



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

DATIM

Détection des Atypies de l'Information Médicale

Version 2010

GUIDE DE LECTURE ET D' INTERPRETATION

Novembre 2004
08 février 2005
10 mars 2005

Louis Brunel

Mise à jour
15 juin 2009
15 juin 2010

Philippe De Mey
Laurent Voisin



SOMMAIRE

PRESENTATION DE DATIM	p. 3
UTILISATION DE DATIM	p. 7
LISTE DES TESTS	p. 9
DETAIL DES TESTS	p. 15
ANNEXE	p. 85



Présentation de DATIM

I. Objectifs

DATIM est un outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de RSA. Cette analyse répond à deux objectifs complémentaires : amélioration de la qualité des bases et mise en œuvre des procédures de contrôle externe.

La mise à disposition des établissements des diverses informations produites par DATIM lors des transmissions de données, notamment l'édition de résumés suspects d'anomalies de codage, devrait induire à une amélioration de la qualité du codage.

Dans le cadre des contrôles externes, DATIM a vocation à permettre :

- de participer à l'élaboration du programme de contrôle régional en effectuant un ciblage des établissements atypiques du point de vue du codage ;
- de faciliter la préparation des contrôles sur site notamment en permettant de cibler précisément les activités qui devront être contrôlées.

II. Les tests

Compte tenu des objectifs précédemment énoncés, deux types de tests sont proposés :

- les tests qui mettent en évidence un défaut de qualité du codage lié au non respect de certaines règles de codage sans nécessaire conséquence sur la valorisation, susceptible d'être corrigé ;
- les tests qui mettent en évidence des résumés atypiques pouvant amener à une survalorisation et donc, susceptibles d'être contrôlés.

Les critères utilisés sont essentiellement descriptifs et ne peuvent être rapportés de façon univoque à la notion de qualité du codage, aussi le terme d'atypie doit-il être pris avec prudence dans son sens le plus littéral. Cette approche statistique présente le double avantage d'une relative équité de traitement entre les établissements et surtout la possibilité d'utiliser des critères très généraux permettant ainsi de s'affranchir des nombreuses spécificités rencontrées sur le terrain. En revanche, il n'est pas possible d'apprécier la qualité d'un fichier directement à travers son degré d'atypie sans avoir au préalable écarté les nombreuses autres causes fréquemment associées telles des spécificités liées aux types de patients, de prise en charge ou encore d'organisation pour ne citer que les plus évidentes.

Cette analyse repose sur l'interprétation de résultats détaillés fournis par DATIM éventuellement confrontés à d'autres sources d'informations sur l'établissement. Cette phase d'interprétation conduit à confirmer le caractère atypique de l'établissement mais aussi à déterminer précisément les activités à contrôler (ciblage).



Tests « amélioration de la qualité des bases »

Ces tests reposent essentiellement sur le principe de la détection d'incohérences médicales ou médico-administratives entre les différentes informations du résumé. Les résumés sélectionnés, fortement suspects d'anomalies de codage selon la performance du test, peuvent être corrigés par l'établissement après vérification (retour au dossier).

Tests « repérage d'atypies »

Ce module repère des erreurs de codage correspondant au non respect de certaines règles du guide méthodologique de production des RSS.

III. Principes de fonctionnement

DATIM passe un fichier de RSA au crible d'une batterie de tests et produit des résultats qualitatifs et quantitatifs.

Les informations produites sont :

Résultat du test.

Valeur numérique. Il s'agit soit d'un pourcentage soit un dénombrement de résumés.

Moyenne de référence.

Valeur moyenne du résultat du test calculée sur la base nationale, éventuellement par catégorie d'établissements selon la nature du test concerné.

Alerte.

Information qualitative sur le résultat d'un test pour un établissement. Les modalités de calcul de l'alerte sont fournies pour chaque test.



IV. Les références

1. Les tests

Chaque test fait l'objet d'une description standardisée dans le guide de lecture et d'interprétation.

N° du test	: <numéro du test>
Intitulé	: <intitulé du test>
Type du test	: <qualité ou atypie>
Sélection résumés	: oui / non <indique si le test peut être utilisé pour sélectionner des résumés en vue d'une correction par l'établissement ou d'un contrôle sur site>
<u>I. Description - Objectifs</u>	
<Donne une définition littérale du test et de ses objectifs>	
<u>II. Lecture – Interprétation</u>	
<Propose dans la mesure du possible des grandes lignes d'interprétation>	
<u>III. Caractéristiques techniques</u>	
Fonction	: <amélioration de la qualité ou repérage d'atypie>
Valeur résultat	: <pourcentage/nombre>
Numérateur	: <définition du numérateur utilisé>
Dénominateur	: <définition du dénominateur utilisé en cas de calcul d'un ratio>
Table utilisée	: <désignation de la table utilisée pour le test>
Référence	: <type de référence utilisé, tous établissements confondus ou par catégorie d'établissements>
Alerte	: <définition du mode de déclenchement de l'alerte>

2. Valeurs de référence

Une valeur de référence est proposée pour chaque test conduisant au calcul d'un pourcentage. En dehors de la moyenne, les valeurs de référence des tests ne sont pas diffusées.

Les deux premiers mois de transmissions des données (M1 et M2) les valeurs de références ne changent pas ; ce sont celles utilisées l'année précédente.

Les références sont mises à jour pour le troisième mois de transmissions des données (M3) ; elles sont alors calculées sur l'année n-1 avec les données (M12) disponibles à cet instant. Dès que l'année n-1 est complète, les références sont mises à jour et publiées sur le site de l'ATH.



Selon la nature du test, la référence sera calculée par catégorie d'établissements ou tous établissements confondus. Pour cette version de DATIM 2010, les catégories d'établissements retenues sont :

- CHU/CHR/CHRU
- CH/CHG/ESPIC
- CLCC
- Hôpitaux locaux
- Autres publics (SIH)
- Etablissements privés

3. Tables de référence

Les fichiers "Info" contiennent l'ensemble des informations sur les diagnostics, actes ou GHM utilisées par les différents tests.

Les tables utilisées sont :

- GhmInfo, ensemble des informations relatives aux GHM ;
- Ghsinfo : ensemble des informations relatives aux GHS ;
- Diaginfo, ensemble des informations relatives aux codes CIM-10 ;
- Racineinfo : ensemble des informations relatives aux racines de GHM ;
- CCAMinfo : ensemble des informations relatives aux codes CCAM ;

Ces tables sont mises en ligne sur le site de l'ATI.

V. La mise en œuvre des nouveaux tests

Les nouveaux tests apparaissent dans la présentation dès le début de l'année.

Ils ne deviendront fonctionnels qu'au cours de l'année.



Utilisation de DATIM

I. Utilisation par les établissements de santé

Les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique adressent les fichiers de RSA sur la plateforme e-PMSI de l'ATIHI.

Lors de cette transmission une analyse de l'activité de l'établissement est réalisée à l'aide des tableaux MAT2A.

Une analyse de la qualité et un repérage d'atypies est réalisé par DATIM. Le traitement DATIM est déclenché automatiquement et systématiquement lors de la commande de traitement des RSA. Les résultats du traitement sont consultables immédiatement par l'établissement.

Avant validation de la transmission, l'établissement a la possibilité de corriger les RSA qui pourraient contenir des manques, des erreurs ou des imprécisions.

Le repérage d'atypie permet à l'établissement de savoir s'il transmet des données atypiques en elles-mêmes ou par rapport aux autres établissements. L'importance des atypies et leurs caractéristiques peuvent être à l'origine d'un contrôle par les unités de coordinations régionales placées sous l'autorité des agences régionales de santé.

Un lien dans la colonne "RSA référencés" conduit, s'il y a lieu, à l'édition des résumés atypiques.

II. Utilisation par les unités de coordination régionale

Les unités de coordination régionales disposent d'un accès à la base de données de RSA des établissements de santé de la région qui les concerne. Elles ont accès aux tableaux MAT2A ainsi qu'aux résultats des tests DATIM.

Toutefois les contrôleurs ne peuvent accéder aux résultats tant que l'établissement n'a pas procédé à la validation de son fichier.

Les tableaux réservés exclusivement au rôle "contrôleur" sur la plateforme e-pmsi

Après avoir sélectionné l'année, le trimestre et les modalités de validation (établissements sans résultats, avec résultats, validés), on accède à une page qui énumère l'ensemble des tests. Depuis cette page, il est possible de se diriger vers deux types de résultats :

- *Tableau de synthèse régional*

Ce tableau est accessible en cliquant sur le lien "synthèse", en haut à droite. Il s'adresse aux contrôleurs uniquement et fournit pour tous les établissements de la région, le nombre de tests en alerte de qualité et d'atypie.

Il a pour but de participer au ciblage des établissements à contrôler en priorité.



Un lien sur le numéro FINESS conduit aux résultats de chaque établissement.

- *Tableau régional par test*

Ce tableau est accessible en cliquant sur le lien "détail" associé à chaque test, dans la colonne de droite. Il s'adresse aux contrôleurs uniquement et propose pour chaque test, les résultats de tous les établissements de la région.

Il permet d'effectuer des comparaisons test par test et éventuellement d'affiner le ciblage des établissements atypiques. Un lien sur le numéro FINESS conduit aux résultats de chaque établissement.

Les éditions de résumés

Les résumés impliqués par le test sont affichés à l'écran avec les libellés des diagnostics et des actes.

La navigation entre les différents résumés est assurée par les chevrons situés juste au dessus du résumé.

L'icône représentant une disquette, placée au bas de la page, permet la génération et le téléchargement d'un fichier de RSA qui contient l'ensemble des résumés impliqués par le test. Après intégration dans un tableur ou une base de données, ces informations permettent d'effectuer des traitements complémentaires à la demande, en vue d'étayer telle ou telle interprétation.

L'icône représentant un chariot, accessible uniquement au rôle "contrôleur", permet de sélectionner des résumés pour les intégrer à la liste des séjours devant faire l'objet d'un contrôle sur site (activité 99).



LISTE DES TESTS DATIM V2010

AMELIORATION DE LA QUALITE

TESTS PORTANT SUR LES MODES D'ENTRÉE ET DE SORTIE

- Test 01 : Nombre de mutations en soins de suite et réadaptation et pas d'unité SSR
Test 02 : Nombre de mutations en soins de longue durée et pas d'unité SLD
Test 03 : Nombre de mutations en psychiatrie et pas d'unité psychiatrie
Test 04 : Nombre de racines avec un pourcentage de décès hors norme
Test 05 : Pourcentage de séjours avec entrée par mutation
Test 06 : Pourcentage de séjours avec sortie par mutation
Test 07 : Pourcentage de séjours avec entrée par transfert
Test 08 : Pourcentage de séjours-avec sortie par transfert en MCO

TESTS PORTANT SUR L'AGE ET LE SEXE

- Test 23 : Nombre de séjours avec une incompatibilité sexe / diagnostic
Test 25 : Nombre de séjours avec une incompatibilité âge / diagnostic
Test 80* : Nombre de séjours dans le GHM 15Z10E *Mort-nés* et âge en jours différent de 0

TESTS PORTANT SUR L'AGE GESTATIONNEL ET LE POIDS DE NAISSANCE

- Test 81* : Nombre de séjours de nouveau-né avec une incohérence âge gestationnel / poids de naissance

TESTS PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Test 26 : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic principal
Test 28 : Pourcentage de séjours avec un code Z en diagnostic principal
Test 30 : Nombre de séjours avec un code Z inhabituel en diagnostic principal
Test 32 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et un mode de sortie décès
Test 33 : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal
Test 36 : Nombre de séjours classés dans la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* avec une incompatibilité diagnostic principal – acte
Test 37 : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans la racine 23M06 *Autres facteurs influant sur l'état de santé*
Test 38 : Pourcentage de séjours avec un code symptôme en diagnostic principal
Test 55.1 : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic principal alors qu'existent des codes CIM-10 étendus
Test 67 : Pourcentage de séjours avec un code complication en diagnostic principal
Test 82* : Pourcentage de séjours dans le GHM 23M20Z *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23*
Test 83* : Nombre de séjours d'accouchement en dehors de la CMD14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum*
Test 99* : Pourcentage de séjours avec un code CMA en diagnostic principal



TESTS PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC RELIE

- Test 34.1 : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic relié
Test 42 : Nombre de séjours avec un code non conforme en diagnostic relié
Test 46 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal pour une affection chronique et sans diagnostic relié
Test 48 : Nombre de séjour avec un diagnostic relié pour un diagnostic principal non Z
Test 55.2 : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic relié alors qu'existent des codes CIM-10 étendus
Test 84* : Nombre de séjours avec un diagnostic principal Z51.1, Z51.01 ou Z08 avec diagnostic relié non renseigné ou différent de cancer

TESTS PORTANT SUR LE(S) DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE(S)

- Test 27 : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic associé
Test 34.2 : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic associé
Test 43 : Nombre de séjours avec code(s) non-conforme(s) en diagnostic(s) associé(s)
Test 54 : Nombre de séjours avec un codage non conforme des IVG et des ITG
Test 55.3 : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic associé alors qu'existent des codes CIM-10 étendus
Test 60 : Pourcentage de séjours avec un code T d'intoxication en diagnostic associé
Test 85* : Nombre de séjours d'accouchement sans code Z37 *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé
Test 86* : Nombre de séjours de nouveau-né avec acte sans diagnostic associé

TESTS PORTANT SUR L(ES) ACTE(S)

- Test 40 : Nombre de séjours dans un GHM médical avec un diagnostic principal chirurgical
Test 87* : Nombre de séjours avec actes chirurgicaux en doublons
Test 88* : Nombre de séjours d'accouchement sans acte
Test 89* : Nombre de séjours avec diagnostic requérant un acte mais sans acte
Test 91* : Nombre de séjours avec un acte activité 1 pour un geste complémentaire d'anesthésie

TESTS PORTANT SUR LES GHM

- Test 19 : Pourcentage de séjours en erreur
Test 52 : Nombre de séjours avec GHM établissement et GHM GENRSA différents

