

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Manuel des Groupes Homogènes de Malades

5ème version de la classification

version 4.5 de la fonction groupage

Volume 1

Mise à jour au 1^{er} janvier 1998

Fascicule spécial n° 98-2 bis

VOLUME 1 - SOMMAIRE

	Page
Sommaire du volume 2	5
Sommaire du volume 3	7
Contributions	9
Avant propos	11
Présentation générale	13
1 - Introduction à la classification des groupes homogènes de malades.....	13
2 - Principes de la classification.....	19
3 - Version 5 de la classification	32
4 - Fonction groupage.....	38

Annexes

- Liste des sigles utilisés dans les volumes 1 et 2 du manuel des GHM	Annexe 1
- Liste des groupes homogènes de malades (numéros et libellés) par CMD	Annexe 2
- Liste des CMA	Annexe 3
- Liste des CMAS.....	Annexe 4
- Liste des CMAS non traumatiques.....	Annexe 5
- Liste d'exclusions de diagnostics.....	Annexe 6
- Liste des extensions de la CIM 10 créées pour la version 4.5 de la fonction groupage	Annexe 7
- Codes de la CIM 10 par ordre croissant avec les CMD dans lesquelles ils sont orientés	Annexe 8
- Codes des actes classants par ordre croissant avec les GHM dans lesquels ils sont répertoriés.....	Annexe 9
- Abréviations des libellés de la CIM 10.....	Annexe 10

VOLUME 2 - SOMMAIRE

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
- 26 Traumatismes multiples graves

Catégories majeures

- 24 Séances et séjours de moins de 24 heures
- 27 Transplantations d'organes
- 90 Erreurs et autres séjours inclassables

VOLUME 3 - SOMMAIRE

Présentation de l'arbre de décision de la classification en GHM

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
- 26 Traumatismes multiples graves

Catégories majeures

- 24 Séances et séjours de moins de 24 heures
- 27 Transplantations d'organes

CONTRIBUTIONS

La production de la version 4 de la fonction groupage et des tables de la version 5 de la classification en GHM sont le fruit d'un travail collectif et pluridisciplinaire d'experts et de spécialistes de multiples domaines. Qu'ils en soient tous, individuellement ou collectivement, remerciés ici :

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

Docteur **Dominique BLUM**
Docteur **Jean-Pierre BODIN**
Docteur **Marion GIRARDIER** (Directeur)
Monsieur **Emmanuel GOMEZ** (ingénieur)
Docteur **Jean-François NOURY**

Experts associés du PERNNS

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

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

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

Nous remercions également

Monsieur **Javier NICOLAU**, statisticien du CTIP

Mesdames **Michèle KOSTRZEWA** et **Catherine CARRAZ** du PERNNS

AVANT PROPOS

Le manuel des groupes homogènes de malades était imprimé, jusqu'à maintenant, dans le format à l'italienne dans le but de faciliter la lecture des arbres de décision. Il bénéficie d'une nouvelle présentation à l'occasion de cette version de la classification qui se prête à un tel changement parce qu'elle présente peu de différences avec la version précédente. Le lecteur pourra comparer les deux types de présentation, sans imputer les changements à des modifications de la classification. Si on devait attendre la version 6 de la classification (probablement 5.6 de la fonction groupage) qui autorise des modifications plus importantes, il est à craindre que les nouveautés soient plus difficiles à repérer dans une nouvelle présentation.

De nombreuses tâches, initialement réalisées par les ateliers du Journal Officiel, ont été effectuées au PERNNS depuis que ce dernier a pris en charge la publication du manuel des GHM, ne leur laissant que la phase de reproduction.

La raison principale de ce transfert de tâches réside dans la volonté de limiter les erreurs en éliminant les nombreuses relectures rendues nécessaires par les différentes interventions du JO. Les documents à relire sont, pour la plus grande partie, constitués de listes de codes. Malgré plusieurs relectures, il était quasiment impossible d'atteindre le « zéro erreur ».

Un logiciel avait été mis au point pour automatiser le plus possible la production de ces documents à partir des tables de la classification. Les profonds changements de la version 4, notamment les nouvelles catégories majeures de diagnostics dites « transversales », sont à l'origine de dysfonctionnements de ce logiciel. Les problèmes générés ont été corrigés par des interventions « manuelles » directement sur le logiciel de PAO ; ceci explique les erreurs (plus nombreuses que dans les versions précédentes) dans les deux volumes du manuel de la version 3.4.

