

Modifications apportées aux tableaux MAHOS-SSR dans la version 2**Tableau 2A :**

- Suppression des colonnes « *délais d'intervention* » et « *%intervention* » (cf tableau 4B créé).
- Ajout d'une colonne « *% en journée de la CMC dans la base nationale* » (en journée comme pour la colonne 4).

Tableau 2B : suppression des colonnes « *délais d'intervention* » et « *%intervention* ».

Tableau 3B : ajout d'une colonne « *% du GHJ dans la CMC dans la base nationale* » (en journées comme pour la colonne 2).

Tableau 4 :

- Devient « *Tableau 4A* ».
- Création du « *Tableau 4B* » : interventions chirurgicales. Par CMC, « *délai d'intervention* » et « *% d'intervention chirurgicale* », calculés à l'entrée (SSRHA ou 1^{er} RHA du séjour).

Tableau 6A et 6B : fusionnent pour former le « *Tableau 6* », tableau croisé des (modes d'entrées et provenances) × (modes de sorties et destinations).

Tableau 7 :

- déplacement des PCTL, PCL, PRRC, et PRR dans les premières lignes, « *Soins palliatifs* » et « *Attente de placement* » entre PRR et ZAIGU.
- Insertion d'une ligne « *Soins palliatifs (Z51.5, quelque soit la place)* » et « *Attente de placement (Z75.1, quelle que soit la place)* ».

Tableau 8A : ajout d'une ligne en bas de tableau pour « *RHA avec temps collectif* ».

Tableau 8B :

- Ne retenir que les RHA qui ont du temps individuel déclaré (dans au moins une activité individuelle).
- Présentation du tableau à partir de la liste des CMC.
- Ajout d'une colonne « *Effectif* » (effectif total dans la CMC) et « *Effectif avec du temps individuel* ».

Tableau 8C :

- N'inclure que les RHA qui ont du temps collectif déclaré.
- Présentation du tableau à partir de la liste des CMC.
- Ajout d'une colonne « *Effectif total* » et « *Effectif avec temps collectif* ».

Tableau 9 :

- Calculs réalisés uniquement sur le temps individuel, exclusion du collectif (car biaise les %).
- Le nom du tableau devient « Répartition des activités individuelles de rééducation-réadaptation – Toutes CMC et tous RHA confondus ».
- Déplacement de la ligne « Temps total » en dernière ligne.
- Ajout d'une colonne « Effectif » (RHA avec du temps déclaré pour cette activité).

Tableau 10 :

- Calculs réalisés uniquement sur le temps individuel, exclusion du collectif (car biaise les %).
- Le nom du tableau devient « Répartition des activités individuelles de rééducation-réadaptation – Toutes CMC et tous RHA confondus ».

Précisions concernant le groupe 904 (CM 99) – « Erreurs MAHOS »

Ces informations concernent le « *Tableau 1B : répartition des RHA groupés en erreur* » (cf. p. 10-11).

Avant de fabriquer les tableaux, MAHOS-SSR procède à une série de contrôles sur le fichier de RHA. Ces contrôles peuvent générer les codes d'erreurs suivants :

904 -95 : RHA hors période – MAHOS

↳ Signification : les informations contenues dans le RHA (mois et année) sont en contradiction avec le semestre et l'année déclarés dans MAHOS-SSR.

↳ Cause : utilisation des données d'un mauvais semestre pour le traitement semestriel (par exemple utilisation des données du 1^{er} semestre alors que l'on est en train de traiter le 2^{ème} semestre).

904-96 : RHA hors période - GENRHA

↳ Signification : les informations contenues dans le RHS (numéro de semaine) sont en contradiction avec le semestre et l'année déclarés dans GENRHA.

↳ Causes : dans GENRHA, vous devez **déclarer explicitement** (pas de détection automatique) le semestre et l'année d'exercice de vos données (RHS). Il y a deux causes possibles au problème :

- Vous n'avez pas déclaré correctement dans GENRHA le semestre et l'année d'exercice. On constate souvent, dans ce cas, une erreur sur tous les enregistrements.
- Vous avez indiqué un intervalle d'extraction trop large lors de l'exportation des RHS dans votre logiciel de recueil du PMSI. On observe, alors, des problèmes pour les RHS qui sont aux extrémités du semestre.

904-97 : N° FINESS incohérent

↳ Signification : le numéro FINESS indiqué dans le RHS ne correspond pas à celui de l'établissement.

↳ Cause : on rencontre généralement ce problème dans le cas d'une entité juridique regroupant plusieurs entités géographiques (mélange des RHS de plusieurs établissements).

904-99 : Enregistrements de longueur anormale

↳ Signale les erreurs de format du RHA.



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Mission PMSI – DH/SII

DIRECTION DES HOPITAUX

GUIDE DE LECTURE DES TABLEAUX MAHOS-SSR

PMSI EN SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION

SEPTEMBRE 1999

REMERCIEMENTS

Ce guide a été élaboré et relu par un groupe de travail :

Monsieur le docteur Jean Pierre BEAUDE (CH de Bagnol sur Cèze)

Madame le docteur Françoise GRANIER (DRASS Languedoc Roussillon)

Madame le docteur Cécile LUCAS (DRASS PACA)

Monsieur le docteur Pierre METRAL (Mission PMSI)

Monsieur le docteur Jean François NOURY (PERNNS)

Mademoiselle Christel SCHWENDIMANN (CTIP)

Les tableaux MAHOS en soins de suite et réadaptation (MAHOS-SSR) ont été élaborés par les membres du comité technique du PMSI-SSR.
(liste en annexe)

Le logiciel MAHOS-SSR a été développé par le CTIP, centre de traitement des informations du PMSI, et en particulier par Max BENSADON, Emmanuel THAMMAVONG et Christel SCHWENDIMANN.

SOMMAIRE

- INTRODUCTION
- EXHAUSTIVITE

TABLEAU 1A :	VARIATIONS SAISONNIERES
TABLEAU 1B :	REPARTITION DES RHA GROUPES EN ERREUR
TABLEAU 1C :	REPARTITION DES CODES « ERREUR » POUR LES RHA GROUPES EN ERREUR
TABLEAU 2A-1 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES CMC, tous types d'activité
TABLEAU 2A-2 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES CMC, hospitalisation complète
TABLEAU 2A-3 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES CMC, hospitalisation de jour
TABLEAU 2A-4 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES CMC, séances (TCA)
TABLEAU 2B-1 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES GHJ, tous types d'activité
TABLEAU 2B-2 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES GHJ, hospitalisation complète
TABLEAU 2B-3 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES GHJ, hospitalisation de jour
TABLEAU 2B-4 :	EVENTAIL DES CAS : RHA SELON LES GHJ, séances (TCA)
TABLEAU 3A :	DIVERSITE DE L'ACTIVITE
TABLEAU 3B :	DIVERSITE DE L'ACTIVITE – GHJ les plus fréquents par CMC
TABLEAU 3C :	DIVERSITE DE L'ACTIVITE – MMP les plus fréquentes par CMC
TABLEAU 4 :	DEROULEMENT DES PRISES EN CHARGES
TABLEAU 5A :	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES SSRHA Tranches d'age
TABLEAU 5B :	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES SSRHA- Divers
TABLEAU 6A :	FILIERES DE SOINS – Modes d'entrée en hospitalisation complète.
TABLEAU 6B :	FILIERES DE SOINS – Modes de sortie en hospitalisation complète

TABLEAU 7 :	PRISES EN CHARGE PARTICULIERES
TABLEAU 8A :	DENSITE ET INTENSITE DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION – Nombre d’activités par RHA
TABLEAU 8B :	DENSITE ET INTENSITE DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION – Temps moyen par journée (hors collectif)
TABLEAU 8C :	DENSITE ET INTENSITE DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION – Temps moyen d’activité collective par journée
TABLEAU 9 :	REPARTITION DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION – Temps moyen par activité et par RHA
TABLEAU 10 :	REPARTITION DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION –CMC par CMC, Temps moyen par activité et par RHA

- **LEXIQUE**
- **LISTE DES CMC ET DES GHJ**
- **LISTE DES CODES D’ERREURS DU GROUPEUR**
- **MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DU PMSI-SSR**

INTRODUCTION

OBJECTIFS :

L'outil MAHOS-SSR élaboré par la Direction des Hôpitaux, développé par le CTIP et diffusé aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) permet de **traiter les données PMSI-SSR produites par les établissements.**

Les principaux objectifs visés sont :

1. **L'analyse médicalisée de l'activité des établissements** dans le champ SSR (soins de suites ou réadaptation) sur la base du PMSI-SSR. Le PMSI-SSR est une forme de description de l'activité qui intègre des informations médicalisées et qui répond à une logique médico-économique.
2. **La vérification des données transmises par les établissements.** Les tableaux produits permettent aux ARH de valider la cohérence des données. Leur envoi aux établissements permet à ceux-ci de vérifier l'exactitude des données qu'ils ont produites et transmises.
3. **La constitution d'une base régionale de RHA et SSRHA,** permettant avec d'autres outils (TAB-RHA), une analyse de l'activité régionale en soins de suite ou réadaptation et des comparaisons entre établissements.

Les tableaux produits par le logiciel MAHOS-SSR ont vocation à être utilisés par les ARH et les DRASS.
Ils sont également, dans un souci de transparence et de validation, destinés aux établissements.

Ce guide a donc une double diffusion : les services déconcentrés de l'Etat et les établissements ayant une activité dans le champ SSR.

REMARQUES :

- La 1^{ère} version du logiciel MAHOS-SSR n'intègre :

- **ni calcul sur les points ISA**, car l'échelle de points ISA en SSR n'existe pas encore, l'étude est en cours,
- **ni comparaison à une base nationale de référence**, car celle-ci n'existe pas encore et sera constituée après la transmission des données régionales à la Direction des Hôpitaux.

