

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

**Manuel des Groupes Homogènes de
Malades**

7^{ème} version de la classification

version 6.7 de la fonction groupage

Volume 1
Introduction

Mise à jour au 1^{er} janvier 2002

SOMMAIRE

CONTRIBUTIONS.....	1
PRÉSENTATION GÉNÉRALE.....	2
1 INTRODUCTION À LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES	3
1.1 DU RSS AU GHM.....	3
1.2 HISTORIQUE DE LA CLASSIFICATION DES GHM.....	4
1.2.1 <i>Les premières versions de la classification des GHM</i>	4
1.2.2 <i>Les versions ultérieures de la classification des GHM</i>	5
1.3 CONVENTIONS D'UTILISATION DU MANUEL DES GHM.....	6
2 PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION	8
2.1 LES ELEMENTS DETERMINANTS DE L'ORIENTATION DANS UN GHM	8
2.1.1 <i>Les diagnostics</i>	8
2.1.1.1 Catégories de diagnostics	8
2.1.1.2 Particularités	8
2.1.2 <i>Les actes</i>	9
2.1.2.1 Caractéristiques des actes.....	9
2.1.2.2 Particularités	10
2.1.3 <i>Remarque à propos des « autres interventions » et « autres affections »</i>	10
2.2 LES FACTEURS MODULANTS DE L'ORIENTATION DANS UN GHM.....	11
2.2.1 <i>Caractéristiques de diagnostics</i>	11
2.2.2 <i>Complications et morbidités associées (CMA)</i>	11
2.2.2.1 Introduction.....	11
2.2.2.2 CMA sévères	12
2.2.2.3 Les listes d'exclusions des CMA	12
2.2.3 <i>Actes classants non opératoires</i>	14
2.2.4 <i>Mode de sortie</i>	15
2.3 CATEGORIES MAJEURES PARTICULIERES.....	15
2.3.1 <i>La CMD n°14</i>	15
2.3.2 <i>La CMD n°15</i>	16
2.3.3 <i>La catégorie majeure n° 24</i>	17
2.3.4 <i>Les catégories majeures n° 25 à n° 27</i>	18
3 RAPPELS UTILES ET CONSIGNES	19
3.1 DEFINITIONS DES DIAGNOSTICS ASSOCIES : DAS ET DAD	19
3.2 DEFINITION DU DIAGNOSTIC RELIE	20
3.3 REGLES DE CODAGE CIM 10.....	22
3.3.1 <i>Introduction</i>	22
3.3.2 <i>Les séquelles</i>	23
3.3.2.1 Quand employer un code de séquelle ?	23
3.3.2.2 Comment employer les codes de séquelles ?	24
3.3.3 <i>Les complications des actes médico-chirurgicaux</i>	25
3.3.3.1 Les codes du groupe T80-T88	25
3.3.3.2 Les catégories « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs »	27
3.3.3.3 Les codes « habituels » de la CIM	27
3.3.3.4 Conclusion à propos du codage des complications.....	28

3.3.4	<i>Codage des intoxications par les médicaments</i>	28
3.3.5	<i>Codage des antécédents</i>	30
3.3.6	<i>Utilisation des codes P00 à P04.- Chapitre XVI de la CIM 10</i>	31
3.4	CONSIGNES POUR LA PRODUCTION DES RESUMES DE SORTIE CONCERNANT L'ACTIVITE DE RADIOTHERAPIE	32
3.4.1	<i>Rappels concernant la traduction de l'activité de radiothérapie par la classification des GHM</i>	32
3.4.2	<i>Consignes pour l'élaboration des résumés de sortie concernant l'activité de radiothérapie</i>	32
3.4.2.1	<i>Le résumé standardisé de préparation (RSP)</i>	32
3.4.2.2	<i>Le RSS-séance d'irradiation</i>	34
3.4.3	<i>Consignes générales</i>	37
3.4.4	<i>Typologie et conséquences des erreurs de remplissage des RSS</i>	38
3.5	REGLES DE PRODUCTION DES RESUMES DE SORTIE DANS LE CADRE DES PRESTATIONS INTERETABLISSEMENTS	39
3.5.1	<i>Position du problème</i>	39
3.5.1.1	<i>Le contexte</i>	39
3.5.1.2	<i>Les mesures envisagées</i>	39
3.5.2	<i>En pratique</i>	40
3.5.2.1	<i>L'établissement est en situation de type [A]</i>	40
3.5.2.2	<i>L'établissement est en situation de type [B]</i>	41
3.6	MODIFICATIONS DU RECUEIL D'INFORMATION LIE AUX PASSAGES AUX URGENCES	43
4	VERSION 7 DE LA CLASSIFICATION	45
4.1	INTRODUCTION	45
4.2	LES MODIFICATIONS DU RUM	45
4.3	MODIFICATIONS CONCERNANT LE CODAGE DES DIAGNOSTICS.....	45
4.3.1	<i>Les extensions de codes</i>	45
4.3.1.1	<i>Pour le codage des infarctus du myocarde (I21 et I22)</i>	46
4.3.1.2	<i>Les autres extensions de codes</i>	47
4.3.2	<i>Les définitions</i>	50
4.4	MODIFICATIONS CONCERNANT LE CODAGE DES ACTES	51
4.4.1	<i>Les ICR</i>	51
4.4.2	<i>L'intégration dans les listes d'actes propres à chaque GHM</i>	52
4.5	UNE VERSION « PASSERELLE » VERS UN GROUPE « MULTIGHM ».....	53
4.5.1	<i>Le cadre de la recherche</i>	53
4.5.2	<i>La méthode de groupage « EfP »</i>	54
4.5.3	<i>Les modifications de la classification rendues nécessaires par ce mode de groupage</i> ...	56
4.5.3.1	<i>La refonte de la CMD n° 14</i>	56
4.5.3.2	<i>L'amélioration de la CMD n° 15</i>	57
4.5.3.3	<i>Les autres modifications</i>	59
4.6	PRESENTATION DE LA VERSION 7 DE LA CLASSIFICATION DES GHM.....	59
4.6.1	<i>Modification de l'orientation dans un GHM « avec CMA »</i>	59
4.6.2	<i>Modifications dans la CMD n° 05 « Affections de l'appareil circulatoire »</i>	60
4.6.3	<i>Modifications dans la CMD n° 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo- squelettique et du tissu conjonctif »</i>	60
4.6.4	<i>Modifications dans la CMD n° 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles »</i>	61
4.6.5	<i>Modifications dans la CMD n° 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum »</i>	61
4.6.6	<i>Modifications dans la CMD n° 15 « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale »</i>	61

4.6.7 Modifications dans la CMD n° 24 « Séances et séjours de moins de 24 heures »	62
4.6.8 Modifications dans la catégorie majeure n° 27 « Transplantations d'organes ».....	63
4.6.9 Autres modifications	64
5 FONCTION GROUPAGE.....	66
5.1 LECTURE DES DIAGNOSTICS	68
5.2 ALGORITHME DE DETERMINATION DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL	69
5.3 FUSION DE RUM ISSUS DE LA MEME UNITE MEDICALE.....	71
5.4 LES ERREURS DETECTEES PAR LA FONCTION GROUPAGE	71
5.4.1 Les erreurs d'implémentation	72
5.4.2 Les erreurs détectées par les contrôles.....	73
5.4.3 Les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage	74
5.4.4 Modalités de sélection du code retour par la FG lorsque plusieurs erreurs ont été détectées.....	1

VOLUME 2 - SOMMAIRE

Arbre de décision

- CMD 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 hépato-biliaire et du pancréas
- 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
- 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés 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
- CM 24 Séances et séjours de moins de 24 heures
- 25 Maladies dues à une infection à VIH
- 26 Traumatismes multiples graves
- CM 27 Transplantations d'organes
- CM 90 Erreurs et autres séjours inclassables

VOLUME 3 - SOMMAIRE

Sommaire

Présentation

Catégories majeures et catégories majeures de diagnostics

- 24 Séances et séjours de moins de 24 heures
- 25 Maladies dues à une infection à VIH
- 26 Traumatismes multiples graves
- 27 Transplantations d'organes
- 90 Erreurs et autres séjours inclassables
- 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 hépato-biliaire et du pancréas
- 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
- 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés 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

CONTRIBUTIONS

La production de la version 6 de la fonction groupage et des tables de la version 7 de la classification en GHM sont le fruit d'un travail collectif et pluridisciplinaire d'experts et de spécialistes de multiples domaines. Qu'ils en soient tous, individuellement ou collectivement, remerciés ici :

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS)

Docteur **Dominique BLUM**
Docteur **Jean-Pierre BODIN**
Docteur **Jérôme FAUCONNIER**
Docteur **Marion GIRARDIER MENDELSON** (Directeur)
Docteur **Jean-François NOURY**
Alain PATRIS (ingénieur)

Experts associés du PERNNS

Docteur **Antoine BUEMI**
Docteur **Laurence DURIF**
Docteur **Patrick JEHAN**

Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP)

Docteur **Max BENSADON**
Docteur **Dominique BLUM**

Nous remercions également Madame **Michèle KOSTRZEWA** secrétaire du PERNNS

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 de diagnostics et d'actes.

♦ 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 :

- conserver une lecture facile, 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 réel 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 médico-économique des hospitalisations en secteur de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique).

Lors de la sortie d'un patient de ce secteur, un bref compte rendu de son hospitalisation est produit, c'est 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 précité.

Pour que les informations médico-administratives 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 le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) publié sous la forme de fascicules spéciaux du Bulletin Officiel (BO) pour les actes ; ce dernier sera remplacé par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les catégories majeures de diagnostics (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'œil 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 n° 24 des séjours dont la date d'entrée et la date de sortie sont identiques, de la CM n° 27 des « *Transplantations d'organes* » et de la CM n° 90 des « *Erreurs et autres séjours inclassables* ».

Dans la majorité des cas, l'orientation dans l'arbre de décision est la suivante¹ :

a) Le RSS est classé dans l'une des CMD par analyse du diagnostic que la fonction groupage retient comme le DP du séjour hospitalier. En cas de séjour mono-unité, il est le DP du RUM, c'est-à-dire celui que le médecin de l'unité médicale (UM) responsable du patient a considéré, en fin de séjour, comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. En cas de séjour multi-unités, il est l'un des DP portés sur chacun des RUM.

b) Ensuite, la mention d'un acte classant opératoire est recherchée dans le RSS.

c) 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.

¹ 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.

d) Enfin, les GHM sont obtenus par un nombre variable de subdivisions des sous-catégories précédentes selon les autres données du RSS : ce sont très souvent l'âge et les diagnostics associés significatifs (DAS²), c'est-à-dire les autres diagnostics mentionnés sur le RSS, qu'il s'agisse de pathologies 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 et morbidités associées (CMA) ou des complications et morbidités associées 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 aboutir 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 (destinés à orienter le RSS dans une des CMD n° 01 à n° 23 des versions précédentes) : 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 CM n° 24 pour segmenter le GHM « fourre-tout » n° 823 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire* ». La définition du diagnostic relié sera abordée plus en détail au point 3.2)

1.2 Historique de la classification des GHM

1.2.1 Les premières versions de la classification des GHM

- **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).

² À partir de la version 6 de la classification, les DA utiles à la classification des GHM sont devenus des DAS (cf. le point 3.1).

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 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 n° 24, en sus des séances.

- **La version 2** (publiée dans le fascicule spécial 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 CdAM dans les tables de la classification. Ces actes résultaient des travaux liés à la création des ICR (indice de coût relatif) en remplacement des index de complexité relative pour le champ ALPHA.

- **La version 2.3** (publiée dans le fascicule spécial 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 (3ème version).

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

1.2.2 Les versions ultérieures de la classification des GHM

- **La version 3.4** (publiée dans le fascicule spécial 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 étaient les suivantes :

- Création de nouvelles catégories majeures grâce à une analyse de l'ensemble des informations médicales du RSS :
 - CMD n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* » ;
 - CMD n° 26 « *Traumatismes multiples graves* » ;
 - CM n° 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 existants :

- refonte de la CMD n° 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 n° 24 ;
- création ou modification de quelques GHM.

- La version 4.5 (publiée dans le fascicule spécial 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 n° 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 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) ;
- la possibilité de créer des extensions personnalisées des codes CIM (avec un format de huit caractères) ;
- un certain niveau de contrôle de qualité du DP « à la source » en intégrant une liste de DP interdits en raison de la mauvaise qualité descriptive de leur libellé ;
- la création de GHM pour les séances de radiothérapie avec une refonte du champ MU du CdAM ;
- l'affectation d'un pouvoir classant à des actes d'anesthésie dans la CM n° 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 901 « *Actes sans relation avec le diagnostic principal* » ;
- le « déplacement » de certains GHM dans l'arbre de décision de la classification, notamment dans la CMD n° 08 « *Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif* ».

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 FG. 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 référence à une liste) qui sont repérables par un titre et un numéro figurant sur l'arbre de décision d'une CMD. Ces listes sont ensuite présentées dans l'ordre de leur numérotation, indépendamment des libellés de GHM. Le titre d'une liste reprend :

- le nom de la ou des *caractéristique(s)* (cf. le point 2.1.2.1) prise(s) en compte pour le classement dans un GHM, pour les actes ;

- le nom de la *catégorie* (cf. le point 2.1.1.1) ou de la *caractéristique* (cf. le point 2.2.1) pour les diagnostics, si le test effectué porte sur le DP, sur les DAS ou sur les deux.

Dans le volume 2 du manuel des GHM, la pagination est interne à chaque CMD.

Remarque : le terme « catégorie » existe dans la CIM 10. Il ne faut pas confondre les « catégories » de la CIM 10 avec les « *catégories* » de la classification des GHM. Pour éviter la confusion possible, le terme de *catégorie* est en italique dans le texte quand il se réfère à la classification des GHM ; cette convention est étendue au terme de *caractéristique*.

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 sous-estimer 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 est réparti de façon mutuellement exclusive entre les CMD n° 01 à 23³. 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 sous-listes, de telle sorte que la sommation des sous-listes lui corresponde et que ces sous-listes ne comportent pas de diagnostics communs quand il s'agit d'un test concernant le DP.

Ces sous-listes 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), toutefois, il y avait déjà quelques exceptions avec la CIM 9.

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 génère 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 n° 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* » si elles concernent la bouche ;
- dans la CMD n° 06 « *Affections du tube digestif* » si elles concernent l'intestin.

³ Le classement dans les CMD n°25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* » et n°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.

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 CIM 10, il y a donc davantage de « couples » dague-astérisque qui ne sont pas orientés dans la même CMD.

Signes et symptômes

Généralement, ces 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 n° 459, n° 460 et n° 461 : « *Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires* ».

2.1.2 Les actes

2.1.2.1 Caractéristiques des actes

Chaque acte classant, au sens de la classification des GHM, est affecté à une *caractéristique* d'actes permettant de répartir les actes classants dans des listes dont chacune est repérée par une dénomination. Ainsi, par exemple, toutes les « *craniotomies* » (dénomination) font partie d'une seule liste.

Une même *caractéristique* peut orienter dans différents GHM. Il en est ainsi des « *craniotomies* » ci-dessus qui concernent la CMD n° 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 trois GHM de « *craniotomies* », le « choix » entre les trois se faisant selon l'existence ou non d'un traumatisme et selon l'âge du malade (cf. le volume 2 du manuel des GHM, CMD n° 01 : GHM n° 001, n° 002 et n° 003).

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 « *craniotomie* », ne teste que la *caractéristique*.

Le fait qu'une même *caractéristique* peut être classante dans des GHM distincts d'une même CMD explique que la présence de certains actes peut paraître constituer un non-sens médical dans quelques GHM, mais cette présence est justifiée par le fait qu'il est plus simple d'affecter à un GHM « B » une liste d'actes déjà constituée pour le GHM « A », plutôt que d'élaborer une nouvelle liste spécifique pour le GHM « B » qui ne serait qu'un sous-ensemble de celle du GHM « A », n'en différant que par des détails.

Par ailleurs, et c'est même fréquent, un acte peut posséder plusieurs *caractéristiques* dans des CMD différentes. Plus un acte possède de *caractéristiques*, plus nombreux sont les GHM dans lesquels cet acte est classant.

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

- dans le GHM n° 113 des « *Interventions majeures sur le thorax* » de la CMD n° 04,

- dans les GHM n° 411/n° 412 des « *Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels* » de la CMD n° 10,
- dans les GHM n° 578/n° 581/n° 582 des « *Interventions majeures au cours des lymphomes, leucémies, affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » de la CMD n° 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.

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.

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 n° 06, les GHM n° 233 et n° 234 « *Autres interventions sur le tube digestif* » et n° 259, n° 260, n° 261 « *Autres affections digestives* » ont un indéniable caractère « fourre-tout ».

Les prototypes en sont les GHM n° 639 et n° 640 « *Autres interventions pour blessures ou complications d'actes* » de la CMD n° 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 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 meilleure⁴ que celle qui résulterait d'un codage correct.

Le choix des codes « très imprécis » s'est fait sur les critères discriminants de l'absence de pathologie (K92.9 « *Maladie du système digestif, sans précision* »), ou de l'absence de topographie (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 n° 669 « *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* » et n° 675 « *Autres facteurs influant sur l'état de santé* »

2.2 Les facteurs modulant 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 n° 01 « *Affections du système nerveux* », le classement dans l'un des deux GHM de craniotomie 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 n° 05, le classement dans un GHM d'infarctus se fait en recherchant les codes appropriés sur tous les diagnostics s'il n'y a pas d'acte classant opératoire,

- sur les diagnostics associés.

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 et morbidités associées (CMA)

2.2.2.1 Introduction

⁴ 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 ces GHM est d'une homogénéité médiocre puisqu'il est composé de cas peu fréquents et que le coût moyen de ces GHM est souvent plus élevé que celui d'autres GHM médicaux dont le contenu est plus standardisé.

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 en rassemblant « 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 ».

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 ».

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 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 orientés dans les versions antérieures. Par ailleurs, il représente une première étape vers une meilleure description des cas qui mobilisent des ressources importantes, comme une prise en charge (non programmée) dans un secteur de réanimation.

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 coûts⁵ qui ont permis d'individualiser, dans plusieurs CMD, des groupes « lourds » rassemblant des cas notablement plus coûteux en améliorant l'homogénéité des autres groupes.

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 et 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 :

1. 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 gastro-duodéal 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 gastro-entérologie.

⁵ 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. 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.

3. 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 la pathologie 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.

4. Le regroupement dans un même RSS de plusieurs RUM reprenant tout ou partie des informations médicales liées au séjour.

5. La volonté « d'alourdir » l'éventail des cas pour obtenir une allocation budgétaire plus élevée.

La création de listes d'exclusions veut être une réponse à l'ensemble des causes de surcodage.

Jusqu'à la version 2.3 de la classification des GHM, deux conditions étaient nécessaires pour qu'un RSS soit classé dans un GHM « avec CMA » :

- a) qu'un code appartenant à la liste des CMA soit mentionné comme diagnostic associé,
- b) qu'il existe un GHM « avec CMA » susceptible de recevoir le RSS, autrement dit que le code de CMA rencontre le test « existence d'une CMA ? » dans l'arbre de décision de la classification des GHM⁶.