TESTS PORTANT SUR LA DURÉE DE SÉJOUR

- Test 92* : Pourcentage de séjours avec EXB
Test 93* : Nombre de séjours pour un GHM 15Z10E *Mort-nés* et durée de séjour différente de 0

TESTS PORTANT SUR LES UNITES MEDICALES

- Test 94* : Absence de séjour avec supplément réanimation et autorisation dans le fichier IUM
Test 95* : Absence de séjour avec supplément de néonatalogie et autorisation dans le fichier IUM



REPERAGE D'ATYPIES

TESTS PORTANT SUR L'ACTIVITE AMBULATOIRE

- Test 70 : Pourcentage de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
Test 71 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
Test 72 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait petit matériel" (FFM)
Test 73 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre"

TESTS PORTANT SUR L'ACTIVITE DE REEDUCATION ET DE CONVALESCENCE

- Test 68 : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M02Z *Rééducation*
Test 69 : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*

TESTS PORTANT SUR L'ACTIVITE SOUMISE A AUTORISATION

- Test 96* : Nombre de séjours de neurochirurgie et autorisation non connue
Test 97* : Nombre de séjours de chirurgie cardiaque et autorisation non connue

TESTS PORTANT SUR LES SÉJOURS AVEC NIVEAU DE SEVERITE

- Test 17 : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 2 ou 3
Test 18 : Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par catégorie majeure de diagnostics
Test 44 : Pourcentage de séjours de valorisation élevée

TESTS PORTANT SUR LES DURÉES DE SÉJOUR ATYPIQUES

- Test 10 : Nombre de GHM avec une durée moyenne de séjour basse
Test 31 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et une durée de séjour > 15 jours
Test 61 : Nombre de séjours < 5 jours avec diagnostic principal "coma" et code T d'intoxication en diagnostic associé
Test 74 : Nombre de séjours avec confirmation de codage parmi les GHM concernés
Test 75 : Pourcentage de séjours courts légèrement au-dessus de la borne basse parmi les séjours de niveau 1 ou Z avec un mode d'entrée ou de sortie différent de domicile
Test 76 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 2
Test 77 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 3
Test 78 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 4
Test 79 : Nombre de séjours courts parmi les GHM médicaux avec une durée moyenne de séjour longue

TESTS PORTANT SUR LES SEJOURS AU DELA DES BORNES

- Test 09 : Pourcentage de séjours avec EXB parmi les séjours avec sortie par transfert en MCO
Test 16 : Pourcentage de journées EXH dans les séjours de niveau 1 ou Z
Test 66 : Nombre de séjours de niveau Z, 1 ou 2 avec plus de 30 EXH



TESTS PORTANT SUR LES PRESTATIONS INTERETABLISSEMENT

Test 62 : Nombre de séjours avec une prestation inter établissement effectuée
Test 63 : Nombre de séjours avec une prestation inter établissement demandée
Test 64 : Nombre de séjours d'une durée inférieur ou égale à 1 jour avec entrée et sortie par transfert

TESTS PORTANT SUR LES SEJOURS CONTIGUS

Test 98* : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement

* Nouveau test



LISTE DES TESTS PAR NUMERO DE TEST

- Test 01 : Nombre de mutations en soins de suite et réadaptation et pas d'unité de SSR
Test 02 : Nombre de mutations en soins de longue durée et pas d'unité SLD
Test 03 : Nombre de mutations en psychiatrie et pas d'unité de psychiatrie
Test 04 : Nombre de racines avec un pourcentage de décès hors norme
Test 05 : Pourcentage de séjours avec entrée par mutation
Test 06 : Pourcentage de séjours avec sortie par mutation
Test 07 : Pourcentage de séjours avec entrée par transfert
Test 08 : Pourcentage de séjours avec sortie par transfert en MCO
Test 09 : Pourcentage de séjours avec EXB parmi les séjours avec sortie par transfert en MCO
Test 10 : Nombre de GHM avec une durée moyenne de séjour basse
Tests 11 à 15 : Tests supprimés
Test 16 : Pourcentage de journées EXH dans les séjours de niveau 1 ou Z
Test 17 : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 2 ou 3
Test 18 : Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par catégorie majeure de diagnostics
Test 19 : Pourcentage de séjours en erreur
Tests 20 à 22 : Tests supprimés
Test 23 : Nombre de séjours avec une incompatibilité sexe / diagnostic
Test 24 : Test supprimé
Test 25 : Nombre de séjours avec une incompatibilité âge / diagnostic
Test 26 : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic principal
Test 27 : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic associé
Test 28 : Pourcentage de séjours avec un code Z en diagnostic principal
Test 29 : Test supprimé
Test 30 : Nombre de séjours avec un code Z inhabituel en diagnostic principal
Test 31 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et une durée de séjour > 15 jours
Test 32 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et un mode de sortie décès
Test 33 : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal
Test 34.1 : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic relié
Test 34.2 : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic associé
Test 35 : Test supprimé (pourcentage de séjours classés dans la racine 23C02)
Test 36 : Nombre de séjours classés dans la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* avec une incompatibilité diagnostic principal / acte
Test 37 : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans la racine 23M06 *Autres facteurs influant sur l'état de santé*
Test 38 : Pourcentage de séjours avec un code symptôme en diagnostic principal
Test 39 : Test supprimé (Pourcentage de séjours dans un GHM médical avec un diagnostic principal chirurgical)
Test 40 : Nombre de séjours dans un GHM médical avec un diagnostic principal chirurgical
Test 41 : Test supprimé
Test 42 : Nombre de séjours avec un code non conforme en diagnostic relié
Test 43 : Nombre de séjours avec code(s) non conforme(s) en diagnostic(s) associé(s)
Test 44 : Pourcentage de séjours de valorisation élevée
Test 45 : Test supprimé (Pourcentage de séjours avec un code Z en diagnostic principal pour une affection chronique et sans diagnostic relié)
Test 46 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal pour une affection chronique et sans diagnostic relié
Test 47 : Test supprimé (Pourcentage de séjours avec un diagnostic relié renseigné et un diagnostic principal non Z)
Test 48 : Nombre de séjours avec un diagnostic relié pour un diagnostic principal non Z
Tests 49 à 51 : Tests supprimés
Test 52 : Nombre de séjours avec GHM établissement et GHM GENRSA différents
Test 53 : Test supprimé (Pourcentage de séjours avec un codage des IVG et des ITG non-conforme)
Test 54 : Nombre de séjours avec un codage non conforme des IVG et des ITG



Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

- Test 55.1 : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic principal alors qu'existent des codes CIM-10 étendus
- Test 55.2 : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic relié alors qu'existent des codes CIM-10 étendus
- Test 55.3 : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic associé alors qu'existent des codes CIM-10 étendus
- Tests 56 à 59 : Tests supprimés
- Test 60 : Pourcentage de séjours avec un code T d'intoxication en diagnostic associé
- Test 61 : Nombre de séjours < 5 jours avec diagnostic principal "coma" et code T d'intoxication en diagnostic associé
- Test 62 : Nombre de séjours avec une prestation inter établissement effectuée
- Test 63 : Nombre de séjours avec prestation inter établissement demandée
- Test 64 : Nombre de séjours d'une durée inférieur ou égale à 1 jour avec entrée et sortie par transfert
- Test 65 : Test supprimé (Pourcentage de séjours de niveau Z, 1, 2 ou 3 parmi l'ensemble des séjours avec plus de 30 EXH)
- Test 66 : Nombre de séjours de niveau Z, 1 ou 2 avec plus de 30 EXH
- Test 67 : Pourcentage de séjours avec un code complication en diagnostic principal
- Test 68 : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M02Z *Rééducation*
- Test 69 : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*
- Test 70 : Pourcentage de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
- Test 71 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
- Test 72 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait petit matériel" (FFM)
- Test 73 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre"
- Test 74 : Nombre de séjours avec confirmation de codage parmi les GHM concernés
- Test 75 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 1 ou Z avec un mode d'entrée ou de sortie différent de domicile
- Test 76 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 2
- Test 77 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 3
- Test 78 : Pourcentage de séjours courts parmi les séjours de niveau 4
- Test 79 : Nombre de séjours courts parmi les GHM médicaux avec une durée moyenne de séjour longue
- Test 80* : Nombre de séjours dans le GHM 15Z10E *Mort-nés* et âge en jours différent de 0
- Test 81* : Nombre de séjours de nouveau-né avec une incohérence âge gestationnel / poids de naissance
- Test 82* : Pourcentage de séjours dans le GHM 23M20Z *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23*
- Test 83* : Nombre de séjours d'accouchement en dehors de la CMD14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum*
- Test 84* : Nombre de séjours avec diagnostic principal Z51,1, Z51,01 ou Z08 avec diagnostic relié non renseigné ou différent de cancer
- Test 85* : Nombre de séjours d'accouchement sans code Z37 *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé
- Test 86* : Nombre de séjours de nouveau-né avec acte sans diagnostic associé
- Test 87* : Nombre de séjours avec actes chirurgicaux en doublons
- Test 88* : Nombre de séjours d'accouchement sans acte
- Test 89* : Nombre de séjours avec diagnostic principal requérant un acte mais sans acte
- Test 91* : Nombre de séjours avec un acte activité 1 pour un geste complémentaire d'anesthésie
- Test 92* : Pourcentage de séjours avec EXB
- Test 93* : Nombre de séjours pour un GHM 15Z10E *Mort-nés* et durée de séjour différente de 0
- Test 94* : Absence de séjour avec supplément réanimation et autorisation dans le fichier IUM
- Test 95* : Absence de séjour avec supplément de néonatalogie et autorisation dans le fichier IUM
- Test 96* : Nombre de séjours de neurochirurgie et autorisation non connue
- Test 97* : Nombre de séjours de chirurgie cardiaque et autorisation non connue
- Test 98* : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement
- Test 99* : Pourcentage de séjours avec un code CMA en diagnostic principal

* Nouveau test



DETAIL DES TESTS



N° du test : 1 à 3
Intitulé : Nombre de mutations en soins de suite, soins de longue durée et psychiatrie et pas d'unité de ce type

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ces tests procèdent par rapprochement des modes d'entrée et de sortie avec des informations issues de MAT2A sur la structure de l'établissement.

Le test 1 calcule le nombre de séjours avec mutation en soins de suite et absence de service de soins de suite et réadaptation.

Le test 2 calcule le nombre de séjours avec mutation en soins de longue durée et absence d'unité de soins de longue durée.

Le test 3 calcule le nombre de séjours avec mutation en psychiatrie et absence de service de psychiatrie.

Ces trois tests ont pour objet de vérifier que les établissements qui produisent des résumés avec des modes d'entrée ou de sortie 6 (mutations) vers ou en provenance des services de soins de suite et réadaptation, soins de longue durée ou psychiatrie disposent effectivement de tels services.

II. Lecture – Interprétation

Une mutation signifie que le patient vient de ou sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation de la même entité juridique pour les établissements ex-DG et pour le même établissement pour les établissements privés ex-OQN.

Devant une atypie essentiellement deux explications seront retenues :

- les informations sur la structure de l'établissement ne sont pas à jour dans MAT2A ;
- l'établissement a déclaré dans un résumé une mutation vers un service de soins de suite et réadaptation, soins de longue durée ou psychiatrie alors qu'il ne dispose pas d'un tel service.

III. Caractéristiques techniques

Tests n° 1, 2 et 3

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec mode d'entrée ou sortie = '6' (mutation), une destination ou provenance = '2' (SSR), '3' (SLD) ou '4' (PSY) et SSR = 0 (test 1), SLD = 0 (test 2) ou PSY = 0 (test 3)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Etabinfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 4
Intitulé : Nombre de racines avec un pourcentage de décès hors norme

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test consiste à calculer le nombre de racines de GHM qui présentent un taux de mode de sortie égal à 9 (décès) au moins trois fois plus grand que la moyenne nationale de référence par catégorie d'établissements pour la racine du GHM considérée.

Ne sont considérées que les racines de GHM hors CM 28 et CM 90 avec une durée de séjour >1 et qui comptent plus de trois décès.

Pour chaque racine de GHM repérée comme étant atypique, les informations suivantes sont proposées:

- le numéro, l'intitulé, l'effectif ainsi que le pourcentage de décès observé,
- la borne supérieure calculée comme suit : taux de décès pour la racine du GHM de référence x 3.

Ce test permet de repérer les erreurs systématisées affectant le mode de sortie décès ; le cas échéant d'identifier des racines de GHM pour lesquels le taux de décès serait alarmant.

II. Lecture – Interprétation

Un mode de sortie décès est enregistré en cas de décès du patient dans l'unité médicale.

Une atypie repérée sur ce test, du fait des valeurs extrêmes choisies pour les bornes, témoignerait en faveur d'une anomalie systématique dont l'origine serait à rechercher en premier lieu dans le système d'information.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 4

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de racine avec un taux de décès ≥ 3 * référence nationale (PCTDC)
(au moins 4 décès par racine, hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Racineinfo
Alerte : si nombre de racines de GHM > 0



N° du test : 5 à 8

Intitulé : Pourcentages de séjours avec mutations ou transferts

Type : amélioration de la qualité

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ces tests comptent le pourcentage de séjours selon les modalités d'entrée ou de sortie par transfert ou mutation.

Le test 5 calcule le pourcentage de séjours avec entrée par mutation (code 6).

Le test 6 calcule le pourcentage de séjours avec sortie par mutation (code 6).

Le test 7 calcule le pourcentage de séjours avec entrée par transfert (code 7).

Le test 8 calcule le pourcentage de séjours avec sortie par transfert en MCO uniquement (code 7-1).

Pour les deux premiers tests le dénominateur est constitué par le nombre total de séjours hors CM90. Pour les deux derniers, il s'agit du nombre total de résumés avec une durée de séjour > 1 hors CM28 et CM90. Ces tests ne sont fonctionnels que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

Les références utilisées pour la comparaison des résultats sont calculées par catégorie d'établissements.