Ces éléments seront ajoutés dans les versions ultérieures de MAHOS-SSR.

- La classification en *groupes homogènes de journées* (GHJ) est encore très jeune et n'a pas été testée « en grandeur nature », elle comporte probablement **des imperfections**.

Les données de 1998 et 1999 n'ont fait, pour l'instant, l'objet d'**aucune validation externe**, alors que les consignes de codages ne sont pas encore appliquées par tous les établissements de la même manière (temps intervenants, choix de la manifestation morbide principale ...).

Il convient de prendre les premiers résultats fournis par **avec quelques précautions** et en particulier de **les croiser avec d'autres sources d'information**.

- **Les intitulés** des *catégories majeures cliniques* (CMC) et des GHJ utilisent un vocabulaire évocateur, mais il faut se garder d'assimiler les termes employés à des définitions établies ailleurs.

Avant de présumer du contenu d'un GHJ ou d'une CMC, il faut **toujours s'assurer de sa définition et de son contenu dans le manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)**.

Vous trouverez la liste des 278 GHJ et des 3 GHJ « anomalies » en annexe à la fin de ce guide.

Vous retrouverez ce guide de lecture ainsi que d'autres informations sur le PMSI-SSR sur le **site internet** « <http://www/le-pmsi.fr> ».

EXHAUSTIVITE

Le calcul du taux d'exhaustivité des établissements se fait en dissociant la partie hospitalisation complète de la partie ambulatoire (hospitalisation de jour ou traitements et cures ambulatoires, l'activité externe étant exclue du champ).

Les établissements fournissent pour le semestre, leur nombre de journées réalisées (en hospitalisation complète), leur nombre de venues (en hospitalisation de jour) et leur nombre de séances (en TCA) (cf. **tableau Q02B de SAE**) en fonction des types d'activités SAE.

1. La formule pour l'hospitalisation complète (HC) est :

$$\frac{\text{Nombre de journées de présence des RHA en HC}}{\text{(Nombre de journées réalisées en HC + Nombre de sorties totales d'HC - nombre de décès)}}$$

Il s'agit d'une estimation de l'exhaustivité, en sachant qu'une formule plus précise serait calculée en soustrayant du numérateur les journées de permission avec sortie après 12 heures mais que cette information est difficilement mobilisable pour la plupart des établissements.

A titre indicatif, on peut également rapprocher le nombre de journées des RHA en HC du **nombre théorique maximal de journées possibles** (nombre de lits ouverts en HC x 365 jours).

Attention : les difficultés de tri des RHA du mois de juin 1998 peuvent, dans certains cas, amener le logiciel MAHOS-SSR à compter au numérateur des journées qui ne font pas partie de la période et à fausser ainsi le calcul du taux d'exhaustivité. Ceci concerne principalement les établissements qui ont des journées en groupe 904 « erreurs MAHOS » (cf. tableau 1B).

• **Le début d'un semestre** est le lundi de la première semaine du semestre selon les normes ISO 86-01. La conversion de numéro de semaine en date donne un résultat variable selon les années pour le début et la fin de semestre.

Le 1^{er} semestre débute (semaine n°1) le lundi de la semaine qui intègre le 4 janvier.
Le 2nd semestre débute (semaine n°26 ou 27) le lundi de la semaine qui intègre le 4 juillet.

Pour 1998 :

- 1^{er} semestre = semaines n°1 à 26, débute le 29/12/1997, finit le 28/06/1998
- 2nd semestre = semaines n°27 à 53, débute le 29/06/1998, finit le 03/01/1999

Pour 1999 :

- 1^{er} semestre = semaines n°1 à 25, débute le 04/01/1999, finit le 27/06/1999
- 2nd semestre = semaines n°26 à 52, débute le 28/06/1999, finit le 02/01/2000

2. **Pour les prises en charges ambulatoires** (hôpital de jour, de nuit, et séances de traitement et cures ambulatoires), la formule est :

$$\frac{\text{Nombre de journées en HJ ou de séances TCA des RHA}}{\text{nombre de venues en HJ et de séances en TCA}}$$

Remarque : les séances de traitements et cures ambulatoires de SSR font l'objet d'un paiement au « forfait de soins externes » négociés avec les caisses, du moins pour les établissements qui sont en conformité.

Certains établissements les facturent encore à tort sous forme de lettres-clés (AMC ou AMK), en particulier dans le secteur public, dans ce cas il est exclu que les lettres-clés fassent l'objet d'une valorisation en point ISA, que ce soit au titre de l'activité MCO ou en SSR, lorsque les points ISA seront disponibles.

TABLEAU 1A : VARIATIONS SAISONNIERES

OBJECTIF :

- Analyse du nombre et répartition mensuelle et semestrielle des RHA et SSRHA produits
- Evolution d'un semestre à l'autre

RAPPEL :

• **Les mois ne comportent pas tous le même nombre de semaines** (4 ou 5). C'est la date du lundi de la semaine considérée qui détermine le classement du RHA dans un mois. La première semaine du second semestre est donc classée en juin pour l'année 1998. La prochaine version de MAHOS-SSR traitera des semaines et non des mois.

Les semestres comportent 25 ou 26 semaines. Ils n'ont pas tous la même longueur.

• Les pourcentages de la colonne « % semestre observé » sont calculés en divisant les RHA du mois considéré (selon la date du lundi), par le nombre total des RHA hors erreur du semestre.

• Un SSRHA ou suite semestrielle de RHA, est constitué de l'enchaînement des GHJ d'un séjour SSR, y compris pour les prises en charge en hospitalisation de jour, ou en séances et cures ambulatoires.

Un patient qui change de type de prise en charge (ex. HC/HJ), change de séjour SSR.

Il aura deux séjours dans le semestre (au sens du PMSI-SSR)¹ et donc deux SSRHA.

Le nombre de SSRHA est donc différent du nombre de patients.

Il existe 4 catégories de SSRHA :

1- séjour « entier », l'entrée et la sortie du séjour ont lieu au cours du semestre.

2- séjour débuté avant le début du semestre et clos pendant le semestre

3- séjour débuté au cours du semestre et clos après la fin du semestre

4- séjour débuté avant le début du semestre et clos après la fin du semestre

Certains SSRHA comportent des incohérences dans l'enchaînement des RHA ou dans les dates et sont «non classés »

¹ Le découpage PMSI des séjours en SSR est décrit dans le guide méthodologie de production des RHS (B.O. 97-5bis, p.13-15)

Ce tableau présente le total des SSRHA du semestre, et les SSRHA « entiers » (catégorie1).

- Un séjour à cheval sur le début ou la fin du semestre n'est pas analysé totalement dans le semestre considéré, seuls les RHA du semestre sont extraits et traités.

Les séjours qui se terminent après la fin du semestre n'ont donc pas de date et de mode de sortie. La suite du séjour sera analysée avec le semestre suivant.

Le RHA ne comporte pas de date ni de numéro de semaine. Il comporte le mois et l'année (du lundi) de la semaine du RHA et le numéro séquentiel du RHA dans l'enchaînement des semaines du séjour, ainsi que la réponse à la question « RHA de début (ou de fin) du séjour (oui/non) ? ». (arrêté du 29 juillet 1998).

TABLEAU 1B : REPARTITION DES RHA GROUPES EN ERREUR

OBJECTIF :

Analyse de la répartition des RHA classés dans un GHJ d'erreur en fonction :

- du groupe d'erreur : 900, 903 ou 904
- du type d'activité du RHA : hospitalisation complète, de jour ou de nuit, traitements et cures ambulatoires (séances).

DEFINITION :

Il existe 3 groupes de journées d'erreur :

- **le groupe 900 (CM90) : « erreur dépotée par le groupeur »**

Le groupeur intègre des contrôles sur le format des différentes variables et la cohérence avec les tables de valeurs autorisées (ex. FPP avec un code non autorisé (code non Z ou Z hors liste), MMP absente...). Les erreurs "bloquantes" conduisent au Groupe 900. Il s'agit presque toujours de mauvaises applications des règles de remplissage du RHS (*voir le manuel de production des RHS B.O. 97-5bis et la liste des codes d'erreurs en annexe*).

- **le groupe 903 (CM99) : « RHA non groupable »**

Certains diagnostics autorisés dans les tables ne sont pas classant (ex. Z501 en MMP) et certaines combinaisons FPP, MMP, AE ne permettent pas d'aboutir à une CMC, le RHA est alors non groupable. On est en présence d'une **limite de la fonction groupage et pas forcément d'une erreur de description**.

- **le groupe 904 (CM99) : « erreur MAHOS »**

MAHOS-SSR réalise des tests supplémentaires de cohérence sur le fichier de RHA : « RHA hors période », numéro FINESS incohérent, numéro de version de RHA erroné

Les types d'activité¹ en hospitalisation sont regroupés en 3 catégories :

- « **hospit. complète** » ou **HC**, regroupe les RHA en hospitalisation complète (code 03) et hospitalisation de semaine (code 20),
- « **hospit. de jour** » ou **HJ**, regroupe les RHA en hospitalisation de jour (code 04) et de nuit (code 05),
- « **séances** », regroupe les RHA des traitements et cures ambulatoires (TCA, code 19),
- « **total** », regroupe tous les types d'activité.

Dans les colonnes « % ... » (« % total », « %hospit. complète », etc.), la première ligne se réfère au nombre total de RHA transmis (donc 100% pour la colonne « %total »), les lignes suivantes se réfèrent au nombre de RHA du type d'activité de la colonne (ex. Nb. RHA en groupe 900/Nb. RHA en HC).

