à des nourrissons âgés de 29 à 120 jours sont orientés dans un seul groupe qui devrait correspondre à des suites d'hospitalisation pour lesquelles le DP fait encore référence à un problème de périnatalité ;
- il existe un groupe de nouveau-nés transférés défini par une durée de séjour limitée (quatre jours dans les versions précédentes) ;
- les poids de naissance inférieurs à 400 grammes et supérieurs ou égaux à 6000 grammes orientent le RSS dans le groupe erreur « *Autres données médicales non valides* » ;
- c'est le poids de naissance qui est utilisé pour le premier niveau de segmentation des RSS de nouveau-nés de moins de 29 jours.

À partir de la version 7 de la classification des GHM, l'ordre des tests effectués dans cette CMD, la composition des *caractéristiques* de diagnostics et le nombre de niveaux de sévérité pour chaque classe de poids de naissance, sont modifiés. Les nouveau-nés « sans problème significatif » ne sont plus les premiers recherchés dans l'arbre de décision (à partir du moment où le poids de naissance intervient), mais la résultante de l'absence de problème de sévérité supérieure. Néanmoins, comme il n'a pas été possible d'affecter un niveau de sévérité précis à des affections très rares, la présence de celles-ci dans un RSS (avec l'absence d'une autre affection ayant un niveau de sévérité supérieur à celui des problèmes « non significatifs ») entraînera le classement du RSS dans un GHM « sans problème significatif ».

Le résultat final est amélioré parce qu'il y a beaucoup moins de nouveau-nés « anormaux » dans les GHM de nouveau-nés « sans problème significatif » qu'il n'y avait de nouveau-nés « normaux » dans des GHM de nouveau-nés « avec problèmes significatifs » dans les versions précédentes. Il est également amélioré par l'augmentation du nombre de niveaux de sévérité pour plusieurs classes de poids de naissance.

À partir de la version 9 de la classification des GHM, le poids de naissance est devenu le poids du nouveau-né à l'entrée dans l'unité médicale. Ce poids peut donc être différent dans les RUM d'un séjour multiunité de nouveau-né ; dans ce cas c'est le poids qui figure dans le premier RUM qui servira pour le groupage du RSS.

2.3.3 La catégorie majeure n° 24

Rappelons que la catégorie majeure n° 24 (CM 24) n'existe pas dans la classification américaine des *DRG* et qu'elle a été créée, lors de son adaptation française, avec la dénomination « Séances ».

En recueillant, dans la version 1 de la classification des GHM, en plus des séances, les séjours dont la date de sortie était égale à la date d'entrée, la CM 24 avait pris la dénomination de « *Séances et séjours d'un jour* ». Dans la version 2, le critère « séjour de moins de 24 heures » a remplacé l'égalité entre les dates d'entrée et de sortie.

Dans la version 4 de la classification des GHM, le test « < 24 heures » a été supprimé, la qualité de cette information étant insuffisante. L'absence de modification du titre de cette catégorie majeure a entretenu une ambiguïté sur son contenu réel qui est celui des séjours dont la date de sortie est égale à la date d'entrée, comme c'était le cas dans la version 1.

La CM 24 n'est pas une catégorie majeure *de diagnostic*. En effet, alors que le RSS est classé selon le DP dans les CMD numérotées de 1 à 23, l'orientation dans la CM 24 est commandée par :

- la mention d'un nombre de séances supérieur à zéro ;
- ou celle d'un séjour de « très courte durée » (inférieure à un jour pour les versions antérieures à la version 9 de la classification, puis inférieure à deux jours).

La recherche d'un critère d'orientation dans la CM 24 est le premier test effectué sur le RSS lors du groupage. Il précède celui portant sur le DP : par conséquent, quel que soit ce diagnostic, le RSS est classé dans la CM 24 s'il répond à l'un des deux critères énoncés.

Dans les versions 1 à 6 de la classification, c'est la description des groupes chirurgicaux qui a d'abord été améliorée, puis les groupes « médicaux » en s'appuyant sur des listes d'actes classants non opératoires, puis sur la recherche d'un acte d'anesthésie classant et la lecture du diagnostic relié (DR).

Dans la version 7 de la classification des GHM, les nouveautés portent sur les groupes de « séance » avec deux modifications :

- limitation des motifs qui peuvent orienter dans un groupe dit de « séance » ;
- orientation dans un groupe « séances » des motifs de recours aux soins qui ne peuvent être pratiqués qu'en séance même si la zone séance est vide, égale à zéro ou à un¹⁰.

Dans la version 9 de la classification, une vingtaine de GHM est créée pour tenir compte de l'augmentation importante de l'effectif de cette catégorie majeure afin d'améliorer la lecture médicale des groupes et permettre une valorisation qui tienne compte des différences de coûts.

2.3.4 Les catégories majeures n° 25 à 27

Dans la version 4 de la classification des GHM, trois nouvelles CM ont été créées :

- CMD 25 : « *Maladies dues à une infection par le VIH* »
- CMD 26 : « *Traumatismes multiples graves* »
- CM 27 : « *Transplantations d'organes* »

¹⁰ On peut se reporter au guide méthodologique de production des résumés de sortie pour avoir plus d'informations sur le codage des séjours pour « séances ».

Destinées à mieux décrire certains cas lourds, elles ont des arbres de décision qui leurs sont spécifiques. L'orientation d'un RSS dans une de ces catégories intervient immédiatement après l'orientation dans la CM 24 et elles sont dites « transversales » parce qu'elles concernent des RSS qui étaient classés auparavant dans n'importe quelle CMD.

Pour plus d'informations, on peut se reporter à l'introduction de ces CM dans le volume 2 du manuel des GHM, en particulier à celle de la CMD 25.

Remarque : l'appellation « diagnostic relié à une affection à VIH » a été remplacée par « diagnostic **lié** à une affection à VIH » dans la version 6 de la classification des GHM. La nécessité du changement est due à l'introduction du « diagnostic relié au diagnostic principal » dans le nouveau format du RUM nécessaire à la version 5.6 de la classification des GHM.

3. PRÉSENTATION DE LA VERSION 9 DE LA CLASSIFICATION DES GHM

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 champ alpha du CdAM dans la version 2 ;
- passage à la CIM-10 dans la version 2.3 ;
- rattrapage du retard pris sur les classifications de type *DRG* dans la version 3.4 ;
- amélioration du recueil des diagnostics dans la version 5.6 ;
- passage à la CCAM dans la version 6.7.

Pour la version 9 de la classification (version 7.9 de la fonction groupage), c'est clairement la perspective de la tarification à l'activité (T2A) qui a donné l'orientation des travaux à mener dans le cadre de cette révision, mais il ne s'agit pas d'une version « spécifique » de ce mode d'allocation de ressources ; la nouvelle version est statistiquement améliorée car elle augmente la corrélation entre les coûts observés et les coûts théoriques aussi bien à l'égard des séjours individuels que des budgets des établissements.

3.1. Les travaux préparatoires

3.1.1 Le constat

Dans le cadre de la T2A, les travaux ont été effectués sur une base de données comprenant deux années du secteur public et du secteur privé¹¹. La priorité a été donnée à l'amélioration des GHM qui présentaient les plus grandes disparités de durées de séjour ou de coûts entre établissements¹². Une petite centaine de GHM parmi ceux qui présentaient les plus grandes disparités a été analysée en détail¹³, ce qui a permis de comprendre un certain nombre de causes dont trois suffisent à expliquer la grande majorité des différences :

- l'existence de pratiques de codage erronées dans un nombre suffisant de RSS au sein d'un établissement pour expliquer la disparité observée ;
Exemple : le codage systématique d'un acte classant de plastie cutanée avec toute suture de plaie, qu'elle soit classante ou non, oriente des RSS peu coûteux dans des GHM bien valorisés ;
- des séjours de un jour qui représentent le mode le plus fréquent dans la répartition des durées de séjour de nombreux GHM « médicaux » ;

¹¹ Cette base comprenait environ vingt millions de RSA. Les RSA de la CM 24, sans disparité sur les durées de séjour, avaient été exclus de l'étude, ainsi que ceux de la CMD 14 (grossesses, accouchements) et de la CMD 15 (nouveau-nés) parce que ces deux CMD avaient été fortement améliorées dans la version 6.7 de la classification.