Ces tests sont destinés à mettre en évidence des pourcentages atypiques de mutations et de transferts lesquels peuvent, dans certains cas, témoigner de modalités de prises en charge particulières ou discutables.

II. Lecture – Interprétation

Une mutation signifie que le patient vient de ou sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation de la même entité juridique pour les établissements ex-DG et pour le même établissement pour les établissements privés ex-OQN.

Un transfert signifie que le patient vient de ou sort vers une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements ex-DG et vers une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements privés ex-OQN.

Ces tests permettent de détecter des erreurs systématiques affectant les modes d'entrée ou de sortie. Elles seront caractérisées soit par des valeurs proches de 100 % si les modes d'entrée ou de sortie sont mis systématiquement à 6 (mutation) ou 7 (transfert) soit des valeurs proches de 0 % si les modes d'entrée ou de sortie sont mis systématiquement à 8 (domicile).

A côté de ces exceptionnelles anomalies systématiques, on pourra parfois mettre en évidence des modalités atypiques de prise en charge telles les prises en charges incomplètes et les coopérations inter-secteurs.



Une prise en charge incomplète consiste à n'assurer qu'une partie de la prise en charge habituellement attendue pour le GHM. La situation la plus fréquente consiste à découper le séjour en une phase diagnostique et une phase de traitement alors que classiquement la prise en charge s'effectue d'un seul tenant. Chacune de ces phases donnant lieu à la production d'un résumé de sortie, le séjour se trouve finalement être valorisé deux fois.

Si la phase diagnostique est effectuée dans un établissement et le traitement dans un autre, on constatera alors un taux particulièrement élevé de séjours avec transfert (tests 7 et 8).

La coopération inter-secteurs conduirait quant à elle à augmenter plus ou moins artificiellement le nombre de mutations entre le MCO d'une part et les soins de suite, long séjour ou psychiatrie d'autre part au sein d'un même établissement, chacune de ces mutations donnant lieu à la production d'un résumé de sortie dans le secteur considéré.

Il est évident que la frontière entre l'optimisation des circuits de prises en charge pour le bénéfice du patient et l'optimisation de la valorisation du séjour est des plus difficiles à tracer. Aussi, les résultats de ces tests pris isolément ne permettent-ils aucune conclusion. Ils sont à replacer dans le contexte général de l'établissement et doivent être confrontés à d'autres sources de connaissances.

III. Caractéristiques techniques

Test 5 (entrée par mutation)

- Fonction : amélioration de la qualité
- Valeur résultat : pourcentage
- Numérateur : nombre de RSA avec mode d'entrée = '6' (hors CM90)
- Dénominateur : nombre total de RSA hors CM90 (au moins 100 RSA par ES)
- Table utilisée : sans objet
- Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements

Test 6 (sortie par mutation)

- Fonction : amélioration de la qualité
- Valeur résultat : pourcentage
- Numérateur : nombre de RSA avec mode de sortie = '6' (hors CM90)
- Dénominateur : nombre total de RSA (hors CM90) (au moins 100 RSA par ES)
- Table utilisée : sans objet
- Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements

Test 7 (entrée par transfert)

- Fonction : amélioration de la qualité
- Valeur résultat : pourcentage
- Numérateur : nombre de RSA avec mode d'entrée = '7' (durée > 1 et hors CM28)
- Dénominateur : nombre total de RSA avec durée > 1 et hors CM28 (au moins 100 RSA par ES)
- Table utilisée : sans objet
- Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements



Test 8 (sortie par transfert en MCO)

- Fonction : amélioration de la qualité
- Valeur résultat : pourcentage
- Numérateur : nombre de RSA avec mode de sortie = '7' et destination = '1' (durée > 1 et hors CM28)
- Dénominateur : nombre total de RSA avec durée > 1 et hors CM28 (au moins 100 RSA par ES)
- Table utilisée : sans objet
- Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements



N° du test : 9
Intitulé : Pourcentage de séjours avec EXB parmi les séjours avec sortie par transfert en MCO

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le nombre de résumés (hors CM28 et CM90 et avec une durée de séjour > 1) qui présentent une durée de séjour inférieure à la borne basse définie pour le GHS et qui de plus présentent un mode de sortie "transfert" vers le MCO. On rapporte ce nombre au total des résumés avec mode de sortie "transfert" vers le MCO hors CM28 et CM90 et avec une durée de séjour > 1. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

La valeur de référence utilisée pour la comparaison du résultat est calculée par catégorie d'établissements.

Ce test tente de repérer des atypies portant sur les durées de séjour et qui pourraient éventuellement témoigner d'une optimisation des modalités de prise en charge afin de minimiser le nombre de séjours affectés par cette minoration. Il participe à la construction de l'indice global d'atypie de l'établissement.

II. Lecture – Interprétation

À certains GHM est associée une borne basse de durée de séjour en dessous de laquelle les séjours prennent la caractéristique EXB et la prestation sera facturée selon les règles décrites dans l'arrêté prestations (socle plus nombre de journées en deçà de la borne basse).

En pratique, un allongement "artificiel" des durées de séjour pour passer le seuil EXB doit se traduire par une diminution du pourcentage de séjours minorés.

Pour affiner cette hypothèse il convient de restreindre le calcul aux seuls résumés qui présentent un mode de sortie par transfert.

En effet, en cas de transfert le séjour est plus court et il est possible d'imaginer qu'un transfert puisse être retardé de quelques heures ou jours pour bénéficier d'une valorisation complète du séjour.

Parmi les autres modes de sortie, le décès ne se prête évidemment pas à ce genre de pratique. Et en cas de retour à domicile, les bornes EXB sont généralement incompatibles avec une prise en charge médicale cohérente.

Partant de l'hypothèse que sur l'ensemble des séjours avec transfert MCO, le pourcentage de séjours EXB est globalement stable pour une catégorie d'établissements donnée, il conviendra de s'assurer devant un taux d'EXB atypique, c'est-à-dire largement inférieur à la moyenne de référence, qu'on ne se trouve en présence d'une optimisation des prises en charge.



III. Caractéristiques techniques

Test n° 9

Fonction	: repérage d'atypie
Valeur résultat	: pourcentage
Numérateur	: nombre de RSA avec nbexb > 0 et mode de sortie = '7' et destination = '1' (durée > 1 j et hors CM28 et hors CM90)
Dénominateur	: nombre total de RSA avec mode de sortie = '7' et destination = '1', durée > 1 j et hors CM28 et hors CM90 (au moins 30 RSA par ES)
Table utilisée	: sans objet
Référence	: catégorie d'établissements
Alerte	: si résultat \geq 95p. de la valeur de référence



N° du test : 10
Intitulé : Nombre de GHM avec une durée moyenne de séjour basse

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les GHM dont la durée moyenne de séjour (DMS) locale est considérée comme basse par rapport à la moyenne nationale de référence. La borne à partir de laquelle le GHM est typé « DMS basse » dépend du nombre de RSA dans le GHM pour l'établissement pendant la période :

Si > 100 séjours dans le GHM pour l'établissement, sa DMS est basse si < 75 % de la dms de référence
Si ≥ 10 et ≤ 100 séjours dans le GHM pour l'établissement, sa DMS est basse si < 50 % de la dms de référence
Si ≥ 2 et ≤ 9 séjours dans le GHM pour l'établissement, sa DMS est basse si < 33 % de la dms de référence

Seuls les séjours dont le mode de sortie est 8 (domicile) sont retenus pour le calcul de la DMS.

L'exploitation des résultats repose sur deux types de sorties :

- une sortie systématique donne pour chaque GHM détecté comme atypique : Numéro, libellé, effectif, DMS du GHM de l'établissement atypique et DMS du GHM de référence;
- une sortie détaillée propose l'édition des libellés des diagnostics et des actes de chacun des résumés appartenant aux GHM réputés atypiques. La lecture des RSA sous cette forme suffit le plus souvent à éclairer l'interprétation.

Certaines anomalies de codage, du fait de leur caractère systématique, peuvent entraîner des durées moyennes de séjour observées par GHM difficilement compatibles avec les valeurs de référence nationales. Même si de telles situations sont rares, leur incidence en terme de facturation est importante.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour.

Les valeurs utilisées pour fixer les bornes de ce test étant relativement extrêmes, les atypies mises en évidence sont réelles et doivent être explorées. L'essentiel de l'analyse consistera à rapporter l'atypie à une cause dont la compréhension justifiera ou non un éventuel contrôle du codage des résumés.



Typologie des atypies

Sans prétendre être exhaustif, trois causes principales ont été identifiées.

- Les erreurs de codage.

Elles sont généralement évidentes à la lecture et systématisées comme dans l'exemple ci-dessous où ce type de résumé représente la totalité du GHM.

```
Sexe : 2          âge : 0
Durée séjour : 1      Mode entrée : 8      Mode sortie : 8
âge en jours : 0     Poids à l'entrée : 760
GHM : 15Z09Z
DP : P95 Mort foetale de cause non précisée
DA : Q60.5 Hypoplasie rénale, sans précision
Actes : aucun
```

L'incohérence provient ici d'une erreur sur le mode de sortie qui de toute évidence est 9 (décès) et non pas 8 (retour domicile). En effet, il n'est pas concevable qu'un nouveau né de 760 g rentre au domicile le lendemain de sa naissance, surtout si un diagnostic de mort foetale a été codé.

- Les prises en charge particulières

Certains établissements très spécialisés notamment en chirurgie peuvent présenter des GHM très courts en raison de nombreux transferts plus ou moins précoces après la réalisation de l'acte spécialisé. Ce GHM peut donc apparaître fortement atypique pour cet établissement.

Lorsqu'on recalcule la durée moyenne de séjours en excluant les résumés avec transfert, une durée moyenne de séjours devrait se normaliser.

Même si ce type de situation ne relève pas d'anomalies de codage, il est intéressant de les reconnaître. Pour cela, la comparaison de la DMS globale du GHM à la DMS corrigée (excluant les transferts) suffit généralement.

- Les particularités de la classification des GHM

Toute la diversité des prises en charges médicales ne peut être définie a priori dans la classification des GHM et malgré les mises à jour successives, il se peut que certaines modalités de prise en charge, bien que légitimes, apparaissent atypiques du point de vue des durées de séjour. Cette situation affecte essentiellement les GHM de type "Autres".

Il peut s'agir aussi de choix délibérés, tel le classement des séjours pour implantation d'électrodes intracochléaires correspondant à des prises en charge relativement brèves dans les GHM d'interventions majeures sur la tête et le cou dont la durée moyenne de séjour est de l'ordre d'une quinzaine de jours.



En pratique

Une lecture des résumés présentés avec les libellés des codes permettra le plus souvent de trouver rapidement une explication à l'atypie (habitude de codage erronée le plus souvent).

Il sera souvent utile, en complément, de récupérer et traiter les résumés impliqués (fonction "exporter les RSA") dans un tableur ou une base de donnée. Les traitements complémentaires permettront d'évaluer l'incidence des modes de sortie la durée moyenne de séjour du GHM atypique ou encore parfois, de rapporter l'essentiel de l'atypie à une prise en charge particulière.

Enfin, si aucune cause n'est retrouvée, faire remonter l'information à l'ATI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 10

Fonction	: repérage d'atypie
Valeur résultat	: dénombrement de GHM
Numérateur	: nombre de GHM avec DMS : < 75% ou <50% ou <33% de la valeur du champ "DMS" selon le nombre de RSA par GHM (> 100, 10 à 100; 2 à 9) hors CM28, hors CM90 et durée > 1 j et mode de sortie = '8'
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: Ghminfo
Alerte	: si nombre de ghm > 0



N° du test : 16
Intitulé : Pourcentage de journées EXH dans les séjours de niveau 1 ou Z

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test calcule le rapport du nombre de journées EXH pour les séjours de niveau 1 ou Z au nombre total de journées EXH. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissements. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100. Numérateur et dénominateur sont calculés hors CM90.

Ce test cherche à mettre en évidence un sous codage des comorbidités pour bénéficier d'une valorisation en EXH.

II. Interprétation

Les séjours dont la durée dépasse une borne (EXH) définie pour chaque GHM peuvent bénéficier d'une valorisation supplémentaire proportionnelle au nombre de journées d'hospitalisation situées au-delà de la borne.

L'omission du codage d'une comorbidité pourra orienter un séjour long dans un GHS de niveau de sévérité 1 ou Z pour lesquels la borne EXH est moindre. Une telle anomalie de codage aura pour effet de bénéficier plus précocement de la valorisation supplémentaire.

Si le rapport du nombre de journées EXH des niveaux 1 ou Z sur le nombre total de journées EXH est augmenté, un sous codage des comorbidités pourra donc être suspecté.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 16
Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : somme des journées EXH parmi les RSA de GHM niveau 1, A ou Z (hors CM90)
Dénominateur : somme totale des journées EXH (au moins 100 journées EXH par ES) hors CM90
Table utilisée : sans objet
Référence : par catégorie d'établissements
Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements



N° du test : 17
Intitulé : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 2 ou 3

Type : repérage d'atypies
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test repose sur la comparaison des pourcentages de séjours avec niveaux de sévérité 2 ou 3 ou B ou C par racine à une moyenne de référence.

Pour chaque racine, on calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveaux 2 et 3 (ou B et C) à celui du total des séjours de niveaux 1, 2 et 3 (ou A, B et C) en excluant du dénombrement les patients de plus de 79 ans et la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*.

Pour toute racine (niveaux de sévérité 1,2 et 3 ou A, B et C) dont l'effectif total est supérieur à 20, si le rapport est supérieur ou égal à 1,5 fois la valeur moyenne de référence, la racine alors est considérée comme atypique.

Ce test cherche à mettre en évidence un surcodage des comorbidités pour bénéficier d'une valorisation en niveau 2 ou 3 ou B ou C.

II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics associés qui sont des comorbidités de niveau 2 ou 3 ou B ou C classent les séjours dans les GHM de niveau 2 ou 3 ou B ou C, ce qui oriente les séjours vers des GHS mieux valorisés.

