

Ministère du Travail et des Affaires Sociales

**Manuel des Groupes Homogènes de Malades
4ème version de la classification**

version 3.4 de la fonction groupage

Volume 1

Mise à jour au 1er septembre 1996

VOLUME 1 - SOMMAIRE

	Page
Sommaire du volume 2	5
Contributions	7
Présentation générale	9
1 - Rappel sur la classification des groupes homogènes de malades.....	10
2 - Principes de la classification	15
3 - Version 4 de la classification	26
4 - Fonction groupage.....	44
 Annexes	
1 - Liste des sigles utilisés dans les volumes 1 et 2 du manuel des groupes homogènes de malades	Annexe 1
2 - Liste des groupes homogènes de malades (numéros et libellés) par catégorie majeure de diagnostics	Annexe 2
3 - Liste des complications et morbidités associées	Annexe 3
4 - Liste des complications et morbidités associées sévères	Annexe 4
5 - Liste des complications et morbidités associées sévères non traumatiques.....	Annexe 5
6 - Liste d'exclusions de diagnostics	Annexe 6
7 - Liste des extensions de la CIM 10 créées pour la version 3.4 de la fonction groupage	Annexe 7
8 - Codes de la CIM 10 par ordre croissant avec les catégories majeures de diagnostics dans lesquelles ils sont orientés.....	Annexe 8
9 - Codes des actes classants par ordre croissant avec les groupes homogènes de malades dans lesquels ils sont répertoriés	Annexe 9
10 - Abréviations des libellés de la CIM 10.....	Annexe 10

VOLUME 2 - SOMMAIRE

Liste des CMD

Présentation de l'arbre de décision

Catégories majeures de diagnostics

- 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
- 25 Maladies dues à une infection à VIH (**nouvelle CMD**)
- 26 Traumatismes multiples graves (**nouvelle CMD**)

Catégories majeures

- 24 Séances et séjours de moins de 24 heures
- 27 Transplantations d'organes (**nouvelle CM**)
- 90 Erreurs et autres séjours inclassables

CONTRIBUTIONS

La production de la version 3 de la fonction groupage et des tables de la version 4 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 :

RÉVISION DE LA CLASSIFICATION EN GHM

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

Docteur **Marion GIRARDIER** (Directeur) Docteur **Jean-Pierre BODIN**
Docteur **Dominique BLUM** Docteur **Jean-François NOURY**

Experts associés du PERNNS

Docteurs **Antoine BUEMI**, **Laurence DURIF**, **Didier HÈVE**, **Patrick JEHAN**,
Monsieur **Emmanuel GOMEZ**, ingénieur
et avec la participation des Docteurs **Anita BURGUN** et **Jean-François CONSO**

LOGICIEL DE MAINTENANCE DE LA CLASSIFICATION ET DE LA FONCTION GROUPAGE

Centre Interuniversitaire de Traitement de l'Information (CITI 2) jusqu'en mars 1996

Docteur **Max BENSADON**, Docteur **Dominique BLUM**, Messieurs **Claude MUGNIER** et **Richard VATRE**

Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) à partir d'avril 1996

Docteur **Max BENSADON**, Docteur **Dominique BLUM**, Monsieur **Cédric ROCHE**

Nous remercions également

- Les membres de la mission SIDA qui ont participé aux travaux de la nouvelle CMD n° 25
- Monsieur **Stéphane FINKEL**, statisticien de la mission PMSI
- Mesdames **Michèle KOSTRZEWA** et **Catherine CARRAZ** du PERNNS

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

INTRODUCTION

La première version de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), la version zéro, a été publiée dans la circulaire n° 160 du 5 août 1986. Elle répertoriait, pour chaque catégorie majeure de diagnostics (CMD) : les titres des CMD, les numéros, les intitulés et le caractère chirurgical ou médical des GHM, ainsi qu'un indice de pondération de soins infirmiers (IPSI).

La version suivante, ou version 1, a été publiée dans le fascicule spécial n° 92-9 bis du Bulletin Officiel. Il s'agissait, pour la première fois, d'une description détaillée de la classification sous la forme d'un *manuel*.

La version 2 a été la première version préparée par le Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS) en collaboration avec la mission PMSI de la Direction des hôpitaux et le Centre interuniversitaire de traitement de l'information (CITI 2). Elle a été publiée dans le fascicule spécial n° 94-2 bis du Bulletin Officiel.

La version 2.3 était une version mixte CIM 9-CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, neuvième et dixième révisions) de la classification des GHM. C'était la première version qui distinguait l'évolution de la fonction groupage (FG) (version 2 non modifiée) et celle des tables de la classification (3ème version). En effet, si les modifications des tables justifient une révision annuelle pour tenir compte des remarques des utilisateurs et des modifications des nomenclatures, il est souhaitable que la fonction groupage et le format des données recueillies soient plus stables. La version 2.3 a été publiée dans le fascicule spécial n° 95-11 bis du Bulletin Officiel.

La version 3.4 fait l'objet de ce présent manuel. C'est la première version qui ne permet plus l'utilisation de la CIM 9 puisque seuls les codes de la CIM 10 sont présents dans les tables de la classification des GHM. C'est aussi une version qui présente de nombreuses nouveautés rendues possibles par l'utilisation d'une version étendue de la CIM 10 et le traitement d'informations jusque là inutilisées par la fonction groupage comme, par exemple, le poids de naissance et l'âge, en jours.

Ce manuel comprend deux volumes :

- ◆ Le premier contient des textes de présentation et des annexes dont le sommaire est présenté en tête de cet ouvrage.
- ◆ Le second présente la description de la classification des GHM par CMD ou catégorie majeure (CM), avec, pour chacune d'elles :

- le titre de la catégorie et des commentaires faits à son sujet,
- une représentation graphique des tests effectués pour le classement des résumés de sortie standardisés (RSS) dans les GHM de la catégorie (arbre de décision),
- la liste des "diagnostics d'entrée" dans la catégorie,
- les numéros et les titres des GHM ou des groupes, éventuellement accompagnés de commentaires, et les listes de diagnostics et d'actes.

1. RAPPEL SUR LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGENES DE MALADES

1.1. DU RSS AU GHM

Les 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, 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 résumé 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 pour les actes.

Les 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'était déjà le cas de la CM n° 24. Cette notion est étendue à la CM n° 27 des transplantations d'organes.

Dans la majorité des cas, les tests effectués sont les suivants¹ :

a) le RSS est classé dans l'une des CMD par analyse du diagnostic que le groupeur retient comme le diagnostic principal du séjour hospitalier. En cas de séjour mono-unité, il est le diagnostic principal 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 opératoire classant est recherchée dans le RSS,

c) s'il existe un acte opératoire classant, 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 non classants,

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, 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 non opératoires, c'est-à-dire classants sans être réalisés habituellement en salle d'opération (Cf. 2.3.3.),

e) à partir de la version 4, avant d'analyser le DP (destiné à orienter le RSS dans une des vingt-trois CMD des versions précédentes) est réalisé un certain nombre de tests "transversaux" : ils concernent en effet l'ensemble des diagnostics ou des actes,

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. 2.2.1.1.) caractérisant chaque GHM "médical", mais les diagnostics peuvent également être affectés de *caractéristiques* (cf. 2.2.2.1.) qui traduisent leur appartenance à des groupes particuliers influençant le classement dans un GHM, par exemple celui des complications et morbidités associées (CMA) ou, depuis cette version, des complications et morbidités associées sévères CMAS (cf. 3.3.3.1.).

¹ Pour une description exhaustive, voir le volume 2 du présent manuel, en particulier les arbres de décisions des CMD et des CM.

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*, qui renvoie à une dénomination. À titre d'exemple, la caractéristique 00:1 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...

1.2. HISTORIQUE

1.2.1. LA VERSION 0

La classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRGs), élaborée par le Professeur Robert Fetter et son équipe de l'Université de Yale, a inspiré le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, dont la lettre P a signifié "programme" par la suite).

Empirique, elle a été établie *a posteriori* à partir des variables administratives et médicales enregistrées pour les malades hospitalisés en court séjour aux Etats-Unis ; elle relève d'une logique économique qui veut relier les différents types de séjours à leur consommation de ressources.

Le but de cette classification est de regrouper les séjours de patients qui ont des caractéristiques cliniques proches nécessitant des prestations de type et de niveau statistiquement homogènes, dans des catégories médico-économiques : les DRGs aux Etats-Unis, les GHM en France.

Cette approche ne prétend pas descendre à un niveau de description élémentaire du phénomène que l'on veut expliquer. En effet, l'intention n'était pas, pour les concepteurs des DRGs, de parvenir à une description parfaitement fidèle des pratiques médicales, mais de proposer un indicateur validé par des experts médicaux pour ce qui concerne les choix de regroupements suggérés par l'analyse statistique.

La classification des DRGs a été testée sur une base nationale de RSS (le RSA a été créé plus tard). 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 DRGs.

1.2.2. LA VERSION 1

Avant elle, la classification des GHM n'était accessible que sous sa forme informatique, si l'on excepte la circulaire parue en 1986 citée *supra*. Il est apparu souhaitable de diffuser un document décrivant cette classification de façon complète et précise.