¹² Les inhomogénéités repérées au sein de certains groupes que l'on retrouve dans la plupart des établissements feront l'objet de travaux dans le cadre d'une version ultérieure.

¹³ L'analyse détaillée des GHM sélectionnés peut être consultée sur le site Internet de l'ATIH.

- l'insuffisance de la prise en compte de certaines complications ou morbidités associées :
 - soit parce que de nombreux GHM ne sont pas segmentés en « avec » et « sans CMA » ;
 - soit, pour les GHM qui sont segmentés par la présence d'une CMA, un effet insuffisant parce qu'il y a un probable « surcodage » de diagnostics associés¹⁴ qui dévalorise, à terme, le GHM « avec CMA ».

3.1.2 Les solutions

Elles sont évidentes pour la première cause qui relève du contrôle de qualité (un certain nombre de pratiques de codage donnera lieu à une mise à jour du logiciel de contrôle de qualité dit de *dépistage des atypies des informations médicoadministratives* (DATIM) et pour la troisième cause puisqu'il suffit de segmenter le GHM sur la présence d'une CMA (non exclue par le DP) sous certaines conditions qui seront exposées dans le chapitre suivant.

Seule la deuxième cause de disparité (trop de séjours de un jour dans des GHM dont la DMS peut être de quatre jours et plus) a fait envisager deux scénarios possibles :

- créer des GHM de très courte durée de séjour au sein des CMD standard (sans utiliser la durée de séjour comme critère de fabrication), en cherchant des marqueurs spécifiques ; or, il s'agit le plus souvent d'actes que l'on pourrait rendre classants « non opératoires » :
 - les insérer dans l'arbre de décision d'une CMD entre les groupes chirurgicaux et les groupes « médicaux » ne permet pas d'obtenir facilement un GHM de très courte durée de séjour¹⁵ ;
 - segmenter un GHM sur la présence d'un acte marqueur « non opératoire » peut éventuellement diminuer cet inconvénient en limitant le nombre de GHM concernés, mais complique la lecture de l'arbre si on veut éviter de créer plusieurs fois le même GHM dans une CMD¹⁶.
- étendre la CM 24 des séjours de « zéro » jour aux séjours de « moins de deux jours »¹⁷ et créer les groupes nécessaires à la description et à la valorisation en fonction des effectifs transférés dans cette catégorie majeure.

¹⁴ On peut déduire ce « surcodage » du fait qu'on ne trouve aucun marqueur de prise en charge de l'affection codée en diagnostic associé dans les RSA d'un établissement qui code de manière systématique les actes faits au cours du séjour. Mais la cause principale est l'absence de la définition apportée ultérieurement au DAS dans les données analysées (il s'agissait encore de DA) et l'existence d'une recommandation de coder tous les diagnostics associés dans le secteur privé lors de la mise en place du PMSI dans ce secteur d'hospitalisation.

¹⁵ Il suffit d'imaginer un GHM d'endoscopie placé avant les groupes médicaux dans la CMD des affections de l'appareil digestif pour comprendre qu'on mélangerait les séjours d'un jour programmés avec les séjours d'hospitalisation plus longs où l'endoscopie n'est qu'un acte parmi d'autres.

¹⁶ Si on reprend le même exemple des endoscopies digestives, le nombre de GHM à segmenter est important ; pour faire un GHM cohérent, il faudrait lui donner le même numéro sur chacune des branches créée, ce qui ne donnerait pas une vision claire de ce GHM.

¹⁷ Lors de l'abandon de l'information « séjour de moins de 24 heures », le titre de la CMD n'a pas été modifié, d'où une vision souvent erronée de son contenu. La durée de séjour de « un jour » étant habituellement réservée aux séjours avec une nuit, on utilise la dénomination « zéro jour » pour les séjours dont la date de sortie est égale à la date d'entrée. Il est donc erroné de dénommer les séjours de moins de deux jours comme étant des séjours de 48 heures.

3.1.3 Présentation générale de la version 9 de la classification

Les modifications effectuées découlent directement de la présentation des travaux résumés ci-dessus. Les plus importantes sont 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, puis la création de GHM « avec CMA » (un peu plus de 150 groupes). Les autres modifications concernent la création de GHM « à tarification spécifique », la renumérotation des GHM et la restriction du rôle du DR. 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 ».

3.2. Les grandes modifications de la nouvelle version

3.2.1 L'extension de la catégorie majeure n° 24 aux « séjours de moins de deux jours »

C'est en effet la solution retenue pour obtenir des groupes à « très courte durée de séjour » afin de supprimer les pics à un jour observés dans de nombreux GHM. Les modifications à effectuer dans la CM 24 pour pouvoir « lire » l'activité et la valoriser n'ont pas créé de difficultés particulières. Le terme « ambulatoire » a été remplacé par « séjours de moins de 2 jours ».

3.2.1.1 *Les groupes chirurgicaux de la CM 24*

La quasi totalité des RSA de « un jour » orientés dans la CM 24 se sont répartis dans des GHM descriptifs déjà créés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Quelles que soient les conditions de tarification, deux nouveautés vont permettre de pouvoir distinguer la chirurgie ambulatoire :

- la réalisation de tableaux de mesure de cette activité hospitalière spécifique ;
- la possibilité d'avoir plusieurs GHS¹⁸ pour certains groupes de la CM 24.

3.2.1.2 *Les groupes avec actes classants non opératoires de la CM 24*

Il existe deux types de GHM avec actes classants non opératoires :

- les groupes « transversaux » : ils sont placés après les groupes chirurgicaux et les groupes « séances » qui sont en tête de l'arbre de cette catégorie majeure ; deux nouveaux groupes sont créés pour classer les endoscopies habituellement pratiquées sans anesthésie et les explorations nocturnes ou apparentées ;
- les autres groupes qui sont issus d'une segmentation des DP spécifiques à chaque CMD ; c'est le cas des GHM des séjours sans acte opératoire, mais avec anesthésie. Il n'y a pas de nouveau groupe de ce type.

¹⁸ Groupe homogène de séjour : c'est la donnée facturable du GHM. Si la plupart des GHM n'auront qu'un GHS, certains en auront plusieurs. Les critères qui permettent de déduire des GHS, quand il y en a plusieurs, sont en général des données qui n'existent pas dans le RSA (activité autorisée par exemple), mais cela peut-être la durée de séjour pour les groupes de la nouvelle CM n° 24 si les tarifs sont différents (chirurgie ambulatoire par exemple).

3.2.1.3 Les groupes médicaux de la CM 24

Ces groupes sont peu descriptifs depuis leur création. L'extension de la CM 24 aux séjours de moins de deux jours est l'occasion de créer des groupes sur des critères plus médicaux qu'économiques, compte tenu de la faible différence de coût que l'on observe entre eux.

Quinze groupes ont été créés parce que les effectifs obtenus permettent de les valoriser dans de bonnes conditions. Ils ont été construits à partir des listes de diagnostics qui existaient dans les CMD standard comme cela avait été fait pour la chirurgie ambulatoire¹⁹. En effet, il est difficile, même avec une expertise de professionnels, de savoir quelle affection ne relève jamais d'un séjour de très courte durée hors transfert et décès. C'est la raison pour laquelle une partie du contenu théorique du groupe créé peut paraître médicalement incohérente.

3.2.1.4 Les groupes de décès et transferts de la CM 24

Il est apparu nécessaire pour des raisons de description, mais également pour des raisons économiques, de recréer les groupes de décès et transfert qui existaient dans les autres CMD. Qu'il s'agisse de décès dû à un infarctus, de décès ou transfert d'un nouveau-né ou de transfert d'un brûlé, le coût des prises en charge pour les séjours de moins de deux jours présentent des différences qui justifient la création de groupes distincts.

Le GHM « *Brûlures avec transfert précoce vers un autre établissement* » de la CMD 22 a dû être supprimé en raison du très faible effectif des séjours restant, ce qui se comprend aisément pour ce type de patient.