À compter de la version 4 de la classification des GHM, une condition supplémentaire est nécessaire : que le DP du RSS n'exclue pas le caractère de CMA de la pathologie.

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 :

- on peut affirmer que tout diagnostic absent de cette liste ne peut jamais être une CMA,
- mais un diagnostic lui appartenant n'en est une que s'il existe un GHM *ad hoc* « avec CMA » (condition inchangée) **et si le DP n'exclut pas son caractère de CMA** (condition propre à la notion de listes d'exclusions).

Un code de CMA ne peut donc être considéré indépendamment de la liste des DP qui l'excluent. Avec ces 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 :

⁶ *A contrario*, par exemple, la mention d'une CMA sur le RSS d'une hospitalisation pour traitement d'un canal carpien est sans conséquence, le GHM n° 006 ne connaissant pas de subdivision « avec ou sans CMA ».

- 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. Ce sont les cathétérismes cardiaques, les coronarographies ou la radiologie interventionnelle endovasculaire (CMD n° 05), les explorations endoscopiques dans le cadre précis des antécédents d'affections malignes (CMD n° 17), certains actes dentaires (CMD n° 03), quelques actes obstétricaux (CMD n° 14) et certaines lithotrities depuis la version 4.5 de la classification des GHM (CM n° 24). Ces actes sont affectés d'un Y dans le CdAM 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 n° 5), les cathétérismes cardiaques et les coronarographies, actes classants non opératoires, subdivisent respectivement les remplacements valvulaires et les pontages coronaires en deux GHM : n° 152 et n° 153 d'une part, n° 154 et n° 155 d'autre part.

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 n° 3) selon la mention de certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (GHM n° 105),
- pour les endoscopies (hors CM n° 24) lorsque le DP est un antécédent d'affection maligne (CMD n° 17, GHM n° 594)...

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 901. 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 CM n° 24 « Séances et séjours de moins de 24 heures », 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 (loco-régionale 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 moins de 24 heures, quand ils sont pratiqués pour des actes qui ne font partie d'aucune liste d'actes opératoires.

2.2.4 Mode de sortie

Dans l'arbre de décision de la CMD n° 22 « *Brûlures* », le premier test réalisé ne concerne pas la mention, dans le RSS, d'un acte opératoire ; il est effectué sur la valeur affectée au code de mode de sortie : le patient a-t-il été transféré dans un autre établissement ?

Plusieurs GHM de la classification comportent, dans leur intitulé, la notion de décès ou de transfert : on les trouve dans les CMD n° 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* », n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » et n° 22 « *Brûlures* ».

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.

Pour les transferts et les décès intervenant dans un délai de moins de 24 heures, il existe deux groupes spécifiques dans la CM n° 24.

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 n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » et dans la CMD n° 22 « *Brûlures* », pour les GHM spécifiques des patients transférés.

2.3 Catégories majeures particulières

2.3.1 La CMD n°14

La CMD n° 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 pathologie 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 DA, puis en 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 actes 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 CMD n°15

La CMD n°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 suffit d'avoir codé un diagnostic hors de cette liste (et par ailleurs hors de celle des autres 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 n° 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* », orientent le RSS dans la CMD n° 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 orientés dans les GHM n° 669 « *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* » ou n° 675 « *Autres facteurs influant sur l'état de santé* » de la CMD n° 23, qu'ils aient un DP du chapitre des affections périnatales ou de la liste des anomalies congénitales orientant dans la CMD n° 15.

- Les RSS correspondant à des nourrissons âgés de 29 à 120 jours sont orientés dans un seul groupe (GHM n° 861) qui devrait correspondre à des suites d'hospitalisation pour lesquelles le DP fait encore référence à un problème de périnatalité.
- Il existe un groupe (GHM n° 862) 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 6 000 grammes orientent le RSS dans le groupe erreur n° 903 « *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 modifiés⁷. 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 aura 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.

2.3.3 La catégorie majeure n° 24

Rappelons que la catégorie majeure n° 24 (CM n° 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 n° 24 avait pris la dénomination de « *Séances et séjours d'un jour* ». Dans la version 2, le critère « séjour de moins de 24 heures » remplace l'égalité entre les dates d'entrée et de sortie.

Dans la version 4 de la classification des GHM, le test « < 24 heures » est supprimé, la qualité de cette information étant insuffisante.

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

⁷ La méthodologie utilisée pour ces modifications est exposée dans le chapitre consacré aux nouveautés de la version 7 de la classification des GHM.

- la mention d'un nombre de séances supérieur à zéro,
- ou celle d'un séjour de durée inférieure à une journée, repéré par une date de sortie égale à la date d'entrée.

La recherche d'un critère d'orientation dans la CM n° 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 n° 24 s'il répond à l'un des deux critères énoncés.

Il importe de ne pas perdre de vue que la CM n° 24 telle qu'elle se présente aujourd'hui n'est pas « le dernier mot » en matière de description de l'activité hospitalière de type ambulatoire. Les travaux en vue de l'élaboration d'une véritable classification de celle-ci continuent. Ils devraient déboucher sur un algorithme spécifique aux séjours de moins de 24 heures (voire 48 ou 72), destiné à être également utilisable, le cas échéant, pour le traitement de données issues d'un recueil de soins externes.

Dans les versions précédentes 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 « séance » des motifs de recours aux soins qui ne peuvent être pratiqués qu'en séance même si la zone séance est à blanc, égale à zéro ou à un. Pour plus de détails, voir le point 4.6.7.

2.3.4 Les catégories majeures n° 25 à n° 27

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

CMD n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* »

CMD n° 26 « *Traumatismes multiples graves* »

CM n° 27 « *Transplantations d'organes* »

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

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

Remarque : l'appellation « diagnostic relié à une affection à VIH » a été remplacée par un « 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 RAPPELS UTILES ET CONSIGNES

Dans le volume 1 du manuel des GHM de la version 6 de la classification des GHM (BO n° 2000/2 bis), un certain nombre de définitions concernant des nouveautés, des règles de codage et de consignes de production des résumés de sortie avaient été élaborées.

En attendant la parution d'un guide méthodologique (mise à jour ou refonte), il paraît utile de les faire figurer dans ce manuel avec les modifications éventuelles depuis leur dernière parution.

3.1 Définitions des diagnostics associés : DAS et DAD

L'additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, paru au BO n° 96/13 bis, énonce une définition des diagnostics associés qui n'apporte aucune limitation au recueil de cette information puisqu'ils peuvent être « *une pathologie associée au diagnostic principal, une complication de celui-ci ou de son traitement* » et que, par ailleurs, la « *notion de pathologie active, significative ou modifiant la prise en charge est étrangère à la définition du DA dans le champ des soins de courte durée* ».

L'analyse des DA sur les bases de données a montré que cette définition est probablement à l'origine d'une grande disparité du nombre de DA par RSA (des seuls « diagnostics classants », à la totalité des diagnostics, symptômes et autres motifs de recours du dossier médical informatisé). Cet état de fait présente deux types d'inconvénients :

- l'impossibilité de connaître l'étendue des diagnostics « manquants » alors qu'ils pourraient expliquer un effort de soins ou une consommation de ressources (qu'il s'agisse d'une mesure des coûts ou des durées de séjour) d'une part,
- l'impossibilité de repérer, parmi les diagnostics « présents », ceux qui n'ont eu aucune conséquence médico-économique sur le séjour d'autre part.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de réaliser des analyses destinées à valoriser les GHM en points ISA ou de faire évoluer la classification des GHM, ou encore de tenter de comprendre quelles sont les autres pathologies prises en charge au cours du séjour, le manque de précision dans la définition des diagnostics associés du résumé de sortie du PMSI est devenu pénalisant.

Afin de pallier cette insuffisance, tout en permettant au résumé de sortie du PMSI de conserver son intérêt comme support d'information exploitable à des fins autres que celles de l'allocation de ressources, les diagnostics associés sont désormais déclinés en deux catégories : les diagnostics associés nécessaires au classement du séjour dits « diagnostics associés significatifs » (**DAS**) et les diagnostics associés à visée documentaire (**DAD**). Il s'agit, en fait, de ne plus rendre étrangère la notion de pathologie « active », « significative » ou « modifiant la prise en charge » à la définition des diagnostics associés significatifs, et de permettre le recueil des autres diagnostics associés dans une zone dite « documentaire ».

Si l'on devait ne donner qu'une définition synthétique de ces deux catégories de diagnostics associés, on pourrait dire que les **DAS qualifient le séjour du patient** et que les **DAD ne qualifient que le patient**. La seule définition qu'il convient de bien cerner est

celle des **DAS**, puisque tous les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours ne correspondant pas à cette définition, seront des **DAD**.

Les diagnostics associés nécessaires à la classification, dits diagnostics associés significatifs (DAS) sont en fait les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins ou de la consommation de ressources.

Afin de garder une cohérence entre les différents champs du PMSI, c'est la définition des diagnostics associés significatifs du PMSI en SSR⁸ qui est reprise dans le champ du court séjour, puisqu'elle correspond tout à fait aux DA qui doivent être retenus dans le champ des **DAS**.

Est considérée comme significative toute morbidité associée ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours du séjour, dans le cadre d'une :

- affection nouvelle ;
- évolution d'une affection connue ;
- décompensation d'une altération organique connue ;
- affection aiguë intercurrente ;
- affection chronique en cours de traitement.

Ne doivent pas être retenues comme significatives les affections ne répondant pas aux critères du DAS comme par exemple les antécédents guéris ou les maladies stabilisées ne justifiant d'aucune prise en charge, mais également les symptômes ou les résultats anormaux d'examen appartenant à une maladie codée par ailleurs.

Les **DAD** qui semblaient limités aux seuls diagnostics dans la première définition, sont, dans la version 7 de la classification des GHM, élargis aux « données associées documentaires » puisque aucun contrôle n'est effectué sur les codes qui figurent dans cette zone. Il peut donc s'agir d'actes (pour coder des antécédents chirurgicaux) ou toute autre information, que ce soient des codes « officiels » ou n'importe quel autre système de codage non connu du PMSI.

3.2 Définition du diagnostic relié

Depuis le premier janvier 2000, le RUM offre la possibilité d'indiquer en plus du diagnostic principal un diagnostic qualifié de relié (DR). Le précédent manuel des GHM (BO n° 2000/2 bis) en donnait la définition et précisait qu'il s'agissait d'une notion expérimentale : « La première année de recueil de cette information sera... une année au cours de laquelle, à la faveur de remarques éventuelles des utilisateurs, la définition du diagnostic relié pourra être affinée avant d'être stabilisée » (volume 1, présentation générale page 33). L'expérimentation a finalement bénéficié d'une durée de deux ans du fait de l'absence de nouvelle version de la classification des GHM au premier janvier 2001.

Au cours de ces deux années, les critiques émises et les questions posées par les établissements ont permis de prendre connaissance des difficultés rencontrées, de faire progresser la réflexion du PERNNS sur le diagnostic relié et de préciser sa définition. Cette évolution est lisible dans les documents officiels et dans les réponses faites aux questions

⁸ Soins de suite ou de réadaptation.

des établissements. Mais on connaissait ainsi les difficultés des seuls utilisateurs qui avaient pris contact avec le PERNNS. Pour disposer des remarques du plus grand nombre possible, un questionnaire a été envoyé au printemps 2001 à l'ensemble des établissements publics et privés.

Par ailleurs, les travaux sur l'algorithme dit d'effeuillage progressif (EfP), utilisant les bases de données nationales (celle des RSA et celle de l'étude de coûts), ont permis de se faire une idée plus précise de l'utilité potentielle du diagnostic relié pour le classement en GHM, c'est-à-dire pour la discrimination des hospitalisations, en termes de consommation de ressources. Certaines hypothèses initiales n'ont pas été confirmées.

Les conditions d'enregistrement d'un diagnostic relié énoncées ci-dessous résultent de l'ensemble de ces éléments. Elles simplifient notablement la notion de DR, mais celui-ci est ainsi apte à remplir le seul rôle qui lui incombe : en association avec le DP, rendre compte de **la prise en charge** (en termes médico-économiques) lorsque le premier seul n'y suffit pas.

Les GHM n° 838 *Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire* et n° 839 *Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire* créés dans la version 6 de la classification des GHM illustrent ce rôle. En l'absence de DR les RSS concernés seraient classés dans le groupe (volontiers dit « fourre-tout ») n° 823. Le DR permet de distinguer des prises en charges bien caractérisées, aux effectifs importants.

Plusieurs réponses à l'enquête ont exprimé que les affections indiquées à tort comme DR devraient être automatiquement transformées en diagnostics associés significatifs. Cette demande témoigne d'une confusion entre la notion de diagnostic associé et celle de DR. Le premier correspond à **une affection supplémentaire**, venant **en sus** du DP, le compliquant ou compliquant son traitement⁹, alors que le second est **une information**, une précision **qui fait partie du DP**. Lorsqu'il existe, c'est le couple DP-DR qui correspond à la notion de « diagnostic principal ». DR et diagnostic associé sont des entités de sens tout à fait différent.

A partir de la version 7 de la classification des GHM, il n'y a lieu de mentionner un diagnostic relié dans le résumé d'unité médicale que lorsque le diagnostic principal est codé avec le chapitre XXI de la CIM (codes Z).

Les autres circonstances qui avaient été expérimentées en 2000 et 2001 n'ont pas fait la preuve de leur utilité au regard du rôle dévolu au DR :

- lorsque le DP est une métastase cancéreuse, il n'y a plus lieu d'indiquer la tumeur primitive comme DR ;
- lorsque le DP est un code *astérisque*, il n'y a plus lieu d'indiquer le code *dague* correspondant comme DR ;
- lorsque la prise en charge concerne un symptôme particulier (ascite, douleur...) d'une maladie chronique, il n'y a plus lieu d'indiquer celle-ci (cirrhose, cancer...) comme DR.

Dans ces cas, la tumeur primitive, le code *dague* ou la maladie chronique peuvent être enregistrés comme des diagnostics associés significatifs (DAS), conformément à la définition de celui-ci.

⁹ Guide méthodologique (BO n° 96/13 bis) page 45.

Le diagnostic relié est une maladie chronique ou de longue durée.

Il s'agit d'un point essentiel de sa définition qui reste inchangé. Le DR ne peut pas être une maladie aiguë. En effet, ou bien celle-ci est présente lors du séjour et elle est alors le DP (si elle a mobilisé tout ou l'essentiel de l'effort de soins) ou un DAS si une autre affection a le rang de DP ; ou bien il s'agit d'un antécédent et, n'existant plus, elle ne doit pas figurer comme DR.

Seule une affection présente (active) au moment du séjour peut être mentionnée comme DR.

Ce point ne constitue pas non plus un changement par rapport aux deux années passées : un antécédent, au sens d'une affection antérieure guérie, n'est jamais un DR. Un antécédent familial non plus.

Il résulte de ce principe qu'en cas de séjour conclu par une suspicion non confirmée d'une affection, celle-ci ne peut jamais être codée comme DR. Par exemple, dans le cas, d'une suspicion non confirmée de maladie de Horton, un codage associant Z03.8 en DP et M31.6 en DR serait inadmissible.¹⁰.

On rappelle à cette occasion le codage des situations de surveillance (dites de « bilan ») négative justifiées par des antécédents personnels ou familiaux classés dans le chapitre XXI de la CIM. Il serait erroné d'enregistrer ces cas par l'association de deux codes Z : un code de « bilan » (par exemple Z04.8) et le code de l'antécédent (par exemple Z80.0). Seul l'antécédent doit être codé, comme DP, conformément au guide méthodologique (BO n° 96/13 bis, chapitre IV, paragraphe 1.12 pages 55-56). Le raisonnement est identique pour la surveillance de certains états classés dans le même chapitre XXI : par exemple, le DP d'un bilan de greffe sans fait nouveau doit être codé avec la catégorie Z94.

Dire que la question d'un DR ne se pose que lorsque le DP est un code Z ne signifie pas que l'indication d'un DR est obligatoire chaque fois que le DP est un code Z. Une attitude systématique serait forcément incompatible avec le respect de la définition qui vient d'être donnée et le principe de non confusion entre DR et DAS.

Du fait que la question d'un DR ne se pose que lorsque le DP est un code Z, on ne doit pas non plus déduire que le DR sera systématiquement utilisé pour le classement en GHM. En d'autres termes, on ne doit pas en conclure qu'un couple « DP code Z – DR » sera toujours classant. La présente version de la classification ne connaît pas de changement par rapport à la précédente : seuls les GHM n° 838 et n° 839 utilisent le DR. Mais cette utilisation devrait se développer peu à peu, selon les observations qui seront faites sur les bases de données, le recueil du DR étant généralisé et stabilisé.

3.3 Règles de codage CIM 10

3.3.1 Introduction

¹⁰ Il ne faut voir là qu'un exemple fabriqué pour illustrer un mauvais emploi du DR ; celui de Z03.8 comme DP serait aussi erroné : au regard du guide méthodologique (BO n° 96/13 bis, chapitre III p. 36, situation 1.2.1.2, et chapitre IV p. 50-51, paragraphe 1.4) ce sont les céphalées ou le syndrome inflammatoire, par exemple, qui devraient figurer comme DP d'un tel séjour, non Z03.8.

Le PERNNS est régulièrement sollicité pour des problèmes de codage dont certains sont extrêmement récurrents. Ils sont, en général, la preuve que la synthèse des règles d'utilisation de la CIM avec celles du choix du DP dans le guide méthodologique du PMSI (BO n° 96/13 bis) peut créer quelques difficultés qui sont à l'origine de divergences parfois importantes dans les pratiques de codage.

Il est donc apparu utile d'inscrire dans le manuel des GHM des consignes de codage pour les problèmes le plus souvent rencontrés. Elles s'appuient sur les réponses qui ont pu être faites par le PERNNS, mais elles résultent aussi d'une réflexion supplémentaire rendue nécessaire par le constat de quelques divergences quand on analyse des réponses faites au fil du temps (comme par exemple le codage d'une naissance par césarienne pour un nouveau-né normal). Ces règles cherchent à rester proches de celles de l'OMS qui figurent dans le volume 2 de la CIM, avec pour objectif une interprétation unique des possibilités offertes.

3.3.2 Les séquelles

La CIM définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28).

Elle précise (ib. page 101) : « Si un épisode de soins se rapporte au traitement ou aux examens entrepris pour une affection résiduelle (séquelle) d'une maladie qui n'existe plus, on décrira la nature de la séquelle de manière exhaustive et on en donnera l'origine... ».

Page 106 : « La CIM fournit un certain nombre de catégories intitulées « Séquelles de... » (B90-B94, E64. -, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89). Celles-ci peuvent être utilisées, pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins, comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour « affection principale » doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code « Séquelles de... » ».