La solution passait par la réécriture d'un logiciel ; compte tenu des nouvelles contraintes liées aux catégories majeures de moins en moins standardisables, leur présentation a été repensée complètement avec l'objectif de rendre quasi-inexistantes les interventions supplémentaires à effectuer pour obtenir le résultat final. Par ailleurs, l'épaisseur, en constante augmentation, des deux volumes du manuel était à l'origine de difficultés de façonnage dans le format à l'italienne.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Ce manuel comprend trois 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 groupes homogènes de malades par catégorie majeure avec, pour chacune d'elles :

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

◆ Le troisième contient, pour chaque catégorie majeure, une représentation graphique des tests effectués pour le classement des résumés de sortie standardisés (arbre de décision). Cette présentation séparée des arbres de décision a deux avantages :

- conserver une lecture facile d'un arbre de décision nécessitant plusieurs pages pour une catégorie majeure,
- permettre une lecture simultanée des différents tests d'orientation pour un GHM donné, et du contenu des listes de diagnostics et d'actes qui le caractérisent.

1. INTRODUCTION A LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES

1.1. DU RSS AU GHM

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

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

Pour que les informations médico-administratives contenues dans le 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 BO pour les actes.

Les catégories majeures de diagnostics (CMD) restent un niveau déterminant de classement des séjours hospitaliers. Elles correspondent, le plus souvent, à un système fonctionnel ; ce sont par exemple les affections du système nerveux, de l'œil ou de l'appareil respiratoire. Cependant, un certain nombre de GHM sont regroupés dans des catégories majeures (CM) qui se différencient des CMD par le fait que l'orientation des RSS ne se fait pas par un test sur le diagnostic principal (DP). C'est déjà le cas de la CM n° 24 des séjours de moins de 24 heures, et de 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 DP du séjour hospitalier. En cas de séjour mono-unité, il est le DP du RUM, c'est à dire celui que le médecin de l'unité médicale (UM) responsable du patient a considéré en fin de séjour comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. En cas de séjour multi-unités, il est l'un des DP portés sur chacun des RUM.

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

c) S'il existe un acte opératoire classant dans cette CMD, le séjour est orienté dans un groupe dit « chirurgical » défini par la nature de l'intervention effectuée, dans le cas contraire, selon le DP, dans un groupe dit « médical », qui peut donc contenir des RSS avec des actes qui ne sont pas 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 (DA), c'est-à-dire les autres diagnostics mentionnés sur le RSS, qu'il s'agisse de pathologies associées au DP ou de complications de celui-ci ou de son traitement, mais le DP peut également intervenir pour l'orientation dans tel ou tel GHM « chirurgical ».

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

e) A partir de la version 4 de la classification, un certain nombre de tests « transversaux » sont réalisés avant d'analyser le DP (destiné à orienter le RSS dans une des

¹ Pour une description exhaustive, voir les autres volumes du présent manuel, en particulier le volume 3 qui présente les arbres de décision des CMD et des CM.

vingt-trois CMD des versions précédentes) : 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. 2.1.1.1.) caractérisant chaque GHM « médical », mais les diagnostics peuvent également être affectés de *caractéristiques* (cf. 2.2.1.) qui traduisent leur appartenance à des groupes particuliers influençant le classement dans un GHM, par exemple celui des complications et morbidités associées (CMA) ou des complications et morbidités associées sévères CMAS (cf. 2.2.2.2.).

Aux actes classants est affecté un nombre variable de *caractéristiques*. Ce mot désigne en fait un repère numérique dans les tables de la FG 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 DE LA CLASSIFICATION DES GHM

1.2.1. La version 0

La classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRG), élaborée par le Professeur Robert Fetter et son équipe de l'Université de Yale, a inspiré le 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 DRG 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 DRG, 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 DRG 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 DRG.

Elle a été publiée dans la circulaire n° 160 du 5 août 1986.

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. Des modifications ont été faites, dont la plus importante est le classement des séjours d'un jour dans la CM n° 24, en sus des séances.

Les changements ont été introduits dans la classification des GHM et dans la FG 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 FG.

Elle a été publiée dans le fascicule spécial n° 92-9 bis du BO.

1.2.3. La version 2

Il s'agit de la première version élaborée en collaboration avec le PERNNNS.

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*.

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

Elle a été publiée dans le fascicule spécial n° 94-2 bis du BO.

1.2.4. La version 2.3

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

Il s'agissait d'une version de transition vers une refonte plus profonde de la classification des GHM nécessitant le codage des diagnostics en CIM 10 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 DRG,
- le format étendu à six caractères des codes de la CIM 10 permet d'améliorer le niveau de précision s'il est jugé insuffisant dans le cadre des modifications souhaitées pour les prochaines versions de la classification.

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.

Elle a été publiée dans le fascicule spécial n° 95-11 bis du BO.

1.2.5. La version 3.4

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

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

Les principales modifications étaient les suivantes :

- Création de nouvelles catégories majeures grâce à une analyse transversale du RSS :
 - CMD n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* »
 - CMD n° 26 « *Traumatismes multiples graves* »
 - CM n° 27 « *Transplantations d'organes* »
- Modification de la notion de CMA par la création de :
 - CMA sévères
 - Listes d'exclusions des CMA

- Modification de CMD ou de GHM existants :

- refonte de la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* »
- création de GHM de chirurgie ambulatoire dans la CM n° 24
- création ou modification de quelques GHM.