3.2.1.5 Les groupes de « séances »

Aucune modification n'a été apportée aux conditions de classement dans un groupe de séances. Les séjours de un jour qui ont pour DP un motif de séance et qui étaient auparavant orientés dans les CMD 11, 17 et 23, ne sont pas classés dans un groupe de séances, ils le sont dans les groupes de « séjours de moins de 2 jours » correspondant au DP et aux actes éventuellement présents dans le RSS.

3.2.2 La création de GHM « avec CMA » et la révision de l'effet « âge supérieur à 69 ans »

Une façon efficace de mieux appréhender la complexité des cas dans une classification qui ne décrit la globalité d'une hospitalisation qu'à travers un seul GHM est d'avoir plusieurs niveaux de sévérité pour un type de prise en charge. Dans la version précédente, plusieurs niveaux de sévérité avaient été créés dans la CMD 14 (grossesses et accouchements) et dans la CMD 15 (nouveau-nés) parce que la segmentation sur la présence d'une CMA n'existait pas (en dehors de la césarienne) et que les complications spécifiques ne faisaient en général pas partie des CMA. L'idéal serait de pouvoir créer également plusieurs niveaux de sévérité dans les autres CMD comme c'est le cas dans les classifications de type *DRG*, mais les effectifs que l'on obtiendrait pour les groupes les plus lourds seraient souvent insuffisants dans la base de l'étude nationale des coûts (ENC). En revanche, l'augmentation du nombre de

¹⁹ N'importe quelle intervention, même très lourde, est classante dans la CM 24 du moment que le séjour a une durée conforme à cette catégorie majeure (il s'agit en général d'une erreur sur les dates de séjour) et les incohérences constatées relèvent du contrôle des données.

RSA disponibles dans cette base, avec des données de coûts, permet d'augmenter le nombre de GHM « avec CMA ».

La définition nord-américaine de ce qu'est une CMA a été donnée dans le paragraphe 2.2.2. Elle est plus une « image » qui permet de comprendre l'idée qu'on doit se faire d'une CMA qu'une « réalité statistique ». Les nombreux travaux engagés pour repérer les GHM qui pouvaient être segmentés ont permis :

- de définir des critères pour la fabrication de GHM « avec CMA » :
 - un t de Student > 5 pour la comparaison des moyennes des coûts²⁰ ;
 - un effectif de plus de 150 cas sur deux ans dans la base de l'ENC publique dans chacun des deux nouveaux groupes ;
- de les appliquer aux GHM existants pour harmoniser les conditions d'orientation dans un groupe « avec CMA » ;
- de remettre en cause l'équivalence « âge > 69 ans », aussi bien pour les GHM « avec CMA » existant que pour ceux qui ont été créés²¹. Cette équivalence presque systématique explique parfois la faible différence de valorisation que l'on pouvait observer entre le GHM « avec CMA » et le GHM « sans CMA ». Il y a 156 GHM « avec CMA » qui ont été créés. Il y en a très peu qui ont été supprimés, en revanche l'équivalence « âge > 69 ans » a été modifiée pour de nombreux GHM.

3.3. Les autres modifications de la version 9

3.3.1 Les GHM créés pour obtenir des GHS à tarification spécifique

Si dans la majorité des cas le GHM produit un GHS dont le tarif est issu des études sur la moyenne des coûts observés, la nécessité de conserver certains tarifs préexistants (ex : dialyse ou IVG) ou l'existence de tarifs à « 0 » (ex : la chirurgie esthétique), est à l'origine de la création de quelques GHM pour isoler les séjours qui relèvent de ces tarifs spécifiques.

3.3.1.1 Les séjours pour interruption volontaire de grossesse

Dans les versions précédentes, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) étaient massivement retrouvées dans le GHM « *Dilatations et curetages au cours de la grossesse* » de la CM 24 pour les séjours de « moins de 24 heures ». On pouvait aussi les retrouver dans le groupe « *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum* », notamment pour les IVG médicamenteuses, dans cette même catégorie majeure et dans les groupes d'avortements de la CMD 14 pour les séjours de un jour et plus.

Dans la mesure où les différents tarifs d'IVG (donc les GHS) s'appuient sur une donnée qui n'existe pas dans le RSA (durée de séjour en heures), un seul GHM a été créé sur la base des consignes de codage des IVG et indépendamment du mode de réalisation de l'acte.

²⁰ Ce test permet de combiner à la fois les effectifs et la différence des moyennes de coûts. La valeur limite de 5 est choisie pour ne conclure positivement que dans des cas statistiquement très significatifs.

²¹ L'équivalence « âge > 69 ans » a été supprimée ou n'a pas été créée chaque fois que les coûts moyens de la population, « sans CMA et âge supérieur à 69 ans » étaient plus proches des coûts moyens de la population « sans CMA et âge < 70 ans » que de ceux de la population « avec CMA ».

3.3.1.2 Les soins palliatifs

Dans les versions précédentes, les RSA dont le DP retenu était le code Z51.5 «*Soins palliatifs*» étaient classés dans le GHM «*Autres facteurs influant sur l'état de santé*» de la CMD 23 avec quelques cas classés dans le groupe chirurgical de cette catégorie majeure.

Quel que soit le mode de tarification des soins palliatifs, il est nécessaire de créer un GHM pour isoler ces séjours parce qu'ils sont très différents des autres séjours des GHM dans lesquels ils étaient classés. Ce GHM a été mis en tête de l'arbre de décision de la CMD 23 ; il s'agit donc d'un groupe « avec ou sans acte opératoire ».

Pour les RSS « multiRUM » qui ont un RUM de soins palliatifs non prioritaire sur un autre RUM dans le cadre du choix algorithmique du DP, les conditions de groupage sont inchangées²².

3.3.1.3 La chirurgie esthétique

Dans les versions précédentes, la majeure partie de cette activité, quand le code du DP était Z41.1 «*Autres opérations plastiques pour raisons esthétiques*»²³ ou une affection du sein, était orientée dans le GHM «*Interventions plastiques*» ou dans le GHM «*Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale*» de la CMD 09. Il est plus que probable qu'une grande partie de cette activité n'ait pas été orientée dans cette catégorie majeure, notamment quand il s'agit de la chirurgie esthétique concernant les oreilles et le nez, parce que le DP choisi était du type «déformation du nez», « déviation de la cloison nasale » ou « oreille en chou-fleur ».

La nécessité de créer un GHM pour cette activité est due au fait qu'il est prévu un GHS avec un tarif nul. Le classement dans ce GHM ne sera dû qu'à la présence d'un code Z41.0 ou Z41.1 en DP qui devient une consigne de codage de l'activité de chirurgie esthétique et l'utilisation abusive d'un autre code ne relève que du contrôle des données. Ce GHM est créé en tête de l'arbre de décision de la CMD 09, sans recherche d'un acte opératoire classant car il peut s'agir d'actes qui ne sont pas classants dans cette CMD. Le GHM de chirurgie esthétique est donc un GHM « indifférencié » (cf. le point 2.1.2.2).

3.3.2 Les autres changements

3.3.2.1 Le poids de naissance devient le poids d'entrée du nouveau-né dans l'unité médicale

Dans les versions précédentes, tout séjour de nouveau-né transféré (ou admis) dans un établissement avec un âge inférieur à 29 jours et un DP qui oriente le RSA dans la CMD 15 était classé dans un GHM en fonction de son poids de naissance, même si son âge était de 20 jours (ce qui peut être le cas lors d'un transfert après un séjour dans un service de néonatalogie d'un autre établissement).

²² Une étude de ces séjours montre qu'ils sont en moyenne plus coûteux que les séjours dont le DP retenu est celui de soins palliatifs, ce qui prouve que cette prise en charge n'a pas été le seul motif de l'hospitalisation et qu'il n'y a donc pas lieu de modifier l'algorithme de choix du DP pour donner la priorité au DP codé Z51.5.

²³ Le terme « autres » fait référence à l'existence d'un autre code dans cette catégorie de la CIM 10, correspondant aux implants de cheveux.