¹ Guide de production des RHS B.O. n°97-5bis page 2, et SAE 98 « aide au remplissage - annexe1 : définition des types d'activité »

TABLEAU 1C : REPARTITION DES CODES « ERREUR » POUR LES RHA GROUPES EN ERREUR

OBJECTIF :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Analyse de la répartition des RHA classés dans un groupe d'erreur, selon :<ul style="list-style-type: none">- le type d'erreur (code d'erreur fourni par le groupeur)- le type d'activité du RHA (HC, HJ, séances) |
|---|

Les codes « erreurs¹ » sont ceux qui sont produits par la fonction groupage de GENRHA à l'issus des tests sur les informations du RHS (conformité des valeurs avec les tables, cohérence des dates, ...).

Seuls les codes bloquants sont analysés ici.

La page correspondant à ce tableau est laissée vide dans l'édition s'il n'y a pas de RHA classé en erreur.
--

¹ Pour la liste des tests et codes « erreur » de la fonction groupage SSR, voir en annexe et sur le site internet «[www. le-pmsi.fr](http://www.le-pmsi.fr) ».

TABLEAUX 2A : EVENTAIL DES CAS TRAITES (CASEMIX), REPARTITION DES RHA SELON LES CMC

Le tableau 2A est décliné en **4 versions**, en fonction des types d'activité :

2A-1 Tous types d'activité confondus

2A-2 Hospitalisation complète : types 03 et 20 : H. complète, H. de semaine,

2A-3 Hospitalisation de jour : types 04 et 05 : H. de jour, H. de nuit,

2A-4 Séances : type 19, TCA

OBJECTIF :

- Analyse de l'éventail des cas (*casemix*) dans les différentes CMC, Catégories Majeures Cliniques : nombre de RHA et de journées **dans chaque CMC**
- Déclinaison selon les types d'activité

- L'effectif correspond au nombre de RHA dans la CMC. Les RHA groupés dans les GHJ d'erreur sont dans la CM 90 – *Sans affectation possible*
- Les pourcentages de journées portent sur les **journées de présence déclarées** (tous les RHA n'ont pas 7 jours de présence, par exemple en cas de permission de week-end ou d'entrée en cours de semaine).
- L'âge moyen est calculé en moyenne arithmétique des âges **des RHA** de la CMC ;il est donc **différent de l'âge moyen des patients de l'établissement** (un patient qui a 4 RHA dans la même CMC est compté 4 fois), plus proche de **l'âge moyen des patients présents**.
(Pour une estimation de l'âge moyen des patients voir tableau 5B)
- Le « pourcentage de femmes » concerne également les RHA de la CMC et non les patients ou les séjours (pour un pourcentage de femmes sur les séjours voir aussi le tableau 5B).

- Le « pourcentage d'intervention chirurgicale » correspond au pourcentage de RHA dans la CMC avec **une date de dernière intervention chirurgicale inférieure à 90 jours** par rapport au lundi de début de la semaine du RHA (élément fourni par GENRHA au moment du groupage). Un séjour «post-opératoire» sera compté autant de fois qu'il aura de RHA dans les 90 jours suivant l'intervention. En cas d'intervention nouvelle pendant un séjour, le premier RHA compté avec intervention chirurgicale depuis moins de 90 jours est le RHA de la semaine d'intervention.
- Le délai est le délai moyen, pour les RHA de la CMC, entre la date d'intervention et la date du lundi de la semaine du RHA. Le délai n'est calculé que pour les RHA qui ont une date d'intervention, les autres RHA n'interviennent pas dans le calcul.

Les 4 tableaux présentent exactement les mêmes informations mais pour chacun des types d'activité pris séparément. Si un type d'activité n'a aucun RHA pour l'établissement, la version du tableau correspondant à ce type d'activité n'est pas imprimée (ex. établissement ne faisant pas de séances, pas de tableau 2A pour les séances).

TABLEAUX 2B : EVENTAIL DES CAS (CASEMIX), RHA SELON LES GHJ

Le tableau 2B est décliné en **4 versions**, en fonction des types d'activité :

2B-1 Tous types d'activité confondus

2B-2 Hospitalisation complète (types 03 et 20 : H complète, H de semaine),

2B-3 Hospitalisation de jour (types 04 et 05 : H de jour, H de nuit),

2B-4 Séances (type 19, TCA)

OBJECTIF :

- Analyse de l'éventail des cas (casemix) dans les différents GHJ, groupes homogènes de journées : nombre de RHA et de journées **dans chaque GHJ**
- Déclinaison selon les types d'activité

• **Les colonnes sont construites de la même manière que pour les tableaux 2A** (effectifs, journées, âge moyen, % de femmes, % interv. chir., délai) mais par GHJ et non par CMC.

Les pourcentages sont à prendre avec prudence quand les effectifs (nombre de RHA dans le GHJ) sont faibles, les intervalles de confiance des pourcentages ne figurent pas ici pour des raisons évidentes de place dans les tableaux.

Les effectifs ou les pourcentages totaux (tous GHJ confondus) figurent en fin de tableau.

Si un type d'activité n'a aucun RHA pour l'établissement, la version du tableau correspondant à ce type d'activité n'est pas imprimée (ex. établissement ne faisant pas de séances, pas de tableau 2A pour les séances).

TABLEAU 3A : DIVERSITE DE L'ACTIVITE (1)

OBJECTIF :

Analyse de la diversité de l'activité à travers **le nombre de GHJ différents** « produits » par l'établissement, globalement, et par type d'activité.

Ce tableau porte sur le résultat du groupage des RHA, en excluant les RHA classés en groupe d'erreur (900, 903, 904).

- Le nombre de CMC différentes correspond au nombre de CMC différentes qui ont au moins un RHA classé dans un GHJ de la CMC pour le semestre étudié. Il existe 14 CMC plus deux CM d'erreurs et anomalies (cf. liste des CMC en annexe).
- Le pourcentage de diversité correspond au rapport entre le nombre de GHJ différents pour l'établissement pour le semestre, et le nombre total de GHJ hors erreur dans la classification (soit 278 GHJ, cf. annexe).
- Les journées prises en compte (Nb. GHJ pour 80% des journées, et pour 50% des journées) sont les journées de présence déclarées dans les RHA.

TABLEAU 3B : DIVERSITE DE L'ACTIVITE (2) GHJ les plus fréquents par CMC

OBJECTIF :

Analyse de la diversité de l'activité à travers **la liste des cinq GHJ les plus fréquents dans chaque CMC** pour les RHA de l'établissement.

Les CMC sont classées par ordre de numéro (cf liste en annexe, ou B.O.97-8bis, Manuel des GHJ vol.2).

Pour chaque CMC, les GHJ sont classés par ordre décroissant selon leur nombre de journées. Le nombre de journées d'un GHJ est le nombre de journées déclarées dans les RHA classés dans ce GHJ.

Le « pourcentage dans la CMC » est le rapport entre le nombre de journées déclarées des RHA du GHJ, et le nombre total des journées déclarées dans les RHA des GHJ de la CMC (tableau 2A-1).

TABLEAU 3C : DIVERSITE DE L'ACTIVITE (3) MMP les plus fréquentes par CMC

OBJECTIF :

Analyse de la diversité de l'activité à travers **la liste des cinq codes de MMP (manifestations morbides principales) les plus fréquents dans les RHA de chaque CMC.**

Les CMC sont classées par ordre de numéro (cf liste en annexe, ou B.O.97-8bis, Manuel des GHJ vol.2).

Pour chaque CMC, les codes de Manifestations Morbides Principales (en CIM 10) sont classés par ordre décroissant selon leur nombre de journées. Le nombre de journées d'un code de MMP est le nombre de journées déclarées dans les RHA ayant ce code inscrit dans la zone MMP.

Le « pourcentage dans la CMC » est le rapport entre le nombre de journées déclarées des RHA ayant ce code en MMP, et le nombre total des journées déclarées dans les RHA de la CMC (tableau 2A-1).

Un même code peut potentiellement apparaître dans plusieurs CMC

TABLEAU 4 : DEROULEMENT DES PRISES EN CHARGES

OBJECTIF :

- analyse des séjours (au sens du PMSI)¹ : types de SSRHA, séjours courts, nombre de CMC et de GHJ, ...
- par type d'activité

L'analyse de ce tableau est faite **en SSRHA** (suites semestrielles de RHA) et non pas en RHA. La SSRHA est constituée de l'enchaînement des GHJ d'un séjour SSR (y compris pour les prises en charge en hospitalisation de jour, ou en traitements et cures ambulatoires).(voir tableau 1A).

Rappel : le découpage PMSI des séjours en SSR est décrit dans le guide méthodologique de production des RHS (B.O. 97-5bis, p.13-15) ; il y a notamment changement de numéro de séjour à chaque changement de type d'activité. **Le nombre de SSRHA ne correspond pas au nombre de patients pris en charge.**

Il existe 4 catégories de SSRHA :

- 1- séjour « entier », l'entrée et la sortie du séjour ont lieu au cours du semestre
- 2- séjour débuté avant le début du semestre et clos pendant le semestre
- 3- séjour débuté au cours du semestre et clos après la fin du semestre
- 4- séjour débuté avant le début du semestre et clos après la fin du semestre.

Certains SSRHA comportent des incohérences dans l'enchaînement des RHA ou dans les dates et sont «non classés ».

Dans les colonnes de pourcentage, la référence utilisée au dénominateur est le nombre total de SSRHA du type d'activité considéré (seconde ligne de la colonne précédente).