Le mot « séquelle » pose donc deux questions : celle de sa définition pour l'OMS (en d'autres termes : quand employer un code de séquelle ?) et celle des règles d'emploi des codes correspondants : comment employer les codes de séquelle ?).

3.3.2.1 Quand employer un code de séquelle ?

Des notes figurent dans la table analytique (volume 1) sous les titres des groupes ou catégories B90-B94, G09, I69, T90-T98 et Y85-Y89, qui complètent les définitions du volume 2. Finalement, doivent être considérés et codés comme des séquelles :

- « les états précisés comme tels », c'est-à-dire les situations dans lesquelles l'information à coder contient explicitement le terme « séquelle »,
- en l'absence de la mention explicite de séquelle, « il suffit... que l'affection causale soit décrite comme étant « ancienne », « stabilisée », etc.¹¹ ou que les affections résultantes soient décrites comme « complications tardives de... ». Il n'y a pas d'intervalle de temps minimum » (volume 2 page 106).

¹¹ Page 75 du volume 2 sont aussi indiqués les termes « guérie », « inactive », « latente ».

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes concernant certaines rubriques : G09, I69, T90-T98, Y85-Y89. Il n'y a pas lieu d'en tenir compte : il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué à la page 75 du volume 2 : « pour certaines affections, les décès se produisant un an ou plus après le début de la maladie ou du traumatisme sont supposés être dus à une séquelle ou à un effet tardif de l'affection, bien qu'aucune séquelle ne soit explicitement indiquée ». Sont donc concernées des situations dans lesquelles il n'est pas reconnu d'autre cause au décès.

En conclusion, la notion de séquelle peut être retenue et codée :

- chaque fois qu'elle est explicitement mentionnée ;
- et, dans les autres cas, lorsqu'une atteinte est désignée comme effet, conséquence ou complication (précisé ou non « tardif ») d'une affection qualifiée d'ancienne, de stabilisée, de guérie ou par un autre terme d'acception équivalente, quel que soit le délai écoulé depuis son début.

L'exemple 17 donné page 106 du volume 2 de la CIM témoigne de la souplesse d'emploi des codes de séquelles et de l'absence de signification du délai d'un an en morbidité.

La CIM donne ainsi aux gestionnaires de l'information médicale les éléments nécessaires pour choisir entre le codage d'une maladie présente ou d'un état séquellaire. Il n'en reste pas moins souhaitable qu'ils recourent autant que de besoin à l'aide du médecin ayant donné les soins au malade et qu'ils sensibilisent leurs confrères cliniciens à l'utilisation appropriée de la notion de séquelle.

3.3.2.2 *Comment employer les codes de séquelles ?*

On comprendra les codes de séquelles comme étant de sens étiologique, et on donnera la priorité au code qui correspond à leur nature. Compte tenu de la restriction de la définition du diagnostic relié intervenue avec la version 7 de la classification des GHM, le code « étiologique » sera mentionné comme un DAS.

Exemples :

« Salpingite tuberculeuse il y a dix ans, responsable d'une stérilité » : on codera d'abord la stérilité et on lui associera la séquelle de tuberculose : N97.1, B90.1,

« Monoplégie d'un membre inférieur séquellaire d'une poliomyélite » : on codera d'abord la monoplégie et on lui associera la séquelle de poliomyélite : G83.1, B91

« Épilepsie généralisée séquellaire d'un infarctus cérébral » : on codera d'abord l'épilepsie et on lui associera la séquelle d'infarctus cérébral : G40.3, I69.3.

Les catégories Y85-Y89 (chapitre XX) permettent de coder l'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser chaque fois que l'information nécessaire existe.

Exemple :

Épilepsie généralisée séquellaire d'un traumatisme intracrânien dû à un accident de voiture : le codage associe G40.3, T90.5 et Y85.0.

3.3.3 Les complications des actes médico-chirurgicaux

Pour leur codage, on utilise aujourd'hui le plus souvent le groupe T80-T88 « Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs ». Par exemple, il est habituel de voir coder T80.1 une phlébite superficielle d'un membre supérieur due à une perfusion, T81.0 une hémorragie postopératoire, T81.4 un abcès pariétal ou une autre infection postopératoire, T84.8 une phlébothrombose profonde après mise en place d'une prothèse articulaire ou de matériel d'ostéosynthèse, etc.

Lorsque la complication a mobilisé la totalité ou l'essentiel des soins, le code du groupe T80-T88 est employé seul, ou bien associé à un code d'un autre chapitre correspondant plus précisément à la nature de la complication. Cela dépend aujourd'hui de la précision du code T et des habitudes du codeur.

Le volume 2 de la CIM présente pages 107-108 les rubriques destinées au codage des complications des actes médico-chirurgicaux : « Il existe dans le chapitre XIX (T80-T88) des catégories pour certaines complications liées à des actes chirurgicaux et à d'autres actes, par exemple : infections d'une plaie chirurgicale, complications mécaniques d'implants, choc, etc. La plupart des chapitres relatifs aux divers systèmes, appareils et organes contiennent également des catégories pour les accidents qui sont soit des conséquences d'actes et de techniques particuliers, soit le résultat de l'ablation d'un organe, par exemple, syndrome de lymphœdème post-mastectomie, hypothyroïdie après irradiation. Certaines affections (par exemple pneumopathie, embolie pulmonaire) qui peuvent apparaître dans la période qui suit un acte médical ou chirurgical ne sont pas considérées comme des entités particulières et sont, de ce fait, classées de la façon habituelle... ».

Les recommandations qui suivent s'appuient :

- sur la recommandation donnée page 105 du volume 2 : « Il est recommandé, pour les traumatismes et autres affections dues à des causes externes, de coder tant la nature de l'affection que les circonstances de la cause externe. Le code préféré pour « l'affection principale » devrait être celui qui désigne la nature de l'affection ».

- et sur la règle MB4 pour le choix de l'affection principale (ib. page 109) : « Lorsque le diagnostic enregistré comme « affection principale » décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme « affection principale », si cela n'entraîne pas une perte d'information ».

3.3.3.1 Les codes du groupe T80-T88

Ils doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication¹².

Des sous-catégories telles que « *Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* » (T80 .0) ou « *Choc anaphylactique dû au sérum* » (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les sous-catégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4,

¹² Rappel du titre du groupe : « complications de soins chirurgicaux et médicaux, **non classées ailleurs** ».

T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables. Il n'existe pas d'autre code dans la CIM qui permettrait d'enregistrer une information aussi complète plus précise.

Exemples :

- Déplacement d'une électrode de stimulation cardiaque : T82.1
- Luxation d'une prothèse de hanche : T84.0
- Névrome sur moignon d'amputation de jambe : T87.3

En revanche, plusieurs sous-catégories sont imprécises. Il s'agit notamment de T80.2, T81.4, T83.5 et T83.6, T84.5 à T84.7, T88.0 et T88.1, T88.7 et toutes les sous-catégories de la forme T8-.8¹³. On leur préférera chaque fois que possible un codage selon la nature de la complication et, si possible, on enregistrera la circonstance iatrogénique en associant un code du chapitre XX¹⁴.

Exemples :

- Phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, Y84.8
- Septicémie à staphylocoque consécutive à une perfusion : A41.2, Y64.0
- Hémorragie après extractions dentaires : K08.8, Y83.6
- Abscess de paroi après appendicectomie : L02.2, Y83.6
- Abscess sous-phrénique après cholécystectomie : K65.0, Y83.6
- Thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoro-poplité : I74.3, Y83.1

Remarque : la mention d'un code du groupe T80-T88 comme diagnostic associé significatif, en complément de celui de la complication (par exemple « abscess de paroi après cholécystectomie : L02.2, T81.4 ») est redondante mais n'a pas lieu d'être interdite pour le moment car certains d'entre eux sont des CMA. En effet :

- d'une part, pour le codage des complications des actes médico-chirurgicaux, l'index alphabétique de la CIM renvoie aujourd'hui aux codes du groupe T80-T88, y compris à ceux qui sont imprécis; imposer les règles de codage présentées ci-dessus nécessite que l'index alphabétique soit au préalable modifié en conséquence ;
- d'autre part, les codes du chapitre XX de la CIM sont actuellement ignorés par l'algorithme de classement en GHM. Leur prise en compte nécessiterait de leur accorder les *caractéristiques* classantes des codes T. Cela demande des travaux particuliers, non encore faits.

En conséquence, les recommandations ci-dessus visent à promouvoir les bonnes règles de codage des complications des actes médico-chirurgicaux. Elles sont en accord avec les préconisations de la CIM et sont garantes, en termes de classement en GHM, d'une orientation des RSS conforme aux motifs de prise en charge.

Par exemple, une endocardite sur prothèse valvulaire codée I33.0¹⁵ oriente dans la CMD n° 5 des affections de l'appareil circulatoire alors que T82.6 oriente dans la CMD n° 21 « Traumatismes, allergie et empoisonnement ».

¹³ Les sous-catégories T8-.9 ne sont pas acceptables et sont interdites comme diagnostic principal.

¹⁴ S'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage peut être chaque fois complété par Y95.

¹⁵ Complétée par Y83.1.

3.3.3.2 Les catégories « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs »

Les sous-catégories contiennent habituellement une manifestation précise et son étiologie.

Exemples :

- Lymphœdème après mastectomie : I97.2
- Insuffisance pulmonaire aiguë après intervention chirurgicale thoracique : J95.1¹⁶

Mais celles codées .8 et .9 telles que « *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* » (I97.8) et « *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* » (J95.8) sont regroupantes et imprécises. Leur usage doit être évité. Une information orientant vers la sous-catégorie .9 doit faire rechercher davantage de précision. La sous-catégorie .8 ne doit pas être utilisée pour classer indifféremment les complications touchant l'appareil concerné, absentes des sous-catégories qui les précèdent : il faut préférer les codes « habituels » de la CIM¹⁷. Si possible, l'enregistrement associé des circonstances iatrogéniques au moyen du chapitre XX est également recommandé. Voir les exemples du point ci-après.

Remarque : la mention d'un code du groupe T80-T88 comme diagnostic associé significatif, en complément de celui d'une catégorie « *Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée...* » est également redondante mais n'a pas lieu d'être interdite pour le moment.

3.3.3.3 Les codes « habituels » de la CIM

Le volume 2 désigne ainsi les autres codes des chapitres I à XIX. On les emploiera de préférence à un code T imprécis ou à un code .8 d'une catégorie « *Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée...* ».

Les affections qui correspondent à ces codes peuvent compliquer un acte médico-chirurgical, mais elles sont aussi susceptibles d'apparaître indépendamment de tout contexte iatrogénique. La CIM donne pour exemples : pneumopathie, embolie pulmonaire. On peut ajouter : anémie, infection urinaire, ulcère gastroduodénal « de stress », etc.

Toutefois, ces codes correspondent à la seule nature de la complication : utilisés isolément, ils laissent dans l'ignorance de son origine iatrogénique. Seul l'emploi du chapitre XX permet d'enregistrer celle-ci.

Exemples :

- Pneumonie postopératoire : J18.9 (non J95.8), Y83.-
- Ulcère gastrique « de stress » postopératoire : K25.3 (non K91.8), Y83.-
- Infarctus du myocarde postopératoire : I21.- (non I97.8), Y83.-

¹⁶ On en rapprochera les complications d'actes classées dans le chapitre XV « Grossesse, accouchement et puerpéralité » : quatrièmes caractères des catégories O03-O06 et O08 pour les avortements, catégories O29, O74... Leur emploi s'impose pour le dossier de la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpéralité. Par exemple : « suppuration d'une cicatrice de césarienne : O86.0 ». Ils peuvent être complétés avec le chapitre XX.

¹⁷ Rappel du titre : « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, **non classées ailleurs** ».

3.3.3.4 Conclusion à propos du codage des complications

Les complications des actes médicaux et chirurgicaux doivent faire appel chaque fois que possible à un codage :

- en manifestation (nature de la complication) et en étiologie (circonstances d'origine),
- fournissant la meilleure précision possible pour la manifestation.

Cette double exigence peut, dans certains cas, être satisfaite par l'emploi d'un code unique : code T (à l'exclusion des codes imprécis) ou code d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... » (à l'exclusion des subdivisions .8 et .9). Si le système d'information le permet, on aura avantage à utiliser les codes du chapitre XX à titre complémentaire¹⁸.

Dans les autres cas, il faut utiliser les autres codes des chapitres I à XIX (les « codes habituels ») de la CIM. Ils codent la nature de la complication, et son origine iatrogénique ne peut être enregistrée qu'au moyen du chapitre XX.

Exemples :

- Éviscération après cholécystectomie : T81.3, Y83.6
- Insuffisance respiratoire aiguë après pneumonectomie : J95.1, Y83.6
- Abscès par perforation du sigmoïde lors d'une coloscopie : K65.0, Y60.4

Dans les cas de complications infectieuses, il est recommandé de coder le germe avec les catégories B95-B96.

Exemples :

- Cystite à colibacille postopératoire : N30.0, B96.2, Y83.-
- Abscès de paroi à staphylocoque doré après appendicectomie : L02.2, B95.6, Y83.6
- Suppuration à staphylocoque d'une cicatrice de césarienne : O86.0, B95.8, Y83.8

Rappel : les codes du chapitre XX et ceux des catégories B95-B97 ne peuvent pas être utilisés pour le diagnostic principal.

Suivre ou non les recommandations concernant l'emploi du chapitre XX reste sans conséquence au regard de la classification des GHM puisque ces codes ne sont toujours pas utilisés dans le processus algorithmique. Aujourd'hui, elles s'inscrivent dans le cadre plus large de la médicalisation des systèmes d'information, dont l'utilisation ne se limite plus à l'obtention de l'éventail des cas aux fins d'allocation des ressources. Pour l'avenir, elles permettent d'envisager une éventuelle prise en compte des codes du chapitre XX dans l'algorithme des classifications médico-économiques.

3.3.4 Codage des intoxications par les médicaments

La définition du diagnostic principal est souvent utilisée pour justifier le codage du symptôme engendré par une intoxication médicamenteuse volontaire, au lieu d'employer son code T (T36-T50).

¹⁸ Rappel : s'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage peut être chaque fois complété par Y95.

Le « coma » (terme sans doute employé de manière générique pour les troubles de la conscience classés dans la catégorie R40) après prise de psychotrope en est un exemple fréquent. Il est souvent avancé que « c'est le coma qui a mobilisé l'essentiel des soins » pour le coder comme diagnostic principal, l'intoxication (le code T) étant mentionnée comme diagnostic associé. Le résultat est le classement du RSS dans le GHM n° 027 « *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique* ».

Cette attitude est erronée : d'une part, le symptôme R40.- n'a pas à être choisi pour diagnostic principal alors que sa cause, l'intoxication, est diagnostiquée, d'autre part le contenu du GHM n° 027 correspond à des affections dont la cause est ignorée. Ainsi :

- pour une intoxication volontaire par prise de Digoxine à l'origine d'une bradycardie, le DP n'est pas celle-ci mais l'intoxication dont la bradycardie est un symptôme normal ;
- de même, pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine de troubles de la conscience, le DP est l'intoxication par le produit.

En effet, les codes T d'intoxication incluent les effets des produits utilisés. En témoignent :

- les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36-T50 à la page 1042 du volume 1 de la CIM. Elles distinguent clairement deux situations, l'une de prise erronée ou avec surdosage, l'autre « d'effets indésirables de la substance appropriée administrée correctement ». Seule la seconde, c'est-à-dire l'usage thérapeutique, doit être codée selon la nature de l'effet ; la première renvoie aux codes T36-T50 ;
- l'index alphabétique qui, pour l'**effet** d'un médicament pris par erreur ou avec un surdosage renvoie aux codes T : à T50.9 pour « médicament » sans précision, et à la table des effets nocifs si la substance est précisée ;
- les catégories T51 à T78 destinées aux produits non médicamenteux dont les intitulés précisent « Effet(s) de... ».

On observera néanmoins que ces dernières excluent les brûlures et les corrosions et certains « effets toxiques localisés classés ailleurs » (cf. notamment les notes d'exclusion sous les intitulés du groupe T51-T65 et des catégories T66 et T67).

Ce qui vient d'être dit à propos des intoxications volontaires vaut également pour les intoxications accidentelles. Elles utilisent de façon identique les codes des catégories T36 à T50. Un code associé du chapitre XX de la CIM permet d'enregistrer la distinction entre les deux circonstances.

En revanche, comme il est écrit dans les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36-T50 à la page 1042 du volume 1 de la CIM, les effets indésirables d'une « substance appropriée administrée correctement » doivent être codés selon la nature de l'effet. Dans ce cas, sa nature iatrogénique ne peut être codée que si l'on emploie le chapitre XX.

Les codes T36 à T50 doivent toujours être employés pour les intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires, jamais pour les effets secondaires des médicaments correctement administrés. Quant aux premières, un code du chapitre XX permet de distinguer les deux circonstances. Quant aux derniers, il est impossible d'enregistrer leur origine iatrogénique sans utiliser le chapitre XX.

Le mot « surdosage » est parfois à l'origine de difficultés. Par « substance appropriée administrée correctement », on entendra le respect de la prescription médicamenteuse, notamment de sa posologie. Le langage médical courant utilise parfois le mot surdosage par exemple lorsqu'une prise d'anticoagulant est responsable d'une chute du taux de prothrombine en dessous du seuil thérapeutique ou lorsqu'un autre traitement a pour conséquence une concentration sanguine du produit concerné supérieure au taux thérapeutique admis (digoxinémie, lithémie...). De tels cas, lorsque la posologie prescrite a été respectée, doivent être classés comme des effets indésirables et leur codage ne doit pas utiliser les codes T.

3.3.5 Codage des antécédents

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM 10 des catégories (Z80 à Z92) permettant de coder explicitement la notion d'antécédents.

On notera que les pathologies qui entraînent habituellement des séquelles font partie des exclusions de ces catégories.

Exemples :

- Z86.1 « *Antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires* » exclut les séquelles de maladies infectieuses et parasitaires.
- Z86.7 « *Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire* » exclut l'infarctus ancien, les séquelles de maladies cérébro-vasculaires et le syndrome post-infarctus.

Le seul problème que pose l'utilisation de ces catégories d'antécédents, en général, et d'antécédents personnels, en particulier, est celui de la définition du terme « antécédent ».

On retient comme définition le fait qu'il s'agit d'une affection ancienne n'existant plus au moment du séjour concerné par le recueil d'information. Dès lors, le problème ne se limite plus qu'aux antécédents personnels de tumeur maligne.

C'est, en effet, pour ces affections que la question se pose : à partir de quand un cancer peut-il être considéré comme un antécédent ?

Faute de la production, par les spécialistes, d'un document répertoriant, pour les principaux cancers, la durée à partir de laquelle une rémission peut faire considérer une tumeur comme un antécédent, nombre de codeurs se réfèrent au délai de cinq ans.

Cette notion est de tradition purement orale. Elle n'a jamais figuré dans aucun document officiel et elle est médicalement erronée puisque la durée à partir de laquelle une rémission autorise à parler d'antécédent de cancer varie, en fonction notamment de l'organe atteint.