Elle a été publiée dans le fascicule n° 96-11 bis du BO.

1.3. 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 FG. C'est pourquoi les libellés des diagnostics et des actes sont abrégés. Il importe d'observer que ces libellés ne remplacent en rien ceux 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, même lorsqu'il est identique pour plusieurs GHM. Dans les versions précédentes du manuel des GHM, ces actes ou ces diagnostics étaient présentés sous forme de liste (ou de référence à une liste) au niveau de chaque GHM concerné.

Dans cette nouvelle présentation, les listes sont repérables par un titre et un numéro figurant sur l'arbre de décision d'une CMD. Ces listes sont ensuite présentées dans l'ordre de leur numérotation, indépendamment des libellés de GHM. Le titre d'une liste reprend :

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

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

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

Remarque : Le terme « catégorie » existe dans la CIM 10. Il ne faut pas confondre les « catégories » de la CIM 10 avec les « catégories » de la classification des GHM. Pour éviter la confusion possible, le terme de *catégorie* 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. 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.

2.1. LES ELEMENTS DETERMINANTS DE L'ORIENTATION DANS UN GHM

2.1.1. Les diagnostics

2.1.1.1. Catégories de diagnostics

L'ensemble des diagnostics de la CIM est réparti de façon mutuellement exclusive entre les vingt-trois CMD des versions antérieures à la version 4 de la classification². Il existe quelques exceptions, tels les codes de certaines affections génitales,

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.

dont l'orientation dans une CMD ne peut avoir lieu qu'après un test sur le sexe, puisque ces diagnostics peuvent aussi bien être faits chez l'homme que chez la femme et qu'il existe deux CMD distinctes pour les affections de l'appareil génital (n° 12 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.

2.1.1.2. Particularités

* Codes « dague » et « astérisque »

Le choix a été fait, lors de l'adaptation initiale des DRG, d'affecter à la même CMD les codes « dague » (cause initiale) et « astérisque » (manifestation clinique) qui se correspondent ; toutefois, il y a quelques exceptions.

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 digestifs précisés au cours de maladies classées ailleurs* » correspond à des affections qui peuvent être orientées dans la CMD n° 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* » si elles concernent la bouche ou la CMD n° 06 « *Affections du tube digestif* » si elles concernent l'intestin, mais elles ne correspondent pas aux affections des voies biliaires ou du pancréas qui sont codées avec la catégorie K87* « *Atteintes de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas au cours de maladies classées ailleurs* ».

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 2.1.1.1.

Avec la CIM 10, il y a donc 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 correspondre à des CMD différentes, il faut attendre de connaître, en termes de points ISA, les conséquences globales des nombreuses modifications de la version 4 de la classification. Ces informations ne sont pas encore disponibles au moment de la rédaction du manuel de la version 5 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* ».

2.1.2 Les actes

2.1.2.1. Caractéristiques des actes

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

Ces *caractéristiques* 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 FG « reconnaît » 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 « *craniotomies* », 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 FG, 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 peut paraître constituer un non-sens médical dans quelques GHM. Mais cette présence est justifiée par le fait qu'il est plus simple d'affecter à un GHM « B » une liste d'actes déjà constituée pour le

GHM « A », plutôt que d'élaborer une nouvelle liste spécifique pour le GHM « B » qui ne serait qu'un sous-ensemble de celle du GHM « A », n'en différant que par des détails.

Par ailleurs, 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.

2.1.2.2. 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.

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

Dans la majorité des cas, les listes des GHM « chirurgicaux » et « médicaux » d'une CMD se terminent par des GHM ayant respectivement pour libellé « *Autres interventions* » et « *Autres affections* » ; par exemple, dans la CMD n° 06, les GHM 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.

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

2.2.1. Caractéristiques de diagnostics

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

- après un acte classant.

Exemple : dans la CMD 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 2.2.2.) dont les codes sont regroupés dans une *caractéristique* de diagnostics.

2.2.2. Complications et morbidités associées (CMA)

2.2.2.1. Introduction

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 ».

2.2.2.2. CMA sévères

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 test est d'abord destinée à améliorer l'homogénéité des GHM dans lesquels ces cas étaient orientés dans les versions antérieures. Par ailleurs, il représente une première étape vers une meilleure description des cas qui mobilisent des ressources importantes, comme une prise en charge (non programmée) dans un secteur de réanimation.

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

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

2.2.2.3. Les listes d'exclusions des CMA

Depuis la version 4 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.

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

Il en résultait un « alourdissement » des séjours lorsqu'il y avait redondance d'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, telles celles valorisant la démarche diagnostique selon la séquence *motif d'admission* (par exemple « fièvre au long cours », « douleurs abdominales », « traumatisme thoracique »...) - *diagnostic de sortie* (« tuberculose pulmonaire », « pancréatite aiguë », « hémothorax »...) ; elles conduisaient à la mention d'un symptôme du chapitre XVIII ou d'un code imprécis comme DP, complété par un DA correspondant à la pathologie précise ayant motivé l'hospitalisation, avec pour conséquence, le classement du RSS dans un GHM « avec CMA » toutes les fois que le DA appartenait à leur liste.