¹ Le découpage PMSI des séjours en SSR est décrit dans le guide méthodologique de production des RHS (B.O. 97-5bis, p.13-15)

Attention : les effectifs et les pourcentages des lignes 3 à 7 (4 catégories de SSRHA + non classés) sont complémentaires et peuvent être additionnés mais ils ne peuvent pas être additionnés avec les données des autres lignes. Il en va de même pour les lignes 9 à 11 (nombre de CMC par SSRHA) et les lignes 12 à 16 (nombre de GHJ par SSRHA).

Le nombre moyen de GHJ, la DMS (durée moyenne de séjour) et le nombre moyen d'unités médicales par SSRHA ne sont calculés **que pour les SSRHA « entiers » pour le semestre.**

La « durée moyenne de séjour » calculée par type d'activité pour les SSRHA « entiers » n'est pas la durée moyenne de séjour des patients dans l'établissement.

Attention :

La version 1.0 de MAHOS-SSR qui ne sera utilisée que pour les données du 2nd semestre 1998 comporte une erreur dans ce tableau. Une unité apparaît systématiquement dans le décompte des SSRHA en séance ; le programme compte systématiquement une SSRHA de séances non classée. Cette erreur est corrigée pour la version 1.1 de MAHOS-SSR utilisable pour les données du 1^{er} semestre 1999.

TABLEAU 5A: CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES SSRHA - Tranches d'âge

OBJECTIF :

- Répartition par tranches d'âge des séjours (au sens du PMSI)
- Analyse par type d'activité

L'unité de compte est la SSRHA.(et non le RHA, la journée de présence ou le patient).

Le nombre de SSRHA est différent du nombre de patients, mais en est habituellement une bonne estimation, sauf situations ou pratiques particulières dans le découpage des séjours SSR (ex. établissement avec permissions fréquentes qui clôture les séjours pour toute permission > 48h).

Le découpage en tranches d'âge choisi vise à permettre une analyse adaptée aux catégories d'établissements et notamment aux établissements pour enfants et aux établissements à vocation gériatrique. **L'amplitude des tranches d'âge n'est pas homogène**, plus courtes pour les enfants et au delà de 80 ans.

Les tranches d'âges non représentées (aucun SSRHA) n'apparaissent pas dans le tableau.

Les pourcentages sont calculés en divisant l'effectif (SSRHA) de la tranche d'âge pour le type d'activité considéré par l'**effectif total (SSRHA) pour le type d'activité qui n'apparaît pas dans ce tableau** mais figure dans le tableau 4 (tableau précédent).

Pour l'âge moyen se reporter au tableau 5B.

Attention, la 1^{ère} version du logiciel TS2R n'était pas compatible « an 2000 » et ne gérait les années de naissances que sur deux caractères, les établissements qui utilisent ce logiciel pour la saisie de leurs données peuvent avoir des erreurs sur l'âge pour les patients de plus de 100 ans.

TABLEAU 5B CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES SSRHA- Divers

OBJECTIF :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Caractéristiques des séjours (au sens du PMSI) : proportion de femmes, âge moyen, recrutement hors région, < 16 ans- Analyse par type d'activité |
|--|

L'unité de compte est la SSRHA (et non le RHA, la journée de présence ou le patient).

Le nombre de SSRHA est différent du nombre de patients, mais en est habituellement une bonne estimation, sauf situations ou pratiques particulières dans le découpage des séjours SSR (ex. établissement avec permissions fréquentes qui clôture les séjours pour toute permission > 48h, allers-retours fréquents entre secteur MCO et SSR ...).

Pourcentage de femmes : dans les SSRHA.

Age moyen, âge médian :

L'âge moyen est calculé « comme d'habitude » en faisant la moyenne des âges des SSRHA.

L'âge médian est une notion ordinale qui ne fait appel à aucun calcul. Il faut classer les SSRHA en fonction de leur âge et identifier l'âge du SSRHA qui est au milieu de la liste constituée. Les deux valeurs sont très proches en cas de distribution gaussienne des âges (courbe « en cloche » de la loi « normale » de distribution), mais peuvent diverger en cas de distribution n'obéissant pas à la loi normale. L'âge médian est moins influencé par les âges extrêmes que l'âge moyen.

FILIERES DE SOINS

TABLEAU 6A : modes d'entrée en hospitalisation complète

OBJECTIF :

- Avoir une idée de la filière de soins de l'établissement à travers l'analyse des modes d'entrée (6A) et de sortie (6B) des SSRHA de l'établissement (en HC).

Ce tableau ne prend en compte que :

- les entrées des SSRHA. Les mouvements internes au champ soins de suite ou de réadaptation de la structure (changement d'unité) ne sont pas pris en compte.
- les entrées qui ont eu lieu pendant le semestre analysé. L'entrée d'un patient déjà présent n'est pas comptabilisée pour ce semestre mais pour le semestre précédent.
- les entrées en hospitalisation complète. Il n'y a pas de mode d'entrée pour les RHS d'hospitalisation de jour ou de séance ambulatoire. *Les établissements qui n'ont pas d'activité d'hospitalisation complète (ex. posture pour alcoolique en HJ) n'ont qu'une page vide à la place du tableau.*

Rappel :

- « Mutation »¹ signifie mouvement (entrée en provenance de) dans le même établissement (privé) ou la même entité juridique (public).
- « Transfert » signifie mouvement (entrée en provenance de) entre deux structures différentes.
- Pour un établissement public qui a des lits de soins de courte durée et des lits de soins de suite ou de réadaptation, le passage d'un secteur à l'autre est une mutation même si il y a changement d'établissement géographique (c'est l'entité juridique qui est ici la structure enquêtée²).
- « Domicile » concerne également les structures d'hébergement, ou le changement de type d'activité (passage d'hospitalisation de jour à hospitalisation complète par exemple).
- « Non renseigné » signifie que l'entrée en HC a bien eu lieu pendant le semestre mais que le mode d'entrée n'a pas été renseigné. Il s'agit d'une erreur non bloquante (code d'erreur n°23).

¹ Pour les définitions, cf. le guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p.1 et 17-18)

² cf. Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis p.1)

FILIERES DE SOINS

TABLEAU 6B : modes de sortie en hospitalisation complète

OBJECTIF :

- Avoir une idée de la filière de soin de l'établissement à travers l'analyse des modes d'entrée (6A) et de sortie (6B) des SSRHA de l'établissement (en HC).

Ce tableau ne prend en compte que :

- les sorties des SSRHA. Les mouvements internes au champ soins de suite ou de réadaptation de la structure (changement d'unité) ne sont pas pris en compte.
- les sorties qui ont eu lieu pendant le semestre analysé. L'entrée d'un patient déjà présent n'est pas comptabilisée pour ce semestre mais pour le semestre précédent.
- les sorties en hospitalisation complète. Il n'y a pas de mode d'entrée pour les RHS d'hospitalisation de jour ou de séance ambulatoire. *Les établissements qui n'ont pas d'activité d'hospitalisation complète (ex. posture pour alcoolique en HJ) n'ont qu'une page vide à la place du tableau.*

Rappel :

- « Mutation »¹ signifie mouvement (entrée en provenance de) dans le même établissement (privé) ou la même entité juridique (public).
- « Transfert » signifie mouvement (entrée en provenance de) entre deux structures différentes.
- Pour un établissement public qui a des lits de soins de courte durée et des lits de soins de suite ou de réadaptation, le passage d'un secteur à l'autre est une mutation même si il y a changement d'établissement géographique (c'est l'entité juridique qui est ici la structure enquêtée²).
- « Domicile » concerne également les structures d'hébergement, ou le changement de type d'activité (passage d'hospitalisation de jour à hospitalisation complète par exemple).
- « Non renseigné » signifie que l'entrée en HC a bien eu lieu pendant le semestre mais que le mode d'entrée n'a pas été renseigné. Il s'agit d'une erreur non bloquante (code d'erreur n°23, voir en annexe).

¹ Pour les définitions, cf. le guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p.1 et 17-18)

² cf. Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis p.1)

TABLEAU 7 : PRISES EN CHARGE PARTICULIERES

OBJECTIF :

- Caractérisation de l'activité SSR de l'établissement à travers quelques indicateurs synthétiques : enfants (<16ans), patients lourds (actes, dépendance, rééducation), soins palliatifs, attente de placement, fauteuil roulant, Zaigu
- Analyse par type d'activité

L'unité de compte de ce tableau est le RHA. Tous les RHA sont pris en compte.

L'effectif en « soins palliatifs » est le nombre de RHA classés en CMC 20 «soins palliatifs». Ce n'est pas un nombre de patient, mais de semaines. Si le code diagnostic de soins palliatifs (Z 51.5) figure en diagnostic associé, le RHA peut être classé dans une autre CMC selon sa finalité principale de prise en charge et sa manifestation morbide principale.

Même remarque pour les «attentes de placement » (RHA classés en CMC 30).

L'effectif en « prises en charge cliniques très lourdes » est le nombre de RHA classé dans un des GHJ de prise en charge clinique très lourde¹, quelle que soit sa CMC (26 GHJ). Il en va de même pour les « Prises en charge cliniques lourdes » (26 GHJ), «procédures de rééducation-réadaptation complexe (PRRC) », ou « procédure de rééducation-réadaptation (PRR)».

Tous les patients qui bénéficient d'une rééducation ne sont pas classés dans un GHJ de « procédures de rééducation-réadaptation complexe (PRRC) » (22 GHJ), ou de « procédure de rééducation-réadaptation (PRR)» (46 GHJ).

L'effectif de « prises en charge évènements aigus (ZAIGU) » est le nombre de RHA dont la finalité principale de prise en charge (FPP) est ZAIGU quelle que soit la CMC ;ceux qui sont classés en CMC « gériatrie aiguë » sont individualisés à la ligne suivante (« dont RHA affecté à CMC 80»). Rappel tous les patients, quel que soit leur âge, peuvent avoir le code ZAIGU en manifestation morbide principale lorsqu'un évènement aigu le justifie ;seuls ceux qui répondent aux critères de classement en CMC 80² sont classés dans cette CMC (âge>80, liste limitative pour la FPP).