Un important travail de mise en forme a été nécessaire et les principales modifications faites ont été les suivantes :

- suppression de quatre GHM (433 et 434 dans la CMD n° 11, 535 et 542 dans la CMD n° 14),
- le transfert de quelques diagnostics, d'une CMD à une autre ou d'un GHM à un autre à l'intérieur d'une CMD,
- l'ajout de trois diagnostics : ceux codés 062.9, 790.9 et 796.9 dans la CIM 9,
- l'intégration d'actes classants supplémentaires,
- le classement des séjours d'un jour dans la catégorie majeure (CM) n° 24, en sus des séances.

Les changements ont été introduits dans la classification des GHM et dans la *fonction groupage* grâce à une application informatique spécifique réalisée au CITI 2, qui permet de gérer les dictionnaires, les tables et les éditions de la classification, ainsi que la mise à jour des tables de la *fonction groupage*.

1.2.3. LA VERSION 2

Il s'agit de la première version élaborée en collaboration avec le PERNNS. Les modifications apportées ont été décrites en détail dans le manuel des GHM publié dans le fascicule spécial n° 94-2 bis du Bulletin Officiel.

Cette version avait été motivée par la nécessité d'intégrer quelques 3 000 actes nouveaux dans les tables de la classification. Ces actes résultaient des travaux liés à la création des ICR (indice de coût relatif) en remplacement des ICR (index de complexité relative) pour le champ ALPHA du CdAM.

L'intégration de ces actes s'est faite par assimilation, ce qui a été l'occasion d'harmoniser les *caractéristiques* de certains types d'actes et d'analyser les actes par *caractéristique*.

Pour apporter une solution à certains cas orientés, à tort, dans le groupe 901, quelques codes de la CIM 9 ont changé de CMD d'accueil.

Enfin, quelques groupes à effectif pratiquement nul pour des raisons évidentes ont été supprimés de la classification.

1.2.4. LA VERSION 2.3

Il s'agissait d'une version de transition vers une refonte plus profonde de la classification des GHM qui nécessite le codage des diagnostics en CIM 10 pour deux raisons :

- le niveau de précision de la CIM 10 se rapproche de celui des outils de codage utilisés dans les classifications de type DRGs,
- le format étendu des codes de la CIM 10 (6 caractères) permettra d'améliorer le niveau de précision s'il était jugé insuffisant dans le cadre des modifications souhaitées pour la prochaine version de la classification.

Cette version ne se limitait pas à l'intégration de la CIM 10 car il était également important de prendre en compte les remarques des utilisateurs, qui sont parvenues au PERNNS depuis la clôture de la version 2.

Les modifications de la version 3 comprenaient :

- la création et l'intégration des tables pour la version CIM 10,
- des modifications des tables de la version CIM 9,
- l'intégration d'actes nouveaux et des modifications de *caractéristiques* d'actes anciens.

Le travail nécessaire à l'intégration de la CIM 10 ne s'est pas fait à l'aide d'un "transcodage" CIM 10-CIM 9, mais à partir de chaque libellé de la CIM 10 en l'assimilant au "comportement" de celui (ou de ceux) qui lui correspond(ent) dans la CIM 9.

L'intégration de la CIM 10 s'est faite par étapes :

- création d'un fichier de libellés ayant les propriétés suivantes :
 - * une longueur de code qui permet une extension qui sera gérée par le PERNNS,
 - * un libellé dit "long" qui est dans la grande majorité des cas celui du volume 1 de la CIM 10. Les modifications faites ont pour objectif d'en rendre le sens indépendant de son contexte,

- * un libellé dit "court" avec une longueur maximum de 70 caractères et des règles de simplification applicables à l'ensemble des libellés. C'est celui qui est utilisé dans les tables de la classification,
- * l'existence du code (sur trois caractères) et du libellé du niveau appelé "catégorie" dans la CIM 10 ("rubrique" dans la CIM 9).

- attribution des *catégories* de diagnostics (cf. paragraphe 2.2.1.1.),
- attribution des *caractéristiques* de diagnostics (cf. paragraphe 2.3.1.).

Ces trois étapes ont été réalisées en respectant la contrainte de groupage identique pour des RSS codés en CIM 9 ou en CIM 10.

- validation de la version obtenue par un test de groupage comparatif entre un lot de résumés codés avec la CIM 9 puis avec la CIM 10.

2. PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION

Ce chapitre existe sous une forme très proche 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 a donc été jugé utile de le maintenir sous sa forme détaillée ; il est, par contre, actualisé pour tenir compte des nouveautés et du fait qu'il s'agit de la première version fonctionnant exclusivement en CIM 10 et ne permettant pas de grouper des fichiers antérieurs.

2.1. CONVENTIONS D'UTILISATION DU MANUEL DES GHM

Les conventions de présentation de la description de la présente version de la classification des GHM dans le volume 2 restent identiques à celles des versions précédentes. Elles proviennent avant tout du fait qu'il est indispensable de diminuer le volume du document qui est constitué à partir des tables extraites de la *fonction groupage*. C'est pourquoi les libellés des diagnostics et des actes sont abrégés. Il importe d'observer que ces libellés ne remplacent en rien ceux de la CIM ou du CdAM qui restent les libellés de référence.

Un ensemble d'actes ou de diagnostics n'est répertorié qu'une seule fois lorsqu'il est strictement identique pour plusieurs GHM. Cela conduit à indiquer parfois le "titre" de cette liste d'actes ou de diagnostics pour expliciter l'arbre de décision. Ce titre reprend :

- le nom de la ou des *caractéristique(s)* (cf. paragraphe 2.2.2.1.) prise(s) en compte pour le classement dans un GHM, pour les actes,
- le nom de la *catégorie* (cf. 2.2.1.1.) ou de la *caractéristique* (cf. 2.3.1.) pour les diagnostics, si le test effectué porte sur le DP, sur les diagnostics associés (DA) ou sur les deux.

Dans le volume 2, la pagination est interne à chaque CMD.

Dans le cas des catégories de la CIM affectées de la mention "*Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme quatrième chiffre...*", le quatrième chiffre a toujours été pris en compte. Cette remarque concerne également un caractère supplémentaire dit "cinquième chiffre" pour quelques catégories de la CIM 10.

Remarque : Le terme "catégorie" de la CIM 10 remplace le terme "rubrique" de la CIM 9. Il est important de modifier la terminologie car le terme "rubrique" existe encore dans la CIM 10, mais avec un sens plus large. Il ne faudra 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* sera 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. Par exemple : si l'âge est supérieur à 17 ans, pour le GHM 001 "*Craniotomies en dehors de tout traumatisme*", est testée l'absence d'un des diagnostics qui conduisent dans le GHM 002 "*Craniotomies pour traumatisme*" ; ce qui donne, pour le GHM 001, le commentaire suivant : "*Tous les diagnostics d'entrée de la CMD n° 01 sauf ceux listés dans le GHM 002*",

- 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.

Par exemple : I23 "*Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde*"

À l'exclusion de : états suivants :

- . coexistant avec un infarctus aigu du myocarde (I21.- I22.-)
- . non précisés comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde (I31.-, I51.-).

Pour que le RSS soit correctement orienté dans le GHM 178 "*Infarctus aigu du myocarde avec complications cardio-vasculaires et sortie en vie de l'établissement*", on doit faire abstraction de la première exclusion "coexistant avec un infarctus aigu du myocarde" puisqu'il y a un premier test à la recherche d'un code des catégories I21 "*Infarctus aigu du myocarde*" et I22 "*Infarctus du myocarde à répétition*" et un deuxième test à la recherche de complications dont certaines sont codées avec la catégorie I23. Rappelons que dans la CIM, certaines exclusions n'ont de sens que dans le cadre de règles concernant le "monocodage".

2.2. LES ÉLÉMENTS DÉTERMINANTS DE L'ORIENTATION DANS UN GHM

2.2.1. LES DIAGNOSTICS

2.2.1.1. CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS

L'ensemble des diagnostics de la CIM est réparti de façon mutuellement exclusive entre les vingt-trois CMD des versions antérieures à la version 4 de la classification². Il existe quelques exceptions, tels les codes de certaines affections génitales, dont l'orientation en 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 génital masculin, n° 13 génital 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*³ 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 Les deux nouvelles CMD (n° 25 "*Maladies dues à une infection par le VIH*" et n° 26 "*Traumatismes multiples graves*") ne nécessitent pas une redistribution de ces diagnostics puisqu'il s'agit de tests concernant l'ensemble des diagnostics et non le seul diagnostic principal.

³ Pour ne pas confondre les deux termes "catégories", celui qui se rapporte à la classification des GHM est toujours en italique. Pour plus de précisions, on peut se reporter à la remarque figurant dans le paragraphe 2.1.

2.2.1.2. PARTICULARITÉS

* Codes "dague" et "astérisque"

Le choix a été fait, lors de l'adaptation initiale des DRGs, d'affecter à la même CMD les codes "dague" (cause initiale) et "astérisque" (manifestation clinique) qui se correspondent ; il y avait quelques exceptions dans les versions en CIM 9.

La richesse de ce double codage, que n'a pas la classification utilisée aux Etats-Unis pour coder les diagnostics, aurait pu être exploitée davantage pour répertorier le code de la manifestation clinique et celui de la cause initiale dans des CMD différentes. Cette possibilité a été examinée dans le cadre de la version 4 de la classification qui utilise exclusivement la CIM 10.