Il est donc déconseillé de se référer à ce délai. Le choix entre « cancer » et « antécédent de cancer » est d'abord une question médicale, il n'est jamais le choix d'un

codeur au vu d'informations du type « cancer datant de 3 ans » ou « cancer datant de 10 ans ». Si un clinicien estime qu'un cancer « extirpé chirurgicalement dans sa totalité » est devenu un antécédent, il faut le coder avec la catégorie Z85 de la CIM. S'il considère, au contraire, qu'il est trop tôt pour parler d'antécédent, il faut l'enregistrer comme présent au moyen du code adapté du chapitre II de la CIM.

3.3.6 Utilisation des codes P00 à P04.- Chapitre XVI de la CIM 10

Une note d'inclusion placée sous le titre du groupe P00-P04 « *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* » (CIM, volume 1, chapitre XVI) fixe des conditions très restrictives à l'emploi de ces codes : ce groupe « comprend les affections maternelles mentionnées seulement si elles sont précisées comme étant la cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né ».

Il est apparu que cette contrainte empêchait de recueillir des informations nécessaires pour expliquer les consommations de ressources inhabituelles de certains séjours de nouveau-nés.

Par exemple, dans le cas d'une naissance par césarienne, un nouveau-né en parfaite santé voit sa durée de séjour augmentée du seul fait de la prolongation de l'hospitalisation de sa mère. Si on allègue la contrainte ci-dessus pour ne pas employer le code P03.4, aucune information du résumé de sortie du nouveau-né n'explique l'allongement du séjour.

En conséquence, il faut étendre l'utilisation des codes P00-P04 aux circonstances dans lesquelles les états mentionnés ont été cause de mortalité, de morbidité **ou de soins supplémentaires** au nouveau-né.

Par ailleurs, on constate une large utilisation des codes du chapitre XVI pour des nouveau-nés dont les autres caractéristiques du séjour ne permettent pas de penser qu'il s'agit d'un nouveau-né « à problème ». Il s'agit probablement, dans certains cas, d'une utilisation de type « documentaire ». Il est particulièrement important, compte tenu de l'arbre de décision de la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » que les codes retenus pour décrire un nouveau-né (et pas seulement son séjour) soient enregistrés correctement comme DAS en respectant leur définition.

Cette réflexion s'applique également à l'ensemble des codes des autres chapitres utilisés pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

3.4 Consignes pour la production des résumés de sortie concernant l'activité de radiothérapie

3.4.1 Rappels concernant la traduction de l'activité de radiothérapie par la classification des GHM

Jusqu'à la version 5 de la classification des GHM, l'activité de radiothérapie développée par les établissements et services de radiothérapie était traduite d'une manière jugée insatisfaisante par les professionnels. Ainsi, outre les actes de radiothérapie portés sur les résumés de sortie des hospitalisations pour d'autres motifs que la radiothérapie (actes codés au demeurant au moyen d'un catalogue d'actes lui-même peu descriptif), la version 5 comportait un GHM (n°592) de « radiothérapie et surveillance », regroupant les séjours en hospitalisation complète, et un GHM « séance de radiothérapie » (n°682) regroupant les séances de radiothérapie. Au total, s'agissant de traitements essentiellement délivrés en ambulatoire, un seul GHM était censé décrire plus de 80 % de cette activité.

Depuis la version 6, une indéniable amélioration de cette activité a été introduite dans la classification des GHM. (Rappelons par ailleurs que la radiothérapie est l'un des traitements majeurs du cancer en France - sur 240 000 nouveaux cas de cancer annuels, plus de 60 % sont traités par radiothérapie locorégionale). Ainsi, cinq GHM permettent désormais de décrire l'activité de *radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire* : deux GHM de **préparation d'irradiation** (GHM n° 685 et n° 686), et trois GHM d'**irradiation** (n° 687, n° 688 et n° 689).

GHM n° 685 : " Préparation à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle "

GHM n° 686 : " Autres préparations à une irradiation externe "

GHM n° 687 : " Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances "

GHM n° 688 : " Techniques complexes d'irradiation externe, en séances "

GHM n° 689 : " Autres techniques d'irradiation externe, en séances "

La **version 7** de la classification des GHM ne comporte pas de nouveauté dans la production de l'information liée à la radiothérapie, ni dans la description de cette activité.

3.4.2 Consignes pour l'élaboration des résumés de sortie concernant l'activité de radiothérapie

Ces consignes concernent l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire¹⁹. Pour toutes les irradiations nécessitant une hospitalisation, les règles de production du résumé de sortie sont identiques à celles des autres séjours hospitaliers. Pour les irradiations délivrées ponctuellement au cours d'une hospitalisation pour un autre motif (que celui de l'irradiation), voir le point 3.4.3.

3.4.2.1 Le résumé standardisé de préparation (RSP)

Le *résumé standardisé de préparation d'irradiation* est de nature différente de celle des autres résumés du PMSI. Il doit être conçu, non comme un résumé de sortie, mais au

¹⁹ À ce titre, il est à noter qu'elles ne concernent pas les établissements privés de statut commercial. Pour ces établissements en effet, l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire est actuellement hors champ PMSI, de par son mode de facturation.

contraire comme un support de description de la préparation d'irradiation dans son intégralité. Il présente les propriétés suivantes :

- Il est élaboré à la fin du traitement de radiothérapie, c'est-à-dire après que la dernière séance d'irradiation a eu lieu.
- Il est unique pour chaque patient bénéficiant d'un traitement de radiothérapie. À ce titre, il doit résumer au mieux **la totalité** de la **prise en charge pour préparation** d'irradiation. Il s'appuie donc utilement, pour son élaboration, sur le dossier médical du patient et particulièrement sur le document de suivi propre au service de radiothérapie.

Cas particuliers :

- Le cas des reprises de préparation n'est pas à traiter différemment : le RSP doit résumer l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un patient donné. Dans les cas de reprises, il comportera donc les actes¹⁹ de première préparation, ainsi que ceux de la seconde, (voire troisième) préparation.²⁰
- Dans le cas d'une radiothérapie réalisée en hospitalisation, un résumé de sortie d'hospitalisation est réalisé selon les règles habituelles pour traduire la séquence d'irradiation. Un RSP sera en outre élaboré, à condition que cette préparation ait eu lieu en un temps différent de celui de l'hospitalisation.

Néanmoins, dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu dans le même temps d'hospitalisation (situation clinique répondant généralement à un séjour classé dans le GHM n° 592), **on ne réalisera pas de résumé standardisé de préparation**. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient portés sur le RSS d'hospitalisation. Seule la mention de ces actes sur le RSS d'hospitalisation permettra en effet, lors d'une prochaine évolution de la classification, d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler par exemple les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation (voir à ce sujet le point 3.4.3).

En pratique, comment remplir un résumé standardisé de préparation ?

- Le diagnostic principal est le code **Z51.00** (code CIM 10 étendu pour la circonstance dans la version 6 de la classification des GHM), signifiant « *séance de préparation de radiothérapie* »
- On notera la tumeur en diagnostic relié
- La date d'entrée est la date de première venue pour préparation
- **Par convention**, la date de sortie est la date de la **dernière** séance d'irradiation

¹⁹ Voir ci-dessous les précisions liées au recueil des actes selon l'outil de description (CdAM ou CCAM) utilisé

²⁰ Sur le plan de la prise en compte de ces reprises de préparation, il est à noter que lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui détermine le GHM d'affectation. Par ailleurs, par construction du modèle de l'étude nationale des coûts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tient compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations d'irradiation comportent un temps de reprise.

Attention : rappelons ici encore que le RSP est unique pour le traitement d'un patient donné. En conséquence, il n'y a pas lieu de s'attacher au problème de périodicité calendaire s'agissant de résumés de préparation.

A titre d'exemple, une préparation commencée le 30 juin et achevée en juillet, avec une dernière séance d'irradiation réalisée le 15 août ne donnera lieu à l'élaboration que d'un seul RSP, dont la date d'entrée sera le 30 juin, et la date de sortie le 15 août.

- **Par convention encore**, on remplira l'item " nombre de séances " du RSS, en y portant un chiffre supérieur ou égal à « 1 ». L'effet de cette consigne est en effet de rattacher tous les résumés standardisés de préparation à la CM n° 24.

Attention : l'oubli de cette consigne (item non renseigné ou égal à « 0 ») aura pour effet d'orienter le résumé dans un groupe erreur (cf. le point 3.4.4).

- Les actes portés sur le RSP sont les actes de préparation d'irradiation, codés au moyen du catalogue des actes de radiothérapie – champ MU (dans sa dernière publication, de janvier 2000), ou de la CCAM.

Conséquence du passage à la CCAM :

Il convient ici de préciser que le recueil d'information concernant les actes de préparation sera différent selon que l'on utilise le CdAM ou la CCAM (les deux pouvant être utilisés en 2002)²⁰.

En effet, le CdAM propose une description de chaque temps élémentaire de la préparation : acquisition des données anatomiques, dosimétrie, simulation.... Dans cette option, le RSP comporte alors le plus souvent plusieurs actes de préparation (rappelons cependant que seuls les actes de dosimétrie sont éventuellement pris en compte par la classification).

La CCAM répond à une méthodologie de construction rigoureuse, basée notamment sur quelques principes fondamentaux, dont le principe de « l'acte global ». Ce principe implique que chaque libellé de la CCAM décrit l'acte dans sa globalité et comprend donc implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans la règle de l'art. En d'autres termes, la CCAM ne comprend pas d'actes dits « élémentaires », et les actes de préparation d'irradiation sont des actes globaux.

Il en résulte que les RSP dont les actes seront codés en CCAM ne comporteront plus, dans la majorité des cas, qu'un seul acte de préparation (les reprises de préparation constituant l'exception à ce schéma).

3.4.2.2 Le RSS-séance d'irradiation

Les séances d'irradiation répondent à la définition des séances au sens PMSI, puisqu'il s'agit de venues (ici dans le service de radiothérapie), d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement la fréquentation itérative du service concerné, dans un but thérapeutique.

²⁰ Rappelons que l'utilisation de la CCAM sera obligatoire, en remplacement du CdAM, à compter du 1^{er} janvier 2003.

Conformément au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, un RSS-« séances » sera donc systématiquement produit dans le cas des séances de radiothérapie, même si aucune admission dans l'établissement n'est prononcée.

Il est alors admis :

- soit d'élaborer un RSS à chaque séance d'irradiation
- soit d'élaborer un « RSS-séance » compilant des séances identiques. Il convient de considérer comme identiques des séances dont les actes d'irradiation sont identiques. Cette consigne implique donc de changer de RSS-séance chaque fois que l'acte d'irradiation change.

En pratique, comment remplir un RSS-séance d'irradiation ?

✧ **Deux cas types** doivent donc être distingués selon l'option privilégiée par l'établissement et/ou le service de radiothérapie :

Cas n° 1 : un RSS pour chaque séance :

- Le diagnostic principal est le code Z51.01, (code CIM 10 étendu dans la version 6 pour la circonstance), signifiant « *séance d'irradiation* ».
- On porte le code tumeur en diagnostic relié
- La date d'entrée est égale à la date de sortie, et égale à la date de réalisation de la séance.
- L'acte porté est l'acte d'irradiation réalisé au cours de la séance, codé au moyen du catalogue des actes de radiothérapie ou de la CCAM²¹.
- L'item « nombre de séances » est renseigné et égal à « 1 »

Cas n° 2 : un RSS-séance compilant plusieurs séances d'irradiation

- Le diagnostic principal est le code « Z51.01 »
- On porte le code tumeur en diagnostic relié
- La date d'entrée est la date de la première séance
- La date de sortie est la date de la dernière séance comportant le même acte d'irradiation, (ou la date imposée par la définition de la période -mois, trimestre, semestre- choisie pour l'élaboration du RSS-séance – voir à ce sujet l'additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, BO n° 96/13 bis, « gestion des séances », p. 64)
- L'acte porté est l'acte d'irradiation, identique, réalisé à chacune des séances traduites par ce RSS-séance
- L'item « nombre de séances » est renseigné et strictement supérieur à « 1 ».

✧ **Un cas particulier du recueil d'information**, à l'origine de nombreuses questions, mérite également d'être ici exposé. Il s'agit de répondre à la question suivante :

Si deux (ou plusieurs) actes d'irradiation sont réalisés dans la même journée²⁴, combien de fois doit-on porter l'acte « séance d'irradiation » sur le résumé de sortie ?

²¹ Contrairement aux actes de préparation, le mode de description des actes d'irradiation est identique dans le CdAM et la CCAM.

²⁴ Pour mémoire : Le cas le plus fréquent, et de loin, est celui de l'**acte d'irradiation unique dans la journée** : un seul acte d'irradiation est réalisé, au cours d'une même venue dans le service de radiothérapie

Pour répondre à cette question, il convient de rappeler qu'il ne faut pas confondre :

- les règles de description de l'activité médicale :

exemple : dans certains cas (voir ci-dessous), si l'on réalise deux actes dans la même journée, on relève deux fois l'acte « séance d'irradiation » réalisé,

avec

- les règles administratives gérant l'information médicale : un et un seul résumé de sortie doit être réalisé au cours d'une même journée civile. Par conséquent, dans certains cas (voir ci-dessous), si deux séances d'irradiation sont réalisées au cours de la journée, les deux actes « séance d'irradiation » sont effectivement recueillis, mais portés sur un résumé de sortie unique²².

Différents cas de figure doivent être en fait analysés :

♦ Ces actes d'irradiation multiples ont été réalisés au cours de la même venue dans le service de radiothérapie.

Ce cas peut correspondre au moins à deux situations différentes :

1. Pour des raisons techniques, les différents faisceaux nécessaires à la bonne conduite du traitement peuvent être réalisés sur deux machines distinctes, l'une après l'autre,
2. Pour des raisons médicales, plusieurs volumes cibles peuvent être traités lors de cette même venue (par exemple, prise en charge de plusieurs métastases).

Dans l'une et l'autre situation :

Recueil d'information : sur le RSS-séance, **un seul acte d'irradiation**,

et le code porté est celui de l'acte d'irradiation qui correspond à la somme des faisceaux délivrés, et à l'énergie (en MV) de la machine la plus puissante.

Exemple : au cours de la même venue dans le service de radiothérapie, réalisation de trois faisceaux à une énergie de 5 MV sur une machine, puis réalisation de deux faisceaux à une énergie de 15 MV sur une autre machine. L'acte unique recueilli est l'acte suivant : « séance d'irradiation par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV, par 5 faisceaux ou plus ».

♦ Les actes ont été réalisés **au cours de plusieurs venues différentes dans le service de radiothérapie**

Ce cas correspond aux traitements délivrés de manière fractionnée. La notion de traitement fractionné (généralement bifractionné) comporte des indications et des modalités de délivrance particulières (cancer ORL, temps minimal entre deux fractions variant entre 4 et 6 heures...). Cette notion est sans ambiguïté pour les spécialistes (et sans confusion possible avec une irradiation comportant deux passages-machine par exemple). Il n'appartient donc pas au médecin de DIM de décider seul de la qualification d'un traitement multiple dans la journée : dans tous les cas, la déclaration du médecin radiothérapeute, prescripteur du traitement, doit être suivie.

Quoi qu'il en soit, le cas le plus fréquent est alors celui d'une venue le matin et une venue l'après-midi, pour un traitement bifractionné.

Recueil d'information : la mention de l'acte "séance d'irradiation" réalisé est porté sur le RSS-séance.

²² Pour les établissements réalisant des RSS-séances calendaires, la notion de RSS unique au cours d'une même journée se traduit par l'incrément de l'item "nombre de séances" de 1 unité au maximum au cours d'une même journée.

3.4.3 Consignes générales

- Le code CIM 10 Z51.0 « *Séance de radiothérapie* » est interdit d'utilisation pour tous les résumés de sortie du PMSI. Il convient d'utiliser l'un de ses deux codes « fils » : Z51.00 « séance de préparation d'irradiation » ou Z51.01 « *Séance d'irradiation* ».
- Le RSS-préparation et le (ou les) RSS-séance concernant un même patient comportent des numéros de RSS obligatoirement différents.
- Les séances correspondent aux venues en établissement, et non aux passages-machine (voir cas particulier du recueil d'information exposé ci-dessus).
- En cas de réalisation d'une (ou plusieurs) séance(s) d'irradiation dans un établissement de soins de courte durée, pour un patient hospitalisé dans une unité médicale de ce même établissement, conformément au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI (*additif, BO n° 96/13 bis, chapitre V*), **il convient de suspendre le RSS-séance, et de porter le (ou les) acte(s) d'irradiation sur le RSS d'hospitalisation.**
- En cas de réalisation d'une (ou plusieurs) séance(s) d'irradiation dans un établissement de soins de courte durée (B), pour un patient hospitalisé dans une unité médicale d'un autre établissement de court séjour (A), il convient d'appliquer les consignes liées aux prestations interétablissements (cf le point 3.5). Dans ce cas, l'établissement B suspend son RSS-séance, réalise un quasi-RUM (modes d'entrée et sortie codés « 0 »), et A porte les actes d'irradiation sur son RSS d'hospitalisation.
- Les consignes ici développées concernent les traitements de radiothérapie au sens large, incluant donc, l'irradiation externe (pour la part la plus importante), mais aussi la curiethérapie, lorsqu'elle est réalisée en ambulatoire (curiethérapie à haut débit de dose).
- S'agissant de curiethérapie réalisée en hospitalisation complète (curiethérapie à bas débit de dose), les consignes diffusées à ce jour pour la production du RUM (ou RSS) restent valables (DP = diagnostic de tumeur, acte = curiethérapie). Ces consignes ont pour conséquence d'orienter le séjour pour curiethérapie dans les GHM médicaux concernant la tumeur irradiée. Il importe désormais de bien noter l'acte de curiethérapie réalisé sur le RSS, au moyen du catalogue d'actes de radiothérapie, ou de la CCAM, plus riches notamment en actes de curiethérapie. Seule la disponibilité de ces informations dans les bases de données PMSI permettra en effet de continuer à faire évoluer la classification des GHM (en testant ici par exemple l'opportunité de créer un GHM « curiethérapie »).
- La consigne précédente peut être étendue, d'une part à tous les types d'irradiation réalisés au cours d'une hospitalisation, d'autre part au cas particulier des préparations d'irradiation entièrement réalisées au cours d'une hospitalisation. Pour être en mesure de faire évoluer la classification des GHM il importe de caractériser au mieux les séjours. Le catalogue des actes de radiothérapie et la CCAM permettant une description d'actes aussi différents que l'irradiation externe avec un ou deux faisceaux, l'irradiation

corporelle totale, ou les différents types de préparation d'irradiation, il apparaît essentiel de porter précisément ces actes sur les RSS d'hospitalisation. Une analyse ultérieure appréciera s'ils discriminent effectivement des prises en charge différentes.