¹ cf. Manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)

² cf. Manuel des GHJ (B.O. 97-8bis) p. 353-364

Attention :

La version 1.0 de MAHOS-SSR, utilisée pour traiter les données du 2nd semestre 1998, comporte deux erreurs pour ce tableau.

1- l'effectif de « fauteuil roulant » est en réalité le nombre de RHA qui ont une réponse « non » à l'item « fauteuil roulant » du RHA.

2- le pourcentage de « score de dépendance relationnelle >6 » est systématiquement à 0.

Ces erreurs sont corrigées dans la version 1.1 utilisée pour traiter les données du 1^{er} semestre 1999.

Le score de dépendance physique est calculé sur le score des 4 items de dépendance physique (habillement, déplacements/locomotion, alimentation, continence). Le score de dépendance relationnelle est calculé sur les deux autres items (comportement et relation). **Il y a une erreur pour ce score dans la 1^{ère} version de MAHOS-SSR, tous les résultats sont affichés à tort avec 0% de score relationnel >6.**

Le calcul des scores est réalisé par GENRHA sur les données du RHS ; le RHA ne comporte plus que le score et pas le détail des cotations de chaque item de dépendance.

L'effectif de « patients dont l'âge < 16ans » **est compté en RHA et non en patients.**

TABLEAU 8A : DENSITE ET INTENSITE DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION – Nombre d’activités par RHA

OBJECTIF :

- Analyse de la diversité et de l’intensité dans les prises en charge de rééducation-réadaptation : nombre d’activités de rééducation-réadaptation différentes par RHA

RAPPEL :

Actuellement, il n’y a pas d’obligation à déclarer les activités qui représentent moins de 30 minutes par semaine. (Une évolution est envisagée sur ce sujet). Ce tableau peut être biaisé par cette latitude accordée et exploitée différemment selon les établissements.

Les « RHA sans rééducation-réadaptation » n’ont pas de temps déclaré mais peuvent parfois correspondre à des prises en charge de rééducation-réadaptation ne dépassant pas 30 minutes hebdomadaires.

Le temps de rééducation-réadaptation déclaré n’est pas le temps de travail des soignants, ni le temps exact de rééducation-réadaptation du patient (par exemple, le temps des stagiaires ou des infirmières ne peut pas être déclaré). **C’est le temps de rééducation-réadaptation répondant aux règles du PMSI-SSR.**

TABLEAU 8B : DENSITE ET INTENSITE DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION

Temps moyen par journée (hors activité collective)

OBJECTIF :

- Analyse de la diversité et de l'intensité dans les prises en charge de rééducation-réadaptation : temps quotidien d'activité de rééducation-réadaptation individuelle (hors activité collective) par RHA
- Analyse par CMC et par type d'activité.

Le temps moyen journalier est le temps cumulé pour tous les types d'activité « hors activité collective » et ramené à la journée de présence (temps total hebdomadaire divisé par le nombre de journées de présence déclarées). Il est exprimé en minutes. Le nombre total de journées de présence par type d'hospitalisation figure à la 1^{ère} ligne du tableau 4.

L'analyse est faite par CMC, selon leur fréquence décroissante (nombre de RHA dans la CMC).

La 1^{ère} ligne concerne le temps moyen journalier, toutes CMC confondues.

La suivante ne porte que sur les RHA classés dans la CMC qui comporte le plus de RHA pour le semestre analysé. La 1^{ère} colonne rappelle la CMC concernée selon la numérotation du Manuel des GHJ (B.O.97-8bis) (voir également en annexe de ce guide).

L'analyse est faite par type d'activité : toutes activités confondues (« tps total ») puis en ne sélectionnant que les journées en hospitalisation complète, que les journées en hospitalisation de jour, que les séances (dernière colonne).

Le temps de rééducation-réadaptation déclaré n'est pas le temps de travail des soignants, ni le temps exact de rééducation-réadaptation du patient (par exemple, le temps des stagiaires ou des infirmières ne peut pas être déclaré). **C'est le temps de rééducation-réadaptation répondant aux règles du PMSI-SSR.**

TABLEAU 8C : DENSITE ET INTENSITE DES ACTIVITES DE REEDUCATION READAPTATION

Temps moyen d'activité collective par journée

OBJECTIF :

- Analyse de la diversité et de l'intensité dans les prises en charge de rééducation-réadaptation : temps quotidien d'activité de rééducation-réadaptation **collective** par RHA
- Analyse par CMC et par type d'activité.

Le temps moyen journalier est le temps hebdomadaire pour l'activité « collective » et ramené à la journée de présence. Il est exprimé en minutes.

Attention :

La version 1.0 de MAHOS-SSR, utilisée pour traiter les données du 2nd semestre 1998, comporte une erreur pour ce tableau.

Les pourcentages de ce tableau sont exprimés en 0 ou 1 et sont donc faux.

Cette erreur est corrigée dans la version 1.1 utilisée pour traiter les données du 1^{er} semestre 1999.

L'analyse est faite par CMC selon leur ordre de fréquence et par type d'activité.

Mêmes remarques que pour le tableau 8B

Le temps de rééducation-réadaptation déclaré n'est pas le temps de travail des soignants, ni le temps exact de rééducation-réadaptation du patient (par exemple, le temps des stagiaires ou des infirmières ne peut pas être déclaré). C'est le temps de rééducation-réadaptation répondant aux règles du PMSI-SSR.

TABLEAU 9 : REPARTITION DES ACTIVITES DE REEDUCATION-READAPTATION **Temps moyen par activité et par RHA**

OBJECTIF :

- Analyse de la diversité et de l'intensité dans les prises en charge de rééducation-réadaptation : répartition en pourcentage du temps entre les activités de rééducation-réadaptation (en pourcentage du temps total)
- Analyse par type d'activité.

La 1^{ère} ligne concerne le temps total de rééducation-réadaptation, tous types d'activité confondus et tous RHA cumulés (par type d'hospitalisation). Il est exprimé en minutes et sert de référence pour les calculs de pourcentage en colonne.

Les autres chiffres sont les pourcentages du temps total que représente chacune des activités de rééducation-réadaptation (par type d'hospitalisation).

Les temps de bilans, physiothérapie et balnéothérapie n'étant pas classants dans l'algorithme, certains établissements font l'impasse sur leur recueil. L'information PMSI qu'ils fournissent est incomplète et ils se pénalisent dans leur rendu d'activité.

Attention :

La version 1.0 de MAHOS-SSR, utilisée pour traiter les données du 2nd semestre 1998, comporte une erreur pour ce tableau.

Les valeurs des activités « balnéothérapie » et « physiothérapie » sont inversées.

Cette erreur est corrigée dans la version 1.1 utilisée pour traiter les données du 1^{er} semestre 1999.

TABLEAU 10 : REPARTITION DES ACTIVITES DE REEDUCATION-READAPTATION
Temps moyen par activité et par RHA, CMC par CMC

OBJECTIF :

- | |
|--|
| <p>- Analyse de la diversité et de l'intensité dans les prises en charge de rééducation-réadaptation : répartition en pourcentage du temps des différentes activités de rééducation-réadaptation entre les CMC</p> |
|--|

Tableau de répartition du temps entre les CMC, pour chaque activité de rééducation-réadaptation. Il s'agit de pourcentages pour une activité de rééducation-réadaptation donnée. Les pourcentages s'additionnent en ligne (total de la ligne = 100%).

L'analyse est faite par CMC. Chaque colonne concerne une CMC différente, repérée par son numéro (1^{ère} ligne). Les CMC sont ordonnées selon leur fréquence décroissante (nombre de RHA dans la CMC).

LEXIQUE

Algorithme de la classification, arbre de décision : L'algorithme de la classification est représenté par l'ensemble des tests successifs réalisés par le "logiciel groupeur" sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé dans une Catégorie Majeure Clinique puis dans un Groupe Homogène de Journées. Pour chaque Catégorie Majeure Clinique, il existe un arbre de décision spécifique. L'ensemble des arbres de décision par CMC constitue l'algorithme de la classification des GHJ. La plupart des variables du recueil d'information standard PMSI-SSR sont utilisées dans l'algorithme de la classification pour discriminer les Groupes Homogènes de Journées. *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis).*

CIM 10 : classification internationale des maladies 10^{ème} révision (i.e. classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes). Classification de référence pour le codage des pathologies et problèmes de santé, éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Utilisée pour le codage des données de morbidité dans le PMSI-SSR : finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique, diagnostic associé significatif. Le chapitre XX (lettres V, W, X, Y) des causes externes de morbidité et mortalité n'est pas utilisé dans le cadre du PMSI-SSR, ainsi que la classification complémentaire de morphologie des tumeurs. *(Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p29-59)*

CMC : catégorie majeure clinique – élément de la classification en GHJ, première étape de l'algorithme de classement en GHJ, élaboré selon des critères médicaux. *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis).* On parle de **CM** catégorie majeure et non plus de CMC pour la catégorie qui intègre les groupes d'erreurs car cette catégorie ne répond pas aux mêmes règles de constitution et qu'elle ne présente plus de caractère « clinique ».

CTIP : centre de traitement des informations du PMSI – Structure qui développe les outils informatiques du PMSI pour le compte de la direction des hôpitaux et réalise les traitements des bases nationales. Cette structure s'appuie sur un laboratoire de recherche en informatique de l'université Paris VI.