Dans la CIM 10, la notion de code "astérisque" est plus restrictive que dans la CIM 9 : on ne peut plus utiliser n'importe quel code pour indexer la manifestation d'un code "dague". Par ailleurs, les codes "astérisques" sont souvent regroupés dans des catégories spécifiques, peu nombreuses si on en compare le nombre 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 de l'appareil digestif 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 ou la CMD n° 06 "*Affections du tube digestif*" si elles concernent l'intestin (les affections des voies biliaires ou du pancréas étant codées avec la catégorie K87* "*Atteintes de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas au cours de maladies classées ailleurs*").

C'est d'abord pour cette raison qu'en CIM 10 il y a davantage de "couples" dague-astérisque qui ne sont pas orientés dans la même CMD.

Quant à orienter volontairement les codes du "couple" dague-astérisque qui pourraient justifier de CMD différentes, il faut attendre de connaître, en termes de points ISA, les conséquences globales des nombreuses modifications de cette version de la classification.

* Signes et symptômes

Les codes concernant les signes et les symptômes ne doivent être utilisés, pour coder le DP, qu'en l'absence de diagnostic plus précis. Toutefois, certains symptômes sont retenus, à juste titre, comme DP du RSS avec une fréquence suffisante pour expliquer l'existence de quelques GHM s'intitulant "*Signes et symptômes...*" ; par exemple, les GHM 459, 460 et 461 : "*Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires*".

2.2.2. LES ACTES

2.2.2.1. CARACTÉRISTIQUES DES ACTES

Chaque acte classant, au sens de la classification des GHM, est affecté de repères numériques nommés *caractéristiques* d'actes.

Elles permettent de répartir les actes classants dans des listes dont chacune est repérée par une *caractéristique* identique pour l'ensemble de ses actes et par une dénomination. Ainsi, par exemple, à toutes les "craniotomies" (dénomination) est affectée la *caractéristique* 00:1. On peut également dire qu'une liste définie par l'attribution de la *caractéristique* 00:1 rassemble tous les actes de craniotomies.

Une même *caractéristique* peut orienter dans différents GHM. Il en est ainsi des craniotomies sus-citées qui concernent la CMD n° 01 "*Affections du système nerveux*". Lorsque la fonction groupage "reconnait" un DP orientant dans cette catégorie majeure, elle "recherche" si un acte a la *caractéristique* 00:1. Le cas échéant, le RSS est orienté dans l'un des trois GHM de craniotomie, le "choix" entre les trois se faisant selon l'existence ou non d'un traumatisme (il y a "relecture" du DP), et selon l'âge du malade (cf. volume 2, CMD n° 01 : GHM 001, 002 et 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 222 codes des actes de craniotomie, ne teste que la *caractéristique* 00:1.

Le fait qu'une même *caractéristique* peut être classante dans des GHM distincts d'une même CMD explique que la présence de certains actes dans quelques GHM peut paraître constituer un non-sens médical. 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, un acte peut posséder plusieurs *caractéristiques*, c'est même fréquent. Plus un acte possède de *caractéristiques*, plus nombreux sont les GHM dans lesquels cet acte est classant.

Par exemple, K087 "*Exérèse complète d'une tumeur du médiastin, simple, par thoracotomie*", selon le DP auquel il est associé, peut être classant :

- dans le GHM 113 des "*Interventions majeures sur le thorax*" (caractéristique 03:0) de la CMD n° 04,
- dans les GHM 411/412 des "*Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels*" (caractéristique 11:3) de la CMD n° 10,
- dans les GHM 578/581/582 des "*Interventions majeures au cours des lymphomes, leucémies, affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus*" (caractéristique 15:2) de la CMD n° 17.

2.2.2.2. PARTICULARITÉS

*** Hiérarchie 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 testés. En revanche, il est évident que, grâce à l'étude initiée par la circulaire du 28 février 1992, la connaissance des coûts par activité médicale est promise à jouer 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.

En ce sens, les actes d'anesthésie (champ "BÊTA") par exemple, ne sont pas classants. Ils sont en effet associés à toutes les interventions. 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'est pas l'aune exclusive de sa complexité technique ni de sa consommation de ressources, et la classification des GHM n'est qu'un moyen parmi d'autres de rendre compte de l'activité des établissements de santé.

2.2.3 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 233 et 234 "*Autres interventions sur le tube digestif*" et 259, 260, 261 "*Autres affections digestives*" ont un indéniable caractère "fourre-tout".

Les prototypes en sont les GHM 639 et 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.

2.3. LES FACTEURS MODULANTS DE L'ORIENTATION DANS UN GHM

2.3.1. 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 la mention en DP 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,

- après un diagnostic. L'exemple le plus fréquent est représenté par la recherche d'une CMA (cf. paragraphe 2.3.2.) dont les codes sont regroupés dans une *caractéristique* de diagnostics.

2.3.2. COMPLICATIONS ET MORBIDITÉS ASSOCIÉES (CMA)

Les CMA sont répertoriées dans une liste qui vaut pour l'ensemble de la classification. 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, chaque fois qu'intervient dans l'intitulé du GHM l'expression "et/ou CMA".

À partir de la version 4 de la classification, un sous-ensemble de cette *caractéristique* constitue les CMA sévères : CMAS. Dans certains cas, leur présence en DA oriente le RSS dans un groupe "lourd". L'introduction de ce nouveau test est d'abord destiné à améliorer l'homogénéité des GHM dans lesquels ces cas étaient orientés. 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.

L'analyse des valeurs de l'indice de gravité simplifié : IGSII (nouvelle information de la version 4) permettra, dans un deuxième temps, d'envisager de pouvoir affiner l'orientation des RSS dans ces groupes "lourds".

Pour plus de précision sur les CMAS, il faut se reporter au paragraphe 3.3.3.1.

Dans cette version de la classification, les codes appartenant à la liste de complications et morbidités associées (qu'elles soient sévères ou non) ne sont plus considérées comme CMA ou CMAS automatiquement, mais seulement après une analyse par rapport au DP. Ceci se fait à travers des listes d'exclusions (cf. 3.3.3.2.).

2.3.3. ACTES CLASSANTS NON OPÉRATOIRES

Ils sont peu nombreux. Ce sont les cathétérismes cardiaques ou les coronarographies (CMD n° 05), les explorations endoscopiques dans le cadre précis des antécédents d'affections malignes (CMD n° 17), certains actes dentaires (CMD n° 03) et quelques actes obstétricaux. 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 testée qu'après celle d'un acte opératoire classant et qu'ils interviennent, dans l'ordre des tests, 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 coronarographies, actes classants non opératoires, subdivisent respectivement les remplacements valvulaires et les pontages coronaires en deux GHM, 152 et 153 d'une part, 154 et 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. Ainsi pour les affections de la cavité buccale et des dents (CMD n° 3) selon la mention de certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (GHM 105) ; ainsi pour les endoscopies lorsque le DP est un antécédent d'affection maligne (CMD n° 17, GHM 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 901 ;
- ou bien l'acte non opératoire est testé au sein de GHM médicaux (ou obstétricaux) : il est alors toujours "en relation" avec le DP 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 appelé à se développer pour une meilleure description des prises en charge "médicales".

2.3.4. 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*".

Le code "3" utilisé avec les versions 0 et 1 de la classification ne permettait pas de différencier les patients transférés en milieu spécialisé pour cause d'impossibilité de prise en charge locale, de ceux sortant vers le moyen séjour au terme de leur traitement. En revanche, les codes des modes de sortie et types de mutation et de transfert le permettent. Obligatoirement saisis depuis le 1er juillet 1995, ils sont pris en compte depuis la version 2 de la classification.

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.

2.4. CATÉGORIES MAJEURES PARTICULIÈRES

2.4.1. 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 et l'impossibilité d'utiliser le cinquième chiffre proposé par certaines rubriques de ce chapitre dans la CIM 9 a conduit, à compter de la version 1 de la classification à utiliser des tests sur la présence en DA d'un code de la rubrique V27 "*Résultat de l'accouchement*" ou V23 "*Surveillance de grossesse (à haut risque)*" pour distinguer les différentes périodes. Pour pallier l'absence éventuelle d'un code de la rubrique V27, 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, en DA, est maintenue, pour orienter dans des GHM d'accouchement ou d'*ante partum*. C'est la catégorie Z37 qui remplace la rubrique V27 et la catégorie Z35 qui remplace la rubrique V23. Une liste de codes d'accouchement a également été créée pour pallier l'absence éventuelle d'un code de la catégorie Z37. Cette liste est volontairement limitée aux codes de la CIM 10 correspondant à ceux de la liste qui avait été créée en CIM 9.

2.4.2. LA CATÉGORIE MAJEURE N° 24

Rappelons que la catégorie majeure n° 24 (CM n° 24) n'existe pas dans la classification américaine des DRGs 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, 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 :

- la mention d'un nombre de séances supérieur à zéro,
- ou celle d'un séjour inférieur à 24 heures, repéré par une date d'entrée égale à la date de sortie.

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 ambulatoire. Les travaux en vue de l'élaboration d'une véritable classification de celle-ci sont en cours. Ils devraient déboucher sur un algorithme spécifique aux séjours de moins de 24 heures, destiné à être également utilisable, le cas échéant, pour le traitement de données issues d'un recueil de soins externes.

Dans cette version de la classification, c'est la description des groupes chirurgicaux qui est améliorée.

3. VERSION 4 DE LA CLASSIFICATION

3.1. INTRODUCTION

Cette version marque une rupture avec le mode d'évolution des versions précédentes qui ont dû se contenter de modifications mineures compte tenu de l'impossibilité d'apporter plus de précisions au système de codage des diagnostics. Il s'agit de la première version qui ne permettra pas de grouper des fichiers de RSS antérieurs.