3.4.4 Typologie et conséquences des erreurs de remplissage des RSS

Tous les producteurs et utilisateurs d'informations du PMSI savent bien que les résumés de sortie sont l'élément clé du dispositif : la conversion de leurs informations en groupes homogènes de malades permettant, quant à eux, de décrire l'activité des établissements, justifie de porter un soin tout particulier à leur élaboration. Sont ici répertoriées les principales erreurs (ou approximations) de remplissage des résumés de préparation ou de séances d'irradiation qui pourraient être observées, et leurs conséquences en terme de groupage :

Diagnostic principal (DP)	Date d'entrée (DE) Date de sortie (DS)	Item « nombre de Séances »	Acte	GROUPAGE
Z51.0	groupe erreur n° 902
Z51.00	DE = DS	non renseigné ou = 0	...	groupe erreur n° 903
Z51.00	DE < DS	non renseigné ou = 0	...	groupe erreur n° 902
Z51.00	DE ≤ DS	≥ 1	pas d'acte de préparation	GHM n° 686
Z51.01	DE = DS	non renseigné ou = 0	aucun acte noté	GHM n° 689
Z51.01	DE ≤ DS	≥ 1	Pas d'acte d'irradiation	GHM n° 689
Z51.01	DE < DS	non renseigné ou = 0	aucun acte noté	GHM n° 592

Avec :

... : quel que soit le renseignement porté

GHM n° 592 = « Radiothérapie et surveillance »

GHM n° 686 = « Autres préparations à une irradiation externe »

GHM n° 689 = « Autres techniques d'irradiation externe, en séances »

Groupe n° 902 = « Diagnostic invalide comme diagnostic principal dans certaines circonstances »

Groupe n° 903 : « Autres données médicales non valides ».

3.5 Règles de production des résumés de sortie dans le cadre des prestations interétablissements

La réalisation de prestations médicales hospitalières par un établissement de santé donné, au profit d'un patient hospitalisé dans un autre établissement, donne lieu à des enregistrements d'informations PMSI variés et notoirement différents d'un établissement à l'autre, fonction notamment de particularités des systèmes d'information en place ou d'interprétations divergentes des règles en vigueur (code des règles de gestion des établissements sous dotation globale de fonctionnement, par exemple).

En l'absence de règles de production de l'information clairement définies, cette situation aurait tout lieu de perdurer. L'objet des consignes qui suivent (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000) est de permettre aux établissements de mieux décrire leur activité d'une part, et de pallier l'absence de règles de production d'autre part.

3.5.1 Position du problème

3.5.1.1 *Le contexte*

Au cours du séjour d'un patient dans une unité MCO de l'établissement [A], un acte²³ doit être réalisé, mais [A] ne dispose pas²⁴ de l'équipement nécessaire à sa réalisation.

Le patient est donc momentanément transféré de [A] vers [B], établissement disposant de l'équipement nécessaire.

Sur le plan administratif, pour autant que le transfert dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de [A]), il n'y a pas lieu d'interrompre (administrativement) le séjour en [A]. Il est entendu qu'un établissement qui recourt à des prestataires pour certaines activités (situation [A]) peut lui-même être prestataire pour d'autres (situation [B]).

3.5.1.2 *Les mesures envisagées*

Les consignes qui suivent conduisent à créer des « fantômes d'actes » (pour [A]) et des « quasi-résumés-de-séjour » (pour [B]). Elles répondent à une double préoccupation :

- ❑ permettre aux établissements de type [A] d'enregistrer, sur les résumés de séjour, les actes dont ils assument le poids financier²⁵, et qui qualifient le séjour des patients pris en charge conformément à la logique budgétaire du PMSI ;
- ❑ ne pas laisser les établissements de type [B] face à l'alternative :
 - soit de présenter une image tronquée de leur activité ([B] facture à [A], mais ne produit pas de RSS) ;

²³ On entend, par acte, aussi bien un acte thérapeutique (dialyse ou séance de radiothérapie ou un acte opératoire, classant ou non qu'un acte diagnostique (imagerie, exploration fonctionnelle...).

²⁴ Soit parce que [A] ne dispose pas de l'environnement technique requis, soit en raison de l'indisponibilité momentanée de l'équipement

²⁵ En effet, quel que soit le statut (public ou privé) des établissements [A] et [B], le principe général de financement qui entoure ces prestations interétablissements veut que **l'établissement [B] facture sa prestation à [A]**

- soit de produire indûment des résumés de séjour donnant lieu à valorisation en points.

3.5.2 En pratique

Pour des raisons de simplicité de mise en œuvre, et compte tenu des pratiques constatées, les règles de production des informations PMSI relatives aux prestations interétablissements, valables depuis le 1^{er} janvier 2000, sont les suivantes :

3.5.2.1 L'établissement est en situation de type [A]

Lors de l'établissement du résumé de sortie de ce séjour, on notera :

a) **le code de l'acte réalisé à l'extérieur**, dit « fantôme d'acte » car il rend compte d'un acte que l'établissement n'a pas réalisé, mais dont il assume la charge financière. (Dans une logique PMSI où le résumé de séjour enregistre « ce qui a consommé des ressources », il est légitime en effet de ne pas perdre la trace de cet acte). Les règles de codage des actes, applicables au recueil de l'information PMSI s'appliquent ici : le codage des actes dits « classants » utiles à l'algorithme de groupage est obligatoire, celui des actes n'ayant pas d'influence sur le classement final du séjour est facultatif, sachant qu'une information la plus exhaustive possible participe à l'amélioration de l'outil PMSI.

b) le code diagnostique **Z75.80 en diagnostic associé significatif**²⁶. Ce code est un code CIM 10 étendu, spécifiquement créé par le PERNNS dans cet objectif, et répondant au libellé suivant : « *sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte* ».

Par ailleurs, bien qu'il soit recommandé de ne constituer qu'un seul RUM pour englober la période qui précède le passage en [B] et celle qui suit le retour de [B], il peut arriver que [A] soit conduit à réaliser deux RUM distincts, soit en raison de contraintes propres à son système d'information hospitalier, soit en raison du retour du patient dans une autre unité médicale que celle dont il est parti. Dans ce cas :

- a) le RUM « pré-[B] » et le RUM « post-[B] » doivent comporter le même numéro de RSS,
- b) le mode de sortie du RUM « pré-[B] » est codé « 0 » (= *départ ou retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte*)
- c) le mode d'entrée du RUM « post-[B] » est codé « 0 » (= *départ ou retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte*)
- d) les codes de provenance et de destination suivants viennent compléter les modes d'entrée et de sortie « 0 » des RUM :
 - 1 d'une (ou vers) une unité de soins de courte durée,
 - 2 d'une (ou vers) une unité de soins de suite et de réadaptation
- e) la date de sortie du RUM « pré-[B] » et la date d'entrée du RUM « post-[B] » ne peuvent être qu'identiques ou espacées d'une journée²⁷ (car il n'y a pas d'interruption de séjour)

f) le code Z75.80 (et par conséquent l'acte réalisé à l'extérieur) sera porté soit sur le RUM pré-[B], soit sur le RUM post-[B] (dans les deux cas, il figurera en effet, de la même façon sur le RSS final). En cas d'hésitation, il est préconisé de le porter systématiquement sur le premier RUM puisque c'est l'unité médicale pré-[B] qui se trouve logiquement en situation de prescripteur.

Note : Lors de la mise en place de ce dispositif relatif aux prestations interétablissements, les établissements en situation de type [A] devaient transmettre par ailleurs, une fois par an, et par l'intermédiaire de FICHSUP, la liste de tous les actes réalisés par un autre établissement et qui lui étaient facturés. Ce point précis du dispositif s'est avéré difficile à mettre en œuvre pour nombre d'établissements, il est donc abandonné à compter du 1^{er} janvier 2002 (ce qui concerne les données d'activité de l'année 2001).

3.5.2.2 L'établissement est en situation de type [B]

Si le patient est admis dans l'une des unités cliniques, [B] doit réaliser un résumé de séjour présentant les particularités suivantes :

- a) Les informations recueillies sont celles d'un RSS ordinaire,
- b) mais le mode d'entrée et le mode de sortie seront codés " 0 " (= *départ ou retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte*)
- c) les codes de provenance et de destination suivants viennent compléter les modes d'entrée et de sortie « 0 » des RUM :
 - 1 d'une (ou vers) une unité de soins de courte durée,
 - 2 d'une (ou vers) une unité de soins de suite et de réadaptation
- d) les dates d'entrée et de sortie du RSS ne peuvent être qu'identiques ou espacées d'une journée (car il n'y a pas d'interruption du séjour de [A])

Le codage à « 0 » du mode d'entrée et de sortie fait du résumé en question un « quasi-résumé de séjour ». En effet, le logiciel tutélaire MAHOS, de mesure de l'activité médicale hospitalière traite bien entendu les quasi-RSA correspondants (repérés par leur mode d'entrée/sortie égal à « 0 »). Il est ainsi possible de reconstituer l'activité réellement développée par l'établissement B en considérant non seulement l'activité donnant lieu à un RSS ordinaire (séjours de B), mais encore l'activité réalisée par B en tant que prestataire.

Ces quasi-RSS ne sont néanmoins pas valorisés en points, puisque cette activité facturée par ailleurs à [A] n'a pas lieu d'être valorisée deux fois. De la même façon, ces séjours ne doivent pas être pris en compte dans les calculs de valeur moyenne du point.

Enfin, s'agissant des établissements privés, cette disposition est synonyme de « RSFAc » (résumé standardisé de facturation anonyme chainable) obligatoirement à « 0 ».

²⁶ Ce code est interdit par ailleurs en diagnostic principal

²⁷ Ceci constitue une exception à la règle de jointivité des RUM d'un même RSS. La fonction groupage prend en charge le rétablissement de cette jointivité

Si le patient n'est pas hospitalisé (cas d'une consultation), aucun RSS ne doit être établi par [B]. Selon le même principe il ne sera pas fait mention de cet acte dans le relevé de l'activité externe fourni sous la forme de lettre clef de la NGAP (et transmis par l'utilitaire FICHSUP).

3.6 Modifications du recueil d'information lié aux passages aux urgences

L'étude d'un nouveau mode de financement des établissements de santé, sous forme d'un système de tarification dite « à la pathologie » génère nombre de réflexions et travaux (destinés notamment à s'assurer que le dispositif à mettre en œuvre couvrirait bien à terme, en dehors de l'activité de soins, l'ensemble des missions des établissements de santé (missions d'intérêt général, recherche, enseignement...)).

C'est dans ce cadre que des travaux relatifs à l'activité d'urgence des établissements ont été menés, et que des modalités de financement propres aux services d'accueil et de traitement des urgences sont étudiées. Une première étape de ces travaux vient de se concrétiser par la publication d'une circulaire DHOS/2001/n°433 du 10 septembre 2001, relative au projet de mise en œuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé, qui traite de ce problème à la fois dans la perspective de la tarification à la pathologie, mais aussi dans le cadre du système actuel de financement des établissements de santé.

La mise en place du dispositif abouti (financement des urgences assis sur un recueil d'informations médico-économique spécifique, à l'horizon 2005) passe par plusieurs étapes, intégrées dans un calendrier progressif, justifié par les nécessaires adaptations du système d'information actuel des établissements de santé.

Cette circulaire est accessible sur le site internet du PMSI (elle a par ailleurs été adressée aux agences régionales de l'hospitalisation, pour transmission aux établissements concernés).

Il a semblé utile de faire ici le point sur les adaptations du système d'information que les établissements de santé disposant d'unités d'accueil et de traitements des urgences devront réaliser :

A prévoir : les adaptations du système d'information

La note technique relative au dispositif de mise en œuvre progressive d'un financement spécifique des urgences, jointe à la circulaire DHOS/2001/n° 433 du 10 septembre 2001 dresse le programme des adaptations à intégrer :

Dispositions concernant les informations relatives à l'année 2001 : les établissements financés par dotation globale doivent intégrer des modifications :

- de leurs retraitements comptables, en isolant les charges d'urgences dans une sous-section d'imputation particulière,
- du recueil d'information supporté par FICHSUP, en individualisant les consultations et actes externes liés à l'accueil et à la prise en charge des urgences.

Ces modifications (qui font l'objet de précisions dans une annexe technique de la circulaire) seront réalisées lors de la transmission des données 2001, en 2002, et pourront être prises en compte à partir de la campagne budgétaire 2003.

Attention : une consigne a été rapportée :

En page 8 de la note technique précitée, le paragraphe reproduit ci-dessous ne doit pas être pris en compte. En effet, il est apparu que nombre de services, du fait de leur organisation, éprouveraient des difficultés à suivre les consignes qui y sont énoncées. Le paragraphe suivant est donc à considérer comme « supprimé » :

« En 2002, l'ensemble des établissements de santé (publics et privés) devront intégrer certaines modifications dans la **production des résumés de sortie standardisés (RSS)** pour les séjours MCO précédés d'un passage aux urgences :

- en supprimant la mention d'actes réalisés au cours du passage aux urgences,
- en ne considérant plus la date d'arrivée aux urgences comme date de début du séjour MCO.

En revanche, les séjours en "zone de surveillance de très courte durée" (ZSTCD), qui constituent des hospitalisations à part entière, devront toujours faire l'objet d'un résumé d'unité médicale (RUM).

Ces modifications relatives à la description des séjours MCO pourront être prises en compte dans le cadre de la campagne budgétaire 2004, s'agissant des établissements financés sous dotation globale ».

4 VERSION 7 DE LA CLASSIFICATION

4.1 Introduction

La version 7 de la classification des GHM a trois objectifs :

- intégrer les mises à jour habituelles en fonction des observations des utilisateurs et des analyses effectuées sur les bases de données PMSI existantes ;
- permettre d'employer indifféremment le CdAM et la classification commune des actes médicaux (CCAM) avec un minimum de contraintes en se servant de la même méthode que celle qui avait été utilisée pour le passage de la CIM 9 à la CIM 10 ;
- servir de version « passerelle » vers un nouveau mode de groupage dit « effeuillage progressif » (EfP), avec la possibilité d'obtenir les deux types de groupage à partir d'un même fichier de RSS ou de RSA.

Cette double « mixité » (système de codage des actes, d'une part, et méthode de groupage, d'autre part) justifie une présentation plus détaillée et plus argumentée de cette nouvelle version de la classification des GHM. C'est pourquoi, on trouvera parmi les sous-chapitres suivants une présentation :

- de la CCAM destinée à faire comprendre la méthode d'intégration dans la classification des GHM ;
- de la méthode de groupage « EfP » pour comprendre certaines modifications faites pour ce type de groupage. Elles sont d'ailleurs tout à fait compatibles avec le groupage actuel, apportant même une nette amélioration de la part de variance expliquée des coûts (mais aussi de la durée de séjour) dans les CMD les plus modifiées.

Il ne s'agit pas de faire une présentation exhaustive de la CCAM (assurée lors de sa publication) ni de celle du groupage « EfP » (assurée dans une première version d'un manuel des GHM destiné à cette méthode de groupage qui sera proposée en test au cours de l'année 2002), mais il s'agit de permettre la compréhension de toutes les modifications apportées à la version présentée dans ce manuel.

4.2 Les modifications du RUM

Pour permettre l'utilisation du CdAM ou de la CCAM, la version 7 de la classification des GHM accepte deux formats de RUM identifiés par les numéros 007 et 008.

La seule modification qui concerne les deux formats 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).

L'autre modification concerne le format des codes de la CCAM (format 008)

4.3 Modifications concernant le codage des diagnostics

4.3.1 Les extensions de codes

4.3.1.1 Pour le codage des infarctus du myocarde (I21 et I22)

Les extensions créées sont destinées à répondre à un double objectif : une nécessité interne pour permettre de réserver les GHM d'*infarctus du myocarde* aux prises en charge initiales et une demande externe pour permettre de repérer les prises en charge dans les 24 premières heures.

I21.00	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale</i>
I21.000	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I21.08	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge</i>
I21.10	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale</i>
I21.100	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I21.18	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge</i>
I21.20	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale</i>
I21.200	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I21.28	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, autres prises en charge</i>
I21.30	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale</i>
I21.300	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I21.38	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge</i>
I21.40	<i>Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale</i>
I21.400	<i>Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I21.48	<i>Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge</i>
I21.90	<i>Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale</i>
I21.900	<i>Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I21.98	<i>Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge</i>
I22.00	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale</i>
I22.000	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I22.08	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, autres prises en charge</i>
I22.10	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale</i>
I22.100	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I22.18	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, autres prises en charge</i>
I22.80	<i>Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale</i>
I22.800	<i>Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I22.88	<i>Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, autres prises en charge</i>
I22.90	<i>Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale</i>
I22.900	<i>Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>
I22.98	<i>Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, autres prises en charge</i>

On réservera les codes de prise en charge dite « **initiale** » aux situations de **première** prise en charge **thérapeutique** de l'infarctus selon les **règles de l'art cardiologiques**. En conséquence, l'emploi des extensions correspondant aux prises en charge dites « autres » (I21.08, I21.18, I21.28, I21.38, I21.48, I21.98, I22.08, I22.18, I22.88 et I22.98) s'impose, notamment dans les cas suivants :

- séjour après mutation ou transfert depuis une unité de soins intensifs

Exemple : dans le cas d'un patient hospitalisé en soins intensifs cardiologiques pour un infarctus du myocarde, cette unité utilise un code de prise en charge initiale ; en revanche,

l'unité suivante – de cardiologie courante en général – du même établissement (mutation) ou d'un autre (transfert) doit utiliser un des codes de prise en charge « autre »²⁸ ;

- hospitalisation pour coronarographie d'un patient pris en charge dans un autre établissement pour la phase initiale, thérapeutique, de son infarctus ;

- erreur d'orientation : hospitalisation initiale dans une unité inadéquate suivie d'une mutation ou d'un transfert le jour même ou le lendemain dans une unité cardiologique

Exemple : infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale ayant initialement égaré le diagnostic vers une affection digestive et justifié une admission en gastro-entérologie ; correction rapide du diagnostic et mutation en cardiologie : l'unité de gastro-entérologie, qui n'a pas assuré la prise en charge cardiologique de l'infarctus, doit utiliser un des codes de prise en charge « autre ». L'unité de cardiologie qui prendra en charge l'infarctus utilisera un code de prise en charge initiale.

Il en résulte que les *codes-pères* des catégories I21 et I22 acquièrent le sens suivant :

I21.0	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge non précisée</i>
I21.1	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge non précisée</i>
I21.2	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge non précisée</i>
I21.3	<i>Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge non précisée</i>
I21.4	<i>Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge non précisée</i>
I21.9	<i>Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge non précisée</i>
I22.0	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge non précisée</i>
I22.1	<i>Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge non précisée</i>
I22.8	<i>Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge non précisée</i>
I22.9	<i>Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge non précisée</i>

4.3.1.2 Les autres extensions de codes

B99 Maladies infectieuses, autres et non précisées : l'extension est créée pour permettre une réutilisation partielle, en DP, de cette catégorie.