DAS : diagnostic associé significatif – Variable de morbidité, codée en CIM10. Suppose l'existence d'une prise en charge effective et spécifique pour cette pathologie pendant la semaine. Elément de caractérisation de la prise en charge au cours de la semaine. On peut inscrire au maximum, 5 diagnostics associés significatifs par RHA. *Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p31-32,37)*

FPP : finalité principale de prise en charge – Première des 4 variables de morbidité du RHA, codée en CIM 10, mais uniquement dans une liste limitée de codes Z désignant une « action ». Décrit le type de prise en charge principale (rééducation, convalescence, ...) de la semaine pour le patient, en coordination avec la manifestation morbide principale. *Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p30-59)*

GENRAH : logiciel générateur de RHA, développé par le CTIP et diffusé gratuitement par le Ministère Emploi/Solidarité aux établissements, il transforme les RHS en RHA (*arrêté du 28 juillet 1998*) pour garantir leur anonymat.

GHJ : groupe homogène de journée - *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)*

HC, HJ : hospitalisation complète, hospitalisation de jour

MMP : manifestation morbide principale - seconde des 4 variables de morbidité du RHA, codée en CIM 10, coordonnée avec la finalité principale de prise en charge. *Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p30-59)*

PCL : procédure clinique lourde – Liste de codes diagnostic ou d'actes qui est utilisée comme témoin de prise en charge lourde par la fonction groupage. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PCL ». *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)*

PCTL : procédure clinique très lourde - Liste de codes diagnostic ou d'actes qui est utilisée comme témoin de prise en charge lourde par la fonction groupage. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PCTL ». *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)*

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information -

PRRC : procédure de rééducation-réadaptation complexe – combinaison de temps de rééducation-réadaptation témoignant d'une diversité et d'une intensité de rééducation particulière. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PRRC ». - *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)*

PRR : procédure de rééducation-réadaptation - combinaison de temps de rééducation-réadaptation témoignant d'une diversité et d'une intensité de rééducation particulière. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PRR ». - *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)*

RHA : résumé hebdomadaire anonyme – résumé produit par le logiciel GENRHA. Il est défini dans l'arrêté PMSI-SSR du 28 juillet 1998

RHS : résumé hebdomadaire standardisé – partie médicalisée du recueil hebdomadaire, liée au volet identité du recueil

RR : activité de rééducation-réadaptation

SSR : soins de suites ou de réadaptation – secteur d'activité défini à l'Art. 711-2 du code de la santé publique (autrefois appelé « moyen séjour ») et dont les missions ont été rappelées par la circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997

SSRHA : suite semestrielle de RHA – enchaînement des GHJ d'un séjour au cours d'un semestre

LISTE DES CATEGORIES MAJEURES CLINIQUES

14 CMC + CM « erreur » + CM « sans affectation »

CMC	11	CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIRE
CMC	12	NEURO MUSCULAIRE
CMC	13	SANTE MENTALE
CMC	14	SENSORIEL ET CUTANE
CMC	15	VISCERAL
CMC	16	RHUMATO-ORTHOPEDIQUE
CMC	17	POST-TRAUMATIQUE
CMC	18	AMPUTATIONS
CMC	20	SOINS PALLIATIFS
CMC	30	ATTENTE DE PLACEMENT
CMC	40	ATTENTE DE PLACEMENT
CMC	50	SOINS NUTRITIONNELS
CMC	60	AUTRES SITUATIONS
CMC	80	GERIATRIE AIGUE
CM	90	ERREUR
CM	99	SANS AFFECTATION

LISTE DES GROUPES HOMOGENES DE JOURNEES

278 GHJ + 3 GHJ erreurs ou anomalies

GHJ	001	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire- âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
GHJ	002	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
GHJ	003	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
GHJ	004	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
GHJ	005	Age < 16 ans - Mucoviscidoses - Dépendance physique <= 12
GHJ	006	Age < 16 ans - Mucoviscidoses - Dépendance physique > 12

GHJ 007 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <= 12
 GHJ 008 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique > 12
 GHJ 009 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 010 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 011 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 012 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 013 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 014 CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 015 Age >= 16 ans - Affections respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - Dépendance physique <= 12
 GHJ 016 Age >= 16 ans - Affections respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - Dépendance physique > 12
 GHJ 017 Age >= 16 ans - Infections cardiaques, Infections respiratoires chroniques - Dépendance physique <= 12
 GHJ 018 Age >= 16 ans - Infections cardiaques, Infections respiratoires chroniques - Dépendance physique > 12
 GHJ 019 CMC Cardio-vasculaire et respiratoire - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 020 CMC Cardio-vasculaire et respiratoire - Autres - Dépendance physique > 12

 GHJ 021 CMC Neuro-musculaire - âge < 16 ans - Prise en charge cliniques très lourdes
 GHJ 022 CMC Neuro-musculaire - âge < 16 ans - Prise en charge cliniques lourdes
 GHJ 023 CMC Neuro-musculaire - âge < 16 ans - Prise en charge de rééducation – réadaptation complexes
 GHJ 024 Age < 16 ans - Tétraplégies - Prise en charge de rééducation – réadaptation
 GHJ 025 Age < 16 ans - Tétraplégies - Utilisation d'un fauteuil roulant ou assimilé
 GHJ 026 Age < 16 ans - Tétraplégies - Sans Utilisation d'un fauteuil roulant ou assimilé
 GHJ 027 Age < 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 028 Age < 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique <= 12 ans
 GHJ 029 Age < 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique > 12 ans
 GHJ 030 Age < 16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 031 Age < 16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique <= 12
 GHJ 032 Age < 16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique > 12
 GHJ 033 Age < 16 ans - Paraplégies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 034 Age < 16 ans - Paraplégies - Dépendance physique <= 12
 GHJ 035 Age < 16 ans - Paraplégies - Dépendance physique > 12
 GHJ 036 Age < 16 ans - Monoplégies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 037 Age < 16 ans - Monoplégies - Dépendance physique <= 12
 GHJ 038 Age < 16 ans - Monoplégies - Dépendance physique > 12
 GHJ 039 CMC Neuro-musculaire - âge < 16 ans - Autres - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 040 CMC Neuro-musculaire - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12

GHJ 041 CMC Neuro-musculaire - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 042 CMC Neuro-musculaire - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 043 CMC Neuro-musculaire - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 044 CMC Neuro-musculaire - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 045 Age >= 16 ans - Tétraplégies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 046 Age >= 16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique <= 12
 GHJ 047 Age >= 16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique > 12
 GHJ 048 Age >= 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 049 Age >= 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique <= 12
 GHJ 050 Age >= 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique > 12
 GHJ 051 Age >= 16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 052 Age >= 16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique <= 12
 GHJ 053 Age >= 16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - Dépendance physique > 12
 GHJ 054 Age >= 16 ans - Paraplégies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 055 Age >= 16 ans - Paraplégies - Dépendance physique <= 12
 GHJ 056 Age >= 16 ans - Paraplégies - Dépendance physique > 12
 GHJ 057 Age >= 16 ans - Monoplégies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 058 Age >= 16 ans - Monoplégies - Dépendance physique <= 12
 GHJ 059 Age >= 16 ans - Monoplégies - Dépendance physique > 12
 GHJ 060 CMC Neuro-musculaire - âge >= 16 ans - Autres - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 061 CMC Neuro-musculaire - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 062 CMC Neuro-musculaire - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

 GHJ 063 CMC Santé mentale - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 064 CMC Santé mentale - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 065 CMC Santé mentale - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 066 CMC Santé mentale - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 067 Age < 16 ans - Troubles du comportement - dépendance physique <= 12
 GHJ 068 Age < 16 ans - Troubles du comportement - dépendance physique > 12
 GHJ 069 CMC Santé mentale - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 070 CMC Santé mentale - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 071 CMC Santé mentale - âge >= 16 ans - Prise en charge cliniques très lourdes
 GHJ 072 CMC Santé mentale - âge >= 16 ans - Prise en charge cliniques lourdes
 GHJ 073 CMC Santé mentale - âge >= 16 ans - Prise en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 074 CMC Santé mentale - âge >= 16 ans - Prise en charge de rééducation-réadaptation

GHJ 075 Age >= 16 ans - Démence - Dépendance physique <= 12
 GHJ 076 Age >= 16 ans - Démence - Dépendance physique > 12
 GHJ 077 Age >= 16 ans - Dépressions - Dépendance physique <= 12
 GHJ 078 Age >= 16 ans - Dépressions - Dépendance physique > 12
 GHJ 079 Age >= 16 ans - Problèmes liés à l'alcool et la toxicomanie - Dépendance physique <= 12
 GHJ 080 Age >= 16 ans - Problèmes liés à l'alcool et la toxicomanie - Dépendance physique > 12
 GHJ 081 CMC Santé mentale âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 082 CMC Santé mentale âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

 GHJ 083 CMC Sensoriel et cutané - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 084 CMC Sensoriel et cutané - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 085 CMC Sensoriel et cutané - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 086 CMC Sensoriel et cutané - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 087 Age < 16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique <= 12
 GHJ 088 Age < 16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique > 12
 GHJ 089 Age < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 090 Age < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 091 CMC Sensoriel et cutané - âge >= 16 ans - Prises en charges cliniques très lourdes
 GHJ 092 CMC Sensoriel et cutané - âge >= 16 ans - Prises en charges cliniques lourdes
 GHJ 093 CMC Sensoriel et cutané - âge >= 16 ans - Prises en charges de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 094 CMC Sensoriel et cutané - âge >= 16 ans - Prises en charges de rééducation-réadaptation
 GHJ 095 Age >= 16 ans - Ulcères de décubitus - Dépendance physique <= 12
 GHJ 096 Age >= 16 ans - Ulcères de décubitus - Dépendance physique > 12
 GHJ 097 Age >= 16 ans - Cécités - Dépendance physique <= 12
 GHJ 098 Age >= 16 ans - Cécités - Dépendance physique > 12
 GHJ 099 Age >= 16 ans - Autres troubles sensoriels - dépendance physique <= 12
 GHJ 100 Age >= 16 ans - Autres troubles sensoriels - Dépendance physique > 12
 GHJ 101 Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 102 Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