Les deux nouveautés marquantes de cette version ont pour objectif d'améliorer nettement la part de variance expliquée des GHM avec des effets opposés :

- l'introduction des listes d'exclusions de CMA a pour effet de réorienter des RSS actuellement classés dans un GHM **avec** CMA vers un GHM **sans** CMA (Cf. le point 3.3.3.2.). Le principe en est simple : un DA appartenant à la liste des CMA sera exclu de celle-ci s'il contient une redondance de sens avec le DP,

- la création de nombreux GHM permet de classer des RSS correspondant à des prises en charge lourdes et d'améliorer l'homogénéité des GHM dans lesquels ils étaient orientés jusqu'à maintenant.

Ces groupes ont été obtenus à l'aide de différents types de modifications :

- création de CMD pour les traumatismes multiples graves, et pour les séjours de patients pris en charge dans le cadre de leur infection par le VIH, et d'une CM pour les transplantations d'organes. Pour celle-ci, les actes sont analysés avant le DP pour regrouper des cas qui peuvent se trouver dans plusieurs CMD (greffes de moelle par exemple),

- introduction des CMA sévères (CMAS) (cf. paragraphe 3.3.3.1.). Il s'agit d'un sous-ensemble de la liste des CMA des versions précédentes. Ce nouveau test permet de créer au sein de certaines CMD un ou deux groupes correspondant à des cas mobilisant, en moyenne, plus de ressources que ceux qui sont orientés dans les autres groupes de la CMD. Ces CMAS ont également leurs listes d'exclusions.

À ces deux grandes nouveautés on peut ajouter d'autres types de modifications :

- la révision de la CMD n° 15 avec une segmentation basée sur le poids du nouveau-né,
- la création de groupes chirurgicaux plus descriptifs de la chirurgie ambulatoire dans la CM n° 24,
- la modification de certains GHM.

Un certain nombre de demandes ponctuelles n'ont pas été prises en compte parce qu'il est nécessaire de vérifier qu'elles ont encore un sens (ou le même sens) dans le cadre de cette nouvelle version. Le nombre de RSS qui n'auront plus la même orientation, du fait du nouvel algorithme, est probablement important, et de nombreux GHM auront leur contenu modifié, d'où une valorisation en points ISA différente.

Par ailleurs, une nouvelle information est introduite, l'IGS II. Cette information sera susceptible de devenir un critère de segmentation quand elle sera présente sur les bases de données mises à la disposition du PERNNS.

3.2. LA MÉTHODE DE TRAVAIL

Pour élaborer la version 4 un certain nombre d'étapes ont été communes à l'ensemble des points traités :

*** Analyse du problème à résoudre en termes d'impact sur la classification en cours**

- Quelle importance, en termes d'effectif de RSS et nombre de GHM concernés ?

- Est-il le même pour tous les établissements ou n'existe-t-il que pour certaines structures très spécialisées ?

- A-t-il une traduction concrète sur la base de données des hôpitaux de l'étude des coûts ? Il s'agit de vérifier que le coût moyen des RSA, correspondant au problème étudié, est bien significativement différent de celui des autres RSA ou des GHM dans lesquels ils sont orientés.

*** Recherche d'éléments de solution**

- Quand le PERNNS disposait de données suffisantes, la recherche d'une solution originale (non dérivée des classifications de type DRGs) a été préférée. À titre d'exemple, c'est la base acquise par le DMI2⁴ qui a permis de créer les groupes destinés au classement des séjours relatifs à une infection par le VIH. Ce travail s'est fait en collaboration avec la mission SIDA de la Direction des Hôpitaux.

- Quand le PERNNS ne disposait pas de données suffisantes, c'est l'exploration de versions récentes des classifications de type DRGs qui a fourni les premiers éléments de réflexion. Ce sont les versions en vigueur dans le domaine public qui ont servi de base d'étude. Pour ce faire, le PERNNS a acquis le Federal Register⁵ (équivalent du Journal Officiel français). Aux Etats-Unis, les propositions de modifications de la classification des DRGs paraissent dans le Federal Register au mois de mai, et les règles finales paraissent au mois de septembre. Ces dernières sont accompagnées de remarques ou de critiques d'intervenants très divers (médecins, propriétaires d'établissements, assurances, unions de consommateurs ...), et des arguments des responsables de la classification pour justifier la prise en compte, ou non, des propositions présentées en mai.

*** Tests sur la base de données des hôpitaux de l'étude des coûts**

Cette base peut ne pas avoir été satisfaisante pour la recherche d'une solution originale de critères de segmentation pour créer des groupes, elle a néanmoins été largement utilisée pour effectuer des tests de simulation, voire de modélisation, des éléments de solution issus de l'analyse du Federal Register.

⁴ DMI2 est un système d'information centré sur le patient. Il est destiné au recueil d'informations concernant les malades porteurs d'une infection par le VIH. Il a des objectifs à la fois descriptifs et évaluatifs.

⁵ Cette acquisition s'est faite sur support papier pour la session d'automne des années 1985 à 1992 et ce, uniquement pour la partie concernant le Ministère de la Santé, puis sur CD ROM avec la totalité du Federal Register pour les années 1992 à 1995.

Ces tests ont permis de vérifier la cohérence des propositions dans la grande majorité des cas. Lorsque les tests ont infirmé une proposition, cette dernière n'a pas été retenue.

On peut donc dire, qu'à l'inverse des versions précédentes de la classification des GHM, il a été fait une large utilisation des informations disponibles dans les bases de données validées par un contrôle de qualité.

*** Avis d'experts**

À la fin des quatre étapes précédentes, les propositions initiales étaient prêtes. Le Comité consultatif du PERNNS n'étant pas encore en place pour donner son avis sur ces premières propositions, c'est un groupe d'experts (dont la composition se voulait représentative de ce que doit être le Comité Consultatif) qui les a étudiées. Les remarques faites ont aidé la mission PMSI à définir les orientations retenues.

*** Élaboration des propositions finales**

Elles tiennent compte de toutes les étapes précédentes et des tests complémentaires quand cela s'avérait nécessaire. La totalité des travaux est transmise à la mission PMSI sous la forme d'un rapport annuel du PERNNS. Les choix définitifs ont été opérés après l'avis du Comité consultatif du PERNNS.

3.3. LES NOUVEAUTÉS DE LA VERSION 4

3.3.1. TRAVAUX SUR LES CODES DE LA CIM 10

3.3.1.1. RÉVISION DE L'ORIENTATION DES CODES DE LA CIM 10

La précédente version de la fonction groupage se devait de respecter une contrainte : établir le même résultat de groupage pour un RSS, que les diagnostics soient codés avec la CIM 9 ou avec la CIM 10. Le moteur de la fonction groupage n'avait pas été modifié, et surtout, les tables de la classification avaient été constituées en respectant le mieux possible la correspondance des codes CIM 10 avec les codes CIM 9. La version actuellement proposée s'affranchit de cette contrainte et permet de bénéficier de l'amélioration descriptive apportée par la CIM 10.

Par exemple, la *varicelle* se code 052 avec la CIM 9, sans distinction de forme clinique ; la catégorie B01 de la CIM 10 est désormais subdivisée en cinq sous-catégories, dont trois décrivent des atteintes particulières précisées. Le code CIM 9 ne pouvait qu'être orienté dans la CMD n° 18 des *Maladies infectieuses et parasitaires* ; dans la version précédente, toutes les subdivisions de B01- ont donc subi le même traitement. Désormais, les atteintes du système nerveux central (B01.0, B01.1) sont classées dans la CMD n° 01 des *Affections du système nerveux*, la *Pneumopathie varicelleuse* (B01.2), dans la CMD n° 04 des *Affections de l'appareil respiratoire* ; seules les formes autres ou non précisées restent dans la CMD n° 18.

Par contre, lorsque la CIM 10 est moins précise que la CIM 9, l'orientation des codes s'était faite par compromis, en essayant de trouver le meilleur choix. Cet arbitrage, souvent difficile, n'a, en général, pas été remis en cause dans la version actuelle. Un changement d'affectation ne sera décidé que si l'analyse ultérieure de la base des coûts, constituée de RSA en CIM 10, en montrait la nécessité.

En dehors de ces réorientations liées à l'amélioration apportée par la CIM 10 dans la description des atteintes cliniques, d'autres modifications ont été effectuées dans l'attribution des *catégories* de diagnostics.

Elles peuvent être liées à une analyse ponctuelle des codes : avant de les effectuer, il a été tenté de mesurer l'effet de ces changements, en termes de valorisation du RSS. Elles n'ont, en général, pas été réalisées sur la seule expertise clinique, *a fortiori* quand le code CIM 9 correspondait strictement au code CIM 10. Notons, en particulier, la nouvelle affectation des codes d'infection à VIH (B20- à B24-) qui passent de la CMD n° 16 des *Affections du sang et des organes hématopoïétiques* à la CMD n° 18 des *Maladies infectieuses et parasitaires* ; ou celle des anomalies chromosomiques, désormais toutes dans la CMD n° 15.

Elles sont dues, parfois, à la constitution des nouveaux GHM. Cette éventualité n'est pas très fréquente ; ces nouveaux groupes utilisent en effet plus souvent de nouvelles *caractéristiques* que de nouvelles *catégories*.