B99.+0	<i>Autres maladies infectieuses précisées</i>
B99.+1	<i>Syndrome infectieux sans cause trouvée</i>

C49 Autres tumeurs malignes du tissu conjonctif et des autres tissus mous : les extensions de cette catégorie permettent de distinguer les tumeurs vasculaires des autres tissus mous et de résoudre un certain nombre de cas orientés dans le groupe 901 « *Acte sans relation avec le diagnostic principal* ».

C49.30	<i>Tumeur maligne des vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax</i> Comprend : veine cave supérieure
C49.38	<i>Autres tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax</i>
C49.40	<i>Tumeur maligne des vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen</i> Comprend : veine cave inférieure
C49.48	<i>Autres tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen</i>
C49.50	<i>Tumeur maligne des vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du bassin</i>
C49.58	<i>Autres tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous du bassin</i>

²⁸ En cas de mutation, la mention sur le RUM de l'unité de soins intensifs d'un code de prise en charge initiale classera le RSS dans un GHM d'infarctus, conforme à la prise en charge assurée par l'établissement.

C80 Tumeur maligne de siège non précisé : l'extension est créée pour permettre une réutilisation partielle, en DP, de cette catégorie.

C80.+0 Tumeur maligne primitive de siège inconnu

D13.9 Tumeur bénigne de sièges mal définis de l'appareil digestif : l'extension est créée pour permettre une réutilisation partielle, en DP, de cette catégorie.

D13.90 Tumeur bénigne de la rate

D21 Autres tumeurs bénignes du tissu conjonctif et des autres tissus mous : les extensions de cette catégorie permettent de distinguer les tumeurs vasculaires des autres tissus mous et de résoudre un certain nombre de cas orientés dans le groupe 901 « *Acte sans relation avec le diagnostic principal* ».

D21.30 Tumeur bénigne des vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax

Comprend : veine cave supérieure

À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.-)

D21.38 Autres tumeurs bénignes du tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax

D21.40 Tumeur bénigne des vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen

Comprend : veine cave inférieure

À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.-)

D21.48 Autres tumeurs bénignes du tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen

D21.50 Tumeur bénigne des vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du bassin

À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.-)

D21.58 Autres tumeurs bénignes du tissu conjonctif et autres tissus mous du bassin

D44 Tumeur des glandes endocrines à évolution imprévisible ou inconnue : l'extension créée permet de résoudre un certain nombre de cas orientés dans le groupe 901 « *Acte sans relation avec le diagnostic principal* ».

D44.40 Craniopharyngiome

D44.48 Autres tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue du canal craniopharyngien

D48 Tumeur de sièges autres et non précisés à évolution imprévisible ou inconnue : l'extension créée permet de résoudre un certain nombre de cas orientés dans le groupe 901 « *Acte sans relation avec le diagnostic principal* ».

D48.30 Tératome sacro-coccygien [dysembryome]

D48.38 Autres tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue du rétropéritoine

I20.0 Angine de poitrine instable : l'extension créée permet de répondre à une demande de la discipline.

I20.0+0 Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques

I98.2 Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs : la CIM propose deux rubriques pour le codage des varices œsophagiennes : **I85 et I98.2**. Seul I85 fait la distinction entre les varices hémorragiques et les non-hémorragiques, le caractère de complication et morbidité associée sévère (CMAS) étant attaché aux seules premières. Certains codeurs utilisent le code *astérisque* I98.2 avec la maladie responsable, le plus souvent la cirrhose, codée *dague*. Leur choix n'appelle pas de reproche, mais ils étaient lésés par l'absence de l'équivalent de la CMAS I85.0. Sans porter de jugement sur le sens de la catégorie I85, il a été décidé, pour mettre les codeurs sur un plan d'égalité, de créer une subdivision de la sous-catégorie I98.2 équivalente à I85.

I98.20* Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, hémorragiques

I98.29* Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, non hémorragiques

J98.6 Maladies du diaphragme : l'extension permet d'isoler la paralysie du diaphragme pour la classer dans certains niveaux de sévérité non accessibles à des libellés de type « autres maladie de... ».

J98.60 Paralysie du diaphragme

J98.68 Autres maladies du diaphragme

Q18.0 Fissure, fistule et kyste d'origine branchiale : l'extension créée permet de résoudre un certain nombre de cas orientés dans le groupe 901 « **Acte sans relation avec le diagnostic principal** ».

Q18.00 Kyste de la queue du sourcil

Q18.08 Autres fissures, fistules et kystes d'origine branchiale

R26.8 Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : l'extension créée permet de mieux identifier les séjours pour chutes à répétition et d'envisager une orientation plus adaptée des RSA correspondants, dans une version ultérieure.

R26.80 Chutes à répétition

Comprend : prise en charge pour chute(s) sans étiologie

R53 Malaise et fatigue : les extensions de cette catégorie répondent à une demande ancienne et vont permettre de savoir s'il y a lieu d'orienter différemment les subdivisions obtenues, dans une version ultérieure.

R53.+0 Altération [baisse] de l'état général

R53.+1 Malaise

À l'exclusion de : avec perte de connaissance (R55)

R53.+2 Fatigue [asthénie]

R54 Sénilité : l'extension créée permet de mieux identifier les séjours pour syndrome de glissement et d'envisager une orientation ou l'affectation à un niveau de sévérité plus adaptée des RSA correspondants, dans une version ultérieure.

R54.+0 Syndrome de glissement (sénile)

R54.+8 Autres états de sénilité sans mention de psychose

Z45.8 Ajustement et entretien d'autres prothèses internes : les extensions créées sont destinées à orienter dans les CMD *ad hoc* les soins pour les prothèses comprises dans ce libellé de type « autres... ».

Z45.80 Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire

Comprend : sonde urétérale

À l'exclusion de : sonde (urétéro) vésicale (Z46.6)

Z45.81 Ajustement et entretien d'une prothèse interne génitale

À l'exclusion de : surveillance d'un dispositif contraceptif (intra-utérin) (Z30.5)

Z45.82 Ajustement et entretien d'une prothèse intra-oculaire

À l'exclusion de : mise en place et ajustement d'un œil artificiel (Z44.2)

Z45.83 Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures

Comprend : prothèse phonatoire œsotrachéale
larynx artificiel

Z45.84 Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central

Comprend : dérivation du liquide cébrospinal [liquide céphalorachidien]
électrodes intracrâniennes

Z45.88 Ajustement et entretien d'autres prothèses internes

Z74.0 Difficultés liées à une mobilité restreinte : l'extension créée permet de mieux identifier les séjours d'un patient grabataire et d'envisager une orientation ou l'affectation à un niveau de sévérité plus adaptée des RSA correspondants, dans une version ultérieure.

Z74.00 État grabataire

Le code Z74.00 est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement » (NB la conjonction « et » – non « ou » – qui lie les différents besoins).

Z94.80 Présence de greffe de moelle osseuse : l'extension est rendue nécessaire par la création de nouveaux GHM de greffe de moelle osseuse.

Z94.800 *Présence d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques*

Z94.801 *Présence d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques*

4.3.2 Les définitions

Dans le manuel de la version 6 de la classification des GHM, un certain nombre de règles de codage avaient été introduites pour obtenir une harmonisation des pratiques de codage pour les divergences les plus typiques. L'exploration des bases PMSI et les questions adressées au PERNNS montrent que certains codes ne sont pas utilisés de la même manière et que certains termes de la CIM ne sont pas totalement conformes avec le sens courant qu'on leur attribue.

C'est la raison pour laquelle des travaux de définitions ont été entrepris pour les cas les plus fréquents et présentés dans ce manuel en attendant la refonte du guide méthodologique du PMSI.

Coma, perte de conscience, perte de connaissance, syncope : la sous-catégorie **R40.2 Coma sans précision** inclut « Perte de conscience SAI ». La mention de cette inclusion ne doit pas conduire à coder R40.2 les symptômes couramment dénommés *perte de connaissance, syncope ou évanouissement*. Leur code n'est pas R40.2 mais **R55**²⁹. L'index alphabétique de la CIM le confirme en indiquant le code R55 aux termes *évanouissement* et *syncope* en indiquant : « Perte de connaissance (évanouissement) **R55** » et en précisant que l'expression « Perte de conscience » se code R40.2 **lorsqu'elle a le sens de coma**.

Médiastinite : à ce mot, l'index alphabétique indique J98.5, mais cette sous-catégorie ne correspond pas à l'affection ainsi nommée en France où l'on désigne habituellement par médiastinite une infection du médiastin, en général postopératoire, qui doit être codée **J85.3**³⁰.

Isolement : la sous-catégorie **Z29.0 Isolement** n'est pas destinée au classement des situations d'isolement social qui doivent être codées avec la catégorie Z60. Le code Z29.0 est destiné au codage de l'isolement dans un but thérapeutique, tel qu'il s'en réalise pour des sujets atteints d'une maladie infectieuse contagieuse ou bien susceptibles de contracter une telle maladie.

Bien que la catégorie Z29 soit classée dans un groupe (Z20-Z29) qui concerne les maladies infectieuses, l'absence d'un autre code d'isolement dans le chapitre XXI a conduit à

²⁹ On rappelle que la présence du mot *collapsus* dans le titre de R55 n'est due qu'à un défaut de la traduction de l'intitulé original en anglais. En langage médical français, *collapsus* a le sens d'état de choc. Il doit être codé avec la catégorie R57 (voir l'index alphabétique à la ligne : « **Collapsus**, – au sens de choc (voir aussi Choc) R57.9 ») ou, le cas échéant, avec les entités citées comme exclusions sous son titre. Nous vous conseillons de biffer le mot *collapsus* dans le titre de la catégorie R55.

³⁰ On rappelle que le germe responsable est codé avec les catégories B95-B96, le contexte postopératoire avec la catégorie Y83 et que le caractère nosocomial de l'affection peut être enregistré au moyen du code Y95.

autoriser l'emploi de Z29.0 dans toutes les situations où un patient est isolé pour être mis à l'abri de son entourage ou pour mettre celui-ci à l'abri du patient.

Insuffisance coronaire aiguë : l'inclusion *Insuffisance coronaire* de la sous-catégorie **I24.8** est souvent à l'origine d'erreurs de codage, d'autant que l'index alphabétique, aux mêmes termes, prête à confusion. Dans le langage médical courant, l'expression *insuffisance coronaire* (ou *coronarienne*) sans autre indication désigne couramment la forme chronique de l'affection et on utilise souvent cette expression pour celle de cardiopathie ischémique chronique. Le code I24.8 ne peut pas convenir dans cette situation car la catégorie I24, comme l'indique son titre, est réservée aux cardiopathies ischémiques **aiguës**. Nous vous conseillons d'ajouter le mot « aiguë » à la note d'inclusion « Insuffisance coronaire » mentionnée sous I24.8 et, dans le volume alphabétique (page 283, colonne droite) de supprimer les parenthèses autour de : (aiguë ou subaiguë).

I24.8 comprend l'élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques qui se produit parfois après un geste à visée diagnostique ou thérapeutique sur les artères coronaires, après une dilatation endoluminale notamment, mais en l'absence de diagnostic d'infarctus du myocarde.

Insuffisance cardio-respiratoire : à cette entrée, l'index alphabétique de la CIM indique le code R09.2 en précisant : « (au sens d'arrêt cardio-respiratoire) ». Dans le langage médical français courant, « insuffisance cardio-respiratoire » n'est pas utilisé dans ce sens. Cette expression est ambiguë ; sa rencontre doit faire demander un supplément d'information plutôt que choisir la facilité de coder R09.2. Il faut s'efforcer de savoir ce que le médecin a ainsi désigné : est-ce une insuffisance cardiaque gauche avec son œdème pulmonaire à l'origine de l'insuffisance respiratoire (le « poumon cardiaque ») ? Est-ce une insuffisance respiratoire responsable d'une insuffisance cardiaque droite (le « cœur pulmonaire ») ? Est-ce autre chose ? Dans le premier cas, le code est I50.1, dans le deuxième, il est I26.- ou I27.-

Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat : le code Z75.1 ne doit être employé que si le séjour ou le prolongement du séjour est motivé par la seule attente de l'unité ou de l'établissement adéquat, non par un événement pathologique quelconque.

4.4 Modifications concernant le codage des actes

La parution prochaine de la CCAM (classification commune des actes médicaux) a suspendu les modifications dans le CdAM qui ne présente donc aucune modification pour la version 7 de la classification des GHM.

La méthodologie, la description, le système de codage et la méthode de construction des ICR de la CCAM seront présentés avec beaucoup de précisions dans l'introduction de l'ouvrage et ne seront pas repris ici. En revanche, la version 7 de la classification des GHM étant compatible avec l'utilisation de la CCAM, on présentera succinctement la méthodologie concernant les indices de coûts relatifs (ICR) et l'intégration des actes de la CCAM dans les tables de la classification des GHM.

4.4.1 Les ICR

La philosophie de construction des ICR est conservée ; les améliorations se situent dans le souci d'un recueil plus détaillé pour être capable d'obtenir des valeurs d'ICR adaptées au secteur public ou privé en sélectionnant les données « utiles » à chacun. Pour

chaque acte, et dans les conditions de la règle de l'art, les données nécessaires à leur construction sont :

- la durée de l'intervention,
- le nombre d'intervenants médicaux (un seul dans la grande majorité des cas),
- la qualité et le nombre des autres intervenants en distinguant les fonctions (l'aide opératoire est comprise ici, quelle que soit la personne qui assure cette fonction),
- le type de salle et de matériels nécessaires à sa réalisation.

Cette classification étant commune à l'État et à l'Assurance Maladie, la cohérence a été recherchée chaque fois que cela a été possible. Les durées d'intervention n'ont pas été à nouveau mesurées pour les ICR, elles ont été fournies par l'Assurance Maladie qui les a mesurées avec beaucoup de rigueur.

Si les sociétés savantes ont été fortement mobilisées par les deux partenaires pour les travaux permettant de valoriser les actes de la CCAM, la quantité de travail sollicitée a été différente pour des raisons évidentes :

- La valorisation des actes nécessaire à la tarification de l'activité libérale, réalisée par l'Assurance Maladie, est fondée, à l'exception de la durée, sur des valeurs subjectives (stress, compétence, pénibilité), d'où la nécessité de recueillir ces informations auprès d'un grand nombre d'experts et d'utiliser des méthodes adaptées de comparaison de valeurs subjectives.
- La valorisation à travers les ICR, réalisée par l'État, est basée sur des valeurs exclusivement quantitatives et beaucoup moins sujettes à variation dans des conditions type « règles de l'art ». D'où une sollicitation moins importante des sociétés savantes, la difficulté se situant dans l'évaluation correcte des coûts des salles d'intervention et des matériels utilisés.

4.4.2 L'intégration dans les listes d'actes propres à chaque GHM

La méthode appliquée est la même que celle qui a servi à l'intégration de la CIM 10 dans la classification avec beaucoup moins de problèmes à résoudre puisque les libellés d'actes de la CCAM, contrairement à de nombreux libellés de la CIM, ne laissent pas de place à l'interprétation (c'est un des objectifs visés pour en faire un meilleur outil que le CdAM).

Dans une première étape, chaque acte de la CCAM a été mis en correspondance avec un acte du CdAM qui avait les propriétés « classantes » souhaitées (de très nombreux actes sont classants dans plusieurs GHM appartenant à des CMD différentes). Il n'a pas été nécessaire de rechercher la correspondance la plus exacte possible parce que les actes du même type sont en général classants dans les mêmes GHM. À titre d'exemple, on a attribué à toutes les cures de hernies inguinales de la CCAM un des actes équivalents du CdAM, mais le même pour tous les actes de la CCAM concernés.

Dans un deuxième temps, les listes d'actes CCAM propres à chaque GHM ont été fabriquées automatiquement à partir des caractéristiques classantes de l'acte référent du CdAM. Chaque liste obtenue a été relue dans le contexte du GHM concerné et comparée à celle qui est faite avec les actes du CdAM. Les ajustements nécessaires du fait que les libellés n'ont pratiquement jamais tout à fait le même sens dans les deux ouvrages, ont été faits sans remettre en cause le contenu « médical » du GHM dans cette première version. C'est en effet rarement la propriété classante « naturelle » de l'acte qui pose problème, mais ses autres propriétés utilisées plus rarement.

Exemple : la pathologie n'étant présente dans un libellé d'acte « CCAM » que lorsqu'il est impossible de faire autrement, les actes d'exérèse à visée carcinologique sont plus difficiles à repérer. Un libellé de laryngectomie totale a une CMD « naturelle » qui est la CMD n° 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* », mais, comme la grande majorité des actes d'exérèses d'organes, il peut également être classant :

- dans la CMD n° 17 « *Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » s'il est spécifique d'une exérèse tumorale,
- dans la CMD n° 21 « *Traumatismes, allergies et empoisonnements* » s'il est spécifique d'un traitement de lésions traumatiques,
- ou dans les deux si le libellé ne mentionne pas de pathologie et qu'il n'est pas spécifique d'une tumeur ou d'un traumatisme, mais le fait que la notion de cancer n'est pas explicite ne doit pas, pour autant, rendre classantes toutes les laryngectomies dans un GHM de la CMD n° 21 puisque certaines sont spécifiques d'un contexte carcinologique.

La remise en cause du contenu de certains GHM n'a pas été faite dans la version 7 de la classification des GHM³¹ pour plusieurs raisons :

- toutes les anomalies signalées ont été analysées et corrigées si nécessaire dans les versions précédentes de la classification des GHM ;
- certaines anomalies dues à la rédaction de libellés du CdAM vont disparaître du fait d'une meilleure qualité de rédaction dans la CCAM ;
- dans une version mixte, il est important d'avoir un résultat de groupage le plus proche possible entre des RSS codés avec le CdAM et ceux qui sont codés avec la CCAM.

4.5 Une version « passerelle » vers un groupage « multiGHM »

4.5.1 Le cadre de la recherche

Depuis deux ans, le PERNNS effectue des travaux destinés à proposer une nette amélioration dans la description médico-économique des cas plus « compliqués ». Il semble utile ici de rappeler quelles sont les possibilités de valoriser la « complexité supplémentaire » dans la classification des GHM « classique » qui se fait grâce à l'existence :

- de quelques catégories majeures dites « transversales » comme la CM n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* », la CM n° 26 « *Traumatismes multiples graves* » et la CM n° 27 « *Transplantations d'organes* » ; elles sont destinées au classement de RSS qui seraient toujours les plus « lourds » dans les GHM dans lesquels ils seraient orientés si ces catégories majeures n'existaient pas ;
- de listes de complications spécifiques comme, par exemple, celle des complications cardio-vasculaires pour l'infarctus, des pathologies cardiaques sévères pour les cathétérismes cardiaques et coronarographies ou celle des complications d'accouchement ;
- de certaines limites d'âge comme c'est le cas pour quelques GHM qui sont segmentés sur un critère d'âge supérieur à 80 ans ;

³¹ À une exception près pour les GHM n° 309 « *Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur* » et n° 310 « *Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur* » dont les modifications sont présentées dans les nouveautés de la CMD n° 08 « *Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif* » au paragraphe 4.6.3.

