



## **EVOLUTION DU CODAGE DES DIAGNOSTICS ENTRE LA VERSION 10 ET LA VERSION 11 DES GHM**

**AGENCE TECHNIQUE  
DE  
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION**



## Sommaire

<i>Synthèse de l'étude</i> .....	5
<i>Introduction</i> .....	8
<b>1. Evolution de la définition du diagnostic principal</b> .....	9
<b>2. Méthodologie</b> .....	10
2.1. Sélection des données .....	10
2.2. Lecture de RSA .....	11
<b>3. Présentation des chapitres de la CIM</b> .....	12
<b>4. Résultats</b> .....	14
4.1. Analyse de l'évolution du codage en fonction des chapitres de la CIM.....	14
4.2. Analyse des catégories de la CIM .....	17
4.3. Synthèse de l'analyse des catégories de la CIM.....	34
<b>5. Validation du nouvel algorithme de choix du DP</b> .....	35
5.1. Les cas où le choix algorithmique est « invalidé ».....	36
5.2. Les cas qui méritent d'être commentés .....	38
5.3. Résultats .....	38
<b>6. Conclusion</b> .....	39
<i>Annexe 1 : définition du diagnostic principal pour la V10 des GHM</i> .....	42
<i>Annexe 2 : définition du diagnostic principal pour la V11 des GHM</i> .....	43
<i>Annexe 3 : DR du GHM de chimiothérapie pour affections non tumorales</i> .....	44



## Evolution du codage des diagnostics Entre les versions 10 et 11 des GHM

La synthèse ci-dessous reprend une partie de l'introduction, le résultat des travaux et une partie de la conclusion. Elle n'apporte donc aucune information au lecteur qui a l'intention de lire l'étude complète.

### Synthèse de l'étude

La définition du diagnostic principal a été modifiée dans le cadre de la version 11 (V11) de la classification des GHM (groupe homogène de malade). L'impact de cette modification a été très difficile à mesurer sur des données codées pour la version 10 des GHM. L'autre grand chantier de la V11 est celui des complications et morbidités associées (CMA) dont la liste a été complètement revue. Dans tous les pays qui ont un financement des hôpitaux basé sur un codage de données médicalisées, le passage d'un effet non classant (pas d'influence sur les recettes) à un statut de donnée classante (modification éventuelle des recettes), entraîne une augmentation de ces codes très difficile à mesurer lorsqu'on fait des simulations sur des fichiers construits avant ces modifications.

Le suivi très attentif des remontées de données dès le mois d'avril 2009 était focalisé sur le codage des diagnostics associés dans la mesure où les conséquences financières d'un surcodage pour obtenir un tarif correspondant à des niveaux 3 ou 4 de sévérité étaient une crainte des payeurs et donc de ceux qui sont responsables du suivi des dépenses de l'assurance maladie.

Le taux de GHM de niveaux 3 et 4 s'est avéré légèrement supérieur aux simulations faites sur des données codées en V10 pour les établissements recevant habituellement des patients lourds. On peut expliquer ce résultat un peu plus élevé par le respect de nouvelles règles, notamment pour les séjours présentant des complications en cours d'hospitalisation. Dans le cadre de la V10, une complication plus lourde que le motif d'hospitalisation pouvait être choisie comme diagnostic principal, ce qui n'est plus le cas dans la version 11. Néanmoins, le classement d'un séjour dans un GHM de niveau 3 ou 4 ne représente pas obligatoirement une tarification plus élevée qu'en version 10. Dans la version 10, le séjour était classé dans une racine de GHM (activité médicale sans les niveaux de sévérité) plus lourde, mais éventuellement « sans CMA » (équivalence du niveau 1) ; dans la version 11, le séjour est classé dans une racine de GHM souvent plus légère avec une sévérité liée à la complication (en général de niveau 3 ou 4).

Le corps du rapport concerne une analyse détaillée de l'évolution du codage entre 2008 et 2009 sur les différents types de diagnostics en déconnectant l'étude de tout effet sur le financement. L'étude est faite au niveau des catégories de la Classification internationale des maladies (CIM) et non au niveau le plus fin du codage (12 000 codes). Les principaux résultats sont les suivants :

- En position de diagnostic principal (DP)

Les modifications observées, avec un écart supérieur à 20% pour un effectif d'au moins 1 000 RSA, recouvrent trois réalités différentes : l'augmentation de volume (par exemple la grippe), l'adaptation à la nouvelle définition du DP (baisse des complications repérables en tant que telles) et adaptation à l'utilisation de DP « imposé » pour un certain nombre de séjours très spécifiques (polysomnographie par exemple).

- En position de diagnostic relié (DR)

La plupart des catégories affichent un écart négatif dont la première cause est le transfert d'un code vers la catégorie majeure des séjours en séances (CMD 28) exclue de cette étude. La baisse du taux de DR pour des affections qui ne répondent pas à sa définition indique une meilleure

compréhension de son rôle qui ne peut concerner que des maladies chroniques, de longue durée ou des états permanents. Ceux qui ont un écart positif correspondent à de nouvelles consignes de codage.

- En position de diagnostic associé (DA)

Les modifications observées sont de loin les plus importantes. Comme des écarts positifs sont rencontrés aussi bien pour des catégories avec CMA que pour des catégories sans CMA, on peut relier ce phénomène à une amélioration du codage. Cette augmentation est plus quantitative que qualitative dans la mesure où on trouve de nombreux codes qui ne répondent pas toujours à la définition des DA. L'amélioration est toujours plus marquée quand la catégorie contient au moins un code qui est une nouvelle CMA avec des effectifs un peu plus importants pour les codes les plus « fragiles » (manque de définitions ou de traces objectives dans un dossier médical). Le suivi régulier des remontées de données tout au long de l'année 2009 a permis de repérer ceux qui pouvaient bénéficier de consignes de codage permettant une meilleure maîtrise de leur utilisation.

Les représentants des départements d'information médicale (DIM) avaient demandé d'assouplir la définition du diagnostic associé et de mettre de l'expertise dans le groupeur pour contrer le surcodage médicoéconomique ; l'analyse détaillée d'un certain nombre de catégories montre toute la difficulté de réalisation d'un tel système expert qui ne pourrait être mis en œuvre que lorsque tous les champs seraient couverts pour ne pas générer des injustices alors qu'il faudrait de très nombreuses années pour arriver au bout du sujet.

Il est évident que les analyses faites dans cette exploration se sont limitées à quelques sujets et que les travaux pourraient se poursuivre pendant quelques mois pour comprendre la totalité des variations, or cette étude est d'abord destinée aux médecins qui ont besoin de comprendre rapidement comment interpréter les modifications du case-mix 2009 en version 11 des GHM. Il est donc plus important d'être réactif sur les sujets les plus évidents plutôt qu'exhaustif sur l'ensemble des modifications observées. C'est parce que le texte proposé est d'abord destiné à des médecins que le contenu est volontairement plus médical que dans les rapports habituels de l'ATIH.

Les objectifs de cette étude étaient :

- de montrer que l'évolution du codage est suivie au plus près de la réalité et qu'il est possible de comprendre la quasi totalité des variations constatées ;
- de vérifier que les nouvelles règles et consignes de codage sont globalement appliquées ;
- d'évaluer sur quels éléments portent les nouvelles pratiques de codage : diagnostic principal, relié ou associé.

**Sur le premier point**, il faut noter qu'il est plus facile de suivre au plus près les remontées de données du secteur ex-DGF parce que ses recettes sont conditionnées par l'envoi des résumés de séjour (RSA), ce qui n'est pas le cas du secteur ex-OQN qui donne la priorité aux factures sur l'envoi des RSA. Il est difficile d'évaluer la conséquence de ce décalage sur l'étude, mais elle est probablement amortie par une plus grande standardisation de l'activité du secteur privé, ce qui assure une bonne représentativité des types de séjours malgré un effectif inférieur à ce qu'il devrait être si le retard était identique dans chaque secteur.

**Pour le deuxième point**, on peut dire que les nouveautés de la V11 ont été plutôt bien assimilées. La modification de la définition du diagnostic principal est difficile à mettre en évidence, mais les codes de complications de traitement sont bien en baisse dans les diagnostics principaux, ce qui est conforme au fait qu'une complication qui intervient en cours de séjour ne peut plus être un diagnostic principal. Une lecture attentive des séjours multi-unités montre que l'algorithme de choix automatique du diagnostic principal donne de bons résultats.

**Pour le troisième point**, on constate tout d'abord une augmentation globale du codage d'abord quantitative puisque de nombreux codes sans effet sur la valorisation ont des taux d'augmentation significatifs ; elle est également qualitative pour de nombreux codes qui sont devenus des CMA dans la V11. S'il est évident que quelques codes ont été utilisés au-delà de ce qui était estimé dans les simulations effectuées sur des données de 2007, il n'y a pas de preuve évidente de « surcodage », néanmoins, il a été jugé utile d'écrire des consignes destinées à limiter l'usage de certains codes et

elles ont été mises en application dès 2010. On rappelle ici que des codes qui ont un effet CMA accentué peuvent faire référence à des objectifs de qualité des soins dans le cadre des objectifs de QUALHAS (surveillance de l'état cutané pour la prévention des escarres, recueil du poids et de la taille pour la prévention des malnutritions) : quand on recherche plus, on trouve plus.

Il est clair que l'exploration statistique et la lecture des RSA montrent que si on observe des modifications qui peuvent justifier la recherche d'une cause, il n'y a aucune raison de penser que l'augmentation globale du nombre de codes est la conséquence d'une recherche de recettes supplémentaires qui ne peut être mise en évidence que par un contrôle sur site ; il s'agit d'abord du résultat d'un électrochoc sur l'activité de codage à l'occasion d'une version des GHM qui comporte beaucoup de nouveautés appliquées dans le cadre d'une TZA à 100% sur la partie activité médicale.

Un autre enseignement qui peut être tiré de cette étude, c'est le taux d'augmentation de codage (estimé autour de 30%) pour une information qui devient valorisante (nouvelle CMA par exemple,) sans être pour autant en surcodage. Par ailleurs, le codage évolue régulièrement à la hausse parce que le codage destiné au financement ne peut que s'améliorer et le vieillissement de la population ne peut qu'augmenter le nombre de diagnostics associés.

Il faut probablement refaire très vite le calcul des critères CMA sur une base de données codées en version 11 pour voir comment évoluent ces critères afin de proposer des adaptations permettant de conserver un bon degré de confiance dans une classification des GHM qui a pu générer des craintes du fait de l'augmentation du nombre des niveaux de sévérité et des tarifs affectés aux niveaux les plus élevés. Il n'y a pas de raison de penser que l'on peut facilement atteindre ces niveaux par un simple jeu de codage. Par ailleurs, avoir plus de niveaux 3 et 4 ne veut pas dire que cela génère par construction plus de recettes ; il faudrait une étude assez poussée pour en mesurer les conséquences. Un séjour classé dans un niveau 3 d'une activité dont la base (niveau 1) est peu chère n'a pas obligatoirement un tarif plus élevé que le même séjour classé en niveau 1 d'une activité dont la base est plus élevée : la première situation correspondant à la définition du diagnostic principal de la version 11 des GHM et la deuxième à celle de la version 10.

## Introduction

La définition du diagnostic principal (DP) a été modifiée dans le cadre de la version 11 de la classification des GHM. L'impact de cette modification a été très difficile à mesurer sur des données codées pour la version 10 et seule la lecture<sup>1</sup> des résumés de sortie anonymes (RSA) a permis une évaluation très macroscopique des changements possibles ; ils ont été estimés comme faibles au regard de toutes les autres modifications. L'autre grand chantier de la V11 est celui des complications et morbidités associées (CMA) dont la liste a été complètement revue et de nombreux codes de la classification internationale des maladies (CIM) sont devenus des CMA. Dans tous les pays qui ont un financement des hôpitaux basé sur un codage de données médicalisées, le passage d'un effet non classant (pas d'influence sur les recettes) à un statut de donnée classante (modification éventuelle des recettes en plus ou en moins<sup>2</sup>), entraîne une augmentation du codage très difficile à mesurer lorsqu'on fait des simulations sur des fichiers construits avant ces modifications.

Le suivi très attentif des remontées de données dès le mois d'avril 2009 était focalisé sur le codage des diagnostics associés (DA) dans la mesure où les conséquences financières d'un surcodage, pour obtenir un tarif correspondant à des niveaux 3 ou 4 de sévérité, étaient une crainte des payeurs. Les CLCC ont été les premiers à s'adapter à la version 11 pour le codage des données médicales en raison de leur activité très ciblée et de leurs réactions rapides pour diffuser les nouveautés d'une version de GHM, mais ils ont fini par atteindre un plateau pendant que les autres établissements participant au service public, puis les CHU atteignaient un type de codage assez proche.

Le taux de niveaux 3 et 4 s'est avéré légèrement supérieur aux simulations faites sur des données codées en V10 pour les établissements recevant habituellement des patients lourds. Comme il était impossible de modifier le DP pour l'adapter à la nouvelle définition dans le cadre des simulations effectuées, on peut expliquer un taux un peu plus élevé par le respect de la nouvelle règle, notamment pour les séjours présentant des complications en cours d'hospitalisation. Dans le cadre de la V10, une complication plus lourde que le motif d'hospitalisation pouvait être choisie comme diagnostic principal, ce qui n'est plus le cas dans la version 11. Dans la version 10, le séjour était classé dans une racine de GHM plus lourde, mais éventuellement sans sévérité ; dans la version 11, le séjour est classé dans une racine de GHM correspondant au motif d'entrée dans l'unité médicale (UM) avec une sévérité liée à la complication (en général de niveau 3 ou 4, le niveau 2 étant plus caractéristique des comorbidités).

Au-delà de la validation du respect de la nouvelle définition du DP, il y a plusieurs sujets connexes qui sont intéressants à explorer comme :

- l'analyse des diagnostics ayant les écarts de taux les plus élevés entre 2008 et 2009,
- le nouveau choix algorithmique du DP pour les séjours multi-unités,
- le code dague et le code astérisque<sup>3</sup> quand il s'agit du DP,
- l'analyse des DP des niveaux 3 et 4 pour voir si le DP n'a pas été utilisé pour la sévérité,
- le respect de certaines consignes de codage comme celle des explorations nocturnes par exemple.
- l'utilisation des nouveaux codes créés pour les explorations et surveillances.

---

<sup>1</sup> On appelle « lecture de RSA » l'analyse de leur contenu facilitée par l'ajout d'un libellé pour chaque code de diagnostic, d'acte ou de GHM, et une présentation des informations quantitatives ou calculées qui permet une vision synthétique et rapide des caractéristiques du séjour.

<sup>2</sup> On pense toujours à un effet classant qui donne un tarif supérieur, mais de nombreux effets classants sont utilisés pour donner un tarif inférieur : on peut prendre l'exemple des actes chirurgicaux les moins lourds et les plus fréquents qui génèrent souvent un tarif inférieur à celui du groupe médical qui accueillerait un séjour avec le même DP, mais sans l'acte.

<sup>3</sup> Dans la classification internationale des maladies (CIM) certaines affections ont un double codage depuis la version 9 de cette classification. L'exemple le plus fréquent concerne les maladies infectieuses qui peuvent être codées en fonction de l'agent infectieux qui représente l'étiologie : code dague ou en fonction de sa manifestation (pneumonie, méningites ...) : code astérisque. Jusqu'à la version 11 des GHM, c'est le code astérisque qui devait être le DP ; dans la version 11, le choix est possible du moment qu'il respecte la définition du diagnostic principal.