Une proportion élevée du nombre de séjours avec niveaux de sévérité 2 ou 3 ou B ou C pourra être interprétée, après avoir éliminé une cause liée au recrutement des patients (centres spécialisés, CHU etc.), comme une éventuelle optimisation par surcodage des comorbidités.

Il conviendra de distinguer deux situations extrêmes: la fraude et les habitudes de codage. L'une consiste à coder une affection qui n'existe pas dans le seul but d'orienter le groupage, l'autre tient dans une mauvaise interprétation d'un code en particulier de la CIM-10 et ce, en toute bonne foi. Entre ces deux cas existe un continuum de situations dans lequel on trouvera notamment les optimisations qui « mettent à profit » une ambiguïté de la CIM-10 ou des règles de codages pour alourdir la description du séjour.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 17

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement de racines de GHM
Numérateur : nombre de racines tel que la proportion de séjours de niveau 2, 3, B et C parmi les séjours de niveau 1-2-3-A-B-C est ≥ 1.5 fois la moyenne de référence. (Au moins 20 RSA par racine (âge < 80 ans avec prise en compte de l'effet âge, durée > 1 jour))
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de racines > 0



N° du test : 18
Intitulé : Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par catégorie majeure de diagnostics

Type : repérage d'atypies
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test repose sur la comparaison des pourcentages de séjours avec niveau de sévérité 4 par racine à une moyenne de référence.

On calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveau 4 à celui du total des séjours d'une durée de séjour supérieur à 1 jour de la CMD (hors CM 28 et 90).

Pour toute CMD dont l'effectif total est supérieur à 20, si le rapport est supérieur à la valeur moyenne de référence augmentée de deux fois l'écart type de référence, alors le GHM de niveau 4 est considérée comme atypique.

Ce test cherche à mettre en évidence un surcodage des comorbidités pour bénéficier d'une valorisation du niveau 4.

II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics associés qui sont des comorbidités de niveau 4 classent les séjours dans les GHM de niveau 4, ce qui oriente les séjours vers des GHS mieux valorisés. Une proportion élevée du nombre de séjours avec niveaux de sévérité 4 pourra être interprétée, après avoir éliminé une cause liée au recrutement des patients (centres spécialisés, CHU etc.), comme une éventuelle optimisation par surcodage des comorbidités.

Il conviendra de distinguer deux situations extrêmes: la fraude et les habitudes de codage. L'une consiste à coder une affection qui n'existe pas dans le seul but d'orienter le groupage, l'autre tient dans une mauvaise interprétation d'un code en particulier de la CIM-10 et ce, en toute bonne foi. Entre ces deux cas existe un continuum de situations dans lequel on trouvera notamment les optimisations qui « mettent à profit » une ambiguïté de la CIM-10 ou des règles de codages pour alourdir la description du séjour.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 18

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement de GHM
Numérateur : nombre de GHM tel que le rapport entre l'effectif de niveau 4 du GHM et l'effectif de la CMD est \geq moyenne de référence + 2 écart-type. Au moins 20 RSA dans la CMD (hors CM90, hors CM28 et durée > 1 jour)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de ghm > 0



N° du test : 19
Intitulé : Pourcentage de séjours en erreur

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de séjours groupés dans la catégorie majeure 90.

Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence pour toutes catégories d'établissements confondus.

Ce test est destiné à évaluer la qualité dans le codage des résumés de sortie.

II. Interprétation

La catégorie majeure n° 90 *Erreurs et autres séjours inclassables* comprend, d'une part, quatre groupes identifiés pendant le parcours de l'arbre de groupage:

- deux groupes *Actes sans relation avec le diagnostic principal* ;
- un groupe *Diagnostic invalide comme diagnostic principal dans certaines circonstances* ;
- un groupe *Autres erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de groupage*.

Un pourcentage élevé de séjours en erreur permet d'évoquer une qualité insuffisante du codage des résumés de sortie.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 19

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA classés dans la CM 90
Dénominateur : nombre total de RSA
Table utilisée : sans objet
Référence : tous établissements confondus
Alerte : si résultat ≥ 95 ° percentile de la valeur nationale de référence.



N° du test : 23
Intitulé : Nombre de séjours avec une incompatibilité sexe / diagnostic

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les résumés qui présentent une incohérence entre un quelconque diagnostic et le sexe. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues.

Les diagnostics exclusifs d'un sexe sont fournis dans la table DiagInfo, champ 'Sexd'.

Ce test recherche un codage incorrect de la variable sexe voire des diagnostics.

II. Lecture – Interprétation

Certains codes diagnostics ont été définis, à dire d'experts, comme incompatibles avec le sexe masculin ou féminin.

Les incompatibilités sexe – diagnostic peuvent avoir deux origines.

L'origine accidentelle est de loin la plus fréquente mais n'affecte généralement qu'un nombre restreint de résumés, les anomalies générées sont aléatoires et il est impossible d'imaginer quel aurait dû être le bon codage.

L'origine systématique est rare mais peut impliquer davantage de résumés. Il pourra s'agir soit du mauvais transcodage d'un thesaurus local (par exemple *Salpingite et ovarite* transcodé en *N40 Hyperplasie de la prostate* au lieu de *N80*) soit une mauvaise interprétation de la CIM-10. On trouve en effet fréquemment dans un résumé de nouveau-né un code de la *catégorie Z36.- Dépistage prénatal*, alors que cette rubrique s'applique exclusivement aux dépistages prénataux chez la mère. Il s'ensuit donc une incohérence sexe – diagnostic lorsque le nouveau né est de sexe masculin.

En pratique, si le nombre est important, il conviendra de chercher à mettre en évidence le coté systématique de l'erreur et d'en apprécier l'impact du point de vue de la facturation.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 23

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec sexe = '1' et sexD = '2' ou sexe = '2' et sexD = '1'
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 25
Intitulé : Nombre de séjours avec une incompatibilité âge / diagnostic

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 24 dénombre les résumés de sortie qui présentent une incompatibilité entre l'âge et un diagnostic (DP, DR ou DA) et permet l'édition des résumés correspondants.

Six tranches d'âge sont définies et à chacune d'elle est associée une liste de diagnostics hautement improbables. Les listes de diagnostics sont données dans la table DiagInfo sous les champs suivants :

CL1V	:	Diagnostic improbable avec un âge < 29 j = 1 sinon = 0
CL2V	:	Diagnostic improbable avec un âge ≥ 29 j et < 1 an = 1 sinon = 0
CL3V	:	Diagnostic improbable avec un âge ≥ 1an et < 10 ans = 1 sinon = 0
CL4V	:	Diagnostic improbable avec un âge ≥ 10 ans et < 20 ans = 1 sinon = 0
CL5V	:	Diagnostic improbable avec un âge ≥ 20 ans et < 65ans = 1 sinon = 0
CL6V	:	Diagnostic improbable avec un âge ≥ 65ans = 1 sinon = 0

Ce test recherche un codage incorrect de la variable âge voire des diagnostics.

II. Lecture – Interprétation

Certains codes diagnostics ont été définis, à dire d'experts, comme improbables en fonction des classes d'âge.

L'interprétation suit la même logique que pour le test 23 incompatibilités sexe – diagnostic.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 24
Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : Nombre de RSA avec CLV de l'âge = '1'
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 26 - 27
Intitulé : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic principal ou en diagnostic associé

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ces tests dénombrent les résumés qui présentent un diagnostic rarement retrouvé dans les bases PMSI. Ces diagnostics rarement retrouvés sont proposés dans la table DiagInfo, champ "Rare". Le test 26 dénombre les diagnostics principaux, le test 27 dénombre les diagnostics associés.

Ce test vise à repérer des erreurs de codage en diagnostic principal ou en diagnostic associé.

II. Lecture – Interprétation

La « rareté » est ici une notion statistique définie à partir de l'analyse de la fréquence d'apparition de ces diagnostics dans la base nationale

Afin de limiter les explorations inutiles dues aux faux positifs inhérents à la notion même de rareté il est suggéré dans un premier temps d'explorer plus finement les diagnostics principaux en cause. Pour cela un tableau croisé dynamique sur le fichier correspondant aux RSA impliqués par ce test (fonction "exporter les RSA") permettra d'apprécier la répartition par diagnostic principal.

Une distribution caractérisée par un ou quelques pics pourra traduire une activité hyperspécialisée (service de référence, par exemple), des anomalies de codage dues à une mauvaise interprétation de la CIM-10 ou un problème de codage dans un thésaurus local.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 26 (nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic principal) :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur = '1' dans le champ "RARE"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : DiagInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0

Test n° 27 (nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic associé) :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec au moins un code en DA tel que la valeur = '1' dans le champ "RARE"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : DiagInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 28
Intitulé : Pourcentage de séjours avec un code Z en diagnostic principal

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de résumés qui présentent un diagnostic principal appartenant au chapitre XXI de la CIM-10 (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence, toutes catégories d'établissements confondus. Ce test n'est fonctionnel que si les dénominateurs sont supérieurs ou égaux à 100.

Afin d'obtenir des moyennes de référence plus homogènes, on sélectionnera les séjours de durée supérieure à un jour hors séances et hors CM90.

Sont exclus du test 28 les codes Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, Z47.0 *Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne (orthopédique) de fixation* et Z51.5 *soins palliatifs* trop sensibles à l'effet activité.

Ce test vise à repérer un sous codage de codes Z en diagnostic principal secondaire à une erreur de hiérarchisation.

II. Lecture – Interprétation

Le code Z s'utilise principalement pour certaines situations de traitement unique chirurgical et pour les situations de surveillance négative.

Un taux significativement moindre d'utilisation de ces codes en diagnostic principal pourrait révéler un problème de hiérarchisation par codage abusif de l'affection étiologique en diagnostic principal.

Du fait des difficultés à interpréter ces tests, on s'attachera uniquement aux valeurs extrêmes. Après avoir écarté un «effet activité», un taux bas permettra de suspecter des erreurs de hiérarchisation.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 28

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec, en DP, un code Z (hors Z38.-, Z47.0 et Z51.5) (hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour)
Dénominateur : nombre total de RSA hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour (au moins 100 RSA par ES)
Table utilisée : sans objet
Référence : toutes catégories d'établissements confondus
Alerte : si résultat $\leq 5^\circ$ p ou $\geq 95^\circ$ p. de la valeur de référence toutes catégories confondues



N° du test : 30
Intitulé : Nombre de séjours avec un code "Z" inhabituel en diagnostic principal utilisant

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test sélectionne et dénombre les résumés qui utilisent en diagnostic principal un code "Z" inhabituel au regard de l'emploi des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (codes Z) du *Guide méthodologique de production des informations*.

La liste des codes Z inhabituellement utilisés en diagnostic principal est fournie dans la table DiagInfo, champ 'Zinhab'.

Ce test vise à repérer une utilisation erronée des codes Z en diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

L'emploi des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (codes Z) fait l'objet d'un paragraphe dans le *Guide méthodologique de production des informations*.

Positif, ce test pourrait traduire une mauvaise compréhension des libellés du chapitre XXI de la CIM-10 *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* voire un non respect de la règle de codage qui spécifie que lorsqu'on a le choix entre un code "Z" et un symptôme, il convient de coder préférentiellement le symptôme.

Si ce test met en évidence une atypie, un tableau croisé dynamique sur le fichier correspondant aux RSA impliqués par ce test (fonction "exporter les RSA") permettra d'apprécier la répartition par diagnostic principal.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 30
Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur = '1' dans le champ "ZINHAB"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 31

Intitulé : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et une durée de séjour supérieure à 15 jours

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test sélectionne et dénombre les séjours (hors séances) qui présentent un code Z en diagnostic principal et dont la durée de séjour excède 15 jours.

Les diagnostics principaux suivants sont exclus du test :

Z51.5 Soins palliatifs

Z50.- Soins impliquant une rééducation

Z43.1 Surveillance de gastrostomie

Z43.2 Surveillance d'iléostomie

Z43.3 Surveillance de colostomie

Les trois derniers codes sont en effet utilisés en diagnostic principal lors des séjours pour rétablissement de la continuité.

Ce test cherche à repérer un codage erroné du diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

Les situations de prise en charge de plus de quinze jours justifiant d'un code Z en diagnostic principal restent assez peu fréquentes comparées aux erreurs de codage.

Si ce test met en évidence une atypie, un tableau croisé dynamique sur le fichier correspondant aux RSA impliqués par ce test (fonction "exporter les RSA") permettra d'apprécier la répartition des diagnostics principaux, de repérer les types de prise en charge concernés et d'identifier les éventuelles habitudes de codage.

Concernant les chimiothérapies, en l'absence d'une complication qui aurait alors justifié d'être codée en diagnostic principal, il est inhabituel d'hospitaliser un patient plus de quinze jours.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 31

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de RSA

Numérateur : nombre de RSA avec un code Z en DP et une durée > 15 jours (exclusion des codes Z51.5, Z50.-, Z43.1, Z43.2, Z43.3), hors CM28, hors CM90

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 32
Intitulé : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et un mode de sortie décès

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test calcule le nombre de résumés qui présentent en diagnostic principal un code Z et dont le mode de sortie est un décès (mode de sortie = 9).

Sont exclus les codes Z51.5 *Soins palliatifs* et Z52.- *Donneur d'organe ou de tissu*.

Ce test est destiné à mettre en évidence des anomalies de codage du diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

Il est rare que la situation clinique qui amène à enregistrer un code Z en diagnostic principal en dehors des deux cas exclus de soins palliatifs et de donneur d'organe, à savoir cas particuliers d'une situation de traitement unique ou situation de surveillance négative, se termine par un décès. Et la survenue d'un décès peut modifier la hiérarchisation du diagnostic principal.