C'est la raison pour laquelle il a été décidé de remplacer le poids de naissance par le poids du nouveau-né à l'entrée dans l'unité médicale. Dans le cas où il existe plusieurs RUM pour un séjour de nouveau-né (avec des poids qui peuvent donc être différents), c'est le poids qui figure dans le premier RUM qui servira pour le groupage du RSS.

3.3.2.2 *Les modifications ponctuelles du contenu de certains GHM*

Comme dans chaque révision de la classification, un certain nombre de modifications sont faites pour prendre en compte les remarques fondées des utilisateurs ou pour corriger des erreurs constatées lors de l'exploration des bases de données.

Quelques codes de la CIM-10 ont changé de CMD d'accueil pour être en meilleure adéquation avec les actes qui les concernent.

Quelques actes sont devenus classants et d'autres sont devenus non classants. Ces modifications viennent des confrontations entre CdAM et CCAM pour améliorer l'égalité de groupage dans une version qui est restée mixte plus longtemps que prévu.

3.3.2.3 *La création de quelques extensions de codes de la CIM-10*

Une seule catégorie de la CIM-10 a de nouvelles extensions. Il s'agissait tout d'abord de créer le même niveau de précision entre la catégorie Z94 « [porteur de] *Grefte d'organe et de tissu* » et la catégorie T86 « *Échec et rejet d'organes et de tissus greffés* ». Il s'agissait ensuite de permettre de décrire l'« échec et rejet de greffe de cornée » pour pouvoir orienter les RSA dans la CMD 02, plus compatible quant aux actes réalisés dans ce cas.

- T86.80 « *Échec et rejet de greffe d'intestin* »
- T86.81 « *Échec et rejet de greffe de pancréas* »
- T86.82 « *Échec et rejet de greffe de poumon* »
- T86.83 « *Échec et rejet de greffe de cornée* »
- T86.84 « *Échec et rejet de greffe d'os* »
- T86.85 « *Échec et rejet de greffe de peau* »
- T86.88 « *Autres échecs et rejets de greffe* »

Le code père T86.8 reste accepté en DP et conserve, dans cette version, les mêmes caractéristiques classantes.

3.3.2.4 *Le diagnostic relié*

Pour tenir compte des remarques qui ont pu être faites à propos de la définition du diagnostic relié (DR), son utilisation est étendue aux « états permanents » (y compris ceux codés avec un code « Z » de la CIM-10) et aux symptômes persistants.

Dans le cadre de la version 9 de la classification des GHM, le DR n'est plus considéré comme un DAS afin d'afficher clairement son rôle exclusivement complémentaire du DP. Il doit expliquer la prise en charge du DP retenu et non un problème supplémentaire qui relève de l'analyse des DAS. Quand un DAS est identique au DR, c'est le DR qui est conservé, les

listes d'exclusions du DP s'appliquant au DR. Une seule équivalence entre DR et DAS a été maintenue. Elle se trouve dans la CMD 17 et concerne les chimiothérapies. Elles étaient subdivisées selon qu'une leucémie aigüe était codée ou non en position de DAS. À partir de la version 9 cette information n'aurait dû être testée qu'en situation de DR. L'arbre de décision (volume 3) montre qu'elle est prise en compte tant en DAS qu'en DR. Le maintien de cette équivalence donne aux établissements le temps de s'adapter. Elle sera supprimée dans la prochaine version, la mention d'un code de leucémie aigüe sera alors testée dans la seule position de DR.

3.3.2.5 *Modification de la liste des exclusions de DP*

Si la liste des CMA n'a pas été remise en cause, les exclusions ont été augmentées pour tenir compte de redondances qui diminuent la valorisation du GHM « avec CMA ». La modification la plus visible concerne les relations « cancer-métastase », parce qu'elle modifie de façon importante la répartition des RSS de certains GHM entre celui qui est « avec CMA » et celui qui est « sans CMA ». L'effet CMA des métastases n'existe plus si le DP est un cancer ; l'inverse est vrai pour les cancers qui font partie de la liste des CMA.

3.4. La renumérotation des GHM

Le nombre de GHM créés dans cette version (environ 200²⁴), le peu de numéros restant disponibles et la mauvaise qualité de la numérotation préexistante²⁵ justifient une nouvelle numérotation des GHM.

Une analyse des numérotations des systèmes similaires existant (notamment celle qui a été adoptée par les Australiens) a permis de constater que la numérotation des groupes pouvait traduire un certain nombre d'informations utiles pour cerner rapidement le contenu d'un GHM comme la CMD, le caractère chirurgical ou non et le niveau de « sévérité » (avec ou sans CMA par exemple).

La numérotation retenue utilise **six caractères** que l'on peut décomposer comme suit :

- **les deux premiers** sont numériques et indiquent le numéro de la CMD ;
- **le troisième** est alphabétique et caractérise le GHM selon la logique de la classification avec les conventions suivantes²⁶ :
 - C groupe chirurgical avec acte classant opératoire
 - K groupe avec acte classant non opératoire
 - M groupe « médical » sans acte classant
 - Z groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire

²⁴ Il n'y a pas 200 GHM de plus puisqu'il y a des suppressions, notamment tous les GHM qui sont maintenant segmentés sur la présence d'une CMA.

²⁵ Le classement par code ne permettait plus d'avoir la totalité des GHM d'une CMD avec une suite continue de numéros et l'appartenance d'un numéro de GHM à une CMD n'avait rien d'évident.

²⁶ Les lettres choisies pour fabriquer la partie structurée du numéro doivent répondre à deux impératifs :

- ne présenter aucune ambiguïté de lecture (avec une autre lettre ou un chiffre)
- permettre, lors d'un classement par code, d'être le plus proche possible de l'ordre des GHM dans l'arbre de la classification.

- H groupe de la CM 90 hors groupe « *Actes sans relation avec le diagnostic principal* ».

Remarque : dans le cadre de la tarification à l'activité, il a été nécessaire d'affecter une discipline médicotarifaire (DMT) à chaque GHS avec trois valeurs possibles : C pour chirurgicale, M pour médicale et O pour obstétricale²⁷. Il ne faudra pas confondre la DMT avec le troisième caractère du numéro de GHM puisque la DMT chirurgicale pourra être affectée à de nombreux GHM « médicaux » au sens de la classification (traumatologie, occlusion... sans acte classant opératoire par exemple).

- **le quatrième et le cinquième** sont numériques et sont utilisés comme un compteur qui permet de distinguer tous les numéros qui ont la même combinaison des trois premiers caractères. La numérotation est effectuée dans l'ordre d'apparition dans l'arbre de décision de chaque CMD en réservant le 01 pour les GHM «avec CMAS ». Pour améliorer la lecture du *case mix*, quelques groupes médicaux²⁸ ont été déplacés pour que des prises en charge proches puissent être regroupées (par exemple, les ulcères gastroduodénaux compliqués ont été rapprochés des non compliqués) ;
- **le sixième caractère** est alphabétique et indique le niveau de «complexité » du GHM avec les conventions suivantes :
 - V sans CMA
 - W avec CMA
 - S avec CMAS
 - Z non segmenté
 - E avec décès
 - A, B, C, D avec niveau croissant de sévérité²⁹.

Remarque : ce sixième caractère a deux fonctions. La première c'est d'être informatif sur un certain niveau de complexité du GHM et la deuxième est de permettre d'avoir un regroupement de GHM sur une racine commune à partir du moment où la seule différence de contenu concerne le niveau de sévérité. Ce regroupement aurait pu être plus important en essayant de mettre sous une même racine à la fois les groupes « adultes » et le groupe « enfants », mais il aurait fallu trop de lettres différentes pour dire à la fois «adulte avec ou sans CMA » et «enfant avec ou sans CMA ». En effet, de nombreux groupes de patients de « moins de 18 ans » sont maintenant segmentés sur la présence d'une CMA et il fallait garder la possibilité de segmenter ultérieurement ceux qui ne le sont pas encore.

Cette numérotation vise à permettre un classement par ordre croissant le plus proche possible de la représentation graphique de l'arbre de décision, mais les conventions utilisées ne permettent pas de coller à la réalité. La lettre K des GHM avec actes classants non

²⁷ Quand un GHM pouvait être considéré à la fois comme chirurgical et comme médical, un arbitrage a permis de choisir l'option retenue. Il s'agit d'une indication sur la «tendance » du GHM à être plutôt chirurgical ou plutôt médical et non une qualification qui correspond à tous les RSA classés dans ce GHM.