## 1. Evolution de la définition du diagnostic principal

Pour mémoire, on rappelle ici l'ancienne et la nouvelle définition du DP :

- ◆ Définition utilisée jusqu'à la version 10 des GHM<sup>4</sup>

Dans le guide méthodologique de 2006, la définition du DP est la suivante : « *Dans le résumé de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation.* »

- ◆ Définition utilisée à partir de la version 11 des GHM<sup>5</sup>

Dans le guide méthodologique de 2009, la définition du DP est la suivante : « *Le diagnostic principal (DP) du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), déterminé à la sortie de l'UM.* »

Ce qui est commun aux deux définitions, c'est l'obligation de choisir le DP quand toutes les informations concernant le séjour sont connues. C'est facile à comprendre pour la première définition puisque le DP peut être choisi parmi tous les événements médicaux du séjour ; on doit comprendre, pour la nouvelle définition, qu'on ne peut retenir le symptôme qui a motivé l'hospitalisation que si aucun diagnostic n'est fait.

Comme il faut gérer un recueil multi-unité (la plupart des pays n'ont pas cette préoccupation), ces définitions ne concernent pas l'hospitalisation, mais le passage dans une unité médicale (UM). Qu'il s'agisse de l'ancienne ou de la nouvelle définition, il faut donc un traitement algorithmique des DP d'un séjour qui concerne plusieurs UM, mais il est différent dans les deux cas. Le premier cherche à donner plus de poids à la dernière UM du séjour en cas d'égalité des critères de choix, le deuxième donne plus de poids à la première UM.

Une analyse détaillée des séjours multi-unités a montré qu'il n'était pas possible de prendre systématiquement le DP du premier RUM (ce qui aurait été une solution naturelle), car il s'agit trop souvent d'un RUM sans nuitée dont l'information reste très « symptomatique ». Par ailleurs, la prépondérance de l'acte opératoire est maintenue dans le nouvel algorithme, or le service de chirurgie peut ne pas être la première UM du séjour. Le fait qu'on n'ait pas toujours le bon DP de l'hospitalisation pour les séjours multi-unités doit être relativisé avec le taux de ces séjours qui est actuellement, hors séances, inférieur à 10%. Ce taux, qui a été plus élevé, baisse surtout en raison de la forte augmentation des séjours sans nuitée qui eux sont toujours mono-unité<sup>6</sup>.

En revanche, les séjours multi-unités sont la marque de séjours plus complexes et c'est pour ceux-là qu'on perd en fiabilité sur le choix algorithmique du DP, alors que l'intelligence humaine n'aurait aucune difficulté à résoudre la quasi-totalité des cas, mais cela demande une organisation du recueil d'informations assez différente de ce qui existe aujourd'hui. On avait proposé une zone supplémentaire pour le recueil du DP des séjours multi-unités pour qu'il soit choisi par une analyse faite sous la responsabilité du département d'information médicale (DIM) ; cette proposition n'avait pas été retenue en raison des difficultés à gérer les discordances entre le DP du DIM et celui de l'algorithme dans le cadre des contrôles externes.

---

<sup>4</sup> On trouvera en annexe 1 la totalité du paragraphe consacré au diagnostic principal.

<sup>5</sup> On trouvera en annexe 2 la totalité du paragraphe consacré au diagnostic principal.

<sup>6</sup> Comme toujours, on trouve de tout dans le PMSI et on a quelques séjours multi-RUM avec une même date pour toutes les dates d'entrée et de sortie des différents RUM.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Sélection des données

On a travaillé avec la base 2009 au 01/02/2010, en retenant les séjours dont le mois de sortie était compris entre mars et septembre, pour ne retenir que des séjours codés en V11 (La V11 a été appliquée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009). La base 2009 n'était pas encore complète au 1<sup>er</sup> février 2010, mais on a estimé que le mois de septembre devait présenter un bon taux d'exhaustivité. Pour les données 2008, on a pris les mêmes conditions sur le mois de sortie : de mars à septembre, pour pouvoir comparer les 2 années.

On a éliminé les séjours des CMD 28 (séances) et 90 (erreurs), sauf les GHM 90H02Z et 90H03Z (diagnostic principal non en rapport avec l'acte classant) en 2008 et on n'a conservé que les séjours « mono RUM ».

Pour 2009, 8 757 000 séjours répondaient à ces conditions et pour 2008, 8 806 000. Le nombre plus faible en 2009 est d'abord dû à la non-exhaustivité des envois de 2009 au moment de l'étude et à une augmentation du nombre de séjours multi RUM (917 955 séjours multi-RUM en 2008 et 948 659 en 2009 avec les mois de sortie compris entre mars et septembre).

La part statistique ne sera pas prépondérante dans cette étude qui demande surtout une « lecture » d'un maximum de RSA. On trouvera dans un fichier joint à ce document, la répartition des catégories de la CIM-10 (c'est le nom réservé au niveau 3 caractères des codes) selon sa position (principale, reliée ou associée) pour chacune des deux années étudiées avec l'écart entre 2009 et 2008.

C'est dans ce tableau que les sujets d'étude ont été repérés. Ils visent tous à comprendre les variations les plus importantes (en plus ou en moins) pour chaque type de diagnostic :

- Pour les diagnostics principaux, on recherche la baisse des codes qui indiquent une complication et on vérifie qu'il n'y a pas de confusion entre les motifs d'admission (symptômes d'entrée) et le motif de l'hospitalisation (diagnostic fait au cours du séjour).
- Pour les diagnostics reliés (DR) qui sont une composante du motif d'hospitalisation, on évaluera leur évolution rendue nécessaire par leur nouveau rôle d'orientation vers sa CMD à la place du DP et on recherchera leur omission éventuelle qui permet une orientation dans la CMD 23 souvent plus valorisante<sup>7</sup>.
- Pour les diagnostics associés, on recherche l'adaptation aux nouvelles CMA ou aux CMA supprimées et on analysera ceux qui relèvent plus du DP que du DA.

L'analyse des différents types de diagnostics s'est effectuée sur les séjours monoRUM qui représentent plus de 90% des RSA afin de ne pas mettre sur le même plan les erreurs « intellectuelles » de choix de DP avec les imperfections du choix algorithmique du DP en cas de multiRUM.

Les multiRUM font l'objet d'une lecture de RSA pour tenter de valider l'algorithme actuel et de voir s'il a lieu de l'améliorer.

---

<sup>7</sup> La CMD 23 est la CMD qui contient tous les diagnostics qui relèvent de plusieurs CMD ou d'aucune soit par leur degré d'imprécision (mais ce type de diagnostics est de plus en plus interdit) soit parce qu'ils ne recouvrent aucune notion d'appareil ou de système comme c'est le cas de très nombreux codes du chapitre XXI des « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». Pour certains codes, la création de très nombreuses extensions pour les rendre orientables dans chacune des CMD était impossible et c'est l'obligation de coder un DR qui a été choisi comme alternative. Il est alors utilisé à la place du DP pour l'orientation du RSA dans une CMD appropriée et son « oubli » permet de rester dans la CMD 23 dont les tarifs sont souvent plus avantageux parce qu'ils correspondent à des coûts moyens de situations beaucoup plus variées que celle qu'on rencontre dans une CMD bien définie.

## 2.2. Lecture de RSA

La présentation synthétique des RSA a déjà été exposée plusieurs fois dans les rapports et études faits dans le cadre de la maintenance de la classification des GHM. La lecture de RSA est indispensable pour donner les premières pistes à explorer et les orientations de l'étude en cours. Le format actuel de lecture permet une vision synthétique et rapide de tout ce qui est nécessaire pour comprendre un séjour et dépister les incohérences éventuelles.

L'exemple ci-dessous est simple, même s'il est multi-unité, notamment parce que les deux UM ont retenu le même diagnostic principal.

```
finess=000000000 numero=00000 age=68 agejour=- duree=4 Entree=8/ Sortie=8/ nbRum=2 poids=0 g
REA/SI/SC/NN/REP=(- /2 /- /- /- ) ==
GHM V11 05K101 Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1
DP I251 CARDIOPATHIE ARTERIOSCLEREUSE
UM 1 DP= I251 DR= VIDE 0 - 2 durée= 2 Soins Intensifs
 2 DP= I251 DR= VIDE 2 - 4 durée= 2 Surveillance Continue
DA
I252 INFARCTUS DU MYOCARDE, ANCIEN
Z955 PRESENCE D'IMPLANT ET DE GREFFE VASC. CORONAIRES
E116 D.N.I.D., AVEC AUTRES COMPLIC. PREC.
E789 ANOM. DU METAB. DES LIPOPROTEINES, SAI
K409 HERNIE INGUINALE, SAI
ACTES
DDQH0120 C=3 U=1 D=1 Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche, par voie
artérielle transcutanée
ZCQM0050 C= U=2 D=3 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée
du petit bassin [pelvis]
```

- La première ligne (coupée en deux dans le cadre ci-dessus) contient des données administratives concernant le patient et le séjour avec, en fin de ligne, l'existence de suppléments facturés (ici, 2 suppléments de soins intensifs : -/2/-/-/).
- La ligne GHM donne le résultat du groupage V11 qui est ici de niveau 1 (pas de CMA, ni d'effet âge).
- La ligne DP indique le diagnostic principal retenu pour l'ensemble du séjour.
- Les lignes UM donnent pour chaque UM le DP (ici I25.1 dans les deux cas), le DR (aucun ici), l'équivalence des dates (de J0 à J2 dans la première UM et de J2 à J4 dans la deuxième), la durée de séjour et le type d'UM. Si la première UM qui est une unité de soins intensifs a bien donné lieu à la facturation de suppléments (on rappelle que c'est déclaratif et qu'il n'y a pas de marqueur pour cette prise en charge), la surveillance continue n'a pas donné lieu à facturation par absence de marqueurs. Autre remarque : le patient est sorti de cette UM pour un retour directement à domicile.
- Les lignes DA fournissent la liste des DA des différents RUM et les DP de RUM non retenus. Ici, on ne retient pas le 2<sup>ème</sup> DP parce qu'il est identique au DP retenu. Il n'y a pas de CMA dans cette liste. Le fait que les DA (non DP des RUM non retenus) ne puissent pas être attribués à un RUM est la dernière zone d'ombre pour la lecture des RUM. On peut quelquefois les « dater » quand ils peuvent être reliés à un acte (exemple de la rétention urinaire quand on a un acte daté de pose de sonde urinaire).
- Les lignes ACTES donnent tous les actes des RUM avec l'indication de leur caractère classant ou non (ici, un seul acte est classant et C=3 indique que c'est un acte classant non opératoire et non thérapeutique), l'UM dans laquelle il a été fait et le délai par rapport au jour d'entrée (D=1 indique que l'acte est fait le lendemain de l'entrée et D=3 indique qu'il a été fait après 3 nuitées, donc au 4<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation).

### 3. Présentation des chapitres de la CIM

Dans la mesure où certaines analyses de cette étude utilisent le niveau du chapitre de la CIM, il est apparu utile d'en faire une courte présentation pour le lecteur qui ne serait pas familier avec cet ouvrage. Il existe peu de formations à la CIM et, si le contenu de chaque chapitre est en général bien abordé, la « philosophie » de la construction de cet outil l'est moins : c'est l'objet de cette présentation.

La répartition des motifs de recours aux services de santé dans les vingt-et-un chapitres (toujours en chiffres romains), est guidée par un objectif statistique très structurant : permettre des regroupements de codes pour obtenir un faible nombre de groupes (une cinquantaine en mortalité) correspondant aux grands problèmes de santé dans le monde à des fins de comparaison. De ce fait, un certain nombre d'affections ont été sorties d'un classement par appareil ou par système pour pouvoir être plus particulièrement suivies : maladies transmissibles, tumeurs, périnatalité, malformations congénitales, traumatologie.

- ◆ *I Certaines maladies infectieuses et parasitaires.* le terme de « certaines » indique que ces maladies peuvent également se trouver dans d'autres chapitres. Le chapitre I est réservé aux maladies à caractère transmissible ou pandémique. Il y a une exception pour la grippe qui se trouve dans le chapitre X parce que son diagnostic est toujours surévalué en période d'épidémie et que le nombre de cas, pour les années de forte épidémie, masquerait le taux d'évolution des autres maladies de ce chapitre. Il existe de nombreuses pathologies qui ont un double codage dague/astérisque (voir la note de bas de page n° 3), mais ce chapitre ne contient que des codes dague.
- ◆ *II Tumeurs :* ce chapitre contient tous les types de tumeurs sauf certains types de polypes et surtout l'adénome de prostate. Comme pour la grippe du chapitre I, l'objectif est de ne pas fausser l'évolution des pathologies tumorales avec l'effectif des adénomes de prostate dont la prise en charge est due au retentissement sur la fonction urinaire et non au traitement de la tumeur et dont l'effectif est très lié à l'espérance de vie très variable d'un pays à l'autre.
- ◆ *III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire.* Les hémopathies malignes (leucémie, lymphomes ...) sont dans le chapitre II. En revanche, du fait de la présence des troubles immunitaires dans ce chapitre, on peut avoir des affections éloignées de l'hématologie quand on prend ce chapitre comme une seule entité.
- ◆ *IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.* Comme pour le chapitre précédent, il faut être attentif aux différentes composantes pour ne pas affecter la totalité à l'endocrinologie comme peut le faire penser un libellé raccourci pour la mise en tableau des résultats.
- ◆ *V Troubles mentaux et du comportement.* C'est un des deux chapitres qui contiennent des définitions afin de rendre plus comparable les résultats de différents pays, mais on serait tenté de dire que cela est probablement aussi très utile au sein d'un même pays à condition que les aides au codage véhiculent la définition en même temps que le libellé !
- ◆ *VI Maladies du système nerveux*
- ◆ *VII Maladies de l'œil et des annexes*
- ◆ *VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde.* Ce chapitre ne couvre qu'une partie de l'activité ORL puisque les affections des voies aériennes supérieures sont dans le chapitre X. Pour la stomatologie, les affections de la bouche et des dents se trouvent dans le chapitre XI.
- ◆ *IX Maladies de l'appareil circulatoire*
- ◆ *X Maladies de l'appareil respiratoire*
- ◆ *XI Maladies de l'appareil digestif*
- ◆ *XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané*