- de listes de complications « standard » qu'il s'agisse des CMA ou des CMAS. Les CMA sont sans effet, dans la très grande majorité des cas, quand l'âge est supérieur à 69 ans.

L'amélioration recherchée n'est destinée à remplacer que le dernier processus décrit, à savoir le test sur l'existence d'une CMAS, d'une CMA ou d'un âge supérieur à 69 ans, les autres procédés (catégories majeures, listes de complications spécifiques et tests sur l'âge autres que 69 ans) sont conservés tels quels. Les listes de complications « standard » sont en effet une faiblesse de la classification puisqu'elles permettent d'obtenir le même résultat de groupage quelle que soit la complication ou la morbidité associée. Cela n'aurait aucun inconvénient s'il existait une répartition homogène des complications et des pathologies dans les différents établissements de soins, mais ce n'est pas le cas.

Le PERNNS a donc cherché à remplacer la standardisation actuelle de la plupart des complications et morbidités associées. Pour cela, il a proposé de fabriquer un GHM « primaire » et de remplacer l'effet « CMA », en le généralisant à l'ensemble des GHM primaires, par la création de GHM « secondaires ». Il s'agit donc d'optimiser l'utilisation des informations médicales (diagnostics associés et actes) non utilisées pour le GHM « primaire ».

Ces GHM secondaires sont (schématiquement) fabriqués en confrontant les informations « restantes » (que ce soit après la création du GHM primaire ou après la création d'un GHM secondaire) avec l'arbre de décision de la classification par un « effeuillage » progressif des possibilités d'où son nom de groupage « EfP » et ce, jusqu'à épuisement des informations médicales du RSS.

4.5.2 La méthode de groupage « EfP »

Il ne s'agit pas ici d'entrer dans les détails de l'algorithme de groupage mais de fournir une notion claire des résultats obtenus. Il est évident que le raccourci schématique qui vient d'être énoncé pour décrire l'objectif poursuivi ne traduit en rien les difficultés qu'il a fallu résoudre comme par exemple :

- rechercher automatiquement un diagnostic qui joue le rôle de DP parmi les diagnostics associés restants pour fabriquer un GHM secondaire ;
- obtenir, pour les GHM secondaires, un résultat de groupage identique quelque soit l'ordre des diagnostics associés ;
- apporter de la robustesse³² notamment en cas de surcodage prévisible à partir du moment où tous les diagnostics associés sont susceptibles de jouer un rôle.

Les GHM secondaires sont fabriqués dans un ordre défini qui tient compte des impératifs de la classification (les catégories majeures « transversales » sont prises en compte en premier) et de la valeur « ajoutée » de ces GHM. Ce sont donc les GHM secondaires les plus « valorisants » qui sont d'abord fabriqués.

L'ordre de création des GHM secondaires est donc le suivant :

³² Cette robustesse est, pour l'essentiel, assurée par des listes d'exclusions de diagnostics sur le modèle de celles qui existent déjà pour les CMA, et par des listes d'exclusions de GHM qui limitent considérablement les possibilités de faire plusieurs GHM dans une même CMD.

- fabrication des GHM secondaires des CMD n° 25 « Maladies dues à une infection par le VIH », n° 26 « Traumatismes multiples graves » et CM n° 27 « Transplantations d'organes » ;

- fabrication de GHM secondaires des CMD n° 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » ou n° 15 « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale » ;

- fabrication de GHM secondaires « chirurgicaux » quand il reste des actes classants opératoires et au moins autant de diagnostics associés « compatibles ». Il n'existe pas de vraie liste de cohérence entre les actes et les diagnostics : un groupage correct est obtenu avec un pontage coronarien et un DP de varices des membres inférieurs ; il a donc fallu trouver une autre solution. Il a été jugé inacceptable de pouvoir fabriquer un GHM chirurgical secondaire s'il n'y a pas au moins un diagnostic associé qui peut lui servir de DP33. Autrement dit, si parmi les informations restantes il y a un acte classant opératoire mais aucun diagnostic qui peut lui servir de DP, l'acte sera « abandonné » et ne servira à aucun GHM secondaire.

- fabrication de GHM secondaires avec « acte classant non opératoire »³⁴ dans les mêmes conditions de présence et de cohérence entre les DAS et les actes.

- fabrication de GHM secondaires « médicaux » avec une liste limitée de codes de la CIM. Cette liste ayant une proximité certaine avec celle des CMA (dans son contenu et dans son rôle) a été nommée CMA étendue (CMAE). Néanmoins, une méthodologie spécifique a été utilisée pour la constituer à partir de l'observation des bases de RSA disponibles.

- fabrication d'un GHM primaire identique à celui que l'on obtient avec l'arbre de décision actuel quand on a enlevé les tests sur l'existence d'une CMAS, d'une CMA ou d'un âge supérieur à 69 ans. Le choix algorithmique du DP, quand il y a plusieurs RUM, n'est pas remis en cause (il est, par contre, légèrement modifié dans le cadre de la version 7 et on en trouvera la description dans le chapitre consacré à la fonction groupage).

La description théorique des possibilités de GHM secondaires est une chose, la réalité observée en est une autre. Quand on effectue un groupage EfP sur une base nationale de RSA, environ 80 % des RSA n'ont pas de GHM secondaire. Les GHM secondaires existants sont en général issus des CMAE contenues dans les diagnostics associés et sont donc des GHM secondaires « médicaux ». Les autres combinaisons de

³³ Pour illustrer les travaux qui ont été nécessaires dans le cadre de cette version EfP, un certain niveau de cohérence entre un diagnostic et un acte a été rendu possible en affectant à chaque acte classant opératoire une CMD « prioritaire » (sauf impossibilité) quand il est classant dans plusieurs CMD. Cette cohérence ne dépasse pas celle qui existe actuellement en intraCMD et l'exemple du pontage coronarien pour des varices des membres inférieurs reste vrai. Il s'agit d'une « table » qui affecte la CMD « prioritaire » n° 03 « Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » aux actes de laryngectomie, la CMD n° 06 « Affections du tube digestif » aux actes de gastrectomie, etc...

³⁴ Cela ne concerne, en fait, que les actes classants non opératoires de la CMD n° 05 « Affections de l'appareil circulatoire ».

GHM sont peu fréquentes : un GHM secondaire chirurgical, un GHM avec acte classant non opératoire, un GHM secondaire de la CMD n° 14 ou de la CMD n° 15 est rare.³⁵

4.5.3 Les modifications de la classification rendues nécessaires par ce mode de groupage

Les travaux conduits dans le cadre d'un groupage de type EfP ont mis en évidence un certain nombre de cas où la création de GHM secondaires était inefficace ou difficile, voire les deux à la fois.

Des travaux complémentaires ont donc été conduits pour trouver une alternative aux GHM secondaires ; c'est le cas dans les CMD n° 14 et n° 15. Il s'avère que la refonte de la CMD n° 14 et la révision des niveaux de sévérité dans la CMD n° 15, dans l'objectif EfP, apportent une nette amélioration, en termes de description médico-économique, (indépendamment de ce mode de groupage) et caractérisent fortement la version 7 de la classification des GHM.

4.5.3.1 La refonte de la CMD n° 14

Le point de départ des travaux spécifiques à cette CMD était le suivant : l'existence d'un GHM « avec CMA »³⁶ (le seul de cette catégorie majeure) et la quasi impossibilité de faire des GHM secondaires puisque la très grande majorité des diagnostics associés oriente dans la même CMD que celle du diagnostic principal. Or, en dehors de l'association d'un GHM d'accouchement et d'un GHM d'ante partum, toute autre association de GHM dans cette CMD aurait peu de sens que ce soit d'un point de vue médical ou d'un point de vue économique.

Pour trouver une solution qui décrive correctement la complexité des cas dans cette CMD, des analyses sur les bases de RSA existantes ont permis de constater qu'on pouvait améliorer cette catégorie majeure en créant des listes de complications spécifiques aux césariennes, mais aussi en modifiant les listes de celles qui existent déjà (complications de l'accouchement, complications de l'ante partum)³⁷ et en augmentant le nombre de niveaux de « sévérité ».

Les modifications de la CMD n° 14 dans cette version de la classification sont donc les suivantes :

- création de trois niveaux de sévérité pour l'accouchement par voie basse et la césarienne :
 - complication majeure

³⁵ Il est évident que la réalité ne sera connue que lorsqu'il y aura des bases de données qui contiendront des RSA codés :

- avec des DAS (et non des DA), ce qui peut faire diminuer le nombre de DA
- dans un objectif de groupage EfP, (ce qui peut faire augmenter le nombre de DA). Néanmoins, le résultat obtenu lors des tests est peu différent entre un établissement dont les RSA ont un nombre de DA dans la moyenne et un établissement dont les RSA en ont beaucoup.

³⁶ Il s'agit du GHM n° 530 « *Césariennes avec CMA* » à tort souvent compris comme celui des césariennes compliquées alors que certaines complications de césarienne sont absentes de la liste des CMA et qu'un certain nombre de RSA du GHM n° 530 ne peut pas être imputé à des complications de césarienne mais au terrain de la patiente.

³⁷ Les listes de codes CIM 10 propres à chaque niveau de sévérité ont été constituées avec la même méthode que celle qui a permis de constituer la liste des CMAE. Il s'agit de calculer, pour chaque code présent en DA, un effet « isolé » sur l'augmentation des coûts ou de la durée de séjour (selon la base de RSA analysée), par opposition à un effet « brut » qui peut inclure les effets d'autres diagnostics associés.

- autre complication
- sans complication significative ;
- refonte de la liste des complications de l'ante partum. En effet, les analyses faites n'ont pas permis d'appliquer les trois niveaux de sévérité (pour des raisons d'effectif). En revanche, la liste des complications de l'ante partum a été complétée, notamment avec de nombreux codes relevant des autres chapitres de la CIM.

Les listes de complications (majeures ou autres) sont différentes en fonction de la période à laquelle elles s'appliquent (accouchement, césarienne). Le contenu des GHM « sans complication significative » est un peu différent, mais le sens étant le même, les numéros de GHM sont conservés. En revanche, pour permettre de lire sans ambiguïté les résultats de groupage d'une version antérieure, les numéros de GHM « avec CMA » ou « avec complications » n'ont pas été repris dans la version 7 pour l'accouchement par voie basse et la césarienne ; il y a donc quatre nouveaux GHM dans cette catégorie majeure mais seulement deux de plus que dans la version 6 de la classification des GHM (cf. le point 4.6.5).

4.5.3.2 L'amélioration de la CMD n° 15

Dans la version 3.4 de la classification des GHM, une refonte de la CMD n° 15 avait été faite en segmentant les GHM sur le poids de naissance pour les nouveau-nés de moins de 28 jours. Dans les versions suivantes, les listes de « problèmes » (majeurs ou non significatifs) ont été mises à jour (au vu d'un certain nombre d'observations sur les bases de données explorées), mais non remises en cause.

Par ailleurs, la recherche des nouveau-nés de plus de 2500 g « sans problème significatif » avant ceux qui ont des problèmes « significatifs » de la consommation de soins, dans l'arbre de décision de la CMD n° 15, est à l'origine de certaines anomalies de groupage³⁸.

Les travaux menés dans le cadre de la version 7 de la classification des GHM sont donc de deux ordres :

- remise en cause des listes de problèmes et du nombre de degrés de sévérité pour les poids de naissance les plus élevés ; pour les autres, il n'y a pas suffisamment de cas pour faire les mêmes propositions et on peut raisonnablement supposer que ces séjours sont tous dans le même type d'établissements, quelles que soient les complications ;
- inversion de l'ordre des tests pour les GHM qui concernent les nouveau-nés sans problème significatif.

Les modifications faites pour la version 7 de la classification des GHM sont donc importantes et peuvent être résumées de la manière suivante :

- Une augmentation du nombre de niveaux de sévérité avec quatre niveaux pour les tranches de poids de naissance de plus de 2499 g et de 2000 à 2499 g :
 - problèmes majeurs du nouveau-né

³⁸ La liste des « autres problèmes significatifs » n'existe pas ; il s'agit de tous les codes de la CIM 10 (à l'exclusion des codes « U », « V », « W », « X », « Y ») qui ne sont pas dans la liste des problèmes majeurs ou celle des problèmes non significatifs. La mention du code R54 « sénilité » en DA, dans un RSA de nouveau-né, oriente ce résumé dans le GHM des « autres problèmes significatifs ».

- problèmes sévères du nouveau-né
- autres problèmes du nouveau-né
- problèmes non significatifs du nouveau-né.

Pour les nouveau-nés qui ont un poids de naissance compris entre 1500 et 1999 g, le nombre de niveaux de sévérité est seulement de trois, avec un seul niveau pour les problèmes majeurs ou sévères.

- Une remise en cause du contenu des listes de problèmes : il ne s'agit donc pas d'une nouvelle répartition des codes existants dans les listes de la version 6 de la classification des GHM mais d'une refonte complète basée sur une méthode en deux étapes :

- la première est statistique et cherche à évaluer l'effet « isolé » d'une donnée (ici les diagnostics principaux ou associés) sur les coûts ou sur la durée de séjour, en fonction de la base de données explorée³⁹. Cet effet « isolé » est à opposer à l'effet « brut » qui peut dépendre de la présence d'autres diagnostics ;
- la deuxième est une expertise médicale qui utilise les valeurs calculées pour construire les listes définitives en ajoutant des codes par assimilation ou en supprimant des codes dont la présence n'a pas de sens médical.

- Une modification de l'ordre des tests dans l'arbre de décision de la CMD n° 15 : les nouveaux-nés « sans problème significatif » (qui comprennent les nouveau-nés normaux) ne correspondent plus à ceux dont tous les diagnostics font partie de la liste des « problèmes non significatifs », mais à ceux qui n'ont ni problème majeur ni problème sévère ni un autre problème significatif.

Le résultat de groupage pourra être assez différent :

- dans un établissement qui contrôle peu la qualité de codage des nouveau-nés. En effet, un RSA de nouveau-né « normal » peut être orienté dans le GHM des « autres problèmes significatifs » parce qu'il y a en DA un code d'accouchement de la mère (situation trop fréquemment observée sur les bases de données du PMSI) ou un code saisi par erreur et correspondant à une affection qui n'existe pas chez le nouveau-né ;
- dans un établissement qui pratique un codage descriptif trop détaillé (cela ne devrait plus être le cas avec l'introduction du DAS⁴⁰) mettant en défaut la liste des problèmes « non significatifs ».

Remarque : pour affecter un niveau de sévérité à un code de la CIM 10 autorisé dans un résumé de nouveau-né, il fallait un effectif suffisant (au moins 7 cas sur environ 1 million de résumés de nouveau-nés). Quelques diagnostics « rares » (effectif inférieur à 7) ont un niveau de sévérité qui a été affecté « à dire d'experts », mais la plupart des diagnostics rares n'ont pas de niveau de sévérité (ils sont donc absents des listes constituées) parce qu'il a été impossible d'en affecter un. Les groupes de nouveau-nés « sans problème significatif » comprennent donc les nouveau-nés normaux ou sans problème significatif mais aussi :

³⁹ C'est une méthode utilisée par le PERNNS et décrite dans son rapport d'activité concernant les travaux de l'année 2000.

⁴⁰ Diagnostic associé significatif d'un effort de soins ou d'une consommation de ressources ; les autres diagnostics associés devant être saisis dans une zone de données documentaires.

- les RSA qui ont leurs DA incohérents avec l'âge et aucun autre diagnostic présent dans les listes de niveaux de sévérité supérieurs (un code de sénilité par exemple) ;
- les RSA qui ont un ou plusieurs DA « rares » (et aucun autre diagnostic présent dans les listes de niveaux de sévérité supérieurs, ce qui rend la situation encore plus rare) dont certains peuvent apparaître comme mal classés, compte tenu de la lourdeur de la pathologie.

Néanmoins, le nombre de nouveau-nés « mal classés » est très inférieur, dans cette version 7 de la classification des GHM, et cette CMD est nettement améliorée d'un point de vue médico-économique.

Les nouveaux GHM sont présentés au point 4.6.6.

4.5.3.3 *Les autres modifications*

Il existe d'autres listes de complications spécifiques dans la classification des GHM, notamment dans la CMD n° 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* ». Une des listes a été revue également avec la méthode de recherche des diagnostics dont l'effet « isolé » traduit un effet sur les coûts ou la durée de séjour. Il s'agit de celle des « pathologies cardiaques sévères » qui devient celle des « pathologies cardiovasculaires sévères ».

Un certain nombre d'orientations dans l'arbre de décision était fait sur l'analyse du DP seulement et est désormais fait sur l'ensemble des diagnostics (cf. le point 4.6.9).

Au total, les travaux effectués dans le cadre de la méthode EfP ont permis d'apporter de nombreuses améliorations dans la version classique de groupage.

4.6 Présentation de la version 7 de la classification des GHM

Les changements sont issus des travaux effectués en vue d'un nouveau mode de groupage (version EfP), comme cela vient d'être exposé, mais ils sont également dus à l'intégration des modifications de groupage réalisée dans MAHOS pour pallier l'absence de nouvelle version une année sur deux (comme par exemple les groupes de greffe de moelle osseuse) et à des adaptations rendues nécessaires par la constatation de pratiques trop différentes dans la production de RUM (comme par exemple les séances) ou dans le codage (l'excès de diagnostics associés n'aura plus d'effet sur les séjours de moins de trois jours).

Les modifications concernent des créations ou des suppressions de GHM, des modifications de listes spécifiques de complications et des changements de critères d'orientation dans un GHM. Les changements applicables à l'ensemble de la classification sont présentés en premier, les autres sont présentés par CMD, dans l'ordre de leur numéro. Ces modifications sont également présentées, avec quelquefois plus de détail, au niveau des CMD ou des GHM concernés dans le volume 2 du manuel des GHM.

4.6.1 Modification de l'orientation dans un GHM « avec CMA »

L'analyse des bases PMSI dans le cadre des travaux « EfP » a montré que la création de GHM secondaires pour les séjours de moins de trois jours n'avait pas, ou très peu, de sens d'un point de vue médico-économique. On fait le même constat avec les CMA pour les

séjours de moins de trois jours groupés dans un GHM « avec CMA ». Dans les deux cas, cela ne concerne pas les séjours de patients décédés pour lesquels les coûts ne sont pas que de la « durée de séjour ».

Afin d'améliorer la classification et de rendre plus facile la comparaison entre un groupage classique et un groupage « EFP », la modification des critères d'orientation dans un GHM avec CMA est faite dans cette version. **Les critères actuels ne concernent plus que les séjours qui ont un mode de sortie « décès », pour les autres, il faut que la durée de séjour soit supérieure à deux jours.**

4.6.2 Modifications dans la CMD n° 05 « Affections de l'appareil circulatoire »

Les GHM d'infarctus du myocarde ne contiendront plus que les RSA qui ont un code (en DP ou en DA) de **prise en charge initiale** d'infarctus. Pour les autres prises en charge, l'orientation sera semblable aux autres codes d'ischémie cardiaque (cf. le point 4.3.1.1).