²⁸ Le déplacement d'un groupe «médical» est possible parce qu'il n'y a pas de hiérarchie entre eux. Ce déplacement ne concerne que la représentation graphique de la CMD sans toucher à l'algorithme de groupage.

²⁹ Cette convention est utilisée, pour l'essentiel, dans la CMD 14 (grossesses et accouchements) et dans la CMD 15 (nouveau-nés)

opératoires a été choisie entre la lettre C des groupes chirurgicaux et la lettre M des groupes médicaux pour correspondre aux cas les plus fréquents, mais il y a des CMD où ces GHM ne sont pas testés à ce niveau (par exemple, le GHM d'odontologie est situé en fin de CMD 03 des affections ORL et non entre les groupes chirurgicaux et les groupes médicaux de cette CMD).

Afin de permettre tous les tris possibles, une table de correspondance sera mise à la disposition des utilisateurs avec les informations suivantes pour chaque numéro de GHM de la version 9 :

- numéro du ou des GHM de la version 7 :
 - deux GHM version 7 pour un GHM version 9 = fusion de GHM ;
 - un GHM version 7 pour deux GHM version 9 = segmentation de GHM ;
 - un GHM créé = pas de correspondance proposée en version 7 ;
 - un GHM supprimé = pas de correspondance proposée en version 9 ;
- numéro du rang dans l'arbre de décision pour pouvoir classer les GHM dans le même ordre ;
- la DMT qui peut s'avérer utile pour présenter des résultats sur la notion « M, C ou O » de l'activité médicale qui seront ainsi comparables entre établissements.

4. FONCTION GROUPAGE

Depuis 1990, le ministère de la Santé mettait à la disposition des intégrateurs informatiques le « noyau de programmation » nécessaire au groupage, sous la forme d'une librairie informatique complétée de tables, l'ensemble étant appelé *fonction groupage* (FG). En 1996, le ministère de la Santé introduisit une nouveauté, en mettant le programme source de cette FG à la disposition des intégrateurs.

Les informaticiens peuvent donc l'intégrer dans leurs logiciels groupeurs, ce qui leur permet d'obtenir un groupage conforme à la description du manuel des GHM. Aucune obligation ne leur est faite cependant d'avoir recours à la FG, et certains choix de développement conduisent des informaticiens à développer leur propre moteur de groupage.

Pour l'utilisateur final, qui continue de recevoir gratuitement la version annuelle de GENRSA (ou son équivalent intégré dans le logiciel AGRAF pour les établissements privés), la garantie d'un groupage conforme est fournie par les vérifications que réalise ce programme, puisque GENRSA (AGRAF) intègre lui-même la FG : pour produire des RSA, GENRSA (AGRAF) lit un fichier de RSS groupés, c'est-à-dire un fichier de RSS déjà traités par le groupeur de l'utilisateur, et outre le fichier de RSA produit en sortie, il établit un rapport d'exécution dans lequel l'analyse de la conformité de groupage est détaillée.

Cependant, la FG a suivi les évolutions de la classification des GHM, et s'est adaptée aux besoins nouveaux (contenu du RUM en particulier), de sorte que plusieurs versions successives ont été diffusées depuis 1990. Le tableau ci-dessous récapitule d'une manière synthétique ces différentes versions, indiquant notamment leur date de mise en service, les nomenclatures reconnues (CIM, CdAM, CCAM), la version de la classification correspondante (c'est-à-dire la version des tables), et le format de RUM reconnu.

Ce tableau emploie une normalisation de la désignation de la FG : FG a.b, dans laquelle a représente le numéro de version du moteur de groupage, et b le numéro de version des tables.

Intitulé	Version du moteur de groupage	Version de la classification (tables)	CIM	CdAM	CCAM	Format de RUM	Date de mise en service	GENRSA (ou remarque)
FG0.0	0	0	9	1985 à 1987		86 car	1990	(diffusion restreinte)
FG1.1	1	1	9	1985 à 1991		86 car	février 1992	GENRSA 1
FG1.2	1	2	9	1985 à 1991		86 car	1993	(Languedoc-Roussillon uniquement)
FG2.2	2	2	9	1985 à 1994		86 car format 002 format 003	février 1994	GENRSA 2
FG2.3	2	3	9 et 10	1985 à 1995		86 car format 002 format 003	juillet 1995	GENRSA 3.3b
FG3.4	3	4	10	1985 à 1996		format 003 format 004 format A04	janvier 1997	GENRSA 4
FG4.5	4	5	10	1985 à 1997		format 003 format 004 format A04	janvier 1998	GENRSA 4.5
FG5.6	5	6	10	1985 à 2000		format 004 format A04 format 005 format A05	janvier 2000	GENRSA 5.6
FG6.7	6	7	10	1985 à 2002	version 0 (2002)	format 007 format 008	janvier 2002	GENRSA 6.7
FG 6.8	6	8	10	1985 à 2002	version Obis (2003)	format 007 format 008	janvier 2003	GENRSA 6.8
FG 7.9	7	9	10	1985 à 2002	version Obis (2003)	format 007 format 008	janvier 2004	GENRSA 7.9

4.1. Lecture des diagnostics

Les formats de RUM applicables depuis le 1er janvier 2000 prévoient huit positions par code de diagnostic, afin de permettre la saisie de codes ayant reçu des extensions sur les positions 7 et 8.

Or, la saisie des extensions à huit positions n'étant que facultative, la FG pourrait avoir à traiter des RUM dont les uns indiqueraient par exemple S37800 (code S37.800 de *Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie intraabdominale*) tandis que d'autres préciseraient S37800XC pour donner une précision qu'une société savante (fictive ici) aurait

recommandé de coder avec l'extension XC ; le groupage devrait pourtant dans les deux cas être le même.

Aussi la première opération effectuée par la FG, avant de les traiter, est-elle de tronquer les codes des diagnostics lus dans le RUM pour n'en conserver que les six premières positions.

Cependant, dans la plupart des cas où de telles extensions existent – ou existeront – il y a fort peu de chances que les positions 5 et 6, réservées aux extensions « officielles », soient déjà occupées, l'exemple S37.800XC ci-dessus ayant précisément été construit pour la compréhension de la démonstration, mais réalisant une exception notable.

Un problème pratique se posait donc pour éviter une confusion de lecture aux opérateurs de saisie qui dans les services recueillent les RUM, problème résolu par la généralisation du principe de « comblement des espaces » déjà appliqué pour les positions 4 et 5 : le symbole « + » est employé comme symbole de remplissage, ce qui par exemple donne actuellement S47.+0, et pourrait donner F38.0++8A pour l'extension 8A.

Pour permettre un résultat de groupage cohérent, il faut alors que pour la saisie F380++8A la troncature mentionnée plus haut aboutisse non pas à F380++ mais bien à F380, tandis que S47+0 doit rester inchangé et ne pas aboutir à S470. C'est pourquoi, en complément à la troncature après la sixième position, la FG procède-t-elle ensuite à l'élimination, de la droite vers la gauche, de tous les caractères « + » qu'elle rencontre dans un code de diagnostic, et interrompt cette opération dès qu'elle rencontre un caractère autre que « + ».

Par ailleurs, les données à visée documentaire (DAD) n'interviennent en aucune manière sur le groupage, et sont tout simplement ignorées par la FG, qui peut procéder aux opérations de contrôles (voir plus loin) du moment que la longueur du RUM est en cohérence avec les nombres de DAS, DAD et actes mentionnés. Si tel n'est pas le cas, la FG interrompt le groupage en mentionnant une erreur de format.

4.2. Algorithme de détermination du diagnostic principal

Dans un grand nombre de cas le RSS est composé de plusieurs RUM et l'on parle alors de RSS multiunité.