- ◆ *XIII Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif*
- ◆ *XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire.* Ce chapitre commence par les affections de l'appareil urinaire, puis par celles de l'appareil génital masculin formant à eux deux la base de la spécialité d'urologie (il faut ajouter les catégories des chapitres transversaux). On trouve ensuite les affections du sein et celles des organes génitaux féminins formant à eux deux la base de la spécialité de gynécologie, mais le souschapitre du sein est clairement commun aux deux sexes et il faut donc éviter les contrôles de cohérence trop rudes, même s'il est conseillé de faire des alertes, car les affections du sein chez l'homme sont rares (en dehors de la gynécomastie) et cela vaut la peine de pouvoir faire confiance aux cas existant dans les bases nationales.
- ◆ *XV Grossesse, accouchement et puerpéralité.* On peut voir une volonté de pouvoir « détacher » ce chapitre du reste de la CIM pour expliquer que de très nombreux codes correspondent à deux informations : état de grossesse + une affection relevant d'un autre chapitre (O10.0 = Hypertension essentielle préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité), mais c'est surtout le souci de répondre aux nécessités du monocodage qui est à l'origine de l'existence de ces « 2 codes en 1 » qui sont difficiles à gérer correctement dans la classification des GHM : faut-il obliger l'utilisation stricte de ces codes ou peut-on accepter deux codes plus descriptifs ?
- ◆ *XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.* On observe le même phénomène que pour le chapitre précédent avec un code qui correspond à une information sur le nouveau-né + une information sur la grossesse ou l'accouchement de la mère (P00.0 = Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles hypertensifs de la mère). Cela permet aussi de ne pas utiliser des codes d'accouchement pour décrire l'origine de l'affection du fœtus et de pouvoir faire des tests de cohérence avec l'âge pour signaler des erreurs de codage.
- ◆ *XVII Maladies congénitales et anomalies chromosomiques.* On retrouve un chapitre transversal et l'existence d'exceptions. Ici ce sont les anomalies innées du métabolisme qui sont dans le chapitre IV et les anomalies dentofaciales dont la prise en charge est plus un marqueur d'une facilité d'accès à des soins de « confort » (couverture sociale ou niveau de revenu) que celui d'une déficience du dépistage prénatal des anomalies congénitales.
- ◆ *XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs.* Il existe des symptômes qui sont classés dans les chapitres par appareil ou système, mais de très nombreux symptômes sont classés ici, ce qui explique les termes « non classés ailleurs » du titre. Le critère de leur positionnement est basé sur leur spécificité : quand elle est grande, le symptôme est dans le chapitre par appareil (une hémorragie digestive est très majoritairement due à une affection de l'appareil digestif) ; quand elle est faible, il est classé dans ce chapitre (une douleur abdominale peut accompagner des affections se classant dans des chapitres très différents).
- ◆ *XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.*
- ◆ *XX Causes externes de morbidité et de mortalité.* Ce chapitre ne peut pas être utilisé pour le codage du diagnostic principal, mais il est hautement recommandé en diagnostic associé, voire obligatoire dans le PMSI comme c'est le cas pour les suicides et les accidents de la circulation.
- ◆ *XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.* Ce chapitre comprend plusieurs souschapitres très différents les uns des autres. Il permet de coder, par exemple, des motifs d'hospitalisation pour des séances itératives, des surveillances, des antécédents, des conditions psychosociales diverses. Quelques catégories ont, comme pour le chapitre V, des définitions. C'est le cas, notamment, des difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61) ou liées à l'éducation (Z62) afin que les résultats puissent être comparés entre des pays qui ont une perception de « l'enfance malheureuse » et un développement du système éducatif très différents.

## 4. Résultats

Chaque type de diagnostic (principal, relié, associé) est analysé en restant d'abord au niveau du chapitre puis au niveau de la catégorie (3 premiers caractères du code CIM). Seules les observations de faits significatifs font l'objet d'un commentaire. Pour l'analyse par catégorie, un certain nombre d'exemples seront choisis pour être étudiés en détail.

### 4.1. Analyse de l'évolution du codage en fonction des chapitres de la CIM

Il faudra être attentif au fait que les chapitres ne peuvent pas être assimilés aux CMD puisque ces dernières ont été construites pour restituer aux CMD par appareil, ou système, les affections classées dans les chapitres transversaux. Les codes qui ne peuvent pas être rangés dans une des CMD bien définies sont classés dans la CMD 23 des autres motifs de soins.

Cette analyse permet de se poser des questions et de faire des hypothèses qui seront ensuite vérifiées dans l'analyse des catégories de la CIM. On souhaite mettre en évidence les variations qui méritent d'être analysées avec plus de précisions, ainsi que les précautions qu'il faut prendre quand on utilise la structure de la CIM à la place des CMD.

#### 4.1.1. Diagnostic principal

Dans le tableau ci-dessous, les chapitres de la CIM sont classés par ordre décroissant des écarts entre 2009 et 2008. On se focalisera sur les variations supérieures à 4% pour pouvoir faire des hypothèses raisonnables.

tableau trié par écart DP décroissant :

chapitre	Nombre de séjours = Nombre de DP		ecartdp09/08
	2008	2009	
XVIII Symptômes	518 303	556 363	7,3
VII Maladies des yeux et des oreilles	501 871	524 020	4,4
I Maladies Infectieuses	111 814	116 254	4,0
V Troubles Mentaux	185 768	191 684	3,2
X Maladies de l'appareil respiratoire	333 053	340 410	2,2
XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire	481 850	490 782	1,9
XI Maladies de l'appareil digestif	1 062 713	1 082 372	1,8
XIII Maladies du système ostéo-articulaire	546 598	555 527	1,6
III Hématologie	84 380	85 466	1,3
XIX Traumatismes et empoisonnements	577 723	583 999	1,1
XII Maladies de la peau et tissu sous cutané	123 608	124 265	0,5
IX Maladies de l'appareil circulatoire	578 779	578 286	-0,1
IV Maladies Endocriniennes	185 439	184 890	-0,3
II Tumeurs	658 073	648 852	-1,4
XVII Anomalies congénitales	59 343	58 440	-1,5
XV Obstétrique	734 360	720 868	-1,8
XVI Néonatalogie	80 198	78 662	-1,9
VI Maladies du système nerveux	302 775	280 617	-7,3
XXI Autres motifs	1 679 138	1 555 027	-7,4
XX Causes externes (V, W, X et Y)			

#### Variation du diagnostic principal

Base MCO, 2008 et 2009, séjours mono-RUM avec mois de sortie compris entre mars et septembre inclus, hors CM 28 et 90 (sauf 90H02Z et 90H03Z en 2008)

Les questions et les hypothèses que l'on peut faire sont les suivantes :

- on est un peu déçu de voir que le chapitre qui augmente le plus est celui des symptômes car la première crainte qu'on pouvait avoir est que, dans le cadre de la nouvelle définition du DP, il y ait une confusion entre le motif d'admission et le motif d'hospitalisation. Le motif d'admission peut être une douleur abdominale, le motif d'hospitalisation est celui d'une appendicite si le diagnostic a été fait. C'est une des premières explorations qui sera faite en lisant des RSA ; si la confusion entre motif d'admission et motif d'hospitalisation est marginale, l'hypothèse suivante est l'augmentation des explorations et surveillances soit en volume quand le symptôme répond à la définition du DP, soit en donnant la priorité à un symptôme sur l'utilisation des codes Z du chapitre XXI ;
- l'augmentation du chapitre VII n'est pas reliée de manière évidente à une modification de règles de codage et elle est probablement plutôt en relation avec une évolution du volume ;
- l'augmentation du chapitre I peut avoir une origine volumétrique, mais pas en raison de la grippe puisqu'elle n'appartient pas à ce chapitre ; on pense surtout au libre choix du code dague/astérisque quand le DP se traduit par un double codage puisque ce chapitre contient les codes dagues qui ne devaient pas être utilisés en DP avant 2009 ;
- La baisse du chapitre VI est peut-être aussi la conséquence du choix dague/astérisque car de nombreuses affections cérébrovasculaires avaient un double codage dont la part astérisque est dans ce chapitre alors que la part dague est dans le chapitre IX, mais ce dernier n'affiche pas une compensation en rapport ;
- La baisse du chapitre XXI est par contre probablement en rapport avec la hausse de celui des symptômes.

#### 4.1.2. Diagnostic relié

Bien que l'étude porte surtout sur le diagnostic principal et les diagnostics associés, il est également nécessaire de comprendre les variations de certains diagnostics reliés. La baisse, très importante pour de nombreuses affections répondant à la définition du DR, trouve son explication dans le transfert du code Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* (autres que la chimiothérapie pour tumeur) orienté dans la CMD 23 des « autres motifs d'hospitalisation » en version 10 et dans la CMD 28 des « séances » (exclue de cette étude) en version 11<sup>8</sup>. Le fait d'avoir exclu la CMD 28 ne permet plus de donner une valeur quelconque au total obtenu par l'ajout des trois types de diagnostic.

Le diagnostic relié ne pouvant être qu'une maladie chronique, de longue durée ou un état permanent, on peut s'étonner de trouver une forte augmentation pour les codes du chapitre XVI concernant les nouveau-nés qui ne peuvent pas avoir eu le temps de développer des pathologies chroniques ou de longue durée. Une petite exploration montre que les cas les plus fréquents concernent des séjours qui ont un Z38 (*Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*) en DP et un code du chapitre des affections de la période périnatale en DR. Ces cas sont établis dépendants puisque 5 hôpitaux concentrent 50% des cas (une clinique, un CHU et 3 CH).

En revanche, l'augmentation du chapitre XVIII correspond à la nouvelle règle de codage des séjours dont le seul motif est un enregistrement de longue durée comme c'est le cas pour les polysomnographie<sup>9</sup> par exemple.

<sup>8</sup> On peut se reporter à l'annexe 3 pour voir quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées en DR dans le GHM de chimiothérapie pour d'autres affections que les tumeurs.

<sup>9</sup> Pour ne pas avoir à créer un GHM de polysomnographie dans les 3 CMD qui correspondent aux trois principaux motifs de cette exploration (ronflements de la CMD 03, apnée du sommeil de la CMD 04 et troubles du sommeil de la CMD 01), un code spécifique a été créé dans le chapitre XXI pour servir de DP unique, « l'état permanent » étant codé en DR.

		Nombre de DR	
tableau trié par écart DR décroissant :			
chapitre	2008	2009	ecartdr09/08
XVI Néonatalogie	2 335	2 888	23,7
XVIII Symptomes	17 652	18 527	5,0
XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire	36 927	37 252	0,9
X Maladies de l'appareil respiratoire	18 306	18 277	-0,2
XV Obstétrique	5 977	5 893	-1,4
IV Maladies Endocriniennes	69 429	67 907	-2,2
XXI Autres motifs	25 990	25 247	-2,9
XVII Anomalies congénitales	5 357	5 149	-3,9
II Tumeurs	294 148	277 986	-5,5
IX Maladies de l'appareil circulatoire	26 983	25 207	-6,6
VI Maladies du système nerveux	85 836	73 593	-14,3
XIX Traumatismes et empoisonnements	10 065	8 549	-15,1
I Maladies Infectieuses	30 355	25 736	-15,2
VII Maladies des yeux et des oreilles	5 036	3 682	-26,9
III Hématologie	37 157	25 195	-32,2
V Troubles Mentaux	50 797	33 846	-33,4
XII Maladies de la peau et tissu sous cutané	11 761	7 827	-33,4
XI Maladies de l'appareil digestif	38 695	21 870	-43,5
XIII Maladies du système ostéo-articulaire	60 758	22 779	-62,5
XX Causes externes (V, W, X et Y)			

*Variation du diagnostic relié  
Base MCO, 2008 et 2009, séjours mono-RUM avec mois de sortie compris entre mars et septembre inclus,  
hors CM 28 et 90 (sauf 90H02Z et 90H03Z en 2008)*

#### 4.1.3. diagnostic associé

Dans la mesure où tous les DA sont pris en compte, l'augmentation, présente pour la totalité des chapitres, est d'abord un indicateur de progression du codage, y compris quand il s'agit de codes qui ne « valorisent » pas le séjour comme c'est le cas de ceux qui appartiennent au chapitre XX des causes externes au 3<sup>ème</sup> rang des progressions les plus importantes. Contrairement aux deux tableaux précédents, il n'y a pas de valeur négative. Cette augmentation peut aussi trouver son origine dans une légère modification de la définition des DA qui a pu être interprétée par les codeurs comme une possibilité de coder tout ce qui est « présent » au moment de l'hospitalisation.

On constate également une forte augmentation du chapitre des symptômes, ce qui va également dans le sens d'une augmentation du nombre d'informations médicales qui sont codées ; en revanche la crainte d'une confusion entre le motif d'admission et le motif d'hospitalisation n'est pas confirmée à ce niveau d'analyse ; il s'agit probablement d'une amélioration quantitative plus que qualitative.

Enfin, la bonne place de l'hématologie et des maladies infectieuses sera analysée en fonction des différences de CMA entre les deux versions de groupage.

		Nombre de DA	
tableau trié par écart DA décroissant :			
chapitre	2008	2009	ecartdas09/08
III Hématologie	219 676	258 393	17,6
I Maladies Infectieuses	317 254	369 994	16,6
XX Causes externes (V, W, X et Y)	223 255	258 082	15,6
XVIII Symptômes	852 707	981 531	15,1
XII Maladies de la peau et tissu sous cutané	93 909	107 304	14,3
XIX Traumatismes et empoisonnements	383 032	419 160	9,4
IV Maladies Endocriniennes	1 372 298	1 486 891	8,4
VI Maladies du système nerveux	366 957	397 542	8,3
XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire	502 906	541 972	7,8
XVI Néonatalogie	341 694	366 842	7,4
XV Obstétrique	794 350	843 162	6,1
XVII Anomalies congénitales	78 683	82 965	5,4
VII Maladies des yeux et des oreilles	170 599	179 600	5,3
V Troubles Mentaux	757 697	793 831	4,8
XI Maladies de l'appareil digestif	870 231	910 374	4,6
XIII Maladies du système ostéo-articulaire	402 529	417 844	3,8
IX Maladies de l'appareil circulatoire	2 205 607	2 277 656	3,3
X Maladies de l'appareil respiratoire	505 305	521 743	3,3
II Tumeurs	733 879	753 896	2,7
XXI Autres motifs	3 079 714	3 124 018	1,4

*Variation des diagnostics associés  
Base MCO, 2008 et 2009, séjours mono-RUM avec mois de sortie compris entre mars et septembre inclus,  
hors CM 28 et 90 (sauf 90H02Z et 90H03Z en 2008)*

## 4.2. Analyse des catégories de la CIM

### 4.2.1. Généralités

L'objectif de cette analyse est de repérer les catégories dont les effectifs ont varié de manière importante et de voir sur quel type de diagnostic la variation est la plus importante. En effet, la modification de la définition du DP entraîne un mouvement entre deux types de diagnostics, mais ne devrait pas entraîner des variations importantes du total qui, elles, peuvent être liées au fait qu'un code est une nouvelle CMA ou que le nombre de séjours a effectivement augmenté comme c'est le cas pour la grippe sur la période analysée.

L'analyse est faite par ordre de classement dans la CIM pour avoir les pathologies identiques ou proches dans la continuité (exemple de la grippe qui regroupe les catégories J09 à J11). Cela permet de noter des tendances plus visibles dans la continuité que dans la dispersion due à un classement des catégories quel qu'en soit le motif.

Les variations observées au niveau des catégories pouvant être très importantes<sup>10</sup>, on limitera les commentaires aux catégories ayant au moins 20% d'écart (en plus ou en moins) et un effectif au moins égal à 1 000 RSA sur la période analysée (environ 5 cas par jour pour l'ensemble du champ MCO). Pour les catégories sélectionnées sur ces critères, les commentaires pourront prendre en compte les catégories ayant une grande proximité médicale. Les catégories répondant à ce critère étant encore

<sup>10</sup> C'est le cas de nombreuses affections rares comme, par exemple, la tularémie qui présente une variation de moins 64,7% entre 2008 et 2009 (respectivement 34 et 12 cas sur les 7 mois).

très nombreuses, on sélectionnera celles qui alimentent le plus la réflexion sur l'évolution du codage dans le temps.

On rappelle que l'évolution du codage en 2009 a plusieurs origines :

- Une évolution naturelle observable au cours des années avec une augmentation régulière du nombre moyen de codes par RSA,
- Une modification de la définition du diagnostic principal,
- Une modification de la liste des CMA avec beaucoup de nouveautés,
- La création de 4 niveaux de sévérité qui incite à mieux coder (en nombre et en précision) les diagnostics associés.
- Une version 11 suffisamment modifiée pour générer des formations qui ont été des piques de rappel pour certains, voire des formations initiales pour d'autres.