 GHJ 103 CMC Visceral - âge < 16 ans - Prise en charge cliniques très lourdes
 GHJ 104 CMC Visceral - âge < 16 ans - Prise en charge cliniques lourdes
 GHJ 105 CMC Visceral - âge < 16 ans - Prise en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 106 CMC Visceral - âge < 16 ans - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 107 CMC Visceral - âge < 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <= 12

- GHJ 108 CMC Visceral - âge < 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique > 12
- GHJ 109 CMC Visceral - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 110 CMC Visceral - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
- GHJ 111 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Prises en charges cliniques très lourdes
- GHJ 112 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Prises en charges cliniques lourdes
- GHJ 113 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
- GHJ 114 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 115 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <= 12
- GHJ 116 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique > 12
- GHJ 117 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 118 CMC Visceral - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
-
- GHJ 119 CMC Rhumato-orthopédique - âge < 16 ans - Prise en charge cliniques très lourdes
- GHJ 120 CMC Rhumato-orthopédique - âge < 16 ans - Prise en charge cliniques lourdes
- GHJ 121 CMC Rhumato-orthopédique - âge < 16 ans - Prise en charge de rééducation-réadaptation complexes
- GHJ 122 Age < 16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 123 Age < 16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique <= 12
- GHJ 124 Age < 16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique > 12
- GHJ 125 CMC Rhumato-orthopédique - âge < 16 ans - Autres - Prise en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 126 CMC Rhumato-orthopédique - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 127 CMC Rhumato-orthopédique - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
- GHJ 128 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
- GHJ 129 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
- GHJ 130 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
- GHJ 131 Age >= 16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Prises en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 132 Age >= 16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 133 Age >= 16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique > 12
- GHJ 134 Age >= 16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Prise en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 135 Age >= 16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 136 Age >= 16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physique > 12
- GHJ 137 Age >= 16 ans - Pathologies rachidiennes - Prises en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 138 Age >= 16 ans - Pathologies rachidiennes - Dépendance physique <= 12
- GHJ 139 Age >= 16 ans - Pathologies rachidiennes - Dépendance physique > 12
- GHJ 140 Age >= 16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Prise en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 141 Age >= 16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique <= 12

GHJ 142 Age >= 16 ans - Malformations, déformations ou dystrophies - Dépendance physique > 12
 GHJ 143 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans - Suites post-chirurgicales - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 144 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans - Suites post-chirurgicales - Dépendance physique <= 12
 GHJ 145 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans - Suites post-chirurgicales - Dépendance physique > 12
 GHJ 146 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans -Autres - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 147 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans -Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 148 CMC Rhumato-orthopédique - âge >= 16 ans -Autres - Dépendance physique > 12

GHJ 149 CMC Post-traumatique - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 150 CMC Post-traumatique - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 151 CMC Post-traumatique - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 152 Age < 16 ans - Traumatismes simples - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 153 Age < 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <= 12
 GHJ 154 Age < 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique > 12
 GHJ 155 CMC Post-traumatique - âge < 16 ans - Autres - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 156 CMC Post-traumatique - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 157 CMC Post-traumatique - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 158 CMC Post-traumatique - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 159 CMC Post-traumatique - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 160 CMC Post-traumatique - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 161 Age >= 16 ans - Traumatismes simples - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 162 Age >= 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <= 12
 GHJ 163 Age >= 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique > 12
 GHJ 164 Age >= 16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 165 Age >= 16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique <= 12
 GHJ 166 Age >= 16 ans - Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique > 12
 GHJ 167 Age >= 16 ans - Traumatismes de la main - Prise en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 168 Age >= 16 ans - Traumatismes de la main - Dépendance physique <= 12
 GHJ 169 Age >= 16 ans - Traumatismes de la main - Dépendance physique > 12
 GHJ 170 Age >= 16 ans - Brûlures ou corrosions - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 171 Age >= 16 ans - Brûlures ou corrosions - Dépendance physique <= 12
 GHJ 172 Age >= 16 ans - Brûlures ou corrosions - Dépendance physique > 12
 GHJ 173 Age >= 16 ans - Prothèses totales de hanche - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 174 Age >= 16 ans - Prothèses totales de hanche - Dépendance physique <= 12
 GHJ 175 Age >= 16 ans - Prothèses totales de hanche - Dépendance physique > 12

GHJ 176 Age >= 16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - Prises en charge de rééducation-réadaptation
GHJ 177 Age >= 16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - Dépendance physique <= 12
GHJ 178 Age >= 16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - Dépendance physique > 12
GHJ 179 CMC Post-traumatique - âge >= 16 ans - Autres - Prises en charge de rééducation-réadaptation
GHJ 180 CMC Post-traumatique - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
GHJ 181 CMC Post-traumatique - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

GHJ 182 CMC Amputations - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
GHJ 183 CMC Amputations - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
GHJ 184 CMC Amputations - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
GHJ 185 CMC Amputations - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
GHJ 186 CMC Amputations - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
GHJ 187 CMC Amputations - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
GHJ 188 CMC Amputations - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
GHJ 189 CMC Amputations - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
GHJ 190 CMC Amputations - âge >= 16 ans - Prise en charge de rééducation-réadaptation complexes
GHJ 191 Age >= 16 ans - Comorbidités associées - Prises en charge de rééducation-réadaptation
GHJ 192 Age >= 16 ans - Comorbidités associées -Dépendance physique <= 12
GHJ 193 Age >= 16 ans - Comorbidités associées -Dépendance physique > 12
GHJ 194 CMC amputations - âge >= 16 ans - Autres - Prise en charge de rééducation-réadaptation
GHJ 195 CMC amputations - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
GHJ 196 CMC amputations - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

GHJ 197 CMC Soins palliatifs - âge < 16 ans
GHJ 198 CMC Soins palliatifs - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
GHJ 199 CMC Soins palliatifs - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
GHJ 200 CMC Soins palliatifs - âge >= 16 ans - VIH
GHJ 201 CMC Soins palliatifs - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
GHJ 202 CMC Soins palliatifs - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

GHJ 203 CMC Attente de placement - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
GHJ 204 CMC Attente de placement - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
GHJ 205 CMC Attente de placement - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
GHJ 206 CMC Attente de placement - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
GHJ 207 CMC Attente de placement - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12

GHJ 208 CMC Attente de placement - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 209 CMC Attente de placement - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 210 CMC Attente de placement - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 211 CMC Attente de placement - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 212 CMC Attente de placement - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 213 Age >= 16 ans - Démences - Dépendance physique <= 12
 GHJ 214 Age >= 16 ans - Démences - Dépendance physique > 12
 GHJ 215 Age >= 16 ans - Problèmes neurologiques - Dépendance physique <= 12
 GHJ 216 Age >= 16 ans - Problèmes neurologiques - Dépendance physique > 12
 GHJ 217 Age >= 16 ans - Problèmes sociaux, problèmes liés à l'alcool - Dépendance physique <= 12
 GHJ 218 Age >= 16 ans - Problèmes sociaux, problèmes liés à l'alcool - Dépendance physique > 12
 GHJ 219 CMC Attente de placement - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 220 CMC Attente de placement - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

 GHJ 221 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 222 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 223 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 224 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 225 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 226 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
 GHJ 227 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 228 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 229 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 230 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
 GHJ 231 Age >= 16 ans - Désavantages - Dépendance physique <= 12
 GHJ 232 Age >= 16 ans - Désavantages - Dépendance physique > 12
 GHJ 233 Age >= 16 ans - Réadaptation - Dépendance physique <= 12
 GHJ 234 Age >= 16 ans - Réadaptation - Dépendance physique > 12
 GHJ 235 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
 GHJ 236 CMC Réadaptation/Réinsertion - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12

 GHJ 237 CMC Soins nutritionnels - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
 GHJ 238 CMC Soins nutritionnels - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
 GHJ 239 CMC Soins nutritionnels - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
 GHJ 240 CMC Soins nutritionnels - âge < 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation

- GHJ 241 Age < 16 ans - Anomalies du métabolisme - Dépendance physique <= 12
- GHJ 242 Age < 16 ans - Anomalies du métabolisme - Dépendance physique > 12
- GHJ 243 Age < 16 ans - Diabète insulino-dépendants - Dépendance physique <= 12
- GHJ 244 Age < 16 ans - Diabète insulino-dépendants - Dépendance physique > 12
- GHJ 245 Age < 16 ans - Obésités - Dépendance physique <= 12
- GHJ 246 Age < 16 ans - Obésités - Dépendance physique > 12
- GHJ 247 Age < 16 ans - Anorexie mentale - Dépendance physique <= 12
- GHJ 248 Age < 16 ans - Anorexie mentale - Dépendance physique > 12
- GHJ 249 CMC Soins nutritionnels - âge < 16 ans -Autres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 250 CMC Soins nutritionnels - âge < 16 ans -Autres - Dépendance physique > 12
- GHJ 251 CMC Soins nutritionnels - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
- GHJ 252 CMC Soins nutritionnels - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
- GHJ 253 CMC Soins nutritionnels - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes
- GHJ 254 CMC Soins nutritionnels - âge >= 16 ans - Prises en charge de rééducation-réadaptation
- GHJ 255 Age >= 16 ans - Dénutrition majeure - Dépendance physique <= 12
- GHJ 256 Age >= 16 ans - Dénutrition majeure - Dépendance physique > 12
- GHJ 257 Age >= 16 ans - Diabète avec complications - Dépendance physique <= 12
- GHJ 258 Age >= 16 ans - Diabète avec complications - Dépendance physique > 12
- GHJ 259 Age >= 16 ans - Diabète simples, obésités morbides - Dépendance physique <= 12
- GHJ 260 Age >= 16 ans - Diabète simples, obésités morbides - Dépendance physique > 12
- GHJ 261 Age >= 16 ans - Obésités - Dépendance physique <= 12
- GHJ 262 Age >= 16 ans - Obésités - Dépendance physique > 12
- GHJ 263 CMC Soins nutritionnels - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 264 CMC Soins nutritionnels - âge >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
- GHJ 265 CMC Autres situations - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
- GHJ 266 CMC Autres situations - âge < 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
- GHJ 267 CMC Autres situations - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12
- GHJ 268 CMC Autres situations - âge < 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12
- GHJ 269 CMC Autres situations - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques très lourdes
- GHJ 270 CMC Autres situations - âge >= 16 ans - Prises en charge cliniques lourdes
- GHJ 271 CMC Autres situations - âge >= 16 ans - Dépendance physique <= 12
- GHJ 272 CMC Autres situations - âge >= 16 ans - Dépendance physique > 12
- GHJ 273 CMC Gériatrie Aigüe - Prises en charge cliniques très lourdes