Il arrive, de manière non exceptionnelle, que le diagnostic principal porté dans les différents RUM d'un tel RSS ne soit pas concordant. Cette situation peut également affecter non plus le diagnostic principal, mais le diagnostic relié. Dans ces deux cas, la FG emploie alors un algorithme, détaillé ci-dessous, pour déterminer quel RUM comporte le diagnostic principal et le diagnostic relié uniques.

Évidemment, il existe deux situations dans laquelle l'algorithme n'a pas à être employé :

- lorsque le RSS est mono-unité : le diagnostic principal mentionné dans le RUM unique est le diagnostic principal du RSS, et le diagnostic relié, s'il en est mentionné un dans le RUM, est celui du RSS ;

- lorsque le RSS multiunité comporte des RUM dont d'une part tous les diagnostics principaux sont concordants, et d'autre part tous les diagnostics reliés également, puisque la question ne se pose pas.

Cet algorithme se déroule en plusieurs phases, chacune n'étant engagée que si la précédente n'a pas abouti à une solution.

Phase 1 La FG repère les RUM qui comportent au moins un acte classant non mineur effectué au bloc opératoire (informations obtenues dans les tables, en analysant un par un chacun des actes de chaque RUM). Trois cas peuvent se présenter :

- un seul RUM comporte un tel acte : dans ce cas, c'est lui qui contient le DP unique ; la recherche prend fin ;
- aucun RUM ne comporte un tel acte : tous les RUM restent en lice pour la deuxième phase ;
- deux RUM ou plus comportent un tel acte : seuls les RUM comportant un tel acte restent en lice pour la deuxième phase.

Phase 2 Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux dont le DP n'a pas un «code en Z», c'est-à-dire dont le code CIM-10 ne débute pas par la lettre Z. Trois cas peuvent se présenter :

- un seul RUM répond à cette condition (tous les autres ont un code en Z sauf lui) : dans ce cas, ce RUM comporte le DP unique ; la recherche prend fin ;
- deux ou plusieurs RUM répondent à cette condition : seuls ces derniers restent en lice pour la troisième phase ;
- aucun RUM ne répond à cette condition (tous les RUM ont pour DP un code Z) : tous les RUM restent en lice pour la troisième phase.

Phase 3 Parmi les RUM restés en lice, la FG repère celui ou ceux dont la durée de séjour partielle est la plus longue.

Il faut donc calculer la durée de séjour partielle de chaque RUM, c'est-à-dire le nombre de journées écoulées entre la date d'entrée et la date de sortie du RUM considéré (cette opération est précédée, le cas échéant, par la fusion des RUM consécutifs dont le code d'unité médicale est identique, cf. paragraphe 4.3). Il s'agit d'une opération arithmétique simple, qui ne doit faire l'objet d'aucune correction (en particulier aucune règle de facturation telle que la journée supplémentaire en cas de décès, ou le seuil de 1 journée). Le résultat peut donc être égal à 0.

Deux cas peuvent se présenter :

- un RUM a une durée de séjour plus longue que toutes les autres : dans ce cas, c'est lui qui contient le DP unique ; la recherche prend fin ;
- deux RUM ou plus sont *ex aequo* pour la durée de séjour partielle la plus longue : seuls ces RUM *ex aequo* restent en lice pour la quatrième phase.

Phase 4 Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux qui comportent un acte opératoire mineur, information obtenue dans les tables, en analysant un par un chacun des actes de chaque RUM. Trois cas peuvent se présenter :

- un seul RUM répond à cette condition : dans ce cas, ce RUM comporte le DP unique ; la recherche prend fin ;
- deux RUM ou plus comportent un tel acte : seuls ces derniers restent en lice pour la cinquième phase ;
- aucun RUM ne comporte un tel acte : tous les RUM restent en lice pour la cinquième phase.

Phase 5 Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux qui comportent un diagnostic relié (DR) renseigné. Trois cas peuvent se présenter :

- un seul RUM répond à cette condition : dans ce cas, ce RUM comporte le DP unique ; la recherche prend fin ;
- deux RUM ou plus répondent à cette condition : seuls ces derniers restent en lice pour la sixième phase ;
- aucun RUM ne répond à cette condition (tous les RUM ont un DR non renseigné) : tous les RUM restent en lice pour la sixième phase.

Phase 6 Parmi les RUM restés en lice, la FG retient le dernier par ordre chronologique : c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.

Devenir des autres diagnostics, élimination des doublons de diagnostics et d'actes

Le RUM que cet algorithme identifie comme porteur du DP unique est considéré comme porteur également du DR unique. Il est donc à noter que le DR résultant peut être « à blanc ».

Tous les diagnostics non retenus dans ce processus comme DP unique sont considérés comme diagnostics associés significatifs (DAS). Il en est de même pour tous les diagnostics non retenus comme DR unique. En effet, ces DR complètent des DP « codés en Z », qui ont donc toutes chances d'être éliminés à la phase 2 de la détermination du DP unique, alors qu'ils témoignent d'affections prises en charge au cours du séjour.

La FG élimine alors de la liste des diagnostics associés significatifs tous ceux qui font double emploi avec le DP unique retenu, car un diagnostic ne saurait constituer une complication de lui-même. Pour les mêmes raisons, la FG élimine tout DAS qui ferait double emploi avec le DR et enfin elle « met à blanc » un DR qui ferait double emploi avec le DP.

Ensuite est réorganisée la liste des diagnostics associés significatifs et la liste des actes pour qu'un code donné n'apparaisse qu'une seule fois, même sur des RUM distincts. Cette dernière opération est simple pour les diagnostics (élimination pure et simple des doublons) ; dans le cas des actes, dont les zones du RUM disposent depuis le 1er janvier 2002 d'un indicateur de nombre d'occurrences, ces derniers sont additionnés lorsque des zones distinctes d'un même RUM ou de RUM distincts comportent le même code d'acte, afin d'obtenir une seule zone d'acte pour ce code.

4.3. Fusion de RUM issus de la même unité médicale

Bien qu'observée de manière tout à fait exceptionnelle actuellement dans les RSS, la production de deux RUM jointifs provenant de la même unité médicale là où un seul RUM suffirait est une pratique qui va tendre à s'accroître en raison des adaptations induites par le dispositif des prestations interétablissements introduit au 1er janvier 2000. Il autorise en effet l'établissement demandeur, sans toutefois le recommander, à établir un « RUM de pré-prestation » et un « RUM de post-prestation ».

Or, si l'on se réfère au processus de détermination du RUM comportant le DP en cas de séjour multiunité (phase 3 ci-dessus), on constate qu'une telle option peut modifier le choix du DP retenu in fine, en raison de la modification des durées de séjour partielles qu'elle induit.

La solution, généralisée à tous les cas où deux RUM jointifs sont porteurs du même code d'unité médicale, a été introduite avec la FG 5.6 ; elle consiste à fusionner ces RUM jointifs pour constituer un RUM unique dont la date d'entrée est celle du premier et la date sortie est celle du dernier. Le DP et le DR du RUM résultant sont déterminés par l'application de l'algorithme de choix du DP sur les RUM en cause, et le devenir des autres diagnostics ainsi que l'élimination des doublons suivent le même processus que celui décrit ci-dessus.

4.4. Les erreurs détectées par la fonction groupage

La constitution des RSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire. Ces erreurs peuvent être de plusieurs ordres : erreur de codage, erreur de saisie, erreur de hiérarchisation, problème matériel, etc. se traduisant par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la détermination du GHM (absence du DP, par exemple), ou n'être que l'indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. Elles peuvent aussi traduire un dysfonctionnement matériel ou logiciel sans rapport avec le RSS traité.

C'est pourquoi depuis son origine la FG ne fournit pas seulement en retour la valeur du GHM correspondant au RSS traité, mais aussi un code, dit code retour, dont la valeur permet de savoir si des erreurs ont été détectées. Jusqu'à la version FG 4.5, chaque valeur du code retour indiquait une erreur d'une nature déterminée, tandis que la valeur 00 indiquait que tout s'était bien passé.

Pour diverses raisons, il a semblé nécessaire, à compter de la version FG 5.6, d'améliorer ce dispositif de détection et de signalement des erreurs. L'évolution principale a consisté en une hiérarchisation des erreurs détectées, classées dorénavant en trois catégories : les erreurs d'implémentation, les erreurs détectées par les contrôles, et les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage.