Enfin, l'interdiction d'utiliser certains codes en DP a été modifiée. Il s'agissait de codes V (devenus codes Z) signalant, en général, un état (par exemple : présence d'une colostomie). Dans l'objectif de la constitution de groupes de médecine ambulatoire, il a semblé que ces codes pourraient être employés pour signaler un motif de consultation. Ces codes ont été orientés dans la CMD n° 23 lorsqu'il existe un code correspondant pour décrire un soin ("surveillance", ou "mise en place et ajustement"). Si ce code n'existe pas, le code d'état ("présence de...") est orienté dans la CMD correspondant à l'organe ou l'appareil traité. Par contre, sont interdits en DP les codes des catégories B95-B97, caractérisant les agents d'infections bactériennes, virales ou autres, que la CIM elle-même stipule ne "jamais [devoir] être utilisées pour le codage de la cause principale".

3.3.1.2. CRÉATION DE CODES ÉTENDUS

Rappel : la notion de "code étendu" se rapporte au fait que la longueur du code de la CIM 10 est portée à six caractères au lieu des quatre retenus pour les codes de la CIM 9.

Cette extension a été faite pour deux raisons :

- prendre en compte le caractère supplémentaire proposé comme optionnel par l'OMS, mais parfois rendu obligatoire dans la classification (comme la notion de *fracture ouverte* par exemple),
- prendre en compte l'évolution de la CIM 10 sur sa période d'utilisation avec un double objectif :
 - * obtenir un niveau supplémentaire d'information quand la création de nouveaux GHM le justifie,
 - * répondre aux nécessités documentaires en respectant les contraintes de classification des GHM avec le consensus des professionnels des disciplines concernées.

Dans la version 4 de la classification, les premières extensions spécifiquement françaises font leur apparition mais avec un effectif très modeste. Quelques codes ont été créés, notamment dans le cadre de la mise en place des GHM de traumatismes multiples graves, et à la demande de la Société de Néphrologie pour isoler les néphropathies à dépôts d'Ig A.

3.3.2. GROUPES ISSUS D'UNE ANALYSE TRANSVERSALE DU RSS

3.3.2.1. GROUPES DES TRAUMATISMES MULTIPLES GRAVES

Pour être orientés dans la CMD n° 26 des traumatismes multiples graves, un RSS doit respecter deux conditions :

- posséder un DP décrivant une lésion traumatique (codes de S00- à T14-) ou une complication liée à un traumatisme (T79 –).
- contenir, en DP ou associé, au moins deux diagnostics appartenant à des listes différentes de lésions "graves", classées par topographies. Il y a huit listes topographiques. A été retenue comme grave une lésion ou complication traumatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital soit à elle seule, soit par son association avec une autre lésion de même type siégeant sur un autre site topographique.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies, le RSS est orienté vers une des autres CMD, selon le DP.

La présence d'un acte opératoire classant, ou d'un diagnostic associé appartenant à la liste des CMA sévères permet de déterminer le GHM dans lequel sera finalement classé le RSS. Notons enfin que la liste de CMAS testée dans cette CMD est particulière : elle exclut en effet tout code de traumatisme.

La description de certaines lésions a obligé à créer des subdivisions supplémentaires non prévues par la CIM (codes étendus) : elles étaient en effet incluses dans des libellés de type "Autres" (.8) au sein de lésions de gravité variable. Ne pas distinguer ces lésions aurait amené à méconnaître ou surévaluer des traumatismes multiples graves, selon qu'on exclut ou qu'on inclut ces codes.

3.3.2.2. GROUPES DES INFECTIONS DUES AU VIH

L'existence d'un système d'information (centré sur les patients) nommé DMI2 utilisé par les CISIH (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) a permis de rechercher une solution originale pour la création de ces groupes. L'exploration de cette base de données s'est faite en collaboration avec la mission SIDA et le CITI 2.

Pour qu'un RSS soit orienté dans un groupe spécifique des infections à VIH, il faut que :

- le DP (retenu par l'algorithme classique en cas de RSS multi-unité) appartienne à un code descriptif de la maladie due au VIH (catégories B20 à B24) ou à la liste des diagnostics "reliés",
- l'un des DA soit complémentaire du DP, à savoir : existence d'un diagnostic relié si le DP appartient aux catégories B20 à B24, ou d'un code d'infection à VIH si le DP appartient à la liste des diagnostics reliés. Le DA permettant d'orienter le RSS dans un de ces groupes spécifiques peut être un DA du RUM correspondant au DP ou d'un autre RUM.

Cette notion de diagnostic relié est issue des classifications de type DRGs. Elle a d'abord été transposée en CIM 9 pour être testée sur la base DMI2, puis adaptée aux cas de cette base ne contenant que des prises en charge de la maladie à VIH, et enfin réalisée en CIM 10.

À l'exclusion du groupe chirurgical, la création des différents groupes s'est appuyée sur une analyse statistique des coûts des séjours. Les résultats obtenus sont meilleurs que ceux obtenus en testant une version dérivée des classifications de type DRGs.

Ces groupes ont été rassemblés dans une CMD spécifique parce que les DP de ces RSS peuvent appartenir à de nombreuses CMD dont le contenu correspond à des listes de codes mutuellement exclusifs de la CIM (si l'on excepte quelques codes "sexués").

3.3.2.3. GROUPES DES TRANSPLANTATIONS

Dans les versions précédentes, seuls deux groupes de transplantations existaient : celui des transplantations cardiaques et celui des transplantations rénales. Les autres cas de transplantations pouvaient se répartir dans plusieurs GHM pour un même type de greffe lorsque les indications possibles orientaient dans plus d'une CMD.

Désormais, pour sélectionner la totalité des cas pour un type de transplantation donnée, un test sur les actes du RSS est fait avant celui qui lit le DP. On aurait pu faire un test secondairement sur le DP pour vérifier qu'il s'agit bien d'une indication compatible avec l'acte (et non un codage erroné d'un antécédent ou une erreur de saisie), mais cette "vérification" sera faite sur une version ultérieure si cela s'avère nécessaire.

Quand une transplantation concerne plusieurs organes, il a été décidé que l'acte global (coeur-poumon, rein-pancréas) serait affecté au GHM concerné par l'organe dont la défaillance justifie, en premier lieu, la greffe.

Exemple : - la greffe coeur-poumon sera affectée au groupe de transplantation pulmonaire
- la greffe rein-pancréas sera affectée au groupe de transplantation pancréatique.

3.3.3. MODIFICATION DE LA NOTION DE CMA

3.3.3.1. CMA SÉVÈRES

La création d'une liste de CMA sévères (CMAS) s'inscrit dans le cadre des travaux d'amélioration de la classification des GHM. Son objectif est de permettre le repérage des séjours "lourds".

La notion de CMA sévères existe dans les classifications américaines (*Major Complications or Comorbidities* : MCC). La liste élaborée pour la présente version 4 de la classification des GHM est le produit de tests effectués sur la base de données de l'étude nationale de

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

Les diagnostics des RSA de l'étude nationale de coûts ont obligé à effectuer les tests sur des informations codées avec la CIM 9 alors que le besoin était celui de CMAS codées avec la CIM 10. Il a donc fallu mettre en face de chaque code de la CIM 9 concerné un code de la CIM 10. Mais cela n'a été qu'une des difficultés. D'autres ont dû être résolues.

Dans l'absolu, il y avait des cas où un code de la CIM 9 se traduisait par deux codes † * dans la CIM 10. Pour ne pas créer un test supplémentaire dans l'arbre de décision, il a été choisi de mettre en place des solutions simples.

Autre difficulté : que fallait-il faire des codes de la forme "Autres" et "sans précision" ?

Trois principes ont guidé les décisions.

1) Faire le plus simple possible. En particulier, créer le moins possible de codes étendus : la liste de CMAS est, en effet, la première et l'extension des codes de la CIM 10 est un problème qui dépasse largement son élaboration.

2) N'inclure qu'exceptionnellement des codes imprécis.

3) En cas de doute sur la "vocation" d'un code à être placé dans la liste des CMAS, ne pas l'y mettre. En termes d'acceptation de la classification, on a jugé préférable de garder la possibilité d'ajouter des codes à la liste, c'est-à-dire d'accroître les cas "lourds" plutôt que prendre le risque de devoir supprimer des CMAS, c'est-à-dire "d'alléger les case-mix".

3.3.3.2. LES LISTES D'EXCLUSIONS DES CMA

Jusqu'à la version 2.3 incluse de la classification des GHM, la liste des CMA était unique (voir paragraphe 2.3.2) 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'information 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'information 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, malgré la redondance d'information motivée par la volonté d'un repérage clair des hémorragies digestives pour documenter l'activité lourde de gastro-entérologie.

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, telle celle 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"...) ; elle conduisait 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) 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, 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 présente version, une condition supplémentaire est nécessaire : que le DP du RSS n'exclue pas le caractère de CMA de la pathologie.

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 006 ne connaissant pas de subdivision "avec ou sans CMA".

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** (nouvelle condition propre à la notion de listes d'exclusions).

Désormais, un code de CMA ne peut donc être considéré indépendamment de la liste des DP qui l'excluent. Comment a-t-on constitué de telles listes ? On pouvait procéder de deux façons :

- faire intervenir la seule logique nosographique (voir plus haut l'exemple de l'ulcère hémorragique et de l'hématémèse) ;
- utiliser des tests statistiques sur les GHM "avec CMA" pour ne retenir comme CMA que les pathologies qui augmentent la consommation de ressources de façon significative, justifiant ainsi l'existence d'un GHM "avec CMA" épuré des redondances DP-DA.