Les résumés qui présentent ce type de caractéristiques sont généralement en très petit nombre mais correspondent le plus souvent à des erreurs de codage. Dans la plupart des cas ces erreurs seraient plutôt pénalisantes pour l'établissement.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 32

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de RSA
Numérateur : nombre de RSA avec un code Z en DP et un mode de sortie = "9" (exclusion des codes Z51.5 et Z52.-)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 33-34.1-34.2

Intitulé : Pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé

Type : amélioration de la qualité

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Les tests 33, 34.1 et 34.2 calculent le pourcentage de résumés qui présentent en diagnostic principal, en diagnostic relié ou en diagnostic associé un code imprécis dont la liste est donnée dans la table DiagInfo, champ : 'Imprecis' valeur = 1 (imprécis) ou 2 (très imprécis). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues. Ces tests ne sont fonctionnels que si le dénominateur est supérieur ou égal à 50.

Ces tests tentent d'approcher la qualité globale du fichier à travers la précision du codage. Ces tests ne cherchent pas à mettre en évidence une anomalie en particulier, mais tentent d'exprimer un degré général de qualité de codage.

II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de la précision permise par la CIM-10.

Certaines situations cliniques ne peuvent cependant être codées qu'avec un code imprécis notamment lorsqu'on ne dispose pas du diagnostic étiologique à la sortie du patient.

Ces tests sont des tests statistiques et seuls les écarts importants à la moyenne méritent d'être examinés afin d'en rechercher la cause qui est *a priori* une qualité insuffisante de codage des diagnostics.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 33 (pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal ou relié)

Fonction : amélioration de la qualité

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur \neq '0' dans le champ "IMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)

Dénominateur : nombre total de RSA (au moins 50 RSA par ES et hors CM28 et CM90)

Table utilisée : Diaginfo

Référence : toutes catégories d'établissements confondues

Alerte : si résultat \geq 95 ° p. de la valeur de référence



Test n° 34.1 (pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic relié)

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DR tel que la valeur \neq '0' dans le champ "IMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)
Dénominateur : nombre total de RSA (au moins 50 RSA par ES et hors CM28 et CM90)
Table utilisée : Diaginfo
Référence : toutes catégories d'établissements confondus
Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence

Test n° 34.2 (pourcentage de séjours avec un code imprécis en diagnostic associé)

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DA tel que la valeur \neq '0' dans le champ "IMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)
Dénominateur : nombre total de RSA (au moins 50 RSA par ES et hors CM28 et CM90)
Table utilisée : Diaginfo
Référence : toutes catégories d'établissements confondus
Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence



N° du test : 36
Intitulé : Nombre de séjours classés dans la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* avec une incompatibilité diagnostic principal / acte

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Pour qu'un séjour soit orienté vers la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* il est nécessaire (mais non suffisant) qu'il ait un diagnostic principal d'entrée dans la CMD 23 et un quelconque acte classant.

Le test 36 dénombre résumés qui présentent une non compatibilité acte – diagnostic pour la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé*.

La liste des compatibilités est donnée dans la table DiagInfo, champ : 'dgcpt669' valeur = 1.

Ce test repère les séjours susceptibles de présenter un codage erroné du diagnostic principal voire de l'acte.

II. Lecture – Interprétation

Certains codes CIM-10 d'entrée dans la CMD 23 ont été considérées à dire d'experts comme compatibles avec un acte chirurgical.

Le test 36 dénombre et édite les résumés suspects d'incompatibilités acte–diagnostic principal pour la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé*. Parmi les codes diagnostics d'entrée dans la CMD23, les codes considérés comme compatible ou incompatible avec un acte sont listés dans Diaginfo.

Pour ces séjours avec un diagnostic principal considéré comme non compatible avec un acte, un codage erroné du diagnostic principal voire de l'acte est possible.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 36

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA dans la racine 23C02 (hors séances, hors CM90 et durée > 1 jour) avec un code DP tel que la valeur est ≤ 1 dans le champ "DGCPT"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 37
Intitulé : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans la racine
23M06 *Autres facteurs influant sur l'état de santé*

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de séjours groupés dans la racine 23M06 *Autres facteurs influant sur l'état de santé* rapporté à l'effectif total des séjours médicaux avec durée de séjour > 1 hors CM90. Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondus. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 50.

Ce test recherche un non qualité dans le codage du diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

La racine 23M06 *Autres facteurs influant sur l'état de santé* correspond en majorité aux résumés dont le diagnostic principal est un code de la CIM-10 débutant par "R" ou "Z" mais n'ayant pu être affectés dans une CMD spécifique d'organe ou d'appareil. Il s'agit donc d'un groupe très hétérogène du point de vue de la prise en charge médicale.

L'interprétation d'une telle atypie ne sera pas toujours évidente du fait du caractère multifactoriel des causes ainsi que de l'effectif important de la racine. Dans un premier temps, on éliminera les causes en rapport avec une activité particulière. En effet, certains établissements présentent une activité très fortement tournée vers les prises en charge de seconde intention, de bilans ou suivis thérapeutiques. On est alors susceptible de constater des taux de racine 23M06 élevés.

Un taux significativement bas de la racine 23M06 pourra conduire à évoquer un problème de hiérarchisation.

Un taux élevé sera en revanche plus difficile à interpréter.

Un tableau croisé dynamique sur le fichier correspondant aux RSA impliqués par ce test (fonction "exporter les RSA") permettra d'apprécier la répartition des diagnostics principaux, et de mettre en évidence une éventuelle sur-représentation d'un diagnostic en particulier.



III. Caractéristiques techniques

Test n° 37

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: pourcentage
Numérateur	: nombre de RSA dans la racine 23M06 (hors CM90, hors CM28 et durée > 1 jour)
Dénominateur	: nombre total de RSA dans les GHM tel que le champ "TGHM" = 'M', hors CM90 et CM28 et durée > 1 jour (au moins 50 RSA par ES)
Table utilisée	Ghminfo
Référence	: toutes catégories d'établissements confondues
Alerte	: si résultat $\leq 5^{\circ}$ p ou $\geq 95^{\circ}$ p. de la valeur de référence



N° du test : 38

Intitulé : Pourcentage de séjours avec code symptôme en diagnostic principal

Type : amélioration de la qualité

Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de séjours en hospitalisation complète qui présentent un code symptôme (débutant par un "R") en diagnostic principal sur le nombre total de séjours hors CM28 et CM90 et avec une durée de séjour > 1.

Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

II. Lecture – Interprétation

Un code symptôme en diagnostic principal correspond en général à une situation clinique de diagnostic sans que la cause des symptômes ne soit diagnostiquée et donc sans qu'un diagnostic ne soit réalisé.

Un nombre particulièrement important de résumés de ce type pourrait traduire un codage du motif d'hospitalisation à l'entrée plutôt que le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, déterminé à la sortie de cette unité.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 38

Fonction : amélioration de la qualité

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de RSA avec un code R en DP (hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour)

Dénominateur : nombre total de RSA (au moins 300 RSA par ES), hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour

Table utilisée : sans objet

Référence : toutes catégories d'établissements confondues

Alerte : si résultat $\leq 5^{\circ}$ p ou $\geq 95^{\circ}$ p. de la valeur de référence



N° du test : 40
Intitulé : Nombre de séjours dans un GHM médical avec un diagnostic principal chirurgical

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 40 dénombre les séjours médicaux avec un diagnostic principal chirurgical (hors décès et hors Z53.-).

La liste des diagnostics dits chirurgicaux est donnée dans la table DiagInfo champ 'DpChir'. Les diagnostics associés à 95 % ou plus avec un acte chirurgical sont retenus.

Sont exclus du test les résumés avec mode de sortie décès, de même que ceux qui présentent un diagnostic de la catégorie Z53.– *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués.*

Ce test cherche à mettre en évidence les oublis de codage d'actes en repérant les résumés qui présentent en diagnostic principal un diagnostic chirurgical et sont néanmoins groupés dans un GHM médical.

II. Lecture – Interprétation

Une liste de diagnostic « chirurgical » est construite à partir des fréquences d'association diagnostic-acte observées dans la base nationale. Pour un diagnostic donné, 100% signifie que ce dernier est associé dans 100% des cas à un acte chirurgical.

Un séjour avec un diagnostic principal « chirurgical » classé dans un GHM médical fait suspecter un oubli d'un acte ou un codage erroné du diagnostic principal.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 39

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA dans un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M' et un code en DP tel que la valeur est ≥ 95 dans le champ "DPCHIR", hors décès et Z53.-
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo, Ghminfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 42 - 43
Intitulé : Nombre de séjours avec code(s) non-conforme(s) en diagnostic relié ou en diagnostic(s) associé(s)

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ces tests recherchent les résumés qui présentent un diagnostic relié ou un diagnostic associé significatif n'appartenant pas à la liste des codes CIM-10 autorisés. La liste des codes autorisés correspond aux diagnostics du champ "Diag" de la table DiagInfo.

Le test 42 dénombre les résumés ayant un code non conforme en diagnostic relié et en propose l'édition.

Le test 43 dénombre les résumés ayant au moins un code non conforme en diagnostic associé et en propose l'édition.

Ces deux tests recherchent une erreur dans le codage des diagnostics reliés et associés.

II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics doivent figurer dans le résumé d'unité médicale sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la CIM-10 et selon les extensions nationales données dans la plus récente version du *Manuel des groupes homogènes de malades* publié au *Bulletin officiel*.

Un séjour avec un diagnostic relié ou un diagnostic associé non-conforme fait suspecter une erreur dans l'utilisation des codes de la CIM-10.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 42

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec, en DR, un code non listé dans le champ "DIAG"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : DiagInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0

Test n° 43

Fonction : amélioration qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec, au moins un code en DA non listé dans le champ "DIAG"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : DiagInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 44
Intitulé : Pourcentage de séjours de valorisation élevée

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test rapporte le nombre de résumés groupés dans un GHM correspondant à un GHS de valorisation élevée est rapporté au nombre total de résumés avec une durée de séjour > 1 hors CM28 et CM90. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissements.

Les GHS de valorisation élevée sont listés dans la table GhsInfo, champ "Test44".

Ce test participe au repérage d'éventuels surcodages ayant pour conséquence la surreprésentation de séjours de valorisation élevée.

II. Lecture – Interprétation

Un GHM de valorisation élevée correspond à un GHS dont la valorisation en euros est supérieure ou égale à une borne fixée à dire d'experts.

Ce test est uniquement descriptif et ne permet en aucune façon de conclure à une quelconque optimisation. Seule la confrontation à d'autres types d'informations relatives à l'établissement (CHU, type d'activité etc.) permettra éventuellement de se forger une opinion sur la cause de l'atypie.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 44

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec un GHS tel que la valeur = '1' dans le champ "TEST44"
(hors CM28, CM90 et durée > 1 jour)
Dénominateur : nombre total de RSA (hors CM28, CM90 et durée > 1 jour)
Table utilisée : Ghsinfo
Référence : par catégorie d'établissements
Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence



N° du test : 46
Intitulé : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal pour une affection chronique et sans diagnostic relié

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 46 dénombre les résumés avec un code Z de cette liste en diagnostic principal et une absence de diagnostic relié.

La liste de codes "Z" (qui ne vise pas à être exhaustive), pour lesquels est fréquemment associée en diagnostic relié une affection chronique ou de longue durée, est donnée dans la table DiagInfo, champ "ZAffChr".

Ce test dépiste les oublis de diagnostic relié pour les séjours avec un code Z en diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

Il y a lieu de mentionner un diagnostic relié lorsque le diagnostic principal est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 (codes Z), que ce diagnostic relié est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent.

Un séjour avec un diagnostic principal codé en Z sans diagnostic relié fait suspecter un oubli de d'enregistrement du diagnostic relié.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 46

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec un DP tel que la valeur = '1' dans le champ "ZAFFCHR" et sans DR
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 48
Intitulé : Nombre de séjours avec un diagnostic relié pour un diagnostic principal non Z

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les résumés avec un diagnostic relié renseigné et un diagnostic principal qui n'est pas un code Z.

Ce test vise à dépister l'enregistrement inapproprié d'un diagnostic relié.

II. Lecture – Interprétation

Il y a lieu de mentionner un diagnostic relié que lorsque le diagnostic principal est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 (codes Z).

Ce test dépiste les excès de codage de diagnostic relié dans les cas où le diagnostic principal n'est pas un code Z.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 48

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec un DP \neq Z et un DR renseigné (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 52
Intitulé : Nombre de séjours avec un GHM établissement et GHM GENRSA différents

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 52 recherche d'éventuelles divergences entre le groupage établissement et le groupage GENRSA.

Le test 52 dénombre et édite les résumés avec un GHM établissement et GENRSA différent.

II. Lecture – Interprétation

Le groupage dans l'établissement doit être identique au groupage réalisé par le logiciel GenRSA.

Si le groupage établissement est utilisé pour émettre la facture, il est alors probable que le GHS facturé ne corresponde pas au GHS du RSA.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 52

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec un GHM établissement \neq GHM de GENRSA
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 54
Intitulé : Nombre de séjours avec un codage non conforme des IVG et des ITG

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 54 dénombre les résumés avec un diagnostic principal O04.– *Avortement médical* et sans code Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* ou O28.– *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* en diagnostic associé.

Ce test évalue le respect de la règle concernant le codage des IVG et des ITG avant 22 semaines.

II. Lecture – Interprétation

Le codage d'un avortement médical doit s'accompagner d'un code supplémentaire visant à préciser s'il s'agit d'une IVG (Z64.0) ou d'un avortement thérapeutique (O28.-).

Un résumé qui présente un code de la CIM-10 d'avortement médical (O04.-) sans code marqueur d'IVG (Z64.0) ni code marqueur d'un avortement thérapeutique (O28.-) est porteur d'un défaut de qualité de type information manquante.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 54

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un DP = O04.- sans codes Z64.0 ou O28.- en DA (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 55.1-55.2-55.3
Intitulé : Pourcentage de séjours avec utilisation d'un code père en diagnostic principal, en diagnostic relié ou en diagnostic associé alors qu'existent des codes CIM-10 étendus

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ces tests calculent le rapport du nombre de séjours avec utilisation d'un code père autorisé de la CIM-10 sur le nombre de séjours avec utilisation d'un code père ou d'un code fils en diagnostic principal, en diagnostic relié ou en diagnostic associé. Ce rapport est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues. Ces tests ne sont fonctionnels que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

Les qualités "Père - Fils" sont répertoriées dans la table DiagInfo, champ "CodExt".