Chacune de ces trois catégories dispose dorénavant d'un système propre de numérotation des erreurs au lieu du système de numérotation commun qui s'appliquait jusqu'en 1999, ce qui multiplie par trois le nombre de possibilités de numérotation. Pour l'application en l'an 2000 (FG 5.6), on avait conservé dans chaque catégorie les anciens numéros reventilés selon leur nature, et l'on avait évité d'affecter aux nouvelles séries d'erreurs détectées des numéros

existant déjà, précautions qui bien entendu ne peuvent pas être maintenues dorénavant en raison des besoins nouveaux.

Dans tous les cas, les erreurs de 01 à 59 sont bloquantes, ce qui signifie que le groupage n'a pas pu être entièrement effectué, tandis que les erreurs de 60 à 99 sont non bloquantes, certaines même n'étant pas à proprement parler des erreurs mais plutôt des alertes, voire de simples sémaphores. La valeur 00 quant à elle signifie que tout s'est bien déroulé.

Pour le cas des erreurs « non catastrophiques », on peut hésiter entre la démarche « laxiste » qui consisterait à grouper comme si de rien n'était (erreur non bloquante), la démarche « sanction » qui consisterait à grouper en effectuant pour la donnée erronée la supposition conduisant au cas le plus défavorable en matière de résultat de groupage (erreur non bloquante), ou encore la démarche « répressive » qui consisterait à refuser de grouper le RSS (erreur bloquante). C'est un compromis entre ces trois voies qui a été choisi pour la mise en œuvre de la FG.

Ces choix sont des conventions, et l'on pourrait en justifier d'autres. Cependant, étant donné que la FG fournit un code retour convenu dans une situation déterminée, et que ce code retour est recopié dans le RSS-grouper puis dans le RSA, il est indispensable pour les développeurs informatiques de calquer ces choix s'ils souhaitent réaliser des groupements conformes sans employer la FG (tout autre décision serait détectée par GENRSA comme une différence de groupage).

Notons enfin que la FG fournit les codes retour sous deux formes distinctes et simultanées, auxquelles a accès tout programme grouper intégrant la FG:

- trois *vecteurs de codes retours*, récapitulant la totalité des erreurs détectées dans le RSS pour chacune des trois catégories d'erreurs. Ces vecteurs sont riches d'information, mais ils ne sont pas *normalisés* ; ils peuvent être exploités de différentes manières par le programme grouper, voire être complètement ignorés. GENRSA ne teste leur conformité en aucune façon ;
- un code retour unique, qui doit impérativement être exploité par le programme grouper, et que GENRSA retrouvera identique si le RSS n'est pas modifié.

Jusqu'à la version FG 5.6, le code retour unique n'était affecté que par les erreurs bloquantes. Dans la FG 6.7 il pouvait être affecté par le code 80 correspondant au signalement d'un GHM « médical » obtenu par évitement des groupes « *Actes sans relation avec le diagnostic principal* ». À partir de la présente version, le code retour peut être affecté par l'ensemble des codes erreurs bloquants ou non bloquants. Cela signifie que la seule analyse du code erreur ne permet pas de conclure à l'échec du groupage. En effet, un groupage dans un GHM hors CM 90 avec un code retour correspondant à une erreur non bloquante signifierait que le groupage a été correctement réalisé mais qu'une ou plusieurs erreurs non bloquantes ont été détectées.

4.4.1 Les erreurs d'implémentation

Il s'agit des erreurs provoquées par un dysfonctionnement matériel ou logiciel, comme par exemple la détection d'une capacité de mémoire vive insuffisante, l'absence d'une table nécessaire au groupage, etc. Bien entendu, la détection d'une telle erreur interdit au groupage de se poursuivre.

La liste de telles erreurs est ouverte, et tout intégrateur peut la compléter à sa guise. Seuls trois codes ont déjà été ventilés dans cette catégorie par la FG 6.7 (voir le tableau ci-dessous).

Le code retour prend une valeur comprise entre 01 et 59 selon la liste suivante :

04	TABLES ENDOMMAGÉES
08	CORRUPTION D'UNE TABLE
09	TABLE INTROUVABLE

Par convention, la détection d'une erreur de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : catégorie majeure 90, groupe 90Z03Z.

La plupart du temps, l'utilisateur confronté à ce type d'erreur devra se tourner vers son fournisseur informatique pour en trouver l'explication et la solution.

4.4.2 Les erreurs détectées par les contrôles

Il s'agit des erreurs mises en évidence par la fonction groupage à la lecture des RUM. La détection de telles erreurs, si elles sont bloquantes, interdit la poursuite du groupage mais autorise la poursuite de la détection d'autres erreurs, afin d'effectuer un diagnostic complet de la validité du RSS traité.

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : catégorie majeure 90, groupe 90Z00Z.

En règle générale, c'est la documentation de la fonction groupage (reproduite ici même) qui permet à l'utilisateur confronté à ce type d'erreur de savoir quelle conduite tenir. En dernier recours, il s'adressera à l'ATIH, développeur de la FG, pour obtenir les précisions nécessaires.

Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)

Le code retour prend une valeur comprise entre 01 et 59 selon la liste suivante :

10	RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
11	NUMÉRO DE RSS ABSENT
13	DATE DE NAISSANCE ABSENTE
14	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
15	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
16	CODE SEXE ABSENT
17	CODE SEXE ERRONÉ
19	DATE D'ENTRÉE ABSENTE
20	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
21	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
23	RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
24	MODE D'ENTRÉE ABSENT
25	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
26	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
27	RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
28	DATE DE SORTIE ABSENTE
29	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
30	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
32	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE
33	MODE DE SORTIE ABSENT
34	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
35	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
36	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
37	RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
39	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE

40 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
41 CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
42 CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
43 CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DU CDAM NI DE LA CCAM
45 RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
46 RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
49 RSS MULTIUNITÉ:MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
50 DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT
51 CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT PRÉVU
52 NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
53 PROVENANCE ABSENTE
54 DESTINATION ABSENTE
55 NOMBRE DE DAS OU DE DAD ABSENT
56 NOMBRE DE DAS OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
57 NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
58 NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
59 FORMAT DE RUM INCONNU

Contrôles facultatifs (erreurs non bloquantes)

L'attribution d'un code retour unique dans le cas de l'absence d'erreur bloquante nécessite la définition d'un ordre de choix lorsque plusieurs erreurs non bloquantes ont été détectées. Cet ordre suit la logique générale de groupage : la priorité va d'abord aux erreurs concernant le diagnostic principal, puis les erreurs concernant les actes, puis les erreurs concernant les diagnostics associés, puis les erreurs concernant le diagnostic relié. Pour chaque catégorie c'est le code de numéro le plus faible qui est retourné en cas d'ex-aequo.

61 NUMÉRO DE RSS NON NUMÉRIQUE
62 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
64 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
65 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
66 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
67 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
68 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
70 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
71 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
73 ACTE : N'A JAMAIS EXISTÉ NI DANS LE CDAM NI DANS LA CCAM
74 ACTE : N'EXISTE PLUS DANS LE CDAM NI DANS LA CCAM
76 NUMÉRO D'ENTITÉ JURIDIQUE NON NUMÉRIQUE
77 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
78 DATE D'ENTRÉE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC UTILISATION D'UN ACTE CCAM
79 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC UTILISATION D'UN ACTE CCAM
80 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
81 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
82 POIDS D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
83 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
84 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
85 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
86 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
87 DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
88 DIAGNOSTIC PRINCIPAL EN « Z » INTERDIT
89 DIAGNOSTIC PRINCIPAL DE TYPE DAGUE
90 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF INVRAISEMBLABLE CAR RARE
91 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
92 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
93 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF IMPRECIS
94 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
95 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
96 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
97 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
98 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
99 DIAGNOSTIC RELIÉ IMPRECIS

4.4.3 Les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage

Il s'agit des erreurs mises en évidence pendant la phase de groupage proprement dite. Dans un cas, il s'agit d'un indicateur et non d'une erreur à proprement parler (code 80).