Afin d'examiner les conséquences de l'introduction des listes d'exclusions, il a été choisi de procéder par étape et, dans la présente version 4, on s'est limité à la logique nosographique.

Les listes présentées dans ce manuel (voir annexe 5) ont ainsi été constituées de façon relativement systématique en considérant qu'un code de la liste des CMA doit en être exclu dans les circonstances suivantes : lorsque le DP est un code imprécis, lorsque le DP et le code de CMA s'excluent mutuellement, lorsque le DP et la CMA sont redondants.

1) Un DP imprécis ne "reconnaît" pas pour CMA un code plus précis. Lorsque le code du DP est un code "autres..." ou "SAI" d'une fin de chapitre, de sous-chapitre ou de catégorie de la CIM, les codes du même chapitre, sous-chapitre ou catégorie qui font partie de la liste des CMA en sont exclus. Par exemple, les codes de CMA du chapitre XI ne se comportent pas comme des CMA lorsque le DP est K92.9 "*Maladie du système digestif, sans précision*".

On en a rapproché tous les cas où le DP est une forme imprécise d'une maladie alors que le code de CMA correspond à une forme précise. Par exemple, I35.1 comprend les insuffisances aortiques sans précision ou d'origine non rhumatismale. Tous les codes de la catégorie I05 *Maladies rhumatismales de la valvule aortique* font partie de la liste des CMA. Ils en sont exclus lorsque le code du DP est I35.1

La réciproque s'applique : un code de la liste des CMA provenant de la fin d'un chapitre, d'un sous-chapitre ou d'une catégorie ne se comporte pas comme une CMA lorsque le DP est un code plus précis du même chapitre, sous-chapitre ou de la même catégorie.

2) Une relation d'exclusion entre le DP et le code de la liste des CMA peut être explicitement signalée par la CIM : par exemple, les codes de la catégorie M05 "*Polyarthrite rhumatoïde séropositive*" perdent leur caractère de CMA lorsque le DP est M45 "*Spondylarthrite ankylosante*", I00 "*Rhumatisme articulaire aigu, sans mention d'atteinte cardiaque*" ou un code de la catégorie M08 "*Polyarthrites juvéniles*". Ailleurs, l'exclusion se déduit de la connaissance médicale : par exemple, les catégories des glomérulopathies sont subdivisées de façon anatomo-pathologique, les codes sont donc exclusifs les uns des autres.

3) On a considéré qu'il y avait redondance d'information entre le DP et le code de la liste des CMA dans trois circonstances :

- lorsqu'un code de maladie est retenu comme DP, les codes de symptômes redondants présents dans la liste des CMA en sont exclus ; la réciproque est vraie si un symptôme est retenu comme DP et si la maladie mentionnée comme DA est dans la liste des CMA ;
- lorsque le code du DP et le code de la liste des CMA ont une relation †/* ;
- lorsque le code du DP et le code de la liste des CMA correspondent à une même maladie : les listes d'exclusions actuelles considèrent qu'une méningite à un germe "A" ne peut pas être une CMA d'une méningite à un germe "B", qu'une pneumonie à un germe "C" n'est pas une CMA d'une pneumonie à un germe "D", etc... Cela ne signifie pas que l'on nie l'existence de pneumonies à deux germes différents, mais qu'on choisit de considérer *a priori*, à ce stade d'élaboration des premières listes d'exclusions, qu'il n'y a pas de lien DP-CMA du fait des deux germes.

Ces premières listes d'exclusion sont promises à évoluer avec l'ensemble de la classification des GHM. Leur effet le plus sensible sera "d'alléger" l'éventail des cas pris en charge, puisqu'il sera plus difficile, pour un RSS, "d'entrer" dans un GHM "avec CMA". C'est la raison pour laquelle leur introduction dans la classification s'accompagne d'une volonté d'un meilleur traitement des cas lourds (voir ci-dessus 3.3.3.1).

Avec ces listes, la qualité du codage 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 DA :

- pour un motif propre aux listes d'exclusions : il ne suffit plus que le RSS mentionne une CMA (en négligeant les autres DA) 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.

3.3.4. LES AUTRES MODIFICATIONS DE LA CLASSIFICATION

Un certain nombre de demandes de modifications en provenance d'utilisateurs sont prises en compte dans la version 4 de la classification, d'autres ne le sont pas.

Du fait des changements profonds de cette version, il a été jugé utile de faire deux lots parmi les demandes, souvent ponctuelles :

- le premier correspond aux demandes qui avaient toutes les chances d'être les mêmes avec la nouvelle version : elles ont été prises en compte,
- le deuxième correspond aux demandes qui risquaient d'être sans objet ou différentes dans la version 4 : elles ont été remises à une version ultérieure pour être réexaminées.

3.3.4.1. MODIFICATIONS DE LA CMD N° 15 "*Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*"

Les groupes de cette CMD étaient jugés depuis longtemps peu descriptifs des cas traités dans les centres de réanimation néonatale. C'est pour cette raison que le poids du nouveau-né et l'âge, en jours, avaient été ajoutés au format du RUM dans la version 2 de la classification.

Par ailleurs, il existe un certain nombre de difficultés propres à cette catégorie majeure.

- Il faut repérer des cas "normaux". La publication de la première échelle nationale de coût relatif des GHM donne la parfaite illustration du problème avec une hiérarchie non respectée, en termes de points ISA, entre le GHM 562 "*Nouveau-nés normaux*" : 600 points et le GHM 561 "*Nouveau-nés à terme avec d'autres problèmes significatifs*" : 504 points.

Le repérage de la "normalité" se fait à partir d'un test consistant à vérifier que la totalité des diagnostics du RSS fait partie d'une liste définie de codes de la CIM (non limités aux affections du chapitre des affections périnatales). Il suffit donc d'avoir codé un angiome

plan ou un symptôme pris dans un autre chapitre de la CIM pour que le RSS soit orienté dans le groupe 561 qui contient probablement beaucoup trop de cas de nouveau-nés "normaux".

- 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 expliquait la présence de RSS ne concernant pas des nouveau-nés dans cette CMD pour les versions antérieures de la classification.

- Le groupe des nouveau-nés transférés (ou décédés) n'a pas été vraiment amélioré par le nouveau test sur le mode de transfert car lorsqu'ils sont mutés, après une prise en charge dans un service de réanimation néonatale, c'est plus souvent vers une autre structure de court-séjour (pour un rapprochement maternel par exemple) que vers une structure de soins de suite et de réadaptation.

- La répartition des codes des affections de la période périnatale en "problèmes majeurs" et "autres problèmes significatifs" était perfectible. Des tests sur la base des coûts ont été faits pour repérer les anomalies.

Pour une présentation détaillée de cette CMD, il faut se reporter au volume 2 du présent manuel des GHM. Ne sont mentionnées ci-dessous que les grandes lignes des modifications apportées :

- Les codes d'anomalies congénitales qui orientaient le RSS dans la CMD n° 23 "*Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*" orientent maintenant 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 réorientés dans les GHM 669 "*Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé*" ou 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 qui devrait correspondre à des suites d'hospitalisation en court-séjour (pour gain de poids par exemple).

- Un groupe de nouveau-nés transférés est maintenu, mais il ne concerne plus les nouveau-nés décédés et il est limité à une durée de séjour de deux à quatre jours.

· Les poids de naissance inférieurs à 400 grammes et supérieurs à 6 000 grammes orientent le RSS dans le groupe erreur 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.

Pour les poids très faibles, c'est la mention d'un décès qui définit le GHM, pour les autres poids, c'est la présence d'un problème majeur, significatif ou non significatif qui définit le GHM. Le groupe de nouveau-nés sans problème significatif se substitue au groupe des nouveau-nés normaux des versions précédentes de la classification.

3.3.4.2. MODIFICATION DE LA CM N° 24

Cette catégorie majeure a été créée lors de l'adaptation française de la classification des DRGs. Dans la première version, elle ne contenait que les séances. Puis elle a accueilli, en sus, les séjours d'un jour (date d'entrée = date de sortie)⁷. Enfin, les séjours de moins de 24 heures ont remplacé "les séjours d'un jour".

L'arbre de décision de cette catégorie majeure ne permet pas d'obtenir des groupes descriptifs des pathologies ou des actes effectués en ambulatoire ; or, la part des RSS orientés dans cette catégorie majeure est sans cesse croissante pour atteindre des pourcentages quelquefois supérieurs à 30 % pour certains établissements.

Le type de classification nécessaire à l'activité ambulatoire fait l'objet d'un groupe de travail animé par la mission PMSI. En attendant, il a été demandé d'apporter des améliorations à cette CM dans le cadre de la classification actuelle.

Pour la version 4, ce sont les groupes "chirurgicaux" qui sont modifiés. La révision des groupes "médicaux" sera faite dans une version ultérieure car elle nécessite la création de nombreux actes non opératoires. En effet, ce sont les actes faits qui ont été jugés explicatifs des coûts de l'activité en ambulatoire.

⁷ Et les décès et transferts immédiats.

Les groupes de chirurgie ambulatoire ont été relativement faciles à créer dans la mesure où l'exploration du contenu des groupes existants a montré que l'on retrouvait (en tenant compte de la fréquence) des actes pouvant être regroupés de la même manière que dans les CMD n° 1 à n° 23.