4) 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 GHM⁴.

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

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

⁴ *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".

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

Un code de CMA ne peut donc être considéré indépendamment de la liste des DP qui l'excluent. 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 dont la première s'est limitée à la logique nosographique.

Les listes présentées dans ce manuel 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* ».

Par assimilation, on a étendu cette propriété à 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 le résultat d'exclusions explicitement signalées 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 dague-astérisque ;

- 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.

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.

2.2.3. 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), quelques actes obstétricaux et certaines lithotrities depuis cette version de la classification. 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 :

- 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),
- 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 ;

- 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 ».

2.2.4. Mode de sortie

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

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

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.

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

Depuis la version 4, la notion de transfert peut être, dans certains cas, reliée à une durée de séjour définie pour être « lue » comme un transfert dans la FG. C'est le cas dans la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » et la CMD n° 22 « *Brûlures* », pour les GHM spécifiques des patients transférés.

2.3. CATEGORIES MAJEURES PARTICULIERES

2.3.1. La CMD n° 14

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

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

L'absence de ce cinquième chiffre propre à l'ICD-9-CM 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.

2.3.2. La CMD n° 15

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

- Il faut repérer des cas « normaux ». 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 groupe des « *Nouveau-nés normaux* » : 600 points et le groupe des « *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 des nouveau-nés (à terme) avec d'autres problèmes significatifs qui continuera probablement à contenir 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 à la version 4 de la classification.

- 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. Le fait que les codes spécifiques des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale soient utilisés pour des nouveau-nés présentant une affection ou des nouveau-nés susceptibles de présenter une affection, limite le pouvoir discriminant de ces codes en tant que marqueurs de problèmes majeurs, significatifs ou non significatifs d'une consommation de ressources.

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 à la version 4 de la classification :

- Les codes d'anomalies congénitales qui orientaient auparavant le RSS dans la CMD n° 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* » orientent le RSS dans la CMD n° 15. Un test sur l'âge en jours, en tête de l'arbre de décision, permet de ne conserver que des nouveau-nés ou des nourrissons de moins de 121 jours dans cette CMD.
- Les RSS correspondant à des patients âgés de plus de 120 jours sont orientés dans les GHM 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).
- Il existe un groupe de nouveau-nés transférés 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 antérieures à la version 4 de la classification.

2.3.3. La catégorie majeure n° 24

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

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

Dans la version 4 de la classification, 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 la version précédente de la classification, c'est la description des groupes chirurgicaux qui est améliorée. Dans cette version, quelques groupes « médicaux » sont créés.

2.3.4. Les catégories majeures n° 25 à 27

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

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

CMD n° 26 « *Traumatismes multiples graves* »

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

Destinées à mieux décrire des cas lourds, elles ont des arbres de décision qui leur sont spécifiques. Les tests qui permettent d'orienter un RSS dans une de ces catégories interviennent immédiatement avant le test d'orientation dans la CM n° 24 et sont dits transversaux parce qu'ils concernent l'ensemble des informations du RSS.

Pour plus d'informations, on peut se reporter à l'introduction de ces CM dans le volume 2 du manuel.

3. VERSION 5 DE LA CLASSIFICATION

3.1. INTRODUCTION

C'est une version qui marque une pause puisqu'elle ne présente aucune modification en profondeur. Elle apporte tout de même quelques nouveautés qui traduisent la recherche permanente d'une adaptation à l'évolution des pratiques et d'une amélioration de la description médico-économique de la production des établissements.

Cette version, annoncée comme étant la 3.5 de la classification, est en fait la 4.5 pour la raison suivante : l'existence d'une erreur dans la version 3.4 (concernant le traitement algorithmique d'un code « Z » en DP d'un RUM), jugée marginale sur l'ensemble des données, s'avère importante dans certains cas. Il était souhaitable de la corriger, or la version 5 de la classification ne devait pas subir de modifications de moteur. La mission PMSI a finalement pris la décision de la faire corriger dans la version 5 de la classification qui devient donc la version 4.5 de la fonction groupage.

3.2. TRAVAUX SUR LES CODES DE LA CIM 10

3.2.1. Création de codes étendus

3.2.1.1. Rappel

L'extension d'un code CIM 10 se situe au-delà du quatrième caractère de ce code afin de permettre l'extraction d'un fichier strictement conforme à la classification d'origine.

Quand une catégorie (niveau 3 caractères) n'a pas de subdivision, c'est le signe « + » qui a été choisi comme quatrième caractère lorsque le code nécessite une extension.

Quand une extension est à visée documentaire, elle est, en général, positionnée sur le sixième caractère. Si le cinquième est « vide », c'est le signe « + » qui lui est affecté.

Quand l'OMS propose de pouvoir coder une précision supplémentaire (topographie articulaire, fracture fermée ou ouverte ...), c'est la cinquième position de l'extension du code qui a été choisie.