#### 4.2.2. Analyse par catégorie

##### I Certaines maladies infectieuses et parasitaires

- ◆ **A40 et A41 Septicémies<sup>11</sup>** : c'est un bon exemple pour illustrer les généralités du paragraphe précédent. On s'attendait à une augmentation des septicémies en DA et une diminution en DP puisqu'on ne peut plus coder une complication survenue au cours du séjour en DP. Par ailleurs, ce n'est pas une nouvelle CMA et c'est une affection suffisamment lourde pour ne pas être oubliée dans une situation de codage a minima : toutes ces conditions étaient en faveur d'une variation très faible du total DP + DA, et pourtant, on a une augmentation de +22,2% pour A40 et de +6,6% pour A41. Il est probable que le niveau de sévérité très élevé de cette catégorie et les problèmes de définition du terme « septicémie » expliquent en partie cette variation qui est effectivement de +45,7% pour A40 et +21,8% pour A41 dans les DA. Comme on ne trouve pas de baisse équivalente dans le DP (-1 081 RSA pour les 2 codes en DP et + 3 766 RSA en DA), il est difficile d'affirmer que c'est la nouvelle définition du DP qui explique la variation en DA et on ne peut que constater une augmentation du codage des septicémies.
- ◆ **A87 Méningite virale** : il est intéressant de voir pour quel type de code l'augmentation est plus forte puisque les codes précis de cette catégorie sont des nouvelles CMA alors que la place normale de ce diagnostic est en DP. L'augmentation est effectivement assez forte en DA, mais pour des effectifs inférieurs à 1 000 RSA. C'est bien en DP que la variation est la plus forte avec une augmentation de +62,5% des cas (1 958 RSA en 2008 et 3 168 en 2009).
- ◆ **B20 à B24 Maladies dues au VIH** : on constate que les taux baissent pour toutes les catégories et tous les types de diagnostics, ce qui est conforme à l'évolution de cette maladie sur son versant « hospitalisation ».
- ◆ **B36 Mycoses superficielles (sauf teigne) et B37 Candidose** : les variations concernent presque exclusivement les DA (+54,1% et +29,2%) avec un taux qui reste faible, mais positif en DP. Ces 2 catégories sont des nouvelles CMA.
- ◆ **B95 et B96 Infections bactériennes, causes de maladies classées dans d'autres chapitres** : il s'agit de deux catégories qui permettent de compléter le codage d'une pathologie infectieuse par le codage du germe en cause quand celui-ci n'est pas décrit par le code de la pathologie comme c'est le cas des infections urinaires par exemple. Ces codes sont interdits en DP, donc on n'a pas d'effectif dans les résultats. Ils font partie des nouvelles CMA le plus souvent en niveau 2, mais quelques codes sont en niveau 3 et deux sont en niveau 4 : le pseudomonas et le clostridium perfringens. Les critères CMA étaient nets, mais il y avait eu des discussions assez longues sur les risques d'accepter ces codes dans la liste des CMA. Néanmoins, c'est l'existence d'informations objectives dans le dossier du patient et utilisables pour le contrôle externe qui a permis à ces codes d'être intégrés dans la liste des CMA. On note une hausse respectivement de +22,2% et +26,9% dans les DA pour des effectifs importants (+ 11 061 RSA pour B95 et + 24 731 pour B96 en 2009).

---

<sup>11</sup> Ces deux catégories ne contiennent pas toutes les septicémies, mais les plus fréquentes sont bien incluses.

- ♦ **Cas particulier des codes « U »** : la lettre « U » est une lettre dont une partie est conservée par l'OMS pour créer des codes destinés à indexer des nouveaux motifs de recours aux soins sans avoir à décider du chapitre d'accueil quand celui-ci n'est pas évident. Cette lettre a été utilisée pour coder la résistance aux antibiotiques et 2 catégories ont particulièrement évolué. Il s'agit de U80 *Agents résistant à la pénicilline et apparentés* +427% (968 RSA en 2008 et 5 101 en 2009) et U88 *Agents résistant à de multiples antibiotiques* +336,9% (1 538 RSA en 2008 et 6 720 en 2009). Les autres catégories de résistance augmentent aussi, mais pour des effectifs qui restent en dessous de 1 000 RSA. Les codes qui ont intégré la liste des CMA sont les suivants :

Code	Libellé	Niveau de CMA
U80.0	Agents résistant à la pénicilline	2
U80.1	Agents résistant à la méthicilline	3
U81.0	Agents résistant à la vancomycine	4
U81.8	Agents résistant à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine	4
U88	Agents résistant à de multiples antibiotiques	3

L'utilisation de ces codes devra être précisée car elle recouvre deux réalités très différentes : la résistance au traitement qui peut expliquer un allongement de la durée de séjour et une résistance simplement constatée sur un antibiogramme dont l'effet surcoût peut éventuellement se situer dans le choix d'un antibiotique plus cher, mais sans rapport avec des journées supplémentaires. Il faudra donc limiter l'utilisation de ces codes à la résistance au traitement ou faire des extensions de codes pour permettre les deux utilisations afin de ne garder que la résistance au traitement dans l'effet CMA.

Conclusion sur le chapitre I des maladies infectieuses : On rappelle ici que le chapitre des maladies infectieuses est au 2<sup>ème</sup> rang des chapitres qui ont le plus augmenté (les codes « U » n'étant pas comptabilisés dans ce chapitre). Il est clair que l'augmentation est surtout due au rôle de CMA des codes de ce chapitre et en particulier des nouvelles CMA, mais probablement en rapport avec le fait qu'une complication (surtout de type nosocomiale) ne peut plus être un DP. L'hypothèse du libre choix entre les codes dague/astérisque ne se vérifie pas à ce niveau d'analyse.

## II Tumeurs

La présentation des résultats de ce chapitre est différente pour plusieurs raisons :

- Il faut traiter séparément la cancérologie (hémopathies malignes et carcinomes in situ compris) et les autres tumeurs. Contrairement aux tumeurs non malignes, les tumeurs malignes sont à l'origine de nombreuses hospitalisations pour un même patient et le choix du DP pose encore souvent des questions malgré l'affinement des règles au cours des ans qui répondent aux diverses situations de diagnostic, de traitement unique, de traitement itératif et de surveillance. Ces règles n'ont pas été modifiées en V11 et la nouvelle définition du DP n'a pas de raison d'entraîner des transferts de codes entre les différents types de diagnostics.
- Le suivi de l'évolution des recettes des établissements fait au cours de 2009 a montré que celles des CLCC progressaient plus vite, dès les premiers mois, que les autres types d'établissements et étaient supérieures aux simulations effectuées avant la mise en place de la V11 alors que le tarif des séances de chimiothérapie et de radiothérapie était revu à la baisse. Une exploration fine de l'évolution du codage de ces établissements avait permis de mettre en évidence quelques explications parmi lesquelles un taux de GHM de niveaux 3 et 4 plus élevé que dans les simulations.

Pour toutes ces raisons, le sujet « cancer » est exploré dans son ensemble et non par catégorie. Dans la présentation des résultats par chapitre de la CIM, les mouvements observés sont de faible

amplitude. Quand on ne sélectionne que la partie oncologie, les mouvements sont un peu plus nets, mais restent de faible amplitude et ne vont pas dans le sens de l'hypothèse du cancer plus souvent utilisé en DP :

- un ratio légèrement négatif pour le DP (-3,8%),
- un ratio qui est également négatif en DR (-5,5%),
- un ratio positif en DA (+1,8%).

On a donc calculé les écarts des codes de cancer en DP (C00 à C96) pour les GHM de niveaux 3 et 4. On constate que, si l'écart restait négatif pour l'ensemble des séjours avec un DP de cancer (-3,59%), il devient franchement positif pour les séjours classés en niveaux 3 et 4 : +10,07% avec des variations en fonction des souschapitres comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous. Les souschapitres ne sont pas présentés dans l'ordre de la CIM, mais par ordre décroissant de l'écart observé lorsque les GHM sont de niveaux 3 ou 4.

Sous chapitres de la CIM	Séjours classés en niveaux de sévérité 3 et 4 ayant un DP de cancer			Séjours ayant un DP de cancer		
			Ecart dp 09/08			Ecart dp 09/08
	2008	2009		2008	2009	
Tumeurs malignes de l'oeil, du cerveau et d'autres parties du SNC	443	644	45,37	5608	4945	-11,82
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	940	1239	31,81	14516	14074	-3,04
Tumeurs malignes du tissu mésothélial et des tissus mous	264	320	21,21	3954	3783	-4,32
Tumeurs malignes de la thyroïde et d'autres glandes endocrines	82	98	19,51	7267	6781	-6,69
Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	3500	4145	18,43	31306	31207	-0,32
Tumeurs malignes des voies urinaires	2347	2732	16,40	30220	29936	-0,94
Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques	2483	2826	13,81	27981	26491	-5,33
Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau	283	313	10,60	43463	43190	-0,63
Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme	1677	1843	9,90	32000	28953	-9,52
Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme	791	866	9,48	12247	12292	0,37
Tumeurs malignes des organes digestifs	8047	8336	3,59	64212	63034	-1,83
Tumeurs malignes primitives ou présumées des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés	3428	3495	1,95	27730	25059	-9,63
Tumeur maligne du sein	1320	1344	1,82	41867	40366	-3,59
Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire	115	108	-6,09	1601	1502	-6,18
<b>Total</b>	<b>25720</b>	<b>28309</b>	<b>10,07</b>	<b>343972</b>	<b>331613</b>	<b>-3,59</b>

Il est difficile d'aller plus loin avec des méthodes statistiques et c'est avec la lecture d'un lot de RSA monoRUM concernés par un DP de cancer et un classement en niveau 3 ou 4 que l'analyse continue.

Les écarts entre 2008 et 2009 pour les niveaux 3 ou 4 peuvent être normalement expliqués pour les raisons suivantes :

- Même si l'évolution est très lente, la population âgée, voire très âgée, augmente ce qui permet à plus de personnes d'avoir le temps de développer un cancer ; son meilleur état de santé et l'évolution des techniques chirurgicales (anesthésie et méthodes moins invasives) permettent des traitements chirurgicaux à un âge avancé. En revanche, l'âge

s'accompagne plus fréquemment de comorbidités et, même quand celles-ci sont de niveau 2, le séjour peut être classé en niveau 3 en raison de « l'effet âge »<sup>12</sup>.

- Un certain nombre de CMA nouvelles liées à l'âge ou au cancer sont maintenant mieux codées et expliquent une bonne partie de l'écart : de nombreux états infectieux, des anémies, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, des syndromes paralytiques (fréquemment associés à des tumeurs du cerveau), des douleurs chroniques, un état grabataire par exemple.
- Les complications opératoires sont peut-être plus fréquentes avec l'âge et elles sont aussi probablement plus codées dans la mesure où elles sont souvent de niveau 4, mais la vraie différence vient de la modification de la définition du diagnostic principal, car les complications étaient souvent codées en DP avant mars 2009, alors qu'elles ne peuvent plus l'être en V11 (sauf si c'est la cause de l'hospitalisation pour un patient muté, transféré ou réhospitalisé).
- Le cas de la malnutrition est mis à part parce qu'il ne s'agit pas de nouvelles CMA, mais elle se situe à des niveaux de sévérité différents en fonction de sa gravité. Par ailleurs, elle fait partie d'un des indicateurs de qualité des soins<sup>13</sup>. Les patients âgés opérés pour un cancer présentent assez rapidement des signes de malnutrition dont la forme la plus légère est en niveau 2, mais peut classer le séjour en niveau 3 si la racine de GHM est sensible à l'effet âge.

A côté de ces causes qui peuvent expliquer une partie importante de l'écart avec un codage correct, on trouve des explications qui relèvent de pratiques de codage moins conformes aux règles :

- On trouve des séjours monoRUM avec un DP de cancer et un code de soins palliatifs dans les DA. On ne peut pas dire qu'il s'agit d'un séjour terminal sans soins palliatifs (qui autorise un DP de cancer) puisque le code des soins palliatifs est présent. On peut faire trois hypothèses (en dehors d'une méconnaissance totale des règles de codage), sur cette pratique si elle était voulue.
  - La première correspondrait à un codage correct, mais à une situation dont il faudrait évaluer la fréquence : le DP est un code de cancer (il s'agit de situations très précises), le patient se dégrade rapidement au cours du séjour et ne relève plus que des soins palliatifs.
  - La deuxième concerne les soins palliatifs dont la durée est inférieure à la borne haute et dont le séjour serait mieux valorisé en niveau 3 ou 4 d'une racine « cancer » que dans le GHM sans niveau de soins palliatifs.
  - La troisième pourrait être une conséquence du contrôle externe de l'assurance maladie qui s'est focalisé sur le sujet en mettant une définition des soins palliatifs qui n'existait pas dans le guide méthodologique du PMSI MCO et en remettant en cause les séjours de soins palliatifs non conformes à cette définition. Les établissements ont peut-être modifié le codage quand tous les éléments attendus par l'assurance maladie n'étaient pas présents dans le dossier du patient ; l'état et l'âge du patient expliquent facilement le niveau 3, voire 4 du GHM.
- Il est clair que des séjours ne devraient pas être dans des GHM cancer, mais dans ceux qui correspondent à la complication qui a motivé le séjour : aplasie, septicémie, cachexie, malnutrition etc.
- Enfin, on trouve des pratiques de codage qui ont rapidement donné lieu à l'écriture de conditions d'utilisation de certains codes qui ne pouvaient pas être considérés comme faux en l'absence de règles, mais qui ont été utilisés comme une redondance de codage non prévue. Il s'agit, par exemple, du codage de l'isolement thérapeutique pour les curiethérapies alors qu'il est obligatoire (donc inclus dans le tarif) et qu'il n'explique aucune consommation de ressources supplémentaires pour ce type de prise en charge.

---

<sup>12</sup> Pour un certain nombre de tranches d'âge (< 2ans, > 69 ans ou > 79 ans) le niveau de sévérité est augmenté de 1 sous certaines conditions.

<sup>13</sup> La Haute Autorité de Santé (HAS) a rendu obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

### III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire

- ◆ **D50 et D53 Anémies nutritionnelles** : la baisse de -48,6% en DR de D50 est probablement due au passage du code Z51.2 (chimiothérapie pour d'autres affections que les tumeurs), à condition qu'il ne s'agisse pas de transfusions, dans la CMD 28 des séjours pour séances. En revanche son augmentation de +23,1% en DA est à relier au fait que c'est une nouvelle CMA comme D53 qui affiche une augmentation de +31,6% en DA.
- ◆ **D62 Anémie posthémorragique aigüe et D63 Anémie au cours de maladies chroniques classées ailleurs** : D62 n'est pas une nouvelle CMA, mais son augmentation en DA est importante (+29,2%). On retrouve ce code fréquemment dans les RSA de GHM correspondant à une chirurgie « naturellement » hémorragique (prothèse articulaire, chirurgie vasculaire) alors que la compensation des pertes sanguines se fait au cours de l'intervention de façon systématique (donc intégrée aux coûts). D63, avec +29,6%, est une nouvelle CMA et très utilisée dans le cadre du cancer.

### IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

- ◆ **E13 Autres diabètes sucrés précisés et E14 Diabète sucré, sans précision** : on commencera par une remarque concernant toutes les catégories du diabète sucré (E10 à E14) pour signaler que l'augmentation attendue de ces codes en DP, du fait du libre choix entre le code dague et astérisque, est en fait de faible ampleur, voire négative pour E10 (-3,6%). Jusqu'à la V10, de nombreux codes de diabète étaient dans la liste des CMA, ce qui n'est plus le cas en V11 où on trouve surtout les codes de la catégorie E10 du diabète insulino-dépendant. C'est la raison pour laquelle on assiste à une baisse générale de l'utilisation des catégories E13 et E14 (-24,5% et -30,9% en DP, -21,2% et -16,4% en DA, -21,3% et -17,3% pour tout type de diagnostic).
- ◆ **E16 Autres anomalies de la sécrétion pancréatique interne** : cette catégorie contient les différents types d'hypoglycémie dont plusieurs sont des nouvelles CMA, ce qui se traduit par une augmentation de +21,4% en DA.
- ◆ **E40 à E44 Malnutrition** : on a déjà abordé ce sujet dans l'analyse des codes de cancer. Il ne s'agit pas de nouvelles CMA, mais l'augmentation observée répond à deux phénomènes : le fait que les codes se partagent entre les niveaux 2 et 3 de sévérité d'une part, et le fait que la malnutrition soit beaucoup plus recherchée dans le cadre du recueil QUALHAS. Le tableau ci-dessous donne les variations pour chaque type de diagnostic (en excluant le DR). On constate une augmentation importante en DP pour les malnutritions graves qui devrait traduire une augmentation de la prise en charge de ces patients, mais c'est en tant que DA, que ces codes sont beaucoup plus utilisés. L'absence de définition explique peut-être cette augmentation ; les conditions d'utilisation ont été écrites et applicables aux données de 2010.

Les libellés des codes sont les suivants :

- E40 Kwashiorkor
- E41 Marasme nutritionnel
- E42 Kwashiorkor avec marasme
- E43 Malnutrition grave, sans précision
- E44 Malnutrition légère ou modérée

code	DP 2008	DP 2009	Ecart09/08	DA 2008	DA 2009	Ecart 09/08
E40	13	13	0,0	91	232	154,9
E41	131	192	46,6	1427	1531	7,3
E42	13	11	-15,4	79	184	132,9
E43	2162	3078	42,4	25582	36069	41,0
E44	1675	1834	9,5	26000	39281	51,1

Evolution du codage des malnutritions entre 2008 et 2009

- ◆ E53 à E56 Avitaminoses : Il s'agit de nouvelles CMA qui avaient clairement les critères ad hoc dans les études menées pour la révision de la liste des CMA et les valeurs biologiques sont des critères objectivables dans le dossier des patients ; néanmoins, on reste surpris de la variation du codage de ces affections en DA : +39,9% pour E53 *Autres avitaminoses du groupe B*, +103,3% pour E55 *Carence en vitamine D* (7 629 RSA en 2008 et 15 508 en 2008), +26,3% pour E56 *Autres avitaminoses*.

## V Troubles mentaux et du comportement

Il y avait peu de codes de ce chapitre dans la liste des CMA avant la version 11, ce qui n'est pas le cas pour cette version. La première observation que l'on peut faire c'est que les variations globales de ce chapitre restent très modérées (confère l'analyse par chapitre de la CIM), sauf pour le DR qui subit une forte baisse qui ne s'explique pas par le transfert de Z51.2 dans la CMD 28 (on peut se reporter à l'annexe 3 pour voir quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées en DR dans le GHM de chimiothérapie pour d'autres affections que les tumeurs).

- ◆ **Les démences séniles** (Alzheimer inclus) ont des augmentations autour de +20% en DA, mais il ne s'agit pas de nouvelles CMA.
- ◆ **F51 Troubles du sommeil non organique** : le mouvement observé est difficilement interprétable sans analyser les RSA, mais il sera simplement cité ici de manière anecdotique. On constate une baisse de -30,7% en DP et une augmentation de +30,9% en DA probablement sans relation. Ce n'est pas une CMA, mais si cette catégorie a été utilisée pour coder les troubles du sommeil qui se codent avec la catégorie G47, la baisse du DP peut être due aux nouvelles règles de codage des séjours d'une nuitée pour enregistrement polysomnographique. On constate effectivement une bascule entre le DP et le DR (-341 RSA en DP et +336 en DR).
- ◆ **F60 Troubles spécifiques de la personnalité** : cette catégorie contient des nouvelles CMA et l'augmentation de +48,5% en DA (7 252 RSA en 2008 et 10 769 en 2009) peut inquiéter. Ce ne sont pas les critères CMA qui sont en cause, car les codes utilisés quand ils n'étaient pas CMA étaient marqueurs de problèmes suffisamment importants pour être notés sur le dossier puis codés. En revanche, la présence de ces codes sur la liste des CMA permet leur codage via toute une série de libellés synonymes dont l'utilisation dans le langage courant ne recouvre pas toujours le sens qu'ils ont dans le chapitre V des troubles mentaux.

## VI Maladies du système nerveux

- ◆ **G24 Dystonie** : pour cette catégorie qui n'est pas une CMA, les variations importantes observées sur 3 ans sont difficiles à interpréter sans une analyse plus fine au niveau des codes incluant les variations observées entre 2008 et 2007 :
  - En position de DP, on constate une augmentation de +39,6% (7 941 et 11 087 RSA) entre 2008 et 2009, mais elle était déjà de +63,5% entre 2007 et 2008,
  - En position de DR, on constate une baisse de -62,3% entre 2008 et 2009 alors qu'il y avait une augmentation de +115,2% entre 2007 et 2008,
  - En position de DA, on constate une baisse de -2% entre 2008 et 2009 alors qu'il y avait une augmentation de +43,5% entre 2007 et 2008
 En fait, ces mouvements sont dus aux variations des consignes de codage des « hospitalisations » pour injection de toxine botulique. C'est l'appartenance de ce produit à la réserve hospitalière qui nécessite la réalisation d'un RSS et non le fait qu'il s'agit d'une hospitalisation. La nécessité de faire un GHS (et donc un GHM) en attendant une autre solution pour facturer ce produit a conduit à donner des consignes de codage pour rassembler les différentes indications dans une même CMD.
- ◆ **G40 Epilepsie et G41 Etat de mal épileptique** : l'augmentation de G40 est de +30,7% en DR et on peut la mettre sur le compte de la nouvelle règle de codage des séjours très courts pour enregistrements électroencéphaliques de longue durée. Celle de G41 en DA de +21,9% est à mettre sur le compte d'une répartition des codes de la catégorie entre les niveaux de sévérité 3 et 4 (cette catégorie était déjà dans la liste des CMA, mais G40.3 n'est plus une CMA).

- ◆ **G47 Troubles du sommeil** : ici, il s'agit clairement de la nouvelle règle de codage pour les séjours d'une nuitée pour enregistrement polysomnographique. Dans le tableau ci-dessous, les écarts de DP et de DR sont très différents, mais ils traduisent bien le report du DP sur le DR conformément à la règle ; on peut imaginer que l'augmentation en DA est la simple traduction de l'hésitation à concevoir G47 comme un état permanent pour pouvoir être codé en DR. L'augmentation globale de cette catégorie est également normale puisque seul l'acte était recherché dans la CM24 de la V10, ce qui n'est plus le cas pour la V11 où il faut impérativement arriver dans la CMD 23 pour que le séjour soit correctement classé.

Code CIM	DP 2008	DP 2009	Ecart DP	DR 2008	DR 2009	Ecart DR	DA 2008	DA 2009	Ecart DA
G47	44916	14689	-67,3%	9821	36370	270,3%	48125	59762	24,2%

Evolution de la catégorie G47 entre 2008 et 2009

- ◆ **G55 Compression des racines et des plexus nerveux au cours de maladies classées ailleurs** : on observe une augmentation de +68,1% en DA. il s'agit d'une catégorie « astérisque » et l'augmentation pourrait être due au choix des codes « dague/astérisque » en DP, mais il n'y a pas de variation correspondante du DP. En revanche, G55.O (au cours de maladies tumorales) est aussi une nouvelle CMA de niveau 3.

#### VII Maladies de l'œil et des annexes

Pas de remarque ; il n'y a pratiquement pas de code de ce chapitre qui sont des CMA.

#### VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

Idem chapitre VII.

#### IX Maladies de l'appareil circulatoire

- ◆ **I21<sup>14</sup> Infarctus aigu du myocarde** : la baisse de -21,3% en DA pourrait être une indication que la complication est moins souvent choisie en DP, mais le nombre de I21 en DP est remarquablement stable.
- ◆ **I25 Cardiopathie ischémique chronique** : l'augmentation de +29,5% en DR serait conforme à la nouvelle règle de codage pour les séjours de surveillance. En revanche, il est difficile de comprendre la baisse de -33,3% en DR pour **I50 Insuffisance cardiaque**.
- ◆ **I89 Autres atteintes non infectieuses des vaisseaux et des ganglions lymphatiques et I97 Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs** : on constate une augmentation de +24,6% pour I89 et de +32,1% pour I97. Or, il y a un code dans chacune de ces catégories qui est devenu une CMA de niveau 2 : I89.0 *Lymphœdème non classé ailleurs* et I97.2 *Lymphœdème après mastectomie*. Pour I89.2, il faudrait peut-être limiter l'utilisation de ce code aux séjours distants de l'intervention.

Compte tenu du nombre de codes de ce chapitre qui sont des comorbidités à partir d'un certain âge et souvent des CMA, on a finalement peu de variations importantes.

#### X Maladies de l'appareil respiratoire

- ◆ **J04 Laryngite et trachéite aiguës et J11 Grippe, virus non identifié** : On est là sur des augmentations de DP (+59,6% pour J04 et +192,5% pour J11) dues à l'augmentation du nombre de cas et non à des modifications de pratiques de codage. On peut tout de même faire quelques commentaires de plus sur la grippe. La consigne pour coder la grippe AH1N1 est arrivée tardivement (codage à J09 et non J10 ou J11) et on ne retrouve que 364 cas pour J09. On note

<sup>14</sup> Pour le lecteur peu familier avec la CIM, on rappelle que le 1<sup>er</sup> caractère est une lettre (I) et non un chiffre (1).

aussi que J10 *Grippe, virus grippal identifié* a été peu utilisé, même si on note une forte augmentation de ce code entre 2008 et 2009 (+244%), mais il est vrai que pour la grippe saisonnière, il y a peu de gripes qui sont identifiées par un examen virologique. Ce qui peut étonner, c'est la présence de la grippe en DA et on peut se demander ce qui a été codé en DP dans ces cas là en dehors d'une insuffisance respiratoire aigüe. Une exploration des DP montre que si la grippe a doublé son effectif en DA, les DP ont la même diversité (133 codes CIM différents), pour des effectifs de DP ne dépassant pas 60 RSA en 2008 et 2009. Enfin, l'augmentation des séjours pour la grippe, déjà très importante sur la période étudiée, est loin de traduire la réalité car le pic de la grippe AH1N1 est plus tardif.

- ◆ **J46 Etat de mal asthmatique** : on rappelle que l'analyse porte uniquement sur des séjours monoRUM et l'augmentation de +66,9% en DA laisse supposer que le codage d'une insuffisance respiratoire aigüe avec un état de mal asthmatique n'est peut-être pas encore correctement résolu.

On peut faire la même conclusion que pour le chapitre IX.

### XI Maladies de l'appareil digestif

- ◆ **K50 Maladie de Crohn et K51 Rectocolite hémorragique** : alors que les effectifs sont stables en DP, on constate une baisse importante de ces deux catégories en DR (voir tableau ci-dessous). On trouve l'explication de cette baisse en annexe 3 puisque la catégorie K50 représente 10,41% des RSA (16 651 séjours) qui ont un DR dans le nouveau GHM créé dans la CMD 28 pour les séances de chimiothérapie pour des affections autres que les tumeurs ; la baisse est donc due à l'exclusion de la CMD 28 de cette étude.

Code	DP 2008	DP2009	Ecart DP	DR 2008	DR 2009	Ecart DR
K50	13454	13121	-2,5%	16496	3158	-80,9%
K51	11660	11720	+0,5%	4119	1242	-69,8%

Evolution du codage pour les catégories K50 et K51 entre 2008 et 2009

- ◆ **K63 Autres maladies de l'intestin et K66 Autres maladies du péritoine** : pour ces deux catégories on constate une augmentation de +21,5% pour K63 et +24,3% pour K66 or, tous les codes de K63 (mais avec des niveaux de sévérité différents) et K66.1 *Hémopéritoine* sont devenus des CMA. Pour K66.1, l'augmentation peut avoir plusieurs origines :
  - En tant que complication d'un acte, c'est maintenant un DA qui pouvait être un DP en V10,
  - En tant que nouvelle CMA, l'hémopéritoine (dont le codage ne permet pas d'indiquer l'importance de l'hémorragie) est mieux codé en espérant qu'il ne s'agit pas d'une conséquence peropératoire « habituelle ».
- ◆ **K91 Atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs** : si les complications immédiates au cours d'un acte ou dans les suites immédiates sont classées dans le chapitre XIX, les complications plus tardives et surtout plus inhérentes à l'acte, donc non dues à un problème opératoire, sont classées dans le chapitre par appareil<sup>15</sup>. C'est ainsi qu'on trouve dans la catégorie K91 des affections telles que le syndrome postgastrectomie, postcholécystectomie ou postvagotomie. Quatre codes de cette catégorie sont des nouvelles CMA. Il est probable que c'est parce qu'une manifestation plus précise était codée en DP en V10, que ces codes ont pu répondre aux critères de CMA car il ne s'agit pas de complications qui apparaissent au cours du séjour opératoire. En revanche l'augmentation en DA (+34,1%) en 2009 est probablement due au fait que ces codes sont maintenant des CMA.

<sup>15</sup> On trouve là aussi quelques exceptions comme, par exemple, les névromes sur moignon d'amputation qui sont dans la catégorie T87 des « complications de réimplantation ou d'amputation de membre ».

## XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané

- ◆ **L27 Dermite due à des substances prises par voie interne, L29 Prurit et L53 Autres formes d'érythème** : on observe une augmentation de +28,3% pour L27, +21,2% pour L29 et +29,9% pour L53 ; L27 et L53 ont des codes qui sont de nouvelles CMA.
- ◆ **L89 Ulcère de décubitus, L94 Autres affections localisées du tissu conjonctif, L97 Ulcère du membre inférieur, non classés ailleurs et L98 Autres affections de la peau et du tissu cellulaire souscutané, non classés ailleurs** : Dans la liste des CMA des versions antérieures à la V11, les CMA du chapitre XII correspondaient majoritairement à des infections de la peau et du tissu souscutané auxquelles il faut ajouter les ulcères de décubitus et les ulcères de membre inférieur. C'est bien dans 3 des 4 catégories du tableau ci-dessous qu'on trouve des modifications de CMA (3 codes dans L89 au lieu de toute la catégorie, 6 codes dans L94, 7 codes dans L98 ; L97 était déjà une CMA), mais on trouve en fait deux sujets dans l'exploration de ces 4 catégories :

Code	DA 2008	DA 2009	Ecart DA
L89	18255	25079	37,4
L94	880	1078	22,5
L97	9835	12204	24,1
L98	3571	4458	24,8

Evolution du codage des catégories L89, L94, L97 et L98 entre 2008 et 2009

- Celui des escarres et des ulcères de jambe qui ne contiennent (théoriquement) pas les ulcères d'origine veineuse (ulcère variqueux). Les codes concernés sont tous ceux de L89 qui a de nouvelles subdivisions en V11, L97 qui n'a pas de subdivision et L98.4 qui correspond aux ulcères chroniques de la peau « non classés ailleurs ». Un des objectifs de QUALHAS est d'améliorer la surveillance d'apparition des escarres par l'examen attentif des zones cutanées à risque. Dans le même temps, l'OMS crée des extensions de codes pour la catégorie L89 avec le premier code L89.0 consacré au stade 1 qui est le repérage d'une zone de pression. Ce code n'est pas une CMA, mais L89.1, L89.2 et L89.3 le sont. Il est donc difficile d'analyser les variations de L89 entre 2008 et 2009 parce que d'une part tout le contenu théorique de L89 était une CMA avant la V11 alors qu'une partie seulement est CMA en V11 et d'autre part, beaucoup de stades 1 n'étaient probablement pas codés avec L89 avant la V11 (quand on soustrait les stades 1 du L89 de 2009, on obtient un chiffre assez proche de l'effectif du L89 de 2008) ; il faut donc rester prudent sur l'interprétation de l'augmentation du taux d'escarres en DA à la fois en terme d'augmentation de cette pathologie et en terme d'augmentation de CMA. Les codes L97 (+24,8%) et L98.4 (+40,6%) subissent probablement une augmentation en partie liée à l'amélioration de l'examen systématique de la peau.
- Le deuxième sujet concerne des DA dont l'augmentation est très importante en pourcentage, mais faible en effectif. Il s'agit en général de maladies plus rares qui deviennent des CMA (+81,6% pour la *sclérodermie linéaire* passant de 76 à 138 RSA, +43,96% pour la *calcinose cutanée* passant de 224 à 299 cas, +142,86% pour la *dermite factice* passant de 7 à 17 ou +250% pour le *phlegmon à éosinophiles* passant de 2 à 7 cas). Ces exemples qui peuvent paraître exotiques expliquent aussi que les petits ruisseaux puissent éventuellement faire de grandes rivières.

## XIII Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif

- ◆ **M05 Polyarthrite rhumatoïde séropositive, M06 Autres polyarthrites rhumatoïdes et M07 Arthropathies psoriasiques et entéropathiques** : ces trois catégories répondent à la définition du DR et il est intéressant de vérifier que la baisse massive présentée dans le tableau ci-dessous est bien due au transfert de Z51.2 dans la CMD 28. Ce phénomène est observé pour beaucoup d'autres catégories de ce chapitre. L'annexe 3 de ce rapport permet de vérifier que les trois codes sont bien des DR que l'on retrouve avec une certaine fréquence, ce qui est le cas de M05 et M06 qui représentent respectivement 9 866 et 8 805 RSA.

Code	DR 2008	DR 2009	Ecart DR
M05	9595	2313	-75,9%
M06	8647	1922	-77,8%
M07	2195	431	-80,4%

Evolution du codage des DR M05, M06 et M07 entre 2008 et 2009

- ◆ **M49 Spondylopathies au cours de maladies classées ailleurs** : cette catégorie est une nouvelle CMA et on observe une augmentation de +34,0% en DA, mais pour des effectifs qui restent modérés.
- ◆ **M89 Autres maladies osseuses** : on observe une augmentation de +22,5% en DA pour cette catégorie dont le libellé est peu explicite, mais dont le code M89.0 *Algoneurodystrophie* est une nouvelle CMA. On constate dans le tableau ci-dessous, qu'en dehors du +200% de M89.1 qui n'a aucun intérêt compte tenu des effectifs en jeu, c'est bien le code M89.0 qui explique la variation de cette catégorie.

diag	DAS		écart	libellé
	2008	2009		
M890	3027	4070	34,5	ALGONEURODYSTROPHIE
M891	3	9	200,0	ARRET EPIPHYSAIRE
M892	88	66	-25,0	TBL. DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOP. OSSEUX, NCA
M893	44	35	-20,5	HYPERTROPHIE OSSEUSE
M894	114	118	3,5	OSTEOARTHROPATHIES HYPERTROPHIANTES, NCA
M895	361	431	19,4	OSTEOLYSE
M896	33	45	36,4	OSTEOPATHIE CONSEC. A UNE POLIO
M898	665	649	-2,4	MAL. OSSEUSES PREC.
M899	74	48	-35,1	MAL. OSSEUSE, SAI

Evolution des codes de la catégorie M89 entre 2008 et 2009

#### XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire

- ◆ **N08 Glomérulopathie au cours de maladies classées ailleurs** : il s'agit d'une catégorie « astérisque » dont les codes étaient prioritaires en DP jusqu'à la version 11. On constate une baisse de -35% pour le DP et la première hypothèse est celle d'une substitution par le code dague puisque le choix est maintenant possible. La variété des maladies causales étant importante, la preuve est difficile à apporter sans une étude approfondie qui ne se justifie pas ici.
- ◆ **N17 Insuffisance rénale aiguë** : on observe une augmentation de +25,7% en DA, mais c'est moins le taux que le nombre supplémentaire de séjours concernés qui attire l'attention à savoir presque 10 000 RSA de plus avec cette CMA qui n'est pas nouvelle, mais qui est maintenant de niveau de sévérité 3 ou 4 selon les codes. Il ne s'agit pas d'une complication codée en DP avant la V11 et en DA après, puisque N17 augmente aussi en DP de +11,2% correspondant à environ 1 000 RSA. En revanche l'utilisation de N17.8 *Autres insuffisance rénales aiguës* pour le codage des insuffisances rénales fonctionnelles<sup>16</sup> n'est plus possible et a été modifiée par une nouvelle consigne de codage pour l'année 2010.
- ◆ **N30 Cystite** : on observe le même phénomène que pour N17, une augmentation de +26,2% en DA pour presque 10 000 RSA supplémentaires. Il s'agit d'une CMA de niveau 2, mais ce diagnostic très fréquent chez les femmes âgées permet d'être éventuellement en niveau 3 du fait de l'effet

<sup>16</sup> Cette consigne avait été acceptée lors de la validation (très ancienne) du thesaurus de l'Association française de néphrologie.

âge. Par ailleurs, le code N39.0 d'infection des voies urinaires n'étant pas une CMA, la tentation de coder une cystite doit exister dans un certain nombre de cas.

#### XV Grossesse, accouchement et puerpéralité

Les variations de ce chapitre ne seront pas étudiées parce qu'il n'y a pas de notion de DP dans l'arbre de décision de la CMD 14 et que les CMA sont remplacées par des listes de complications et de morbidités spécifiques. Néanmoins, on rappelle qu'il existe des codes de ce chapitre qui sont des CMA.

#### XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

La remarque est la même que pour le chapitre précédent.

#### XVII Maladies congénitales et anomalies chromosomiques

Il n'y a pas de remarque particulière sur ce chapitre dont les codes sont surtout utilisés en DA de séjours de nouveau-nés ou en DP pour des séjours chirurgicaux.

#### XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

On a vu, au moment de l'analyse par chapitre, qu'il est au 1<sup>er</sup> rang de ceux qui augmentent le plus pour les DP, au 2<sup>ème</sup> rang pour les DR, au 4<sup>ème</sup> pour les DA. C'est d'abord la traduction d'une amélioration du codage en termes quantitatifs plus que qualitatifs. Les écarts entre 2008 et 2009 sont en moyenne plus élevés pour plus de codes de ce chapitre. Il est donc important de comprendre ces variations.

- ◆ **R05 Toux** : l'augmentation de +20,3% en DA ne peut traduire que l'amélioration quantitative du codage car ce symptôme ne répond que rarement à la définition du DA ; ce serait éventuellement le cas pour un symptôme isolé (sans cause trouvée), mais ayant fait l'objet d'une exploration au cours du séjour alors que le motif d'hospitalisation était sans rapport avec une affection respiratoire.
- ◆ **R06 Anomalie de la respiration** : l'augmentation de +725,3% en DR (487 en 2008 et 4 019 en 2009) est la conséquence des consignes de codage pour les polysomnographies.
- ◆ **R19 Autres symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen** : le premier terme « autres » fait référence au fait qu'il ne s'agit ni de douleurs abdominales, ni de vomissements, ni de ballonnements, ni d'incontinence fécale, ni d'hépatomégalie ou de splénomégalie, ni d'ictère ou d'ascite. L'augmentation importante en DP pouvait faire craindre une confusion entre le motif d'admission et le motif d'hospitalisation, mais les quelques vérifications effectuées ne confirment pas cette crainte. Une analyse plus détaillée de cette catégorie montre une augmentation pour R19.5 *Autres anomalies des matières fécales* (+109,8% en DP et +76,5% en DA). Le contenu initial de ce code était fait d'anomalies qui ne peuvent pas être des motifs d'hospitalisation, mais le quasi doublement des effectifs en DP (3 665 en 2008 et 7 688 en 2009) s'explique par une modification de l'OMS qui a inclus dans ce code la *présence occulte de sang dans les selles* qui, elle, peut motiver une coloscopie. Il est difficile de savoir comment étaient codés ces dossiers avant car on ne note pas de baisse équivalente sur les substitutions possibles. En tout cas, on constate la réactivité des DIM face aux modifications de la CIM, même lorsqu'elles ne concernent que le contenu d'un code non modifié. La question qui subsiste c'est de savoir si une telle augmentation en DP traduit une augmentation des séjours pour explorations en raison de la création des nombreux GHM « d'explorations et surveillance » pour accueillir les séjours en provenance de la CM 24. Est-ce qu'on a éventuellement créé un appel d'air comme ce fut le cas pour les endoscopies sans anesthésie ?

Code	DP 2008	DP 2009	Ecart DP	DA 2008	DA2009	Ecart DA
R19	6850	11146	+62,7%	11020	14641	+32,9%
R19.5	3665	7688	+109,8%	4960	8754	+76,5%

Evolution de la catégorie R19 entre 2008 et 2009

◆ **Les catégories qui augmentent le plus en DP sont :**

- R25 *Mouvements volontaires anormaux* : +61,2%, mais c'est en relation avec la consigne de codage pour les injections botuliques,
- R29 *Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéomusculaire* : +190,9% (3 989 RSA en 2008 et 11 683 en 2009), mais c'est en relation avec l'obligation de coder les « chutes à répétition » avec le nouveau code de l'OMS (+408,6%) suite à la suppression de l'extension française,
- R41 *Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience* : +31,8%,
- R52 *Douleur, non classée ailleurs* : +63,8% qui traduisent peut-être la montée en charge des structures dédiées au traitement de la douleur.

◆ **Les catégories qui augmentent le plus en DA sont :**

- R26 *Anomalie de la démarche et de la motilité* : +32,2%,
- R29 *Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéomusculaire* : +185,1% (7 303 RSA en 2008 et 20 824 en 2009), mais la cause est déjà exposée dans le paragraphe précédent,
- R33 *rétenion d'urine* : +25,1% ; il semble que ce code est trop souvent mis pour des patients qui sont déjà porteurs d'une sonde urinaire (saisines des UCR) à l'arrivée dans l'UM,
- R34 *Anurie et oligurie* : +44,1%,
- R41 *Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience* : +39,8%,
- R44 *Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales* : +30%,
- R45 *Symptômes et signes relatifs à l'humeur* : +27,7%
- R52 *Douleur, non classée ailleurs* : +32,1%
- R60 *Œdème, non classé ailleurs* : +20,9%
- R64 *Cachexie* : +25,7%
- R82 *Autres résultats anormaux de l'examen des urines* : +32,3%.

Dans ces catégories, dont certains libellés sont particulièrement peu explicites, on n'a pas d'ancienne CMA, mais quelques codes sont des nouvelles CMA : R29.6 *Chutes à répétition*, R41.0 *Désorientation* et les codes R44.0 à R44.3 des *Hallucinations*. Si les écarts sont élevés pour ces quelques codes, ils ont des valeurs équivalentes à celles des autres codes non CMA ; pour les hallucinations, les effectifs restent faibles, en revanche pour les chutes à répétition (mais il faut tenir compte du transfert de codage) et pour la désorientation, les effectifs sont plus conséquents (17 804 désorientations en 2008 et 26 957 en 2009).

Le fait qu'une CMA de niveau 2 puisse faire un GHM de niveau 3 si l'effet âge existe et l'existence de nouvelles CMA au sein de ces catégories ont dû motiver un codage plus efficace. Indépendamment des taux observés, les effectifs concernés sont très variables : si l'augmentation est quelquefois proche de 10 000 RSA, elle est souvent plus faible et se situe souvent entre 1 000 et 2 000 RSA. Il faudra quand même avoir un certain nombre d'actions pour la version de 2011 :

- insister sur le fait qu'un symptôme ne peut être codé que s'il répond à la définition du DP, du DR ou du DA,
- vérifier les critères CMA des symptômes qui font actuellement partie de la liste et discuter de la légitimité à les laisser, même s'ils ont encore les critères de CMA,
- ajouter des exclusions pour ceux qui seraient maintenus dans la liste, mais il faut savoir que si cela donne bonne conscience, c'est souvent injuste puisque cela prive d'une survalorisation les séjours correctement codés et que c'est contreproductif dans le cadre des prises en charge de séjours multi-problèmes.

## XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

- ◆ **Versant « traumatisme » du chapitre** : de nombreux codes sont devenus des CMA. Il en résulte que les séjours qui ont plusieurs traumatismes, sans être des polytraumatisés graves relevant de la CMD 26, sont mieux valorisés. Les lésions qui sont devenues des CMA sont facilement objectivables dans un dossier et il n'apparaît pas nécessaire d'analyser finement les écarts constatés. Il n'y a d'ailleurs que 5 catégories qui ont une variation de DA supérieure (de peu) à 20% pour un effectif au moins égal à 1 000 RSA. Sur ces 5 catégories, les 3 premières sont des traumatismes bien localisés, mais les deux autres méritent quelques précisions. T74 *Syndromes dus à de mauvais traitements* augmente de +46,8% en DA alors que la catégorie devient une CMA en version 11 (772 RSA en 2008 et 1 133 en 2009). T79 *Certaines complications précoces des traumatismes, non classées ailleurs* augmente de +24% alors que T79.6 *Ischémie traumatique d'un muscle* devient une CMA en V11.
- ◆ **Versant « complications de traitement » du chapitre** : la première remarque concerne le fait que des mouvements doivent pouvoir être observés sur le DP avec des écarts négatifs et sur le DA avec des écarts positifs puisque les complications survenant au cours du séjour ne peuvent plus être des DP. C'est le constat que l'on peut faire dans le tableau ci-dessous qui reprend les catégories de complications à l'exception de T86 *Echec et rejet d'organes et de tissus greffés*, ce qui est logique car c'est une complication qui survient généralement après l'hospitalisation pour greffe et qui, de ce fait, devient un DP d'une autre hospitalisation. T85 et T87, faiblement positives ont également des raisons d'être utilisées en DP. Néanmoins, ces mouvements sont difficiles à analyser correctement puisque la règle de codage, pour les complications, stipule que la manifestation est prioritaire sur le code « T » quand celui-ci n'est pas suffisamment explicite<sup>17</sup>.

catégorie	DP 2008	DP 2009	Ecart DP	DA 2008	DA 2009	Ecart DA
T80	239	106	-55,6	1785	2810	57,4
T81	10075	5907	-41,4	45962	59397	29,2
T82	7420	6097	-17,8	14932	17878	19,7
T83	2394	2385	-0,4	4420	5354	21,1
T84	18071	17039	-5,7	10039	11496	14,5
T85	6500	6908	6,3	5639	6698	18,8
T86	1588	1983	24,9	5701	5105	-10,5
T87	1267	1308	3,2	1170	1584	35,4
T88	1972	495	-74,9	14117	14099	-0,1

*Ecarts observés sur les DP et les DA pour les catégories de complications d'acte*

Dans le tableau ci-dessus, on peut observer que les écarts négatifs en DP et positifs en DA ne traduisent pas une compensation d'effectifs entre les deux types de diagnostics. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un mouvement dû à la nouvelle définition du DP. De nombreux codes de complications étaient déjà dans la liste des CMA et les codes figurant dans le tableau suivant ont intégré la liste à partir de la version 11 :

<sup>17</sup> Un patient qui revient parce qu'il fait une péritonite postopératoire doit avoir en DP la péritonite et en DA le code T81.4 « Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs ». En revanche les codes T81.1 du choc postopératoire et T81.3 d'un lâchage de suture sont des codes suffisamment explicites pour être utilisés seuls.