Quand les effectifs le justifiaient, ce sont donc les mêmes caractéristiques d'actes qui ont été utilisées pour segmenter les groupes chirurgicaux créés dans la CM n° 24. L'équivalence entre les nouveaux groupes chirurgicaux de la CM n° 24 et ceux qui leur correspondent dans les vingt-trois premières CMD s'arrête là ; l'âge ou la présence d'une CMA ne sont pas pris en compte pour les groupes de chirurgie ambulatoire dans cette version de la classification.

Dans cette catégorie majeure, ce n'est pas la durée de séjour qui explique les coûts et s'il existe des éléments discriminants autres que les actes, ils sont à rechercher pour l'ensemble des groupes des séjours de moins de 24 heures.

3.3.4.3. MODIFICATION DU GHM 593 "*Chimiothérapie et surveillance*"

Dans la classification des GHM, il y a deux groupes concernant la chimiothérapie :

- le GHM 681 pour les traitements faits en séances en hôpital de jour,
- le GHM 593 pour les traitements faits en hospitalisation complète.

Rappelons que le DP doit être Z51.1 "*Séance de chimiothérapie pour tumeur*" et que le nombre de séances doit au moins être égal à 1 pour que le RSA soit orienté dans le groupe 681. Les DP qui orientent le RSS dans le GHM 593 sont dans la version 4 : Z51.1 "*Séance de chimiothérapie pour tumeur*" et Z08.2 "*Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne*".

Le groupe 681 sera revu dans le cadre de la révision de la CM n° 24, et plus particulièrement des groupes dits de "séances", dans une version ultérieure ; il s'agit ici d'améliorer le GHM 593. Cette demande provient plus précisément des CLCC⁸ qui ont apporté la preuve de l'hétérogénéité des coûts de ce groupe.

L'exploration des cas orientés dans ce GHM a visé la recherche d'éléments "stables" qui peuvent expliquer les variations de coûts. En effet, le temps séparant la mise en place d'une modification de la classification et l'utilisation, en termes d'allocation de ressources, du

⁸ Centres de Lutte Contre le Cancer pour lesquels la chimiothérapie représente une part importante de leur activité.

résultat obtenu (trois à quatre ans), ne permet pas d'utiliser le prix d'un produit (ou d'une prothèse pour d'autres GHM) comme donnée susceptible d'orienter un RSS dans un groupe plus lourd.

Cette exploration a permis de créer un groupe pour les RSA ayant un DA de leucémie aiguë et un autre pour les cas ayant une CMA en DA avec les limites apportées par les listes d'exclusions (cf. paragraphe 3.3.3.2.).

3.3.4.4. MODIFICATION DES GHM 450 "*Insuffisances rénales*" ET 451 "*Dialyses rénales*"

Il s'agit d'une demande de la Société de Néphrologie qui a fait les remarques suivantes :

- le GHM 450 contient de nombreux cas de dialyse sur plusieurs jours,
- le GHM 451 correspond à des patients insuffisants rénaux pour lesquels le DP "*Séance de dialyse*" n'a pas de réalité, s'agissant d'une hospitalisation de plus de 24 heures,
- ce qui devrait être discriminant, en termes de coût pour ces deux groupes, ce n'est pas le seul DP, mais le fait que le patient soit dialysé ou non.

Les tests effectués sur la base des coûts allant dans le même sens que la demande, la modification a été faite sur cette version de la classification, bien que les actes de dialyse n'étant pas classants dans les versions précédentes de la classification, on ne soit pas sûr que les RSA de la base des coûts, qui n'ont pas d'acte de dialyse, correspondent bien à des séjours sans dialyse.

3.3.4.5. MODIFICATION DES GROUPES DE TRAUMATISMES CRÂNIENS "*MÉDICAUX*"

La décision de revoir les groupes de traumatismes crâniens tels qu'ils existaient précédemment provient de plusieurs facteurs :

- une amélioration de la description des lésions intracrâniennes par la catégorie S06 de la CIM 10, correspondant assez bien aux formes anatomo-cliniques et aux aspects radiologiques. L'avis d'un expert clinicien a permis d'envisager une première segmentation sur des notions cliniques de lourdeur de prise en charge et de pronostic,

· une remise en cause de certains tests permettant de distinguer les différents GHM. Les groupes "âge inférieur à 18 ans" possédaient en effet une valorisation sur l'échelle de coûts assez proche de celle des groupes "sans CMA". Une analyse statistique sur la base des coûts, sans *a priori*, retrouvait une segmentation superposable à la précédente, bien que réalisée avec des codes CIM 9.

Il est donc proposé trois ensembles de GHM distinguant :

- des lésions habituellement bénignes : "*commotion cérébrale*", "*hémorragie cérébrale sous-arachnoïdienne traumatique*", dont ont été rapprochées les fractures de la voûte crânienne,
- des lésions cérébrales diffuses, généralement graves : "*œdème cérébral*", "*hémorragie intraparenchymateuse diffuse*",
- des lésions de sévérité intermédiaire.

La présence d'une CMA ou d'un âge élevé reste un élément discriminant dans le coût de prise en charge : les tests correspondants ont donc été conservés.

Pour être dans l'un de ces groupes, le DP doit concerner une lésion traumatique crânienne ou intracrânienne. Puis l'ensemble des diagnostics est analysé, pour prendre en compte le code de la lésion la plus grave. En effet, en cas d'association d'une lésion d'enveloppe et d'une lésion du système nerveux central, aucune règle dans la CIM n'impose, d'une manière générale, un choix hiérarchique dans les diagnostics.

3.3.4.6. MODIFICATION DES GHM 267 "*Interventions majeures sur le foie, le pancréas ou les veines porte ou cave*" ET 268 "*Interventions mineures sur le foie, le pancréas ou les veines porte ou cave*"

Lors des tests effectués sur la CMD n° 07 "*Affections du système hépato-biliaire et du pancréas*" dans le cadre de la création des groupes "lourds" (basés sur la présence d'une CMAS), il n'a pas été possible d'envisager un tel groupe dans la partie chirurgicale de cette CMD.

Par contre, la segmentation entre les GHM 267 et 268 sur la notion d'interventions "majeures" ou "mineures" est peu discriminante, en termes de coûts, elle l'est encore moins avec la réorientation des transplantations hépatiques dans un groupe distinct.

Ce qui apparaît discriminant entre ces deux groupes, c'est moins l'acte que la présence d'une CMA.

Les interventions de ces deux groupes ont donc été fusionnées en une seule caractéristique d'actes et c'est la présence d'une CMA qui oriente le RSS vers un des deux nouveaux groupes créés. L'analyse de versions récentes des classifications de type DRGs montre la même modification.

4. FONCTION GROUPAGE

Depuis 1990, le ministère de la Santé mettait à la disposition des intégrateurs informatiques le «noyau de programmation» nécessaire au groupage, sous la forme d'une librairie informatique complétée de tables, l'ensemble étant appelé Fonction Groupage. En 1996, le ministère de la Santé introduit une nouveauté, en mettant le programme source de la Fonction Groupage 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 Fonction Groupage, et certains choix de développement amènent les 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 pour les établissements privés intégré dans le logiciel GENIAC), la garantie d'un groupage conforme est fournie par les vérifications que réalise ce programme, puisque GENRSA intègre lui-même la fonction groupage : GENRSA est en mesure de lire en entrée un fichier de RSS-groupés, c'est-à-dire un fichier de RSS déjà traités par le groupeur de l'utilisateur, et établit un rapport d'exécution dans lequel l'analyse de la conformité de groupage est détaillée.

Cependant, la Fonction Groupage a suivi les évolutions de la classification, et s'est adaptée aux besoins nouveaux (formats de RUM en particulier), de sorte que plusieurs versions se sont succédé depuis 1990. Le tableau ci-dessous récapitule d'une manière synthétique les différentes versions, indiquant notamment leur date de mise en service, les nomenclatures reconnues (CIM., CdAM), 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 fonction groupage : **FG a.b**, dans laquelle **a** représente le numéro de version du moteur de groupage, et **b** le numéro de version des tables. Les anciennes désignations sont également fournies, pour permettre d'établir la correspondance.

Intitulé	Ancien intitulé	Version du moteur de groupage	Version de la classification (tables)	Révision de la CIM	Révision du CdAM	Format de RUM	Date de mise en service	Remarques	GENRSA
FG0.0	FG0	0	0	9	1985 à 1987	86 car	1990	diffusion restreinte	
FG1.1	FG1	1	1	9	1985 à 1991	86 car	février 1992		GENRSA 1
FG1.2	FG1.2	1	2	9	1985 à 1991	86 car	1993	Languedoc-Roussillon uniquement	
FG2.2	FG2	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 3.3 B
FG3.4		3	4	10	1985 à 1996	format 003 format 004 format A04	janvier 1997		GENRSA 4

Algorithme de détermination du diagnostic principal

Dans un grand nombre de cas, le RSS est composé de plusieurs RUM ; on parle alors de RSS multi-unité.

Il arrive, de manière non exceptionnelle, que le diagnostic porté sur les différents RUM d'un tel RSS ne soient pas concordants. La Fonction Groupage emploie alors un algorithme, détaillé ci-dessous, pour déterminer quel est le diagnostic principal unique, parmi les diagnostics principaux proposés.