3.2.1.2. Les motifs

Les extensions ont été créées pour répondre à deux demandes :

- la première concerne la nécessité d'apporter plus de précision à certains codes pour améliorer l'orientation de RSS correctement codés ou pour repérer des types de pathologie susceptibles d'expliquer les différences de consommations de ressources,
- la seconde possibilité, qui a été prise en compte de manière très restrictive pour cette version, concerne la création de subdivisions pour un objectif documentaire pur.

La limitation du nombre de créations est le résultat des problèmes de fond rencontrés dans l'étude des demandes adressées au PERNNS. Il a été jugé préférable d'écrire des règles qui seront proposées pour validation avant de créer trop d'extensions.

Trois codes ont été subdivisés pour résoudre des problèmes d'orientation de RSS :

A63.0 « Condylomes ano-génitaux (vénériens) »

La création d'un code décrivant l'existence de lésions anales isolées (ou le motif d'un traitement isolé de ces lésions), apporte une solution à l'orientation en groupe 901 « Actes sans relation avec le diagnostic principal » des RSS dont le DP est A63.0 et l'acte classant, une intervention sur l'anus.

Le nouveau code A63.00 « *Condylomes anaux (vénériens)* » oriente le RSS dans la CMD n° 09 « *Affections de la peau, des tissus sous-cutanés, et seins* » parce que ces cas sont plus proches du GHM 374 « *Interventions sur la région anale et périanale* » que des GHM 231 et 232 « *Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales* » qui concernent également des interventions sur le rectum.

L51.2 « *Epidermolyse nécrosante suraiguë [Lyll]* »

Ce code a été subdivisé pour permettre d'orienter les formes graves dans le GHM 663 « *Brûlures étendues* » de la CMD n° 22 « *Brûlures* ».

M62.89 « *Autres atteintes musculaires précisées - Siège non précisé* »

Ce code a été subdivisé pour décrire une rhabdomyolyse et permettre d'ajouter cette pathologie à la liste des diagnostics reliés à une affection à VIH.

3.2.1.3. Utilisation de ces codes

Quand un code de la CIM 10 est subdivisé par un cinquième ou sixième caractère, la méthode a consisté à créer des libellés précis pour l'objectif poursuivi et des libellés « complémentaires » (de type « autre » ou « SAI » selon les cas), pour pouvoir être en mesure d'interdire l'utilisation du code « père » quand il y a des codes « fils ». C'est déjà la règle actuelle pour le niveau « catégorie » quand elle est subdivisée par un quatrième caractère.

Toutefois, pour la version 5 de la classification, aucun code « père » n'est interdit. C'est pour cette raison que le groupage pourra encore s'effectuer avec un code « père », le résultat en GHM pouvant être différent selon que l'on utilise le niveau étendu ou non. Quand il existe un code étendu, l'utilisation du code non étendu ne permet pas d'aller dans le GHM le mieux valorisé.

3.2.2. Suppression de codes CIM 10

Lors de la création des libellés courts des codes étendus du chapitre XIII (permettant de décrire une topographie), deux codes ont été supprimés parce qu'ils n'avaient pas de raison d'être. Il s'agit des codes **M23.85** et **M23.86**. Les « *autres atteintes du ménisque* » étant classées à M23.3, M23.8 ne contient plus que des lésions ligamentaires pour lesquelles la valeur 5 et 6 en cinquième position n'a pas de sens.

Pour mémoire, deux codes avaient été supprimés dans la version précédente :

C14.1 à la demande de l'OMS parce qu'il faisait double emploi avec la catégorie C13 « *Tumeur maligne de l'hypopharynx* ».

N06.9 qui n'aurait pas dû être créé puisque la catégorie N06 fait référence à des lésions morphologiques précisées.

3.2.3. Réorientation de codes de la CIM 10

O47.0 « Faux travail avant 37 semaines entières de gestation [Menace d'accouchement prématuré] »

Le libellé de la CIM 10 a été modifié pour indiquer clairement que c'est le code à utiliser pour décrire une menace d'accouchement prématuré (MAP).

Ce code n'oriente plus le RSS dans le GHM 547 « Faux travail », mais dans un GHM de complication de l'ante partum (à condition d'avoir un code de la catégorie Z35 « Surveillance d'une grossesse à haut risque » en DA).

Ce code est également ajouté à la liste des complications d'accouchement. Lorsqu'un accouchement normal a lieu dans le même séjour que celui de la MAP, le RSS ne sera plus orienté dans le GHM 540 « Accouchements par voie basse sans complication ».

R52.1 « Douleur chronique irréductible »

Ce code est réorienté dans la CMD n° 01 « Affections du système nerveux » (il classait auparavant dans la CMD n° 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ») pour permettre de limiter le rôle classant des actes sur la douleur à la seule CMD n° 01 (à l'exclusion des CMD où tous les actes opératoires sont classants).