Code	libellé	Niveau CMA
T81.30	Éviscération postopératoire	4
T81.38	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées	2
T83.0	Complication mécanique d'une sonde urinaire (à demeure)	2
T83.1	Complication mécanique d'autres prothèses et implants urinaires	2
T83.2	Complication mécanique d'une greffe d'organe urinaire	2
T84.9	Complication d'une prothèse, d'un implant et d'une greffe orthopédiques internes, sans précision	2

*Nouveaux code de complications thérapeutiques intégrés à la liste des CMA*

Les écarts importants constatés pour les DA, au-delà des variations qui seraient dues aux changements de DP, concernent également deux des catégories qui ont des codes qui sont devenus des CMA (T81 et T83), mais aussi T80 *Complications consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion* +57,4% et T87 *Complications propres à une réimplantation et une amputation* +35,4%. Pour T80, on peut expliquer l'augmentation par le signalement de faits non notés auparavant.

#### **XX Causes externes de morbidité et de mortalité**

Les catégories de ce chapitre n'étant ni des DP, ni des CMA, elles ne seront pas analysées.

#### **XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé**

Les codes de ce chapitre ne représentent rien pour l'OMS puisqu'elle les élimine des comparaisons internationales, alors qu'ils ont pris du poids dans les systèmes de paiement au forfait (DRG, GHM...) pour mieux comprendre les motifs du séjour (donc le DP) quand il s'agit d'explorations, de surveillances de maladies connues, d'entretien de dispositifs médicaux, de séances itératives, de motifs psychosociaux et de bien d'autres motifs qui ne représentent pas la prise en charge d'une maladie ou d'un traumatisme dans une phase unique. C'est donc un nombre très élevé d'hospitalisations qui échappent aux statistiques internationales<sup>18</sup>.

Un certain nombre de codes de ce chapitre sont des CMA, mais ils posent souvent les mêmes questions que les symptômes : fiabilité ? Traces objectives dans le dossier ? Eligibilité à survaloriser un séjour ?

On ne prendra pas chaque catégorie ayant des écarts importants les unes après les autres, mais par lots selon qu'il s'agit de DP, de DR ou de DA d'une part, et selon que l'écart est positif ou négatif d'autre part.

- ♦ **Cas des DP avec écart négatif** : dans le tableau ci-dessous, on peut trouver plusieurs explications aux écarts négatifs. Pour Z03 et Z11, ces catégories sont régulièrement déconseillées au profit d'un symptôme, d'un contact avec une personne contagieuse ou d'un antécédent personnel ou familial. Pour Z34 et Z36, on peut imaginer que des SEH<sup>19</sup> ont diminué la création d'un RSA. Pour Z40 qui correspond aux interventions sur des patients non malades, la non prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des séjours a obligé l'utilisation d'un DP « imposé » pour orienter le séjour dans un GHS sans valorisation. Pour Z50, il faudrait une étude détaillée pour

<sup>18</sup> Pour les codes « Z » ayant de gros effectifs en séjours, le codage d'un DR est assez présent. On pourrait donc améliorer les fichiers transmis au niveau international en remplaçant le DP par le DR. Néanmoins, il faudrait être sûr que cette simple inversion donnerait un résultat répondant aux règles de morbidité écrites par l'OMS.

<sup>19</sup> Il s'agit de forfaits destinés à payer la partie « sécurité environnement hospitalier » d'un acte qui ne nécessite pas une hospitalisation, mais qui a besoin de l'environnement d'un établissement de soins pour sa réalisation.

savoir si une partie des séjours est transféré en SSR ou si ce DP a été remplacé par un autre. La baisse de Z51 pourrait être interprétée comme une amélioration de la qualité du codage si elle touche de manière sélective Z51.8. En fait, il n'en est rien et Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classés ailleurs* est un code qui augmente encore en 2009 +48,2% (45 336 RSA en 2008 et 67 208 en 2009). C'est le code Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*<sup>20</sup> (autre que pour tumeur) qui explique cette baisse importante (-88,2%) de la catégorie Z51 pour des effectifs très importants : 154 551 en 2008 et 18 297 en 2009. Comme on l'a déjà vu plusieurs fois, l'explication de cette baisse réside dans la création d'un GHM spécifique de séance de chimiothérapie pour affection non tumorale dans la CMD 28 exclue de cette étude (Z51.2 est orienté dans la CM 24 en V10 et dans la CMD 28 en V11).

Code, libellé	DP 2008	DP 2009	Ecart DP
Z03 Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladie	10008	7420	-25,9
Z11 Examen spécial de dépistage de maladies infectieuses et parasitaires	2033	280	-86,2
Z34 Surveillance d'une grossesse normale	3590	1480	-58,8
Z36 Dépistage prénatal	3978	2668	-32,9
Z40 Opération prophylactique	1230	968	-21,3
Z50 Soins impliquant une rééducation	66598	49762	-25,3
Z51 Autres soins médicaux	436712	267515	-38,7

*Evolution des DP »Z » avec écart négatif entre 2008 et 2009*

- ◆ **Cas des DP avec écart positif** : Dans le tableau ci-dessous, on constate qu'il y a peu de cas. Pour Z04 qui concerne de gros volumes, on pourrait se trouver en contradiction avec les explications de la baisse de Z03 et Z11 du point précédent, mais il s'agit en fait du résultat de la création de plusieurs extensions aux codes de cette catégorie en relation avec les consignes de codage pour le DP en cas de séjours pour des bilans préopératoires ou pour des enregistrements de longue durée. On a donc vu la totalité du dispositif pour les séjours d'une nuitée pour polysomnographie : la baisse des DP correspondant aux divers motifs de polysomnographie (troubles du sommeil, ronflements, troubles de la respiration), l'augmentation des DR avec ces mêmes motifs et l'utilisation en DP d'un code de la catégorie Z04 conformément à la règle de codage. Pour Z83, on est en accord avec la remarque du point précédent.

Code, libellé	DP 2008	DP 2009	Ecart DP
Z04 Examen et mise en observation pour d'autres raisons	40908	92024	125,0
Z83 Antécédents familiaux d'autres maladies spécifiques	2930	3572	21,9

*Evolution des DP »Z » avec écart positif entre 2008 et 2009*

- ◆ **Cas des DR avec écarts positif ou négatif** : pour les trois catégories qui ont un écart positif, on peut faire deux remarques. La première est qu'on est bien en présence d'états permanents donc éligibles au DR. La deuxième, qu'on est bien dans des situations qui justifient des séjours pour surveillance et la présence d'un code « Z » de ce chapitre à la fois en DP et en DR est conforme aux consignes de codage. Notons que ces codes peuvent aussi être utilisés en DP et qu'ils conduisent, dans la grande majorité des cas, au même GHM que lorsqu'ils sont en DR, à condition d'utiliser des extensions de codes qui permettent d'accéder à une CMD par appareil ou système. Pour la catégorie Z94 qui affiche un écart négatif, il faudrait une étude particulière pour voir s'il

<sup>20</sup> L'utilisation des codes Z51.1 « Séance de chimiothérapie pour tumeur » et Z51.2 « Autres formes de chimiothérapie » a longtemps été à l'origine de différences d'interprétation ; certains considérant que Z51.1 ne comprenait que les antimétabolites et que l'administration d'un antiémétique se codait Z51.2, d'autres considérant que Z51.1 comprenait tous les produits administrés en séance dans le cadre du cancer et que Z51.2 concernait des chimiothérapies pour d'autres affections que le cancer ( tuberculose, sclérose en plaque etc.). Les consignes d'utilisation de ces deux codes sont calquées sur cette deuxième option.

Il y a une raison particulière pour que le choix d'utiliser ces codes plus souvent en DP ait une explication possible (-1 000 RSA en DR et +1000 RSA en DP).

Code, libellé	DR 2008	DR 2009	Ecart DR
Z86 Antécédents personnels de certaines autres maladies	761	1025	34,7
Z90 Absence acquise d'organes, non classée ailleurs	1942	2997	54,3
Z94 Greffe d'organe et de tissu	5451	4136	-24,1
Z95 Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires	1706	2433	42,6

*Evolution de DR »Z » entre 2008 et 2009*

- ◆ **Cas des DA avec écart positif** : si on excepte la dernière ligne du tableau ci-dessous, il y a deux groupes de catégories.

Code, libellé	DA 2008	DA 2009	Ecart DA
Z02 Examen médical et prise de contact à des fins administratives	1395	2198	57,6
Z11 Examen spécial de dépistage de maladies infectieuses et parasitaires	2641	4164	57,7
Z23 Nécessité d'une vaccination contre une seule maladie bactérienne	452	1121	148,0
Z24 Nécessité d'une vaccination contre certaines maladies virales uniques	2212	2759	24,7
Z29 Nécessité d'autres mesures prophylactiques	31054	37529	20,9
Z43 Surveillance de stomies	9817	16035	63,3
Z45 Ajustement et entretien d'une prothèse interne	41859	53390	27,5
Z46 Mise en place et ajustement d'autres appareils	9752	13994	43,5
Z55 Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation	861	1096	27,3
Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage	1826	2679	46,7
Z58 Difficultés liées à l'environnement physique	773	1067	38,0
Z59 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques	10763	14070	30,7
Z60 Difficultés liées à l'environnement social	14316	17936	25,3
Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse	1058	1626	53,7
Z65 Difficultés liées à d'autres situations psychosociales	4950	6451	30,3
Z72 Difficultés liées au mode de vie	15769	19255	22,1
Z81 Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement	1420	1762	24,1

*Evolution des DA »Z » avec écart positif entre 2008 et 2009*

- La première qui va de Z02 à Z46 et qui n'a de sens que si les codes sont utilisés en DP (on rappelle que toute l'étude est faite sur des séjours mono-RUM) traduit en fait une utilisation des codes de la CIM 10 à la place d'actes absents de la CCAM soit parce qu'il s'agit d'actes cliniques soit parce qu'il s'agit d'actes non médicaux. Certains codes sont des CMA (voir le tableau ci-dessous) comme les soins de stomies alors qu'ils recouvrent deux réalités différentes : les soins de stomies faits au cours du séjour où la stomie est réalisée (donc compris dans le tarif) et les soins d'un patient porteur d'une stomie et hospitalisé pour un autre motif. C'est ce qui était visé lorsque ces codes ont été intégrés à la liste des CMA, mais le problème est en fait plus complexe. D'un point de vue médicoéconomique, il y a des stomies qui expliquent une réelle augmentation de séjours, ce sont celles qui sont isolées (trachéostomie de réanimation ou gastrostomie d'alimentation) et il y a les stomies qui ne traduisent pas de surcoût parce qu'elles sont liées à un acte d'exérèse qui impose la réalisation temporaire ou

définitive d'un orifice artificiel (trachéotomie liée à l'exérèse d'un cancer de la sphère ORL ou colostomie liée à une colectomie ou une amputation du rectum). On trouvera ci-dessous les codes qui sont devenus des CMA en V11.

code	libellé	Niveau CMA
Z29.0	Isolement (prophylactique)	2
Z43.0	Surveillance de trachéostomie	4
Z43.1	Surveillance de gastrostomie	4
Z43.2	Surveillance d'iléostomie	3
Z43.3	Surveillance de colostomie	3
Z43.4	Surveillance d'autres stomies de l'appareil digestif	3
Z43.5	Surveillance de cystostomie	2
Z43.6	Surveillance d'autres stomies des voies urinaires	2
Z43.7	Surveillance de vagin artificiel	2
Z43.8	Surveillance d'autres stomies	2
Z45.1	Ajustement et entretien d'une pompe à perfusion	2
Z45.2	Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire	2
Z45.83	Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures	2
Z45.84	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central	2
Z46.5	Mise en place et ajustement d'une iléostomie et autres dispositifs intestinaux	3

Codes « Z » devenus CMA en V11

- La deuxième qui va de Z55 à Z72 a sa place en DA au moins pour répondre à l'enquête de la DREES sur la précarité mesurée, à titre expérimental, au niveau du séjour du patient.

### 4.3. Synthèse de l'analyse des catégories de la CIM

#### 4.3.1. En position de diagnostic principal

Les modifications observées au niveau du DP avec un écart supérieur à 20% pour un effectif d'au moins 1 000 RSA recouvrent trois réalités différentes : l'augmentation de volume (par exemple la grippe), l'adaptation à la nouvelle définition du DP (baisse des complications repérables en tant que telles dans la CIM) et adaptation à l'utilisation de DP « imposé » pour un certain nombre de séjours très spécifiques (polysomnographies par exemple).

#### 4.3.2. En position de diagnostic relié

La plupart des catégories affichent un écart négatif dont la première cause est le transfert d'un code (Z51.2) dont l'effet DP est transféré vers la CMD 28 exclue de cette étude. L'annexe 3 présente les pathologies les plus fréquemment rencontrées en DR, mais on voit bien que le GHM de « chimiothérapie pour autres affections que les tumeurs » comprend des séances très différentes. La baisse du taux de DR pour des affections qui ne répondent pas à sa définition indique une meilleure compréhension du rôle du DR qui ne peut concerner que des maladies chroniques, de longue durée ou des états permanents (amputations, greffes, prothèses, mais aussi ronflements à partir du moment où ils justifient une prise en charge hospitalière). Ceux qui ont un écart positif correspondent à de nouvelles consignes de codage.

### 4.3.3. En position de diagnostic associé

Les modifications observées sont de loin les plus importantes. Comme des écarts positifs sont rencontrés aussi bien pour des catégories qui ont des CMA que pour des catégories qui n'en ont pas, on peut relier ce phénomène à une amélioration du nombre de données qui sont codées. Cette augmentation est plus quantitative que qualitative dans la mesure où on trouve de nombreux codes qui ne répondent pas toujours à la définition des DA (symptômes et résultats anormaux d'examens inhérents à la maladie, codes « Z » utilisés pour pallier l'absence d'actes cliniques ou non médicaux dans la CCAM). L'amélioration est toujours plus marquée quand la catégorie contient au moins un code qui est une nouvelle CMA avec des effectifs assez importants pour les codes les plus « fragiles » (manque de définitions ou de traces objectives dans un dossier médical). Le suivi régulier des remontées de données tout au long de l'année 2009 a permis de repérer ceux qui pouvaient bénéficier de consignes de codage permettant une meilleure maîtrise de leur utilisation. Les catégories contenant au moins une ancienne CMA ont également souvent des écarts positifs surtout pour les plus fréquentes du niveau 2 probablement pour ne pas rater un groupage dans ce niveau, voire en niveau 3 avec l'effet âge.