Ce test vise à évaluer le taux d'utilisation des codes étendus de la CIM-10 créés pour le PMSI.

II. Lecture – Interprétation

Le codage des diagnostics doit utiliser les codes les plus précis possible de la CIM-10. En cas de création de code extension de la CIM-10, il est préférable d'utiliser les codes extensions que les codes pères.

Une sous utilisation des extensions CIM-10 correspond à l'utilisation d'un codage moins précis et donc à une qualité moindre.

III. Caractéristiques techniques

Tests n° 55.1, 55.2 et 55.3

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP (test 55.1), DR (test 55.2) ou DA (test 55.3) tel que la valeur = "1" dans le champ "CODEXT"
Dénominateur : nombre de RSA avec DP (test 55.1), DR (test 55.2) ou DA (test 55.3) avec valeur = 1 ou 2 dans le champ "CODEXT"
Table utilisée : Diaginfo
Référence : toutes catégories d'établissements confondues
Alerte : si résultat > 95 ° p. de la valeur de référence



N° du test : 60
Intitulé : Pourcentage de séjours avec un code T d'intoxication en diagnostic associé

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le rapport du nombre de résumés avec un code "T" d'intoxication en diagnostic associé au nombre de résumés avec un code "T" d'intoxication en diagnostic principal ou en diagnostic associé. Ce rapport est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

Les codes "T" d'intoxication sont répertoriés dans la table DiagInfo, champ "TIntox".

Ce test vise à évaluer le respect de la règle sur le codage des intoxications médicamenteuses.

II. Lecture – Interprétation

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires doit utiliser les catégories T36 à T50 *Intoxications par des médicaments et des substances biologiques*. En cas d'hospitalisation pour intoxication accidentelle ou volontaire, c'est donc le code diagnostique des catégories T36-T50 qui doit être mis en diagnostic principal et non la manifestation.

Si l'établissement a un pourcentage élevé de code T d'intoxication en diagnostic associé, il est alors probable que la règle du PMSI recommandant le codage des intoxications n'est pas appliquée.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 60

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 2
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec DA avec valeur = 1 champ "TINTOX"
Dénominateur : nombre total de RSA avec un code en DP ou DA tel que la valeur = 1 dans le champ "TINTOX" (au moins 30 RSA)
Table utilisée : DiagInfo
Référence : toutes catégories d'établissements confondues
Alerte : si résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence



N° du test : 61
Intitulé : Nombre de séjours avec une durée de séjour inférieure à 5 jours avec diagnostic principal « coma » et code T d'intoxication en diagnostic associé

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un code coma (catégorie R40.–) en diagnostic principal et un ou plusieurs codes T d'intoxication en diagnostic associé et d'une durée de séjour inférieure à 5 jours.

La borne de 5 jours n'a aucune valeur normative et ne signifie certainement pas qu'il est licite de coder le coma en diagnostic principal au-delà de cette valeur. Pour le codage des intoxications, on se référera au *Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale*.

Les codes T d'intoxication sont répertoriés dans la table DiagInfo, champ "TIntox", valeur 1.

Ce test vise à évaluer le respect de la règle sur le codage des intoxications accidentelles ou volontaires.

II. Lecture – Interprétation

En cas d'hospitalisation pour intoxication accidentelle ou volontaire, c'est généralement le code diagnostique issu des catégories *T36-T50 Intoxications par des médicaments et des substances biologiques* qui doit être mis en diagnostic principal et non la manifestation. En cas de coma dû à l'intoxication par psychotrope, l'anomalie la plus fréquente consiste à coder le coma en diagnostic principal et l'intoxication en diagnostic associé alors que le coma est une composante habituelle du tableau clinique liée à l'intoxication.

Si l'établissement a des séjours avec une durée inférieure à 5 jours avec un diagnostic « coma » et code T d'intoxication en diagnostic associé, il est alors possible que la règle du PMSI recommandant le codage des intoxications ne soit pas appliquée.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 61
Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec durée < 5 jours, un code en DP qui commence par R40 et un code en DA tel que la valeur = 1 dans le champ "TINTOX"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 62 - 63
Intitulé : Nombre de séjours avec une prestation interétablissement effectuée ou demandée

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le test 62 calcule le nombre de résumés avec mode d'entrée et mode de sortie égal à 0. Il s'agit donc du nombre de résumés codés par l'établissement ayant effectué la prestation interétablissement.

Le test 63 calcule le nombre de résumés ayant en DA un code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte*. Il s'agit donc du nombre de séjours pour lesquels une prestation dans un autre établissement a été demandée.

Ces tests vérifient le bon usage des règles concernant les prestations inter-établissements.

II. Lecture – Interprétation

Les prestations interétablissements désignent les situations dans lesquelles un établissement a recours au plateau technique d'un autre établissement pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même. L'établissement prestataire produit, si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, un résumé de sortie dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » et l'établissement demandeur enregistrera un code Z75.80 en diagnostic associé pour le séjour durant lequel une prestation interétablissement a été demandée.

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement est connu pour effectuer des prestations de moins de 48 heures pour le compte d'autres établissements et que le résultat du test 62 est proche de 0, alors il est probable que la règle du PMSI recommandant le codage des modes d'entrée et de sortie à 0 n'est pas appliquée.

Si l'établissement est connu pour confier à un établissement extérieur le soin d'effectuer certaines prestations et que le résultat du test 63 est proche de 0, alors il est probable qu'il n'applique pas la règle du PMSI recommandant la mention du code Z75.80 en diagnostic associé.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 62 et 63

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec un mode d'entrée et de sortie = 0 ou avec un code en DA = Z75.80.
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : sans objet



N° du test : 64
Intitulé : Nombre de séjours d'une durée inférieure ou égale à un jour avec entrée et sortie par transfert

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'une durée de séjour inférieure ou égale à un jour ayant les modes d'entrée et de sortie par transfert en MCO.

Ce test vérifie le bon usage des règles concernant les prestations interétablissement.

II. Lecture – Interprétation

Les prestations interétablissements désignent les situations dans lesquelles un établissement a recours au plateau technique d'un autre établissement pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même. En cas de réalisation d'une prestation interétablissement pour un autre établissement, si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation un RSS est produit pour lequel les modes d'entrée et de sortie doivent être codés « 0 ».

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement est connu pour confier à un établissement extérieur le soin d'effectuer certaines prestations et que le résultat du test 64 est supérieur de 0, alors il est possible qu'il n'applique pas la règle du PMSI concernant les prestations interétablissements.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 64

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Numérateur : nombre de RSA avec durée ≤ 1 , mode d'entrée et de sortie = 7, provenance et destination = 1
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 66
Intitulé : Nombre de séjours de niveau Z, 1 ou 2 avec plus de 30 EXH

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le test 66 calcule le nombre de séjours avec plus de 30 EXH pour les GHM de niveau de sévérité 1/A, 2/B et Z (hors CM 90).

Ces tests vérifient le bon usage des règles le choix du diagnostic principal et diagnostic associé.

II. Lecture – Interprétation

Les séjours classés dans un GHM avec une borne haute bénéficient de journées EXH si la durée du séjour dépasse cette borne haute.

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a des séjours de niveau 1/A, 2/B ou Z avec plus de 30 EXH, alors il est possible que la règle du PMSI sur le choix du diagnostic principal et des diagnostics associés significatifs n'est pas appliquée afin de bénéficier d'une valorisation plus avantageuse.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 66

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un nombre de journée EXH > 30 parmi les séjours de niveau Z, 1/A, ou 2/B (hors CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 67
Intitulé : Pourcentage de séjours avec un code complication en diagnostic principal

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le test 67 calcule le pourcentage de séjours avec un code complication en diagnostic principal hors CM28 et CM90. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur à 30 séjours.

Les codes complications sont répertoriés dans la table DiagInfo, champ "Timprécis".

Ce test vérifie le bon usage des nouvelles règles de codage du diagnostic principal en cas de complication.

II. Lecture – Interprétation

Les codes du groupe T80–T88 doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM-10 n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication. Donc en cas d'admission pour une complication, le diagnostic principal utilisera en général un code selon la nature de la complication, le code de complication étant enregistré en diagnostic associé.

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a un pourcentage atypique de séjours avec un code complication en diagnostic principal, il est alors possible que la règle du PMSI sur le choix, en cas de complication, du diagnostic principal (un problème de santé qui a motivé l'admission dans l'unité médicale) ne soit pas appliquée.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 67

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur = 1 dans le champ "TIMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)
Dénominateur : nombre total de RSA (hors CM28 et hors CM90) (au moins 30 RSA par ES)
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : résultat ≥ 95 p de la référence



N° du test : 68 - 69

Intitulé : Pourcentage parmi les séjours médicaux de séjours dans les GHM
23M02Z Rééducation ou 23M16Z Convalescences et autres motifs sociaux

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 68 calcule le pourcentage de séjours d'hospitalisation complète du GHM 23M02Z *Rééducation* parmi les séjours médicaux.

Le test 69 calcule le pourcentage de séjours d'hospitalisation complète du 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux* parmi les séjours médicaux.

Ces tests vérifient le respect des règles concernant l'hospitalisation en court séjour pour de la rééducation ou de la convalescence.

II. Lecture – Interprétation

Toute hospitalisation dans le champ médecine, chirurgie et obstétrique d'un établissement de santé, avec ou sans hébergement doit donner lieu à la production d'un RSS constitué d'un ou plusieurs résumés d'unités médicale (RUM).

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a une activité en hospitalisation complète atypique dans les GHM 23M02Z *Rééducation* et 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*, alors il est possible que les règles sur la définition de l'hospitalisation en court séjour ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 68

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de RSA classés dans le GHM 23M02Z

Dénominateur : nombre de RSA avec un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M'

Table utilisée : GhmInfo

Alerte : si pourcentage égal ou supérieure à 95 % de la référence



Test n° 69

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA classés dans le GHM 23M16Z
Dénominateur : nombre de RSA avec un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M'
Table utilisée : GhmInfo
Alerte : si pourcentage égal ou supérieure à 95 % de la référence



N° du test : 70
Intitulé : Pourcentage de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le test 70 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour égale à 0 et sans acte hors CM 28 et CM90 sur le nombre de séjours avec une durée de séjour égale à 0 jour hors CM 28 et CM90. Ce rapport est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les séjours d'hospitalisation à temps partiel.

II. Lecture – Interprétation

Les soins pouvant être prodigués à un patient sur un mode « externe » (consultations et soins externes) ne doivent pas être confondus avec ceux qui requièrent une hospitalisation à temps partiel et ne doivent donc pas faire l'objet d'un résumé d'unité médicale (RUM).

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a une activité atypique en hospitalisation à temps partiel avec des séjours sans acte, alors il est possible que les règles sur l'hospitalisation à temps partiel ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 70

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec durée = 0 et nombre d'acte = 0 (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : nombre de RSA avec durée = 0 (hors CM28 CM90)
Table utilisée : sans objet
Alerte : si pourcentage supérieur ou égale à 95 % de la référence



N° du test : 71 - 73
Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Trois approches sont proposées.

Le test 71 sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90) et un acte qui correspond à la liste des actes qui ouvre droit à la facturation d'un forfait sécurité environnement (SE).

Le test 72 sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90) et un acte qui correspond à la liste des actes qui ouvre droit à la facturation d'un forfait petit matériel (FFM).

Le test 73 sélectionne les séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90) et un acte qui correspond à une liste d'actes pouvant être réalisés en externe.

Ces tests vérifient le respect des règles concernant les actes pouvant se réaliser en externe.

II. Lecture – Interprétation

« Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations et actes externes s'agissant des établissements de santé. » (Circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006)

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec des actes qui pourraient être effectués en externe, alors il est possible que les règles sur les « actes frontières » ne soient pas appliquées (tests 71 et 72).

III. Caractéristiques techniques

Test n° 71, 72 et 73

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec durée = 0 et un seul acte (sans anesthésie) tel que la valeur =1 dans le champ "SE" (test 71), "FFM" (test 72) ou "AUTRE" (test 73) (hors CM28 et hors CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : CCAMInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 74
Intitulé : Nombre de séjours avec confirmation de codage parmi les GHM concernés

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec une confirmation de codage.

Il vise à repérer des séjours atypiques en durée de séjour, d'où la confirmation de codage.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour. Un certain nombre de GHM demande une confirmation de codage quand la durée de séjour est atypique.

L'interprétation de ces tests ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a des séjours avec confirmation de codage, ces séjours sont atypiques en durée de séjour. Il est donc possible que les règles de codage ne soient pas appliquées.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 74

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA tel que confirmation de codage = 1 et la racine du GHM a la valeur = 1 dans le champ "CONF"
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : RacineInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 75 - 79

Intitulé : Pourcentage de séjours courts en fonction des niveaux (75-78) ou nombre de séjours courts parmi les GHM médicaux avec durée moyenne de séjour longue (79)

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description

Un séjour très court est défini comme un séjour de durée (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) de 1 ou deux jours au dessus de la borne basse et groupés dans un GHM de niveaux Z, 1/A, 2/B, 3/C ou 4/D ou les GHM de DMS supérieure ou égale à neuf jours. Cette définition est purement conventionnelle et n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

Le test 75 calcule le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse plus 1 ou 2 jours parmi les GHM de niveau 1/A ou Z (mode d'entrée ou de sortie différence de domicile, durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissements. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 10.

Les tests 76 à 78 calculent le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse plus 1 ou 2 jours parmi les séjours respectivement de niveau 2/B, 3/C ou 4/D (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissements. Ces tests ne sont fonctionnels que si le dénominateur est supérieur ou égal à 10.