Z51.2 « Autres formes de chimiothérapie »

Ce code est réorienté dans la CMD n° 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » (il classait auparavant dans la CMD n° 17 « Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus ») en attendant de connaître les pathologies concernées.

Remarque : le code Z51.1 « Séance de chimiothérapie pour tumeur » est spécifique des tumeurs, mais il n'est pas limité aux traitements antimitotiques.

3.3. TRAVAUX SUR LES CODES DU CdAM

Des adaptations ponctuelles sont faites comme pour chaque nouvelle version de la classification. Elles visent principalement à résoudre une orientation dans le groupe 901 « Actes sans relation avec le diagnostic principal ».

Dans cette version, d'autres modifications ont été faites :

- révision des listes d'actes des GHM de type « Autres interventions de la CMD XX ». Ces GHM étant souvent mieux valorisés en points ISA (du fait de l'hétérogénéité du contenu) que d'autres GHM de la CMD, ils doivent correspondre à des cas atypiques correctement codés. Les actes présents dans ces listes qui sont sans rapport avec un des diagnostics d'entrée de la CMD ont été supprimés, même s'ils ne sont pas sans rapport avec la spécialité concernée,

- les actes de greffe de moelle deviennent des actes classants non opératoires,
- pour la première fois, une caractéristique d'acte a été créée pour des actes qui ne sont classants que dans la CM n° 24 (il s'agit des lithotrities extracorporelles de l'appareil urinaire). Cette nouveauté est appelée à être développée afin d'améliorer la description des groupes médicaux (avec des actes classants non opératoires) des séjours de moins de 24 heures.

3.4. CREATION DE GHM

3.4.1. Groupes « médicaux » de la CM n° 24

Dans la version précédente de la classification, des groupes de chirurgie ambulatoire avaient été créés.

Dans cette version, des groupes « médicaux » avaient été annoncés. Le terme « médical » reste entre guillemets pour rappeler en permanence qu'il s'agit en fait de groupes « sans acte classant opératoire ».

Leur nombre est limité parce que les tests effectués sur la base de données de l'étude nationale des coûts par GHM n'ont pas permis de mettre en évidence des éléments discriminants permettant une segmentation des groupes actuels.

Afin d'apporter une réponse plus satisfaisante dans la version 6 de la classification, une expérimentation spécifique de l'activité ambulatoire est mise en place dans quelques établissements volontaires. Elle vise à repérer :

- des variables explicatives autres que celles actuellement présentes dans le RSS,
- des actes absents du CdAM et effectués en médecine ambulatoire et la terminologie utilisée pour les décrire,
- la possibilité de hiérarchiser les données médicales autrement qu'en DP et DA.

Les tests effectués dans le cadre de la version 5 de la classification ont permis de créer trois groupes médicaux :

- GHM 885 « *Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire* »
- GHM 886 « *Cathétérismes cardiaques ou coronarographies, en ambulatoire* »
- GHM 887 « *Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire* ».

Un quatrième groupe a été créé pour tenir compte du fait que les greffes de moelle sont susceptibles d'être pratiquées en ambulatoire. Il s'agit du groupe 827 « *Greffes d'organes : ambulatoire, sans acte opératoire* ».

Remarque : le groupe de chirurgie ambulatoire correspondant à la CM n° 24 (727) n'a jamais été créé parce qu'il n'a pas de sens actuellement. Le cas des actes ne pouvant se réaliser en ambulatoire n'a pas été envisagé pour les autres CMD. Ils restent présents dans les listes d'actes qui permettent d'orienter un RSS dans un groupe de chirurgie ambulatoire.

3.4.2. Groupes de chirurgie cardiaque pédiatrique

Les tests pratiqués pour répondre à cette demande spécifique ont montré que l'amélioration de la part de variance expliquée des coûts était maximum quand on se limitait aux cas actuellement contenus dans les GHM 156 « *Autres interventions cardio-thoraciques ou vasculaires avec circulation extracorporelle* » et 157 « *Autres interventions cardio-thoraciques sans circulation extracorporelle* » pour un âge inférieur à deux ans.

Ces deux GHM sont remplacés par quatre nouveaux groupes :

- GHM 169 « *Autres interventions cardio-thoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle* »
- GHM 170 « *Autres interventions cardio-thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle* »
- GHM 171 « *Autres interventions cardio-thoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle* »
- GHM 172 « *Autres interventions cardio-thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle* ».

3.4.3. Groupes de médecine gériatrique

Cette demande ayant été faite tardivement, la méthodologie retenue pour la création de GHM n'a pu être menée à son terme. Pour apporter une première réponse à la prise en compte du critère d'âge supérieur à 80 ans, quatre groupes seulement sont créés dans cette version de la classification. Ils répondent aux conditions élémentaires pour partitionner un GHM existant : effectif suffisant, différence significative de coût et critère de segmentation objectif.

Le GHM 016 « *Maladies dégénératives du système nerveux* » est remplacé par les GHM 009 et 010.