GHJ 274 CMC Gériatrie Aigüe - Prises en charge cliniques lourdes
GHJ 275 Episodes majeurs - Dépendance physique <= 12
GHJ 276 Episodes majeurs - Dépendance physique > 12
GHJ 277 CMC Gériatrie aigüe - Autres - Dépendance physique <= 12
GHJ 278 CMC Gériatrie aigüe - Autres - Dépendance physique > 12

Gr 900 CM Erreur – Erreur bloquante
Gr 903 CM Non affecté – Fonction groupage
Gr 904 CM Non affecté – MAHOS

LISTE DES CODES D'ERREUR DE LA FONCTION GROUPEMENT PMSI-SSR

Code	Libellé	Effet sur le groupage
01	Numéro d'entité juridique (FINESS) : taille incorrecte ou non numérique	Non-bloquant
02	Numéro de SSR absent	Bloquant
03	Numéro de SSR non numérique	Bloquant
04*	<i>Numéro d'assuré social : absent ou non numérique</i>	-
05*	<i>Numéro d'assuré social erroné</i>	-
06*	<i>Rang du bénéficiaire : absent ou non numérique</i>	-
07*	<i>Rang du bénéficiaire erroné</i>	-
08	Type d'hospitalisation : absent ou non numérique	Bloquant
09	Type d'hospitalisation erroné	Bloquant
10	Date de naissance absente	Bloquant
11	Date de naissance : taille incorrecte ou non numérique	Bloquant
12	Date de naissance incohérente	Bloquant
13	Date de naissance postérieure date d'entrée	Bloquant
14	Date de naissance improbable par rapport à l'année d'entrée	Bloquant
15	Code sexe : absent ou non numérique	Bloquant
16	Code sexe erroné	Bloquant
17	Unité médicale absente	Non-bloquant
18	Unité médicale non numérique	Non-bloquant
19	Date d'entrée : absent ou mauvais format	Bloquant
20	Date d'entrée incohérente	Bloquant
21	Date système antérieure à la date d'entrée	Non-bloquant
22	Date d'entrée < 1990	Non-bloquant
23	Mode d'entrée : absent ou non numérique	Non-bloquant
24	Mode d'entrée erroné	Non-bloquant
25	Provenance absente	Non-bloquant
26	Provenance erronée	Non-bloquant
27	Provenance incohérente	Non-bloquant
28	Date de sortie absente	Non-bloquant
29	Date de sortie : taille incorrecte	Non-bloquant
30	Date de sortie non numérique	Non-bloquant
31	Date de sortie incohérente	Non-bloquant
32	RHS avec incohérence entre date de sortie et date d'entrée	Bloquant
33	Date système antérieure à la date de sortie	Non-bloquant

34	Mode de sortie absent	Non-bloquant
35	Mode de sortie non numérique	Non-bloquant
36	Mode de sortie erroné	Non-bloquant
37	Destination absente	Non-bloquant
38	Destination erronée	Non-bloquant
39	Destination incohérente	Non-bloquant
40	Code postal absent	Non-bloquant
41	Code postal non numérique	Non-bloquant
42	Numéro de semaine : erreur sur N° semaine	Bloquant
43	Numéro de semaine : erreur sur année	Bloquant
44	Numéro de semaine : année < 1990	Non-bloquant
45	Numéro de semaine < numéro de semaine de la date d'entrée	Bloquant
46	Numéro de semaine numéro de semaine de la date de sortie	Bloquant
47	Indicateur de présence erroné	Bloquant
48	Date de dernière intervention chirurgicale incohérente	Bloquant
49	Date de dernière intervention chirurgicale postérieure à la date d'entrée	Bloquant
50	Finalité principale de prise en charge : absente, de format incorrect ou introuvable	Bloquant
51	Finalité principale de prise en charge non "Z" ou appartenant à la liste des "codes Z interdits" en SSR	Bloquant
52	Finalité principale de prise en charge ; codée par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Bloquant
53	Finalité principale de prise en charge incohérente	Bloquant
54	Manifestation morbide principale absente	Bloquant
55	Manifestation morbide principale : code interdit	Bloquant
56	Manifestation morbide principale incohérente	Bloquant
57	Manifestation morbide principale = Finalité principale de prise en charge	Bloquant
58	Manifestation morbide principale : format incorrect ou introuvable	Bloquant
59	Manifestation morbide principale utilise un code figurant dans la liste des "codes Z interdits" en SSR	Bloquant
60	Manifestation morbide principale : codée par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Bloquant
61	Manifestation morbide principale incohérente	Bloquant
62	Affection étiologique absente	Bloquant
63	Affection étiologique : code interdit	Bloquant
64	Affection étiologique = Finalité principale de prise en charge ou manifestation morbide principale	Non-bloquant
65	Affection étiologique : format incorrect ou introuvable	Bloquant
66	Affection étiologique utilise un code figurant dans la liste des "codes Z	Bloquant

interdits" en SSR	
67 Affection étiologique : codée par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Bloquant
68 Affection étiologique incohérente	Bloquant
69 Diagnostic associé significatif : code interdit	Non-bloquant
70 Diagnostic associé significatif : format incorrect ou introuvable	Non-bloquant
71 Diagnostic associé significatif utilise un code figurant dans la liste des "codes Z interdits" en SSR	Non-bloquant
72 Diagnostic associé significatif : codé par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Non-bloquant
73 Diagnostic associé significatif incohérent	Non-bloquant
74 Nombre d'actes absent	Bloquant
75 Nombre d'actes non numérique	Bloquant
76 Nombre d'acte erroné	Bloquant
77 Dépendance erronée	Bloquant
78 Utilisation d'un fauteuil roulant : code erroné	Bloquant
79 Temps d'activité de Rééducation-Réadaptation absent	Bloquant
80 Temps d'activité de Rééducation-Réadaptation non numérique	Bloquant
81 Code d'acte ne respectant pas le format CdAM	Bloquant
82 Acte : n'existe pas dans le CdAM	Bloquant
83 Code d'acte erroné : n'intéressant pas le champ SSR	Bloquant

Pour GENRHA, les seuls enregistrements qui ne rentrent pas sont ceux qui n'ont pas un bon format. On peut les retrouver grâce au fichier .log (numéro de SSR).

Les erreurs de données génèrent un groupage en groupe 900 ou 903.

MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DU PMSI-SSR

- **Madame BELLIARD**, chargée de mission, direction des hôpitaux (DH/SI4)
- **Monsieur le docteur BEAUDE**, médecin chef au DIM du CH de Bagnols / Cèze
- **Monsieur le docteur BENSADON**, directeur technique du CTIP
- **Madame BOURDIL**, conseiller technique, direction des hôpitaux, (DH/FH)
- **Madame CHARRÉ**, bureau EO4 à la direction des hôpitaux (DH/EO4)
- **Madame CLEMMER**, directeur du CH de Forbach
- **Monsieur le docteur COURTILLON**, médecin chef d'établissement au CRF de Rennes-Beaulieu
- **Monsieur DU HAYS**, directeur de la fondation franco-américaine à Berck
- **Madame le docteur GRANIER**, médecin de santé publique à la DRASS Languedoc-Roussillon
- **Monsieur JOUBERT**, chargé d'études à la DRESS
- **Monsieur le professeur KOHLER**, directeur du laboratoire SPI-EAO à la faculté de médecine de Nancy
- **Monsieur LE DOARE**, directeur du service central au CH intercommunal de Cornouailles
- **Madame le docteur LUCAS**, médecin inspecteur régional adjoint à la DRASS PACA
- **Monsieur le docteur MAZAS**, médecin chef du département de médecine physique à l'Hôpital La Musse
- **Monsieur le docteur MAYEUX**, médecin chef au DIM du CHR de Metz-Thionville
- **Monsieur le docteur MÉTAIS**, médecin chef du centre de gériatrie Félix Maréchal de Metz-Thionville
- **Monsieur le docteur METRAL**, chargé de mission, direction des hôpitaux (DH/SI1)
- **Madame MOULIN**, chargée des systèmes d'information à l'ARH d'Ile de France
- **Madame METZEN-IVARS**, département des établissements sanitaires à la CNAMTS
- **Madame le docteur RIBET-REINHART**, Médecin DIM à la Fondation Santé Étudiants de France
- **Monsieur ROUDIL**, direction financière des HCL
- **Madame SCHWENDIMANN**, statisticienne au CTIP
- **Madame le docteur VIBET**, médecin conseil chef de service à l'ENSM de la CNAMTS