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : catégorie majeure 90, groupe 90C01Z, 90Z01Z ou 90Z02Z.

En règle générale, c'est le manuel de la classification des GHM qui permet à l'utilisateur confronté à ce type d'erreur de savoir quelle conduite tenir. En dernier recours, il s'adressera à l'ATIH, développeur de la classification, pour obtenir les précisions nécessaires.

Erreurs bloquantes

Le code retour prend une valeur comprise entre 01 et 59 selon la liste suivante :

02	INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL
03	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
04	TABLES ENDOMMAGÉES
05	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
06	INCOMPATIBILITÉ ACTE-DIAGNOSTIC
07	POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ

Signalements (non bloquants)

Le code retour prend une valeur comprise entre 60 et 99 selon la liste suivante :

80	GROUPE MÉDICAL OBTENU PAR ÉVITEMENT DU GROUPE 901 (90C01Z)
----	--

4.4.4 Modalités de sélection du code retour par la FG lorsque plusieurs erreurs ont été détectées

Si plusieurs erreurs d'implémentation ont été détectées, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la fonction groupage. Elle s'accompagne du groupage en groupe 90Z03Z (ancien G910), et l'emporte sur les erreurs de groupage ou de contrôles.

Si plusieurs erreurs bloquantes ont été détectées par les contrôles, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la fonction groupage. Elle s'accompagne du classement dans le groupe 90Z00Z et l'emporte sur les erreurs de groupage.

Si le groupage parvient à se dérouler, c'est-à-dire si aucune erreur d'implémentation ni aucune erreur bloquante de contrôle n'a été détectée, alors la fonction groupage retourne, selon le cas :

- 00 pour signaler un groupage correct ;
- un code compris entre 60 et 99 pour signaler un GHM obtenu malgré la présence d'une erreur de contrôle non bloquante ;
- un code compris entre 01 et 59 selon le tableau ci-dessus en cas d'erreur de groupage.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Accouchement	15, 24, 25
Acte	
anesthésie	15, 24
caractéristique	12, 18
catalogue	13, 15, 40
classant	11, 12, 18, 19, 35
classant non opératoire	12, 23, 31
classant opératoire	11
classification commune	11, 15
doublon	43
hiérarchie	19
indice de coût relatif	13, 19
marqueur de suppléance vitale (réanimation)	19
nombre (saisie dans le RUM)	15, 43
non classant	12, 19, 35
reclassant (dans un groupe « médical »)	15
sans relation avec le diagnostic principal	15
Âge	12
nouveau-né	26, 34
supérieur à 69 ans	33
AGRA F (logiciel –)	39
Anesthésie	15, 24
<i>Ante partum</i>	25
Arbre de décision	11, 12
<i>Astérisque</i> , code	17

C

Caractéristique	
d'acte	12, 18
de diagnostic	12, 20
Catalogue des actes médicaux	13, 15, 40
Catégorie de diagnostic	12, 17
Catégorie majeure	11
de diagnostic	11
de diagnostic n° 14 <i>Voir</i> Accouchement, Grossesse	
de diagnostic n° 15	<i>Voir</i> Nouveau-né
n° 24	13, 26, 31
CCAM <i>Voir</i> Classification commune des actes médicaux	
CdAM	<i>Voir</i> Catalogue des actes médicaux
Chirurgie ambulatoire	14, 31
Chirurgie esthétique	34
CIM... <i>Voir</i> Classification internationale des maladies	
Classification commune des actes médicaux	11, 15
Classification des GHM	
version 1	13
version 2	13
version 3	13, 29
version 4	13
version 5	14
version 6	12, 14
version 7	15
version 8	15

Classification internationale des maladies	11
9ème révision	13
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i>	17
code étendu	13, 14, 35, 41
code imprécis	20
code interdit comme diagnostic principal	14, 20

CM	<i>Voir</i> Catégorie majeure
CMA	<i>Voir</i> Complication ou morbidité associée
CMAS <i>Voir</i> Complication ou morbidité associée, sévère	
CMD	<i>Voir</i> Catégorie majeure, de diagnostic
Code	
accouchement	25
<i>ante partum</i>	25
<i>astérisque</i>	17
<i>dague</i>	17
erreur (de groupage)	44
étendu	13, 14, 35, 41
imprécis	20
interdit comme diagnostic principal	14, 20
retour (de groupage)	44
signe +	41
Complication ou morbidité associée	15, 21, 32
liste d'exclusions	14, 22, 36
sévère	14, 21, 37

D

DAD	<i>Voir</i> Donnée à visée documentaire
<i>Dague</i> , code	17
DAS	<i>Voir</i> Diagnostic associé, significatif
Décès	21, 24, 32, 37
<i>Diagnosis Related Groups</i>	13
Diagnostic	
associé significatif	12, 21, 35, 43
caractéristique	12, 20
catégorie	12, 17
doublon	43
lié à l'infection par le VIH	28
principal	11, 17, 41
principal interdit	14, 20
relié	12, 14, 35, 43
Diagnostic associé (à visée) documentaire <i>Voir</i> Donnée à visée documentaire	
Discipline médicotarifaire (DMT)	37
Donnée à visée documentaire	14, 41
Doublon (de diagnostic, d'acte)	43
DR	<i>Voir</i> Diagnostic, relié
DRG	<i>Voir</i> <i>Diagnosis Related Groups</i>

E

Endoscopie	31
Erreur de groupage	44
Esthétique (chirurgie)	34
État permanent	35
Exclusions (de CMA), liste	14, 22, 36
Exploration nocturne	31

Extension de code13, 14, 35, 41

F

Fonction groupage39
 version 0.040
 version 1.140
 version 1.240
 version 2.240
 version 2.313, 29, 40
 version 3.413, 29, 40
 version 4.514, 40
 version 5.614, 40
 version 6.715, 40
 version 6.815
 version 7.940

G

Générateur de RSA (GENRSA).....39, 40
 Gériatrie (groupe homogène).....14
 GHM *Voir* Classification des - ; *voir* Groupe homogène
 GHS *Voir* Groupe homogène, de séjours
 Greffe, rejet.....35
 Grossesse15, 24, 25
 interruption volontaire33
 Groupe homogène
 avec acte classant non opératoire12, 23, 31
 chirurgical.....12, 31
 gériatrique.....14
 indifférencié.....19
 « médical »32
 numérotation.....36
 de séjours33

I

Indice de coût relatif (ICR).....13, 19
 Indifférencié (groupe homogène).....19
 Interruption volontaire de grossesse.....33

L

Liste d'exclusions (de CMA).....14, 22, 36

M

Mode de sortie12, 24
 Mono-unité, séjour.....11
 Multiunité, séjour.....11, 41

N

Nombre d'actes (saisie dans le RUM).....15, 43
 Nouveau-né.....15, 25
 âge26, 34
 poids14, 26, 34, 35
 séjour multi-unité.....26
 Numérotation des GHM36

O

Organisation mondiale de la Santé (OMS).....11

P

Plus (signe + dans un code).....41
 Poids du nouveau-né.....14, 26, 34, 35
 Prestation interétablissement44

R

Réanimation (acte marqueur de suppléance vitale).....19
 Rejet de greffe35
 Résumé
 de sortie anonyme40
 de sortie standardisé11
 de sortie standardisé multi-unité11, 41
 d'unité médicale11, 40, 44
 formats40
 Retour (code – de groupage).....44
 RSS *Voir* Résumé, de sortie standardisé
 RUM *Voir* Résumé, d'unité médicale

S

Séance15, 27, 32
 Séjour
 mono-unité11
 multi-unité11, 41
 Signe + (dans un code).....41
 Signe (symptôme).....18
 persistant35
 Soins palliatifs34
 Sommeil, enregistrement.....31
 Sortie (mode de –).....12, 24
 Symptôme18
 persistant35

T

Tarification à l'activité (T2A).....29, 33
 Transfert24, 32
 Transplantation d'organe.....14, 27
 rejet35
 Traumatisme multiple grave14, 27

U

Unité médicale (UM).....11
 RUM jointifs issus de la même –44

V

VIH, diagnostic lié à l'infection par le –27, 28
 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)14, 27