Le GHM 019 « *Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales* » est remplacé par les GHM 011 et 012.

Le GHM 622 « *Troubles mentaux d'origine organique et retard mental* » est remplacé par les GHM 626 et 634.

Le GHM 623 « *Psychoses* » est remplacé par les GHM 627 et 635.

3.5 AUTRES MODIFICATIONS

Dans la version précédente de la classification, un certain nombre de codes de la CIM 10 (anomalies congénitales complexes ou imprécises) ont été réorientés de la CMD n° 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* » à la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* ». C'est un test sur l'âge (âge supérieur à 120 jours) qui permet d'orienter définitivement les RSS dans l'une de ces deux CMD, quel que soit le diagnostic d'entrée de la CMD n° 15.

Dans le cas d'un séjour de moins de 24 heures, ce test sur l'âge n'avait pas été reproduit au niveau du groupe 815 « *Nouveau-nés, prématurés, et affections de la période périnatale : ambulatoire* », ce qui avait pour effet de conserver dans ce groupe des RSS n'appartenant pas à des nouveau-nés, alors que toutes les informations (médicales et administratives) sont correctement codées.

Exemple : le RSS d'un enfant (ou d'un adulte) ayant en DP un code de la catégorie Q87 « *Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes* » et dans la zone d'actes, une intervention (classante et opératoire) se pratiquant en ambulatoire, est orienté dans le groupe 815 « *Nouveau-nés, prématurés, et affections de la période périnatale : ambulatoire* ». Ce groupe ne présente aucune cohérence avec le patient qui n'est pas un nouveau-né et ne reflète pas le caractère chirurgical de la prise en charge.

Pour que le groupe 815 de la CM n° 24 soit le reflet de la CMD n° 15, un test sur l'âge a été ajouté afin d'orienter les RSS correspondant à un âge supérieur à 120 jours, vers les groupes 723 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, avec acte opératoire* » ou 823 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire* » selon qu'il y a ou non un acte classant opératoire.

4. FONCTION GROUPE

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

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

Pour l'utilisateur final, qui continue de recevoir gratuitement la version annuelle de GENRSA (ou son équivalent intégré dans le logiciel GENIAC pour les établissements

privés), la garantie d'un groupage conforme est fournie par les vérifications que réalise ce programme, puisque GENRSA intègre lui-même la FG : pour produire des RSA, GENRSA lit en entrée un fichier de RSS-groupés, c'est-à-dire un fichier de RSS déjà traités par le groupeur de l'utilisateur, et outre le fichier de RSA produit en sortie, il établit un rapport d'exécution dans lequel l'analyse de la conformité de groupage est détaillée.

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

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

Intitulé	Version du moteur de groupage	Version de la classification (tables)	CIM	CdAM	Format de RUM	Date de mise en service	Remarques	GENRSA
FG0.0	0	0	9	1985 à 1987	86 car	1990	diffusion restreinte	
FG1.1	1	1	9	1985 à 1991	86 car	février 1992		GENRSA 1
FG1.2	1	2	9	1985 à 1991	86 car	1993	Languedoc-Roussillon uniquement	
FG2.2	2	2	9	1985 à 1994	86 car format 002 format 003	février 1994		GENRSA 2 GENRSA 3
FG2.3	2	3	9 et 10	1985 à 1995	86 car format 002 format 003	juillet 1995		GENRSA 3.3b
FG3.4	3	4	10	1985 à 1996	format 003 format 004 format A04	janvier 1997		GENRSA 4 GENRSA 4.4
FG4.5	4	5	10	1985 à 1997	format 003 format 004 format A04	janvier 1998		GENRSA 4.5

4.1. ALGORITHME DE DETERMINATION 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 soit pas concordant. La FG emploie alors un algorithme, détaillé ci-dessous, pour déterminer quel est le *diagnostic principal unique*, parmi les diagnostics principaux mentionnés.

Évidemment, il existe deux situations dans lesquelles l'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 La FG repère les RUM qui comportent au moins un acte effectué au bloc opératoire (information obtenue dans les tables, en analysant un par un chacun des actes de chaque RUM)

Trois cas peuvent se présenter :

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

Phase 2 Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux dont le DP 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 DP, 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 DP, sauf un seul : dans ce cas, ce dernier est le DP unique. La recherche prend fin.
- tous comportent un tel DP, sans exception : tous restent en lice pour la troisième phase.
- aucun RUM ne comporte un tel DP : tous les RUM restent en lice pour la troisième phase.

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

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

Deux cas peuvent se présenter :

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

Phase 4 Parmi les RUM restés en lice, la FG retient le dernier par ordre chronologique : c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.

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

Tous les diagnostics non retenus comme DP unique sont considérés comme diagnostics associés.

La FG élimine alors de la liste des diagnostics associés tous ceux qui font double emploi avec le DP 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**.