Le test 79 dénombre les séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse plus 1 ou 2 jours parmi les GHM médicaux qui ont une DMS supérieure ou égale à 9 jours (hors CM28 et hors CM90).

Cette série de tests évalue l'importance des séjours très courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés.

II. Lecture – Interprétation

Pour chaque GHM une durée moyenne de séjour est calculée. Les séjours groupés dans ce GHM ont par construction une relative homogénéité en termes de durée de séjour. Les séjours « courts » sont atypiques par rapport à la durée de séjour habituelle des GHM.

Pour les GHM avec sévérité de niveau 2/B, 3/C ou 4/D un pourcentage élevé de séjours courts peut traduire un non respect des règles de codage des diagnostics associés.

Pour les GHM de durée de séjour supérieure à 9 jours un pourcentage élevé de séjours courts peut traduire un non respect des règles de codage du diagnostic principal ou des actes.

Pour les séjours de niveaux 1 ou Z avec entrée et sortie par transfert un pourcentage élevé ils peuvent traduire un non respect des règles de codage du diagnostic principal pour des séjours fractionnés entre plusieurs établissements.



III. Caractéristiques techniques

Test n° 75 (séjours courts parmi les séjours de niveau 1 ou Z)

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA tel que durée est dans l'intervalle [BINF+1, BINF+2], parmi les GHM de niveau A, 1 ou Z, mode d'entrée ou de sortie ≤ 8 , mode de sortie ≤ 9 , (hors CM28, hors CM90, durée > 1)
Dénominateur : nombre total de RSA parmi les GHM niveau A, 1 ou Z, mode entrée ou sortie ≤ 8 , mode de sortie ≤ 9 (hors CM28, hors CM90 et durée > 1) (au moins 10 RSA par ES)
Table utilisée : GhsInfo
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements

Test n° 76 (séjours courts parmi les séjours de niveau 2)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA tel que durée est dans l'intervalle [BINF+1, BINF+2], parmi les GHM de niveau 2 ou B, mode de sortie ≤ 9 , (hors CM28, hors CM90, durée > 1)
Dénominateur : nombre total de RSA parmi les GHM niveau 2 ou B, mode de sortie ≤ 9 (hors CM28, hors CM90 et durée > 1) (au moins 10 RSA par ES)
Table utilisée : GhsInfo
Alerte : sans objet

Test n° 77 (séjours courts parmi les séjours de niveau 3)

Fonction : repérage d'atypie, préparation du contrôle
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA tel que durée est dans l'intervalle [BINF+1, BINF+2], parmi les GHM de niveau 3 ou C, mode de sortie ≤ 9 , (hors CM28, hors CM90, durée > 1)
Dénominateur : nombre total de RSA parmi les GHM niveau 3 ou C, mode de sortie ≤ 9 (hors CM28, hors CM90 et durée > 1) (au moins 10 RSA par ES)
Table utilisée : GhsInfo
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements

Test n° 78 (séjours courts parmi les séjours de niveau 4)

Fonction : repérage d'atypie
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA tel que durée est dans l'intervalle [BINF+1, BINF+2], parmi les GHM de niveau 4 ou D, mode de sortie ≤ 9 , (hors CM28, hors CM90, durée > 1)
Dénominateur : nombre total de RSA parmi les GHM niveau 4 ou D, mode de sortie ≤ 9 (hors CM28, hors CM90 et durée > 1) (au moins 10 RSA par ES)
Table utilisée : GhsInfo
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissements



Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

Test n° 79 (séjours courts parmi les GHM médicaux avec une durée moyenne de séjour longue)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité

Valeur résultat : dénombrement de résumés (hors CM28 et hors CM90)

Numérateur : nombre de RSA tel que durée est dans l'intervalle [BINF+1, BINF+2], le GHM est tel que le champ "TGHM" = 'M' et le champ "TEST9" = 1 (hors CM90 et hors CM28)

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : GhmInfo

Alerte : sans objet



N° du test : 80
Intitulé : Nombre de séjours dans le GHM 15Z10E *Mort-nés* avec un âge en jours différents de 0

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test sélectionne les séjours dans un GHM 15Z10E *Mort-nés* avec un âge en jour différent de 0.

Il évalue la qualité du codage de l'âge pour les « séjours » d'enfant mort-né.

II. Lecture – Interprétation

Les « séjours » d'enfant mort-né ont une durée de séjour égale à 0.

Toute valeur différente de 0 signale donc une erreur, le plus probable étant une durée de séjour erronée.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 80

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un GHM = 15Z10E *Mort-nés* et âge en jour $\neq 0$
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 81
Intitulé : Nombre de séjours de nouveau-né avec une incohérence âge gestationnel / poids de naissance

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test sélectionne les séjours de nouveau-né avec un âge gestationnel et un poids de naissance incohérent (si âge en jours = 0).

Il vise à évaluer la qualité du codage de l'âge gestationnel et du poids de naissance.

II. Lecture – Interprétation

Selon l'âge gestationnel il est possible de déterminer un poids de naissance habituel des nouveau-nés.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours de nouveau-nés pour lesquels le poids de naissance est inhabituel au vu de l'âge gestationnel sont considérés comme susceptibles d'être erronés soit sur l'âge gestationnel soit sur le poids de naissance. Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 81

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA vérifiant l'une des 4 situations d'incohérence et âge en jours = 0 (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0 en fonction des valeurs ci-dessous

Pour l'âge gestationnel de la mère, les valeurs doivent être comprises entre [22 et 44 SA].

Les 4 situations d'incohérence sont les suivantes :

Age gestationnel (SA)	Poids de naissance (g)	Décision
22-26 SA	≥ 1500 g	alerte
27-29 SA	≥ 2000 g	alerte
30-33 SA	≥ 3500 g	alerte
34-36 SA	≥ 4000 g	alerte
≥ 37 SA	< 1500 g	alerte



N° du test : 82
Intitulé : Pourcentage de séjours dans le GHM 23M20Z Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test calcule le rapport du nombre de séjours dans le GHM 23M20Z *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23* sur le nombre de séjours d'hospitalisation complète hors CM 28 et CM90. Ce rapport est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues.

Ce test vise à évaluer la qualité du codage du diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

Le codage des diagnostics doit utiliser les codes les plus précis possible de la CIM-10.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours dans le GHM 23M20Z *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23* ont un diagnostic principal peu précis. Un pourcentage élevé de séjours dans ce GHM signale une possibilité de non qualité dans le codage du diagnostic principal.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 82

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA dans le GHM 23M20Z
Dénominateur : nombre de RSA avec durée de séjour > 0 (hors CM28 et CM90)
Table utilisée : sans objet
Référence : tous établissements confondus
Alerte : si pourcentage supérieur ou égale à 95 % de la référence



N° du test : 83
Intitulé : Nombre de séjours d'accouchement en dehors de la CMD14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'accouchement en dehors de la catégorie majeure de diagnostics 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum*.

Il vise à évaluer la qualité du codage du diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

Un séjour pour accouchement utilise habituellement les codes O60 à O80 de la CIM-10 en diagnostic principal. Ces codes vont classer le séjour dans la catégorie majeure 14.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours avec un des codes de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé ou avec un acte d'accouchement et qui se retrouvent en dehors de la CMD14 sont une possibilité de non qualité dans le codage du diagnostic principal (en dehors de la chirurgie des CMD 01 et 08). Du fait des multi-RUM les accouchements réalisés pendant le même séjour qu'une intervention de chirurgie du système nerveux ou de l'appareil musculo-squelettique.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 83 :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA hors CMD 14 tel qu'un code en DA commence par "Z37"
(hors GHM tel que le champ TGHM = 'C' pour les CMD 01 et CMD 08)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : GHMinfo
Alerte : sans objet



N° du test : 84
Intitulé : Nombre de séjours avec diagnostic principal Z51.1, Z51.01 ou Z08 avec diagnostic relié non renseigné ou différent de cancer

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un diagnostic principal DP Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*, Z51.01 *Séance d'irradiation* ou Z08.– *Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne* avec un diagnostic relié non renseigné ou différent de cancer (code C00–C97 et D00–D09 de la CIM-10).

II. Lecture – Interprétation

En cas de chimiothérapie, de radiothérapie ou de surveillance pour cancer, celui-ci doit être codé en diagnostic relié.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours avec comme diagnostic principal Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*, Z51.01 *Séance d'irradiation* ou Z08.– *Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne* doivent donc avoir un diagnostic relié de cancer. Les séjours sans diagnostic relié ou avec un diagnostic relié différent de cancer sont une possibilité de non qualité dans le codage du diagnostic relié par oubli ou par erreur.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 84 :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP = (Z51.1, Z51.01 ou Z08) et un code en DR absent ou ne commençant pas par C00-C97 ou par D00-D09
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 85
Intitulé : Nombre de séjours d'accouchement sans code Z37 *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'accouchement sans code Z37.– *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé.

II. Lecture – Interprétation

La mention d'un des codes de la catégorie Z37 comme diagnostic associé est indispensable au classement dans un groupe homogène d'accouchement. En cas de séjour d'accouchement un code de la catégorie Z37 doit être enregistré dans les résumés de sortie. Les séjours avec accouchement doivent donc avoir un code Z37.– *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours avec actes d'accouchement (code CCAM JQGD ou JQGA) sans diagnostic associé de la catégorie des Z37 sont une possibilité de non qualité dans le codage des diagnostics associés.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 85

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un acte commençant par "JQGD" ou "JQGA" et absence de Z37 en DA (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 86
Intitulé : Nombre de séjours de nouveau-né avec acte sans diagnostic associé

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours de nouveau-né (Z38.– *Enfants nés vivant, selon le lieu de naissance*) en diagnostic principal avec acte sans diagnostic associé.

Il évalue la qualité du codage des diagnostics associés dans les séjours de nouveau-nés.

II. Lecture – Interprétation

Le fait que le séjour contienne un acte signifie qu'une prise en charge a été effectuée au cours du séjour en plus de la prise en charge habituelle d'un nouveau-né ; de ce fait un diagnostic associé est attendu.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours de nouveau-nés sans diagnostic associé de la catégorie des Z37 sont une possibilité de non qualité dans le codage des diagnostics associés à type d'oubli.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 86

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP commençant par Z38, un nombre d'acte ≥ 1 et pas de DA (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 87
Intitulé : Nombre de séjours avec actes chirurgicaux en doublons

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec des actes chirurgicaux habituellement isolés qui sont en doublons.

Il évalue la qualité du codage des actes en ce qui concerne leur nombre.

II. Lecture – Interprétation

Le fait que le séjour contienne un acte en doublon signifie que cet acte a été réalisé deux fois voire plus au cours du séjour.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours avec acte en doublons pour un acte habituellement réalisé de manière isolée sont une possibilité de non qualité dans le codage des actes.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 87 :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec au moins un acte tel que, pour cet acte, la valeur du champ "UNICHIR" ≥ 99 et nombre de réalisations de l'acte > 1 (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : CCAMinfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 88
Intitulé : Nombre de séjours d'accouchement sans acte

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'accouchement sans acte d'accouchement.

Il vise à évaluer la qualité du codage des actes dans les situations d'accouchement.

II. Lecture – Interprétation

Les actes doivent figurer dans le résumé d'unité médicale sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux (CCAM)*.

Les séjours d'accouchement sans acte d'accouchement sont une possibilité de non qualité dans le codage des diagnostics associés à type d'oubli de codage d'un acte.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 88

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DA commençant par Z37, sans acte commençant par "JQGD" ou "JQGA" (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 89
Intitulé : Nombre de séjours avec diagnostic principal requérant un acte et sans acte

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un diagnostic principal associé habituellement à un acte et sans acte.

Il vise à évaluer la qualité du codage des actes.

II. Lecture – Interprétation

Les actes doivent figurer dans le résumé d'unité médicale sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux (CCAM)*.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Certains diagnostics principaux sont très habituellement associés à un acte. Les séjours avec un diagnostic principal requérant un acte sans acte sont une possibilité de non qualité dans le codage des diagnostics associés à type d'oubli de codage d'un acte.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n°89

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur ≥ 99 dans le champ "DPACTE" (hors CM28 et CM90) et nombre d'acte = 0
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : DiagInfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 91
Intitulé : Nombre de séjours avec un acte activité 1 pour un geste complémentaire d'anesthésie

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un acte activité 1 pour un geste complémentaire d'anesthésie.

Il vise à évaluer la qualité du codage des actes d'anesthésie complémentaire.

II. Lecture – Interprétation

Les actes doivent figurer dans le résumé d'unité médicale sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM). Les règles d'utilisation de la CCAM sont précisées dans un *Guide de lecture et de codage* propre à cette nomenclature, publié au Bulletin officiel.

Un acte avec anesthésie complémentaire donné ne permet la mention que de l'un des 7 codes d'anesthésie complémentaire cités ci-dessus : la combinaison autorisée est fixée dans une table :

ZZLP025 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1*
ZZLP030 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 2*
ZZLP054 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3*
ZZLP042 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4*
ZZLP008 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 5*
ZZLP012 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 6*
AFLB010 *Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse*
GELE001 *Intubation trachéale par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier, au cours d'une anesthésie générale*
FELF001 *Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale*
AALF002 *Perfusion peropératoire de protection du parenchyme encéphalique, au cours d'une intervention avec CEC*

Le code Phase de ces gestes complémentaires est toujours 0, le code Activité à utiliser toujours 4 *Anesthésiste réanimateur* ou 5 *Surveillance d'une CEC*.

Les séjours avec un acte activité 1 pour un geste complémentaire d'anesthésie sont une possibilité de non qualité dans le codage des actes par non respect de règles d'utilisation de la CCAM. Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.



III. Caractéristiques techniques

Test n° 91

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA avec au moins un acte tel que le code activité = 1 et la valeur = '1' dans le champ "GESTCOMP" (hors CM 28 et CM 90)
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : CCAMinfo
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 92
Intitulé : Pourcentage de séjours avec EXB

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test calcule le ratio des séjours avec EXB sur le nombre de séjours d'hospitalisation complète (durée de séjour > 0 hors CM28 et CM90).