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

- lorsque le RSS est mono-unité : le diagnostic principal mentionné sur le RUM unique est le diagnostic principal du RSS ;
- lorsque le RSS multi-unité comporte des RUM dont tous les diagnostics principaux sont identiques : 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 On repère les RUM qui comportent au moins un acte effectué au bloc opératoire (information obtenue dans les tables, en testant 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 diagnostic principal 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, on repère ceux dont le diagnostic principal a un «*code en Z*», c'est-à-dire dont le code CIM-10 débute par la lettre Z.

Quatre cas peuvent se présenter :

- * un ou plusieurs RUM comportent un tel diagnostic principal, mais un ou plusieurs RUM n'en comportent pas : seuls ces derniers (ceux qui n'en comportent pas) restent en lice pour la troisième phase.
- * tous comportent un tel diagnostic principal, sauf un seul : dans ce cas, ce dernier est le diagnostic principal unique. La recherche prend fin.
- * tous comportent un tel diagnostic principal, sans exception : tous restent en lice pour la troisième phase.

* aucun RUM ne comporte un tel diagnostic principal : tous les RUM restent en lice pour la troisième phase.

phase 3 Parmi les RUM restés en lice, on 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. Il s'agit d'une opération arithmétique simple, qui ne doit être modifiée par aucune correction (en particulier aucune règle de facturation telle que le décès, ou un 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 diagnostic principal unique. La recherche prend fin.

* deux RUM ou plus sont *ex-aequo* pour la durée de séjour partielle la plus longue : seuls les RUM *ex-aequo* restent en lice pour la dernière phase.

phase 4 Parmi les RUM restés en lice, on retient le dernier par ordre chronologique : c'est lui qui contient le diagnostic principal unique. La recherche prend fin.

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

Tous les diagnostics non retenus comme diagnostic principal unique sont considérés comme diagnostics associés.

On élimine alors de la liste des diagnostics associés tous ceux qui doublonnent (font double emploi avec) le diagnostic principal unique retenu (un diagnostic ne saurait constituer une complication de lui-même).

On réorganise ensuite la liste des diagnostics associés et la liste d'actes pour qu'un code donné n'apparaisse qu'une seule fois, **même sur des RUM distincts**.

Les contrôles

Les 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 natures : 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 diagnostic principal, par exemple), ou n'être qu'un indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage.

C'est pourquoi depuis son origine la Fonction Groupage 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. Chaque valeur du code-retour indique une erreur d'une nature déterminée, tandis que la valeur 00 indique que tout s'est bien passé.

Chaque situation a été envisagée et plusieurs démarches ont été retenues selon les cas.

Quand le groupage est rendu impossible du fait d'une erreur, inutile de s'obstiner : le processus est bloqué. L'erreur doit être corrigée pour permettre d'aller plus loin.

En revanche, quand l'erreur n'est pas « catastrophique », 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 » conduit, et c'est celle qui a été suivie dans les choix retenus pour la FG2.

Ces choix sont des conventions, et l'on pourrait en justifier d'autres. Cependant, étant donné que la Fonction Groupage 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 de calquer ces choix si l'on veut réaliser des groupeurs conformes, sans employer la Fonction Groupage (tout autre décision serait détectée par GENRSA comme une *différence de groupage*).

Notons aussi que la Fonction Groupage fournit les codes-retour sous deux formes distinctes et simultanées, auxquelles le programme groupeur intégrant la fonction groupage a accès :

- * un *vecteur de codes-retours*, récapitulant la totalité des erreurs détectées dans le RSS. Ce vecteur est riche d'information, mais il n'est pas *normalisé* ; il peut être exploité de différentes manières par le programme groupeur, voire être complètement ignoré. GENRSA ne teste sa conformité en aucune manière.
- * un code-retour unique, qui doit impérativement être exploité par le programme groupeur, et que GENRSA retrouvera identique si le RSS n'est pas corrigé.

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 fonction groupage. 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 du lecteur.

Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)

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

- 01 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ERRONÉ
- 02 INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL
- 03 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
- 04 TABLES ENDOMMAGÉES
- 05 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
- 06 INCOMPATIBILITÉ ACTE-DIAGNOSTIC
- 07 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
- 08 CORRUPTION D'UNE TABLE
- 09 TABLE INTROUVABLE
- 10 RSS MULTI-UNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
- 11 NUMÉRO DE RSS ABSENT
- 12 *** N'EXISTE PLUS (DEVENU 61 DANS FG1.1) ***
- 13 DATE DE NAISSANCE ABSENTE
- 14 DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
- 15 DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
- 16 CODE SEXE ABSENT

- 17 CODE SEXE ERRONÉ
- 18 *** N'EXISTE PLUS (DEVENU 62 DANS FG1.1) ***
- 19 DATE D'ENTRÉE ABSENTE
- 20 DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
- 21 DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
- 22 *** N'EXISTE PLUS (DEVENU 64 DANS FG1.1) ***
- 23 RSS MULTI-UNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
- 24 MODE D'ENTRÉE ABSENT
- 25 MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
- 26 MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
- 27 RSS MULTI-UNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
- 28 DATE DE SORTIE ABSENTE
- 29 DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
- 30 DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
- 31 *** N'EXISTE PLUS (DEVENU 65 DANS FG1.1) ***
- 32 RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE
- 33 MODE DE SORTIE ABSENT
- 34 MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
- 35 MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
- 36 NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
- 37 RSS MULTI-UNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
- 38 *** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG1.1 : CONCERNAIT PREMIÈRE HOSPIT.) ***
- 39 DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
- 40 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
- 41 CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
- 42 CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
- 43 CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DU CDAM
- 44 DATE DE NAISSANCE : TAILLE INCORRECTE
- 45 RSS MULTI-UNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
- 46 RSS MULTI-UNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
- 47 DATE D'ENTRÉE : TAILLE INCORRECTE
- 48 DATE DE SORTIE : TAILLE INCORRECTE

49 RSS MULTI-UNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER

50 *** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG2.2 : CONCERNAIT LES ERREURS D'INTÉGRATION DE FG1.1) ***

51 *** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG2.2 : CONCERNAIT LES ERREURS D'INTÉGRATION DE FG1.1) ***

52 *** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG2.2 : CONCERNAIT LES ERREURS D'INTÉGRATION DE FG1.1) ***

53 PROVENANCE ABSENTE

54 DESTINATION ABSENTE

55 NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIÉS ABSENT

56 NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIÉS NON NUMÉRIQUE

57 NOMBRE D'ACTES ABSENT

58 NOMBRE D'ACTES NON NUMÉRIQUE

59 FORMAT DE RUM INCONNU

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 et 74) : le CdAM depuis son origine en 1985, et la CIM 10 «étendue» 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 «disparus» : 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 artéfact 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.

60 NUMÉRO DE RSS : TAILLE INCORRECTE

61 NUMÉRO DE RSS NON NUMÉRIQUE

62 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE

63 CODE UNITÉ MÉDICALE : TAILLE INCORRECTE

- 64 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
- 65 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
- 66 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
- 67 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- 68 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- 69 *** N'EXISTE PLUS (DÉTAILLÉ DE 84 À 89 DANS FG2) ***
- 70 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- 71 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- 72 *** N'EXISTE PLUS (DÉTAILLÉ DE 88 À 93 DANS FG2) ***
- 73 ACTE : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LE CDAM
- 74 ACTE : N'EXISTE PLUS DANS LE CDAM
- 75 NUMÉRO D'ENTITÉ JURIDIQUE : TAILLE INCORRECTE
- 76 NUMÉRO D'ENTITE JURIDIQUE NON NUMÉRIQUE
- 77 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
- 78 SÉJOUR DE MOINS DE 24 HEURES : CODE ERRONÉ
- 79 HOSPITALISATION DANS LES 30 JOURS ANTÉRIEURS : CODE ERRONÉ
- 80 CODE POSTAL : TAILLE INCORRECTE
- 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
- 86 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- 87 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ
- 88 AUCUN DIAGNOSTIC N'EST VRAISEMBLABLE EN RAISON DU DÉCÈS
- 89 AUCUN DIAGNOSTIC N'EST COMPATIBLE AVEC LE DÉCÈS
- 90 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- 91 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- 92 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- 93 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ
- 94 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NON TRAITÉ DANS LA CLASSIFICATION DES GHM
- 95 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM

Annexe 1

Liste des sigles utilisés

dans les volumes 1 et 2

du manuel des Groupes Homogènes de Malades

CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIM 9	Classification Internationale des Maladies, 9ème révision
CIM 10	Classification Internationale des Maladies, 10ème révision
CITI 2	Centre Interuniversitaire de Traitement de l'Information 2
CM	Catégorie Majeure
CMA	Complications et Morbidités Associées
CMAS	Complications et Morbidités Associées Sévères
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CNEH	Centre National de l'Équipement Hospitalier
CTIP	Centre de Traitement de l'Information du PMSI
DA	Diagnostic Associé
DP	Diagnostic Principal
DRGs	Diagnosis Related Groups
FG	Fonction Groupage
GHM	Groupe Homogène de Malades
ICD-9-CM	International Classification of Disease, 9th edition, Clinical Modification
ICR	Indice de Coût Relatif
IGSII	Indice de Gravité Simplifié II
IPSI	Indice de Pondération en Soins Infirmiers
ISA	Indice Synthétique d'Activité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PERNNS	Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSA	Résumé de Sortie Anonyme
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAI	Sans Autre Indication

SESI

Service des statistiques, des études et des systèmes d'information