4.6.3 Modifications dans la CMD n° 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif »

Au cours des travaux d'intégration des actes de la CCAM dans les tables de la classification, il a fallu tenir compte de la différence, quelquefois conceptuelle, de la description des actes avec celle qui existe dans le CdAM.

Dans la très grande majorité des cas, cette différence n'a pas posé de problème puisque l'écriture des libellés de la CCAM devait répondre à l'objectif « classification des GHM ».

Néanmoins, une difficulté est apparue lors de la construction des listes d'actes qui orientent le RSS dans le GHM n° 309 « *Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur* » ou n° 310 « *Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur* ». Une étude approfondie des bases de données PMSI a montré que c'est le contenu des listes d'actes qui était à revoir et non les libellés de la CCAM.

Dans la version 6 de la classification des GHM, il y avait déjà eu une modification pour les deux groupes de la CMD n° 08 qui avait consisté à les rechercher à un niveau plus bas dans l'arbre de décision de cette catégorie majeure.

Dans la version 7, c'est leur contenu qui est donc revu :

- les ablations de prothèses articulaires sont dorénavant orientées dans le même groupe que la pose ou le changement de prothèse articulaire correspondante⁴¹.

- Les résections osseuses sans interruption de la continuité osseuse sont dorénavant orientées dans les groupes d'intervention sur les os correspondant à la topographie décrite (résection osseuse du fémur dans le GHM d'intervention sur le fémur etc...).

⁴¹ Les séjours d'ablation de prothèse articulaire sans pose d'une nouvelle prothèse ont, en effet, une DMS très supérieure à celle des autres cas groupés dans ces GHM et plus proche des cas concernant un changement de prothèse.

4.6.4 Modifications dans la CMD n° 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles »

Le GHM n° 405 « *Interventions sur l'hypophyse ou les glandes surrénales* » est supprimé et remplacé par deux GHM : le GHM n° 413 pour les interventions sur l'hypophyse et le GHM n° 414 pour les interventions sur les surrénales. Il s'agit à la fois d'un souhait des professionnels concernés et d'une nécessité, dans le cadre du groupage « EfP », pour la création des listes d'exclusion de GHM.

4.6.5 Modifications dans la CMD n° 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum »

Les raisons de la refonte de cette CMD sont présentées au paragraphe 4.5.3.1 ; seul le résultat est exposé ici. Il y a trois niveaux de sévérité au lieu de deux pour les accouchements par voie basse. La liste des CMA n'est plus utilisée pour segmenter les césariennes qui ont également trois niveaux de sévérité qui s'appuient sur des listes spécifiques de complications. Les libellés et les numéros de GHM des affections de l'ante partum ne sont pas modifiés, mais le contenu de la liste des complications de l'ante partum présente de nombreux changements.

Le GHM n° 539 « *Accouchements par voie basse avec complications* » est supprimé ; il est remplacé par les GHM n° 535 « *Accouchements par voie basse avec complications majeures* » et n° 536 « *Accouchements par voie basse avec autres complications* ».

Le GHM n° 530 « *Césariennes avec CMA* » est supprimé ; il est remplacé par les GHM n° 537 « *Césariennes avec complications majeures* » et n° 538 « *Césariennes avec autres complications* ».

La lecture attentive des listes correspondant aux niveaux de sévérité, montre qu'une même affection peut se trouver en niveau « autres complications » pour un accouchement par césarienne et en niveau « majeur » pour un accouchement par voie basse. En effet, une affection qui explique une augmentation de séjour de deux jours en moyenne a un effet modéré sur la DMS des accouchements par césarienne et un effet plus important sur la DMS des accouchements par voie basse.

4.6.6 Modifications dans la CMD n° 15 « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale »

Cette CMD est améliorée par une augmentation du nombre de niveaux de sévérité pour les trois tranches de poids de naissance les plus élevées, et une remise en cause du contenu des listes de diagnostics. Les objectifs poursuivis sont décrits au paragraphe 4.5.3.2) et seul le résultat est exposé ici.

Le GHM n° 876 « *Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif* » est supprimé ; il est remplacé par les GHM n° 860 « *Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère* » et n° 859 « *Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif* ».

Le GHM n° 873 « *Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème majeur* » est supprimé ; il est remplacé par les GHM n° 871 « *Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec*

problème sévère », n° 877 « *Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec autre problème significatif* » et n° 878 « *Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif* ».

Les GHM n° 869 « *Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur* » et n° 870 « *Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème majeur* » sont supprimés ; ils sont remplacés par les GHM n° 858 « *Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur ou sévère* », n° 879 « *Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec autre problème significatif* » et n° 868 « *Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif* ».

Le nombre de codes qui ne sont pas spécifiques du nouveau-né, dans les listes correspondant aux niveaux de sévérité, peut paraître plus important que dans les versions précédentes de la classification des GHM, mais il faut tenir compte du fait que la liste « virtuelle » des « autres problèmes significatifs » de ces versions correspondait à tous les codes de la CIM absents des autres listes. C'est donc, en fait, une réduction très importante du nombre de codes CIM 10 qui permet d'orienter un RSA dans un GHM « avec problème significatif ».

La lecture attentive des listes correspondant aux niveaux de sévérité montre qu'une même affection peut se trouver en niveau « autres problèmes significatifs » pour une tranche de poids de naissance de « 2000 à 2499 g » et en niveau « majeur » pour une tranche de poids de naissance de 2500 g et plus. En effet, une affection qui explique une augmentation de séjour de deux jours en moyenne a un effet modéré sur la DMS des nouveau-nés qui ont un poids de naissance compris entre 2000 g et 2499 g, et un effet plus important sur la DMS de ceux qui ont un poids de naissance égal à 2500 g et plus.

Par ailleurs, à partir de la version 7 de la classification des GHM, le choix algorithmique du DP, lorsque le RSS est composé de plusieurs RUM, est modifié.

Un RUM ayant un acte opératoire « mineur » n'est plus prioritaire sur un RUM ayant un diagnostic d'entrée dans la CMD n° 15, à condition que l'âge soit inférieur à 121 jours.

Pour plus de précisions, on se reportera au point concernant le choix du DP dans un RSS multi-unités dans le chapitre de la fonction groupage.

4.6.7 Modifications dans la CMD n° 24 « Séances et séjours de moins de 24 heures »

Il s'agit d'intégrer, dans la classification des GHM, les modifications concernant les « séances » faites dans MAHOS, pour la version précédente, et de les compléter par la suppression des GHM n° 683 « *séances avec acte opératoire* » et n° 684 « *Autres séances sans acte opératoire* ».

Pour mémoire : les diagnostics Z49.0 « *Soins préparatoires en vue d'une dialyse* », Z49.1 « *Dialyse extra-corporelle* », Z49.2 « *Autres dialyses* », Z51.1 « *Séance de chimiothérapie* » et Z51.3 « *Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic* » étaient réorientés dans un GHM « séance » y compris lorsque l'item « nombre de séance » était nul ou non renseigné.

Pour être orienté dans un GHM « séance », le RSA doit être classé dans la CM n° 24 dans les mêmes conditions qu'auparavant, mais il faut désormais que le DP fasse partie d'une liste définie. Le DP est donc prioritaire sur la valeur que peut prendre la zone « séance ». Les RSA dont la zone « séance » est égale à un, et dont le DP ne fait pas partie de la liste « motif de séance », ne sont plus classés dans un groupe de séance et sont

orientés dans un des autres groupes, en fonction des diagnostics et des actes qu'ils contiennent, à condition que la date d'entrée soit égale à la date de sortie. Les autres cas (DS > DE et/ou « nombre de séances » > 1) sont orientés dans un groupe « erreur ».

Ces différents cas de figure sont résumés dans le tableau suivant :

**Classement des séjours (hors séances de dialyse,
radiothérapie, chimiothérapie, transfusion)
selon la version
de la classification des GHM utilisée**

	Nombre de séances	classement actuel version 6	classement à venir version 7
DS = DE	n = 0	Groupe CM n°24	Groupe CM n°24, hors séances
	n = 1	GHM 683 ou 684	Groupe CM n°24, hors séances
	n > 1	GHM 683 ou 684	erreur
DS > DE	n = 0	GHM hors CM n°24	GHM hors CM n°24
	n = 1	GHM 683 ou 684	erreur
	n > 1	GHM 683 ou 684	erreur

4.6.8 Modifications dans la catégorie majeure n° 27 « Transplantations d'organes »

Il s'agit d'intégrer, dans la version 7 de la classification des GHM, une modification concernant le GHM n° 584 « *Greffe de moelle* » faite dans MAHOS pour la version 6. La solution d'attente choisie dans MAHOS n'est pas reproductible dans la classification.

Pour mémoire : affectation d'une valorisation différente aux séjours du même GHM en fonction de la durée de séjour (les journées supplémentaires sont valorisées quand elles sont comprises entre 46 et 133 jours).

Pour obtenir un résultat de groupage non ambigu, il a été nécessaire de trouver une solution qui passe par le codage des données médicales pertinentes. Les dernières modifications de libellé des actes de greffe de moelle du CdAM ne permettent pas de distinguer les allogreffes des autogreffes de moelle. Cette distinction sera à nouveau possible avec la CCAM, mais la version 7 de la classification des GHM, si elle permet le codage des actes avec la CCAM, n'impose pas l'utilisation de celle-ci. La solution a consisté à étendre à nouveau le code Z94.80 « *Présence de greffe de moelle osseuse* » pour distinguer les patients porteurs d'une autogreffe de cellules souches (Z94.800) des patients porteurs d'une allogreffe de cellules souche (Z94.801).

Un groupage correct sera obtenu avec une utilisation des codes étendus de Z94.80 en DP ou en DAS et au cours du séjour de greffe de moelle.

Le choix d'étendre la catégorie Z94 « *Greffe d'organe et de tissu* » peut paraître discutable compte tenu des règles d'utilisation habituellement attribuées aux catégories Z93 à Z99 de la CIM 10. Ces catégories sont destinées à décrire des états qui persistent au delà d'une hospitalisation, mais elles excluent toute notion de soins, comme on peut le constater en lisant les notes d'exclusions présentes à leur niveau. Néanmoins, dans le cas des greffes d'organes, l'absence de catégorie destinée à des bilans ou à des soins spécifiques qui ne seraient dus qu'à la présence d'une greffe, à l'exclusion de toute

complication, a conduit à recommander l'utilisation de cette catégorie dans un certain nombre de situations⁴² et notamment pour l'orientation dans les nouveaux GHM de greffe de moelle.

Le GHM n° 584 « *Greffes de moelle* » est donc supprimé ; il est remplacé par les GHM n° 564 « *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques* » et n° 565 « *Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques* ».

4.6.9 Autres modifications

A certains endroits de l'arbre de décision de la classification des GHM, il existe un test qui recherche un diagnostic dans une liste à la suite d'un test effectué sur les actes.

Exemple : dans la CMD n° 01 « *Affections du système nerveux* », après avoir trouvé un acte de la liste « craniotomie » dans un RSS, on recherche s'il y a un diagnostic appartenant à la liste « traumatisme crânien » pour orienter le résumé dans le GHM n° 002 « *Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans* » ou n° 001 « *Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans* ».

La recherche de ce diagnostic est effectuée, dans toutes les versions antérieures de la classification des GHM, sur le diagnostic principal. Une exploration des bases PMSI a montré que ce diagnostic pouvait être présent également en diagnostic associé, entraînant du même coup un résultat de groupage peu cohérent.

Reprenons notre exemple de traumatisme crânien et de craniotomie : soit un RSS qui a les données suivantes :

- un DP de fracture de colonne
- un DA de traumatisme crânien
- un acte de la liste « craniotomie »
- un acte de la liste « interventions sur le rachis ».

Il est actuellement classé dans le GHM n° 001 « *Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans* » parce que l'acte « craniotomie » est recherché avant celui de « intervention sur le rachis » et que le DP n'est pas un traumatisme crânien. Le résultat manque de cohérence puisque la craniotomie est bien effectuée pour un traumatisme.

La modification apportée ne doit pas être prise comme un « laxisme » destiné à corriger une erreur éventuelle de choix du DP, mais de tenir compte de la proportion de RSS multi-unités dont le choix algorithmique du DP peut être à l'origine de cette situation que l'on retrouve neuf fois dans l'arbre de décision :

- dans la CMD n° 01 « *Affections du système nerveux* » : on recherche un code de traumatisme crânien après avoir trouvé un acte de la liste des craniotomies ;
- dans la CMD n° 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* » : on recherche un code d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ou de choc après avoir trouvé un acte de stimulation cardiaque permanente ;

⁴² Cette catégorie est déjà recommandée pour le codage du DP en cas de bilan postgreffe quand il n'y a aucun fait nouveau et ne doit pas être utilisée en diagnostic relié avec un code de bilan indéterminé en DP.

- dans la CMD n° 06 « *Affections du tube digestif* », on recherche un code d'appendicite avec complication (avant toute intervention) après avoir trouvé un acte d'appendicectomie ;
- dans la CMD n° 08 « *Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif* » : on recherche un code de kyste synovial après avoir trouvé une intervention sur la main ;
- dans la CMD n° 09 « *Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins* » : on recherche un code d'ulcère cutané après avoir trouvé un acte de greffe de peau ;
- dans la CMD n° 11 « *Affections du rein et des voies urinaires* » : on recherche un code de tumeur urinaire après avoir trouvé un acte sur le rein, l'uretère ou d'une intervention majeure sur la vessie ;
- dans la CMD n° 12 « *Affections de l'appareil génital masculin* » et la CMD n° 13 « *Affections de l'appareil génital féminin* » : on recherche, à deux endroits, dans chacune des CMD, un code de tumeur maligne de l'appareil génital après avoir trouvé un acte appartenant à quatre listes d'actes spécifiques.

Dans toutes ces situations, le code diagnostic sera recherché sur tous les diagnostics du résumé, sauf pour la situation décrite dans la CMD n° 08 (concernant le kyste synovial) où l'homogénéité du résultat obtenu se dégrade par rapport à la situation actuelle.

5 FONCTION GROUPEGE

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 GENIAC pour les établissements privés), la garantie d'un groupage conforme est fournie par les vérifications que réalise ce programme, puisque GENRSA intègre lui-même la FG : pour produire des RSA, GENRSA 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 GENRSA 3
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 GENRSA 4.4
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

5.1 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 par les sociétés savantes.

Or, la saisie des extensions à 8 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 intra-abdominale) 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 du PERNNS, 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 imaginaire qu'une société savante fictive aurait créée au code F38.0.

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.

5.2 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 multi-unité.

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 multi-unité 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 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 seconde phase.
- deux RUM ou plus comportent un tel acte : seuls les RUM comportant un tel acte restent en lice pour la seconde 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 retient 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 5.3). 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 phase 4.

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 phase 5
- aucun RUM ne comporte un tel acte : tous les RUM passent à la phase 5

Phase 5 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.

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.

5.3 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 pré-prestation » et un « RUM post-prestation ».

Or, si l'on se réfère au processus de détermination du RUM comportant le DP en cas de séjour multi-unité (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 FG5.6 ; 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.

5.4 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 FG4.5, 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 FG5.6, 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 (FG5.6), 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 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 à un compromis entre ces trois voies que conduit la démarche « pragmatique », et c'est celle qui a été suivie dans les choix retenus pour la FG6.

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-groupé 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 groupement).

Notons enfin que la FG fournit les codes retour sous deux formes distinctes et simultanées, auxquelles a accès tout programme groupement 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 groupement, voire être complètement ignorés. GENRSA ne teste leur conformité en aucune façon.
- un code retour unique, qui doit impérativement être exploité par le programme groupement, et que GENRSA retrouvera identique si le RSS n'est pas modifié.

Seul le code retour unique aurait besoin d'être entièrement détaillé, puisque c'est le seul que GENRSA contrôle pour vérifier la concordance avec la FG. Cependant le code retour unique n'étant affecté que par les erreurs bloquantes, les codes retours non bloquants sont également présentés dans ce chapitre, pour l'information complète du lecteur.

5.4.1 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 groupement, etc. Bien entendu, la détection d'une telle erreur interdit au groupement 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 FG6.7 (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 910.

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.

5.4.2 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 900.

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 au CTIP, 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 MULTI-UNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT	37	RSS MULTI-UNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
11	NUMÉRO DE RSS ABSENT	39	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
13	DATE DE NAISSANCE ABSENTE	40	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
14	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE	41	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
15	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE	42	CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ SIGNIFICATIF NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
16	CODE SEXE ABSENT	43	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DU CDAM NI DE LA CCAM
17	CODE SEXE ERRONÉ	45	RSS MULTI-UNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
19	DATE D'ENTRÉE ABSENTE	46	RSS MULTI-UNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
20	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE	49	RSS MULTI-UNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
21	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE	50	DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTER-ÉTABLISSEMENT
23	RSS MULTI-UNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT	51	CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT PRÉVU
24	MODE D'ENTRÉE ABSENT	52	NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
25	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE	53	PROVENANCE ABSENTE
26	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS	54	DESTINATION ABSENTE
27	RSS MULTI-UNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE	55	NOMBRE DE DAS OU DE DAD ABSENT
28	DATE DE SORTIE ABSENTE	56	NOMBRE DE DAS OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
29	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE	57	NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
30	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE	58	NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
32	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE	59	FORMAT DE RUM INCONNU
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		

Contrôles facultatifs (erreurs non bloquantes)

Les valeurs comprises entre 60 et 99 sont réservées à l'identification des échecs des contrôles facultatifs, selon la liste ci-dessous. Leur libellé étant en général explicite, ces contrôles n'appellent pas de commentaire particulier.

Soulignons cependant une caractéristique particulière des tables de la classification, dont on retrouve ici la trace (codes retour 68, 71, 74 et 95) : le CdAM depuis son origine en 1985, la CIM 10 « étendue » et la CCAM dorénavant, ont subi ou sont amenés à subir des évolutions parfois importantes. Les tables de la classification gardent la trace des actes ou des diagnostics « abandonnés », de sorte qu'il est toujours possible de grouper des fichiers de données anciennes. Cette conservation des codes anciens est « dynamique » : la classification des GHM évoluant, il est possible que des actes ou des diagnostics changent d'orientation. Ce changement d'orientation affecte également les codes « abandonnés » : en d'autres termes, leur présence dans un RSS sera prise en compte avec le même déterminisme que si le code était toujours d'actualité. Cette particularité permet d'analyser l'activité de plusieurs années consécutives, sans artefact induit par l'évolution de la nomenclature employée. Toutefois les codes retours attireront l'attention du responsable du DIM, afin d'éviter la persistance de codages obsolètes.

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

5.4.3 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 901, ou 902, ou 903.

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 au PERNNS, 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	05	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
03	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT	06	INCOMPATIBILITÉ ACTE-DIAGNOSTIC
04	TABLES ENDOMMAGÉES	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
----	---

5.4.4 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 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 groupage en G900, 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 ;
- 80 pour signaler un groupe médical obtenu par évitement du groupe 901 ;
- la valeur comprise entre 01 et 59 selon le tableau ci-dessus en cas d'erreur de groupage.