4.2. LES CONTROLES

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 DP, 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 FG ne fournit pas seulement en retour la valeur du GHM correspondant au RSS traité, mais aussi un code, dit *code retour*, dont la valeur permet de savoir si des erreurs ont été détectées. 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 », et c'est celle qui a été suivie dans les choix retenus pour la FG4.

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

Notons aussi que la FG fournit les codes retour sous deux formes distinctes et simultanées, auxquelles le programme groupeur intégrant la FG 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 FG. Cependant le code retour unique n'étant affecté que par les erreurs bloquantes, les codes retours non bloquants sont également présentés dans ce chapitre, pour l'information complète du lecteur.

Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)

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

01	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ERRONÉ	34	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
02	INCOMPATIBILITESEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL	35	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
03	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT	36	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
04	TABLES ENDOMMAGÉES	37	RSS MULTI-UNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
05	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM	38	*** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG1.1 : CONCERNAIT PREMIÈRE HOSPIT.) ***
06	INCOMPATIBILITÉ ACTE-DIAGNOSTIC	39	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
07	POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ	40	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
08	CORRUPTION D'UNE TABLE	41	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
09	TABLE INTROUVABLE	42	CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
10	RSS MULTI-UNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT	43	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DU CDAM
11	NUMÉRO DE RSS ABSENT	44	DATE DE NAISSANCE : TAILLE INCORRECTE
12	*** N'EXISTE PLUS (DEVENU 61 DANS FG1.1) ***	45	RSS MULTI-UNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
13	DATE DE NAISSANCE ABSENTE	46	RSS MULTI-UNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
14	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE	47	DATE D'ENTRÉE : TAILLE INCORRECTE
15	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE	48	DATE DE SORTIE : TAILLE INCORRECTE
16	CODE SEXE ABSENT	49	RSS MULTI-UNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
17	CODE SEXE ERRONÉ	50	*** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG2.2 : CONCERNAIT LES ERREURS D'INTÉGRATION DE FG1.1) ***
18	*** N'EXISTE PLUS (DEVENU 62 DANS FG1.1) ***	51	*** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG2.2 : CONCERNAIT LES ERREURS D'INTÉGRATION DE FG1.1) ***
19	DATE D'ENTRÉE ABSENTE	52	*** N'EXISTE PLUS (SUPPRIMÉ DANS FG2.2 : CONCERNAIT LES ERREURS D'INTÉGRATION DE FG1.1) ***
20	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE	53	PROVENANCE ABSENTE
21	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE	54	DESTINATION ABSENTE
22	*** N'EXISTE PLUS (DEVENU 64 DANS FG1.1) ***	55	NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIÉS ABSENT
23	RSS MULTI-UNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT	56	NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIÉS NON NUMÉRIQUE
24	MODE D'ENTRÉE ABSENT	57	NOMBRE D'ACTES ABSENT
25	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE	58	NOMBRE D'ACTES NON NUMÉRIQUE
26	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS	59	FORMAT DE RUM INCONNU
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		

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 « abandonnés » : en d'autres termes, leur présence dans un RSS sera prise en compte avec le même déterminisme que si le code était toujours d'actualité. Cette particularité permet d'analyser l'activité de plusieurs années consécutives, sans artefact induit par l'évolution de la nomenclature employée. Toutefois les codes retours attireront l'attention du responsable du DIM, afin d'éviter la persistance de codages obsolètes.

60	NUMÉRO DE RSS : TAILLE INCORRECTE	79	HOSPITALISATION DANS LES 30 JOURS ANTÉRIEURS : CODE ERRONÉ
61	NUMÉRO DE RSS NON NUMÉRIQUE	80	CODE POSTAL : TAILLE INCORRECTE
62	UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE	81	CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
63	CODE UNITÉ MÉDICALE : TAILLE INCORRECTE	82	POIDS DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
64	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE	83	ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
65	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE	84	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
66	NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE	85	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
67	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM	86	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
68	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM	87	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ
69	*** N'EXISTE PLUS (DÉTAILLÉ DE 84 À 89 DANS FG2) ***	88	AUCUN DIAGNOSTIC N'EST VRAISEMBLABLE EN RAISON DU DÉCÈS
70	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM	89	AUCUN DIAGNOSTIC N'EST COMPATIBLE AVEC LE DÉCÈS
71	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM	90	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
72	*** N'EXISTE PLUS (DÉTAILLÉ DE 88 À 93 DANS FG2) ***	91	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
73	ACTE : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LE CDAM	92	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
74	ACTE : N'EXISTE PLUS DANS LE CDAM	93	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ
75	NUMÉRO D'ENTITÉ JURIDIQUE : TAILLE INCORRECTE	94	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NON TRAITÉ DANS LA CLASSIFICATION DES GHM
76	NUMÉRO D'ENTITÉ JURIDIQUE NON NUMÉRIQUE	95	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
77	DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE		
78	SÉJOUR DE MOINS DE 24 HEURES : CODE ERRONÉ		

Annexe 1

Liste des sigles utilisés

**dans les trois volumes
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
DRG	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
UM	Unité médicale