Il évalue la qualité de l'enregistrement de la durée de séjour.

II. Lecture – Interprétation

Les séjours qui ont une durée de séjour inférieure à une borne basse sont mis en extrême bas EXB avec une valorisation moindre.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a un pourcentage atypique de séjours avec EXB, il existe une possibilité de non qualité dans la durée de séjour. Il est également possible que ce soit des séjours qui auraient pu se trouver à un niveau de sévérité inférieur.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 92 :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA en EXB et durée de séjour > 0 (hors CM28 et CM90)
Dénominateur : nombre de RSA avec durée de séjour > 0 (hors CM28 et CM90)
Table utilisée : sans objet
Référence : tous établissements confondus
Alerte : si ≥ 95 p de la référence



N° du test : 93
Intitulé : Nombre de séjours pour un GHM de mort né avec une durée de séjour différente de 0

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours pour un GHM 15Z10E *Mort-nés* avec une durée de séjour différente de 0.

Il évalue la qualité de l'enregistrement de la durée de séjour.

II. Lecture – Interprétation

Les enfants mort-nés donnent lieu à la production d'un résumé d'unité médicale. L'enregistrement du diagnostic principal doit employer le code de la CIM-10 P95 *Mort fœtale de cause non précisée* qui comprend *Fœtus mort-né SAI* et *Mort-né SAI*, à l'exclusion de tout autre. La durée de séjour dans une telle circonstance est de 0 jour.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Les séjours d'enfant mort-né avec une durée de séjour différente de 0 sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement de la durée de séjour ou éventuellement du diagnostic principal.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 93 :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA tel que GHM = 15Z10E et durée de séjour \neq 0
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA $>$ 0



N° du test : 94 et 95
Intitulé : Absence de séjour avec supplément réanimation ou néonatalogie et autorisation

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ces tests signalent l'autorisation de réanimation et de néonatalogie dans le fichier des unités médicale et l'absence de supplément réanimation (test 94) ou néonatalogie (test 95).

Ils évaluent la qualité de l'information dans le fichier IUM des unités médicales.

II. Lecture – Interprétation

Le fichier des unités médicales recense les autorisations des établissements en particulier pour la réanimation et la néonatalogie.

L'absence de supplément de réanimation ou de néonatalogie en cas d'autorisation enregistrée dans le fichier des unités médicales représente une possibilité de non qualité dans l'enregistrement des autorisations dans ce fichier des unités médicales.

Le fichier des unités médicales peut donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une demande de correction auprès de l'ARH - ARS.

III. Caractéristiques techniques

Tests n° 94 et 95

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA tel que (supplément réanimation adulte > 0 ou supplément réanimation pédiatrie > 0) et un finess tel que la valeur = 1 dans le champ "REP" ou dans le champ "REA" (hors CM28 et CM90) → test 94
nombre de RSA tel que (supplément NN1 > 0 ou supplément NN2 > 0 ou supplément NN3 > 0) et un finess telle que la valeur = 1 dans le champ "NN" (hors CM28 et CM90) → test 95
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : Etabinfo
Alerte : si nombre de RSA avec supplément = 0 et autorisation dans le fichier IUM



N° du test : 96 et 97

Intitulé : Nombre de séjours de neurochirurgie ou de chirurgie cardiaque et autorisation non connue

Type : repérage d'atypie

Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ces tests dénombrent les séjours de neurochirurgie ou de chirurgie cardiaque en cas d'autorisation non connue dans la Statistique annuelle des établissements (SAE).

Les séjours sont considérés pour ce test « de neurochirurgie soumise à autorisation » s'ils sont dans les racines de GHM :

01C03 *Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans*

01C04 *Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans*

01C09 *Pose d'un stimulateur cérébral*

01C10 *Pose d'un stimulateur médullaire*

01C11 *Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans*

01C12 *Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans*

Les séjours sont considérés pour ce test « de chirurgie cardiaque soumise à autorisation » s'ils sont dans les racines de GHM :

05C02 *Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie*

05C03 *Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie*

05C04 *Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie*

05C05 *Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie*

05C06 *Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle*

05C07 *Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle*

Ces tests évaluent à repérer des séjours dans une activité non autorisée pour l'établissement.

II. Lecture – Interprétation

L'activité de neurochirurgie ou de chirurgie cardiaque est soumise à une autorisation de la part de l'ARH – ARS. Ces autorisations sont enregistrées dans la SAE.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné et des autorisations.

L'existence d'une activité de neurochirurgie ou d'une activité de chirurgie cardiaque en l'absence d'autorisation enregistrée dans la SAE représente une possibilité d'activité sans autorisation. Cependant l'autorisation peut être récente est non indiquée dans la SAE diffusée.



Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI.

III. Caractéristiques techniques

Test :

Fonction : recherche d'atypies

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que le GHM commence par 01C03 ou 01C04 ou 01C09 ou 01C10 ou 01C11 ou 01C12 et un finess tel que la valeur = 0 dans le champ NEURO → test 96

nombre de RSA tel que le GHM commence par 05C02 ou 05C03 ou 05C04 ou 05C05 ou 05C06 ou 05C07 et un finess tel que la valeur = 0 dans le champ CARDIO → test 97

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : Etabinfo

Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 98
Intitulé : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement

Type : repérage d'atypie
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours d'hospitalisation multiples pour un même patient dans une même entité juridique avec une date d'entrée qui est égale à un jour près à la date de sortie du séjour précédent.

Il repère les séjours qui se suivent pour un même patient dans la même entité juridique.

II. Lecture – Interprétation

Une absence provisoire du patient dite permission n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le résumé d'unité médicale. De même une mutation vers une autre unité de soins de courte durée de la même entité juridique, ne doit pas faire clore le résumé d'unité médicale.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Le fait qu'un séjour commence à la date de sortie d'un séjour précédent pour le même patient fait suspecter que le patient a été muté dans un établissement géographique d'une même entité juridique ou que le même séjour a été fractionné ou que les règles des permissions ou des prestations inter-établissements n'ont pas été respectés.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI ou d'un contrôle.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 98 :

Fonction : recherche d'atypie
Valeur résultat : dénombrement
Numérateur : nombre de RSA tel que date d'entrée = date de sortie ou date de sortie + 1 du séjour précédent pour un même patient dans le même établissement (hors CM28 et CM90 et durée ≥ 1 jour).
Dénominateur : sans objet
Table utilisée : sans objet
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 99
Intitulé : Pourcentage de séjours avec un code CMA en diagnostic principal

Type : amélioration de la qualité
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de séjours avec un code CMA en diagnostic principal (hors CM28 et CM90). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée sur la base nationale. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

II. Lecture – Interprétation

Le diagnostic principal est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), déterminé à la sortie de l'UM.

L'interprétation de ce test ne peut se faire qu'à la lumière d'une bonne connaissance de l'activité de l'établissement concerné.

Si l'établissement a un pourcentage atypique de séjours avec un code complication en diagnostic principal, il est alors possible que la nouvelle règle du PMSI sur le choix du diagnostic principal ne soit pas appliquée.

Les séjours sélectionnés peuvent donc faire l'objet d'une vérification et le cas échéant d'une correction au moment de la transmission des données PMSI ou d'un contrôle.

III. Caractéristiques techniques

Test n° 98 :

Fonction : amélioration de la qualité
Valeur résultat : pourcentage
Numérateur : nombre de RSA avec un code en diagnostic principal tel que la valeur dans le champ "CMA" est > 1 (hors CM28 et hors CM90)
Dénominateur : Nombre total de RSA (hors CM28 et hors CM90) (au moins 30 RSA par ES)
Table utilisée : Diaginfo
Alerte : résultat \geq 95p de la référence



Annexes

Sigles utilisés

ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM-10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version
CMA	Comorbidité associée
Datim	Détection des atypies de l'information médicale
DMS	Durée moyenne des séjours
DA	Diagnostic associé
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
MCO	Médecine chirurgie et obstétrique
MT2A	Mission tarification à l'activité
PMSI	Programme de médicalisation de l'information médicale
RSA	Résumé de sortie anonyme
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suites et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
/	Par



Tables de références pour DATIM 2010

GHMINFO

GHM	N° du GHM	
CMA	GHM de niveau 2 ou 3	(1 : OUI ; 0 : NON)
CMAS	GHM de niveau 4	(1 : OUI ; 0 : NON)
TGHM	Type du GHM	(C : chirurgical; M : médical; X : autre)
CMD	CMD associée au GHM	
TARIF	Tarif du GHS	NC (initialisée à 0) – non utilisée
DMS	Durée moyenne de séjour nationale trimée (méthode EMT)	Calcul pour exDg/ exOQN, étab. soumis à T2A seulement
PCTDC	Taux de décès national	Calcul pour exDg/ exOQN
MAGE	Age moyen	Calcul pour exDg/ exOQN
BINF	Borne basse (exb)	Non utilisée – voir table GHSInfo
BSUP	Borne haute (exh)	Non utilisée – voir table GHSInfo
DSATYP	Durée moyenne de séjour atypique (= durée moyenne de séjour nationale / 3)	Calcul pour exDg/ exOQN
TEST9	DMS du GHM > = 9 jours	(1 : OUI ; 0 : NON) Calcul pour exDg/ exOQN
BPCDC	Variable calculée selon le taux national de décès par GHM	Non utilisée dans le calcul des tests

RACINEINFO

RACINE	Racine du GHM	
PCTDC	Taux de décès national	Calcul pour exDg/ exOQN
CONF	Confirmation de codage nécessaire pour cette racine*	(1 : OUI ; 0 : NON)
AGE2	Effet de l'âge pour les moins de 2 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
AGE69	Effet de l'âge pour les plus de 69 / 79 ans	(1-3 : OUI pour les plus de 69 ans ; 2-4-6 : OUI pour les plus de 79 ans ; 0 : NON)

* : Pour de plus amples informations, consulter la page Internet suivante : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002500021FF>

DIAGINFO

DIAG	Code Cim10 du diagnostic	Avec extension éventuelle
RARE	Caractère peu fréquent du diagnostic	(1 : OUI ; 0 : NON)
DPCHIR	Diagnostic associé à un acte opératoire	(0 : NON ; 60 à 100 : % d'association avec un acte opératoire)
DAGUE	Diagnostic dague nécessitant obligatoirement un code astérisque	(1 : OUI ; 0 : NON)
SEXD	Diagnostic incompatible avec un sexe	(1 : diagnostic uniquement chez l'homme ; 2 : diagnostic uniquement chez la femme ; 0 : pas d'incompatibilité)
CL1V	Diagnostic improbable pour un âge <= 28 jours	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL2V	Diagnostic improbable pour un âge > 28 jours et < 1 an	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL3V	Diagnostic improbable pour un âge compris 1 et 9 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL4V	Diagnostic improbable pour un âge compris 10 et 19 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL5V	Diagnostic improbable pour un âge compris 20 et 64 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
CL6V	Diagnostic improbable pour un âge >= 65 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
ZINHAB	Diagnostic Z inhabituel en DP	(0 : RAS ; 1 : INHABITUEL ; 2 : LIMITE)
IMPRECIS	Imprécision du diagnostic	(0 : RAS ; 1 : IMPRECIS ; 2 : TRES IMPRECIS)
ZAFFCHR	Code Z généralement associé à une affection chronique ou de longue durée	(1 : OUI ; 0 : NON)
CODEXT	Code Cim10 concerné par une extension	(0 : RAS ; 1 : PERE ; 2 : FILS)
CODSEQ	Code représentant une séquelle	(1 : OUI ; 0 : NON)
TIMPRECIS	Codes T (complication) imprécis ne devant pas être utilisés en DP	(1 : OUI ; 0 : NON)
TINTOX	Code d'intoxication	(1 : OUI ; 0 : NON)
CMA	Code considérée comme une complication de niveau 2, 3 ou 4	(2, 3 ou 4 : OUI ; 0 : NON)
DPACTE	Diagnostic associé à un acte	(-1 OU 0 : NON ; > 0 à 100 : % d'association avec un acte)
DGCPT669	Diagnostic compatible avec la racine 23C02	(1 : OUI ; 0 : NON)



GHSINFO

NUMGHS	Numéro du GHS	
TEST44	GHS avec valorisation élevée (GHS retenu pour le test 44)	(1 : OUI ; 0 : NON)
BINF	Borne basse (exb)	Arrêté tarif 2009 exDg/ exOQN
BSUP	Borne supérieure (exh)	Arrêté tarif 2009 exDg/ exOQN

CCAMINFO

ACTE	Acte CCAM	
FFM	Acte FFM (forfait de petit matériel)	(1 : OUI ; 0 : NON)
SE	Acte SE (sécurité environnement)	(1 : OUI ; 0 : NON)
AUTRES	Autres actes externes	(1 : OUI ; 0 : NON)
UNICHIR	Acte réalisé une fois durant le séjour	% de séjours où l'acte opératoire est réalisé qu'une fois au cours du séjour (-1 si non concerné)
ACTEINCPT	Acte incompatible	Affichage de l'acte incompatible (si vide = pas d'incompatibilité particulière)
GESTCOMP	Geste complémentaire d'anesthésie	(1 : OUI ; 0 : NON)

ETABINFO (exDG ou exOQN)

FINESS	Finess	
NEURO	Autorisation neurochirurgie	(1 : OUI ; 0 : NON)
CARDIO	Autorisation chirurgie cardiaque	(1 : OUI ; 0 : NON)
REA	Autorisation réanimation adulte	(1 : OUI ; 0 : NON)
REP	Autorisation réanimation pédiatrique	(1 : OUI ; 0 : NON)
NN	Autorisation néonatalogie (NN1,NN2 ou NN3)	(1 : OUI ; 0 : NON)
SSR	Unité SSR	(1 : OUI ; 0 : NON)
PSY	Unité PSY	(1 : OUI ; 0 : NON)
SLD	Unité SLD	(1 : OUI ; 0 : NON)

* : Pour des raisons de confidentialité, cette table ne sera pas diffusée.