Les représentants des DIM avaient demandé d'assouplir la définition du DA et de mettre de l'expertise dans le groupeur pour contrer le surcodage médicoéconomique ; l'analyse détaillée d'un certain nombre de catégories montre toute la difficulté de réalisation d'un tel système expert qui ne pourrait être mis en œuvre que lorsque tous les champs seraient couverts pour ne pas générer des injustices alors qu'il faudrait de très nombreuses années pour arriver au bout. On pourrait raccourcir les délais en augmentant de manière très importante les exclusions entre DP et DA, mais on remettrait des cas lourds dans des GHM légers et on retomberait dans des moyennes qui ont justifié tous les travaux d'adaptation à la T2A de la version 9 à la version 11 des GHM.

Au-delà de ces considérations, il y a un chiffre à retenir et à utiliser dans les simulations diverses pour les campagnes tarifaires quand on cherche à mesurer les effets classification, c'est celui de 30% (à affiner) qui est le taux moyen d'augmentation du codage des données qui deviennent valorisantes. Dans les simulations, on essaie toujours d'imaginer les impacts financiers en tenant compte d'une évolution du codage ; ces estimations sont difficiles à faire, même en tenant compte de ce qu'on observe sur les établissements qui codent le mieux et ce taux de 30% pourrait être une aide précieuse.

## 5. Validation du nouvel algorithme de choix du DP

La modification de la définition du DP qui donne la priorité au motif d'hospitalisation dans une UM, établi a posteriori, et non plus au motif qui a consommé le plus de ressources, a nécessité de revoir l'algorithme de choix du DP pour les séjours multi-unités. Ces séjours qui représentent environ 10% (hors séances) d'une base annuelle dans le champ MCO, correspondent à des hospitalisations en moyenne plus complexes dans la mesure où les causes principales de l'existence de plusieurs RUM pour un RSS sont le passage dans une UM de soins intensifs, de réanimation, de surveillance continue ou une arrivée via une UHCD. Il est donc important que ces séjours soient classés dans le GHM le plus conforme à l'ensemble du séjour.

L'idéal aurait été de pouvoir prendre le DP du 1<sup>er</sup> RUM, mais la présence très fréquente d'un RUM de très courte durée (<2jours) à cette place a rendu nécessaire de trouver une solution plus élaborée. En effet, le DP de ce RUM est trop souvent un symptôme ou un diagnostic qui ne s'avère pas confirmé par le RUM qui correspond à la prise en charge globale du patient.

De manière volontairement simplifiée, la différence « philosophique » entre l'algorithme avant V11 et celui qui a été conçu pour la V11 se situe dans le traitement des RUM qui sont à égalité sur une série de critères : avant on donnait la priorité au dernier RUM, après on a donné la priorité au premier

RUM (avec des exceptions). La différence sur le plan technique se situe sur l'existence d'un arbre de décision basé sur la présence d'un acte classant opératoire et de la durée pour la version avant la V11 (l'algorithme n'était pas simple pour autant) et sur le repérage du RUM qui a le moins de « points » à partir de la version 11. Les points de « pénalité » sont attribués à chaque RUM selon son rang, sa durée, la nature du DP, les caractéristiques du RUM précédent et le type d'actes classants (c'est en fait plus compliqué et on pourra se reporter au manuel des GHM pour plus de précisions).

Comme la décision de garder la priorité au RUM qui contient un acte classant opératoire a été rapidement acquise, ce sont les séjours sans acte classant opératoire qui ont mobilisé l'effort de réflexion. Au sein de ces séjours, ceux qui ont un acte classant non opératoire ont été séparés en deux groupes :

- ceux qui ont un acte qui correspond à des prises en charge thérapeutiques par des voies naturelles, endovasculaires ou percutanées,
- ceux qui ont un acte à visée diagnostique.

Les RUM du premier groupe sont prioritaires (donc moins pénalisés) sur les seconds.

Les points dépendent également du type de DP ou d'actes et des listes (consultables dans le manuel des GHM) ont été élaborées pour donner plus de pénalités à des codes moins précis, appartenant au dernier chapitre de la CIM ou des actes qui peuvent être considérés comme mineurs.

Pour valider cet algorithme, le choix méthodologique s'est porté sur la lecture de RSA. Elle s'est faite sur 250 RSA multi-unités tirés au sort. La moitié des RSA (124 sur 250) ont le même DP sur tous les RUM et n'ont pas été analysés plus finement considérant que l'algorithme n'avait pas été utilisé pour faire un choix. On rappelle que c'est la meilleure méthode pour maîtriser le DP final, quand ce n'est pas un tout autre motif qui est à l'origine de la mutation dans une autre UM ; rien ne s'oppose à ce que le même DP figure sur :

- un 1<sup>er</sup> RUM médical, le RUM de surveillance continue et le 2<sup>ème</sup> RUM médical,
- un 1<sup>er</sup> RUM chirurgical, le RUM de réanimation et 2<sup>ème</sup> RUM chirurgical ou médical si la fin du séjour se fait dans une autre discipline.

Quand le diagnostic n'est pas recodé, de nombreux codeurs utilisent alors le code Z48.0 (surveillance des sutures et pansements chirurgicaux) ou un autre code de la catégorie Z48 pour coder le DP du RUM de retour dans une même UM ; comme ce code est plus pénalisé qu'un code non « Z », le choix algorithmique est sans problème dans la grande majorité des cas.

### **5.1. Les cas où le choix algorithmique est « invalidé »**

Sur les 250 RSA, il n'y a que trois cas où l'algorithme n'a pas choisi ce qu'un raisonnement médical aurait sélectionné, ce qui est très peu par rapport aux discordances qu'on pouvait observer avec l'algorithme précédent. Quelle que soit la sophistication des deux algorithmes, il est sûrement plus facile de déterminer automatiquement le diagnostic qui a motivé l'hospitalisation que celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins.

Il est intéressant de présenter les trois cas recensés car l'algorithme n'est pas entièrement en cause. Il est évident qu'en l'absence de retour au dossier, les affirmations et les hypothèses faites ici ne visent qu'à alimenter la discussion et non à démontrer la vérité.

#### **5.1.1. Le 1<sup>er</sup> cas concerne un séjour de 4 jours**

Il se décompose en 1 jour dans une 1<sup>ère</sup> UM avec un DP d'épilepsie généralisée et 3 jours dans une 2<sup>ème</sup> UM avec un DP d'infection urinaire. Les diagnostics associés de ce patient âgé de 82 ans indiquent une déshydratation, une hypokaliémie et une gastroentérite ; les actes mentionnés sont effectués dans le séjour du 1<sup>er</sup> RUM, il s'agit d'un scanner crânien et un EEG.

Le DP retenu par l'algorithme est l'infection urinaire parce que la durée de séjour du 1<sup>er</sup> RUM est inférieure à 2 jours, ce qui donne l'avantage au 2<sup>ème</sup> DP qu'au 1<sup>er</sup>. Il est probable que ce patient est venu ce jour là pour une crise d'épilepsie et que les autres pathologies sont des découvertes fortuites qui, elles, justifient les 3 jours du 2<sup>ème</sup> RUM.

Mais la discussion n'est pas terminée puisque ce patient n'a pas eu de temps de faire son infection urinaire et sa gastroentérite après son entrée à l'hôpital ; si les actes peuvent être rattachés à chaque RUM parce qu'ils sont datés, ce n'est pas le cas des diagnostics associés. Si l'infection urinaire et la gastroentérite étaient codées dans le 1<sup>er</sup> RUM, le codeur est en droit de choisir entre l'épilepsie, l'infection urinaire et la gastroentérite pour coder le DP.

### 5.1.2. Le 2<sup>ème</sup> cas concerne un séjour de 3 jours

Il se décompose en 1 jour en réanimation avec un DP de contusion pulmonaire et 2 jours en surveillance continue avec un DP de détresse respiratoire et une sortie à domicile sans passer dans une autre UM. Dans les DA, on ne trouve qu'une plaie du cuir chevelu pour ce patient de 18 ans victime d'un accident de la circulation. Dans la 1<sup>ère</sup> UM on ne trouve que des actes d'imagerie et aucun acte de réanimation ; dans la 2<sup>ème</sup> UM, on trouve des actes de surveillance continue classique. Il n'y a aucune ventilation mécanique.

Le DP retenu est celui du 2<sup>ème</sup> RUM (la détresse respiratoire) parce que la durée du 1<sup>er</sup> RUM est inférieure à 2 jours, or cette hospitalisation est manifestement un séjour de traumatologie et non de détresse respiratoire. Si le mode de sortie est juste et qu'il ne s'agit pas d'un transfert non codé (1 jour de réanimation et 2 jours de surveillance continue), on peut contester le choix de détresse respiratoire sur le 2<sup>ème</sup> RUM. En théorie, le choix algorithmique du DP n'est pas bon, mais ce n'est pas sur des dossiers de ce type (manque de vraisemblance entre les diagnostics, les actes, la durée et le mode de sortie) qu'il faut réajuster l'écriture du programme.

### 5.1.3. Le 3<sup>ème</sup> cas concerne un séjour de 5 jours

Cet exemple présente des erreurs de codage qui compliquent la présentation, mais s'il avait été bien codé, le choix algorithmique n'aurait probablement pas été non plus le bon.

Il se décompose en 1 jour en zone de surveillance de courte durée avec un DP d'hyperthermie et de 4 jours avec un DP de céphalée codée R51 qui indique qu'on n'en connaît pas la cause. Ce patient de 24 ans qui vient du domicile et qui sort pour rentrer à domicile, a plusieurs DA qui présentent une certaine redondance. On a une atteinte virale sans précision (B34.9) et un incident de ponction lombaire (présente dans la liste des actes) codé avec plusieurs codes :

- Y84.4 pour la complication d'un acte qui comprend une aspiration de liquide et qui est due à une réaction anormale du patient et non à un incident au cours de l'acte : ce code est juste,
- G97.1 pour les céphalées après une rachicentèse ; la céphalée n'est pas mentionnée explicitement dans le libellé du code, mais cette référence existe telle quelle dans le volume 3 (alphabétique) de la CIM : ce qui est juste,
- T81.8 pour la complication d'un acte due à un incident lors de sa réalisation ; ce code contredit Y84.4 et on peut dire qu'il est faux au vu du type de la complication (G97.1),
- R51 pour la céphalée en tant que symptôme. Ce code a été retenu en DP du 2<sup>ème</sup> RUM, mais à quel titre ? Il est plus que probable que ce soit en complément de G97.1 (la ponction lombaire a été faite dans la 1<sup>ère</sup> UM) parce que le codeur a voulu apporter une précision à G97.1 et, dans ce cas, ce n'est pas un code correct et le DP est erroné.

L'algorithme a retenu le DP du 2<sup>ème</sup> RUM (R51) parce que la durée du 1<sup>er</sup> RUM est inférieure à 2 jours.

L'histoire la plus probable de ce séjour est une venue avec une suspicion de méningite virale qui est à l'origine de la ponction lombaire réalisée dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et le patient est muté dans une UM d'hospitalisation en raison des céphalées post rachicentèse. Le choix algorithmique est erroné s'il a retenu la complication survenue au cours du séjour. On peut bien sûr imaginer que les céphalées accompagnaient la fièvre, dès l'entrée du patient, justifiant la ponction lombaire, et que chaque UM a choisi un symptôme différent en DP.

## 5.2. Les cas qui méritent d'être commentés

Il ne s'agit pas ici d'erreurs de choix algorithmique, mais d'illustrer les conséquences des choix faits. Ces cas permettront peut-être d'améliorer le programme.

### 5.2.1. Cas d'un séjour avec un RUM prioritaire discutable

C'est un séjour de 12 jours d'un patient âgé de 81 ans qui reste 10 jours dans une 1<sup>ère</sup> UM pour un vertige bénin paroxystique (c'est le DP codé), puis il passe une journée dans une UM de cardiologie (c'est une déduction) avec un DP d'ischémie myocardique asymptomatique et un acte de coronarographie, enfin, il passe une journée dans une UM où le seul acte mentionné est une audiométrie (une presbyacousie est signalée dans les DA, mais n'est pas le DP de cette dernière UM). Les autres DA mentionnent un diabète au stade de complications multiples.

Le RUM ayant un acte classant non opératoire et non thérapeutique est moins pénalisé qu'un RUM qui n'a aucun acte classant, c'est donc le DP d'ischémie myocardique asymptomatique qui devient le DP du RSA (en raison de la coronarographie) alors qu'il n'explique en rien les 10 premiers jours d'hospitalisation. Il est vrai qu'il est très difficile d'imaginer ce qui s'est passé dans cette première UM parce qu'en dehors d'un bilan d'imagerie (thorax, abdomen, crâne) et un ECG le jour d'arrivée, il n'y a plus rien jusqu'à la coronarographie au 11<sup>ème</sup> jour.

C'est donc moins ce cas précis qui doit être pris comme une illustration du sujet que la question qui est posée ici : est-ce qu'un acte classant non opératoire et de type diagnostic présent sur un RUM qui n'est pas le 1<sup>er</sup> (après les séjours de moins de 2 jours) doit faire monter la priorité du DP ?

### 5.2.2. Cas des hospitalisations pour épisode aigu rapidement résolutif

Le cas le plus représentatif est celui de la crise d'épilepsie, mais cela peut être une crise d'asthme, voire un état d'ivresse. La question ne se pose que si le séjour est multi-unité. La plupart du temps il s'agit de séjours très courts parce que c'est une pathologie connue et le patient est éventuellement restitué à la médecine de ville.

Quand on garde ces patients, arrivés en général par les urgences, et qu'on les hospitalise, c'est en général parce qu'il y a d'autres problèmes. Ces « crises » sont alors le DP du 1<sup>er</sup> RUM qui est bien souvent un lieu d'hébergement de très courte durée (moins de 2 jours, donc avec un DP non prioritaire sur le suivant), mais très souvent remplacé par un autre DP dans la 2<sup>ème</sup> UM parce que la crise est terminée et le fait d'avoir gardé le patient est souvent dû à un problème connexe (motif psychosocial, complication etc.). Le fait de retenir le 2<sup>ème</sup> DP ne génère pas d'incohérence médicale, il peut même mieux décrire le séjour que le motif de l'hospitalisation (au sens de la définition du DP), mais on n'est pas dans l'esprit du DP telle qu'il est décrit actuellement et l'algorithme fait ce que de nombreux codeurs souhaiteraient faire sur un monoRUM.

## 5.3. Résultats

On est agréablement surpris par le résultat qui donne l'impression d'avoir moins d'incohérences, mais c'est d'abord le résultat d'une plus grande cohérence médicale dans la définition du diagnostic principal. Dans la définition précédente, tout le monde semblait capable de définir le motif qui consommait le plus de ressources, alors qu'il n'existait aucun critère de reproductibilité. Pour les uns c'était la durée de séjour, pour d'autres le diagnostic correspondant à l'acte le plus lourd ou le plus coûteux, pour d'autres enfin, le diagnostic le plus grave.

On constate que l'algorithme fonctionne pour moins de la moitié des 10% de RSA multiRUM (la moitié parce que tous les DP sont identiques et le reste à cause de l'utilisation d'un code de la catégorie Z48 pour traduire le fait que les derniers RUM sont un simple suivi des premiers). La difficulté, c'est qu'il doit fonctionner correctement pour les cas les plus complexes dont le résultat de groupage est souvent regardé à la loupe pour être sûr que la valorisation va être conforme. C'est la raison pour laquelle toute amélioration est bienvenue.

Le choix algorithmique du DP serait grandement facilité si on n'avait pas toutes ces hospitalisations qui commencent par un RUM de très courte durée dont les DP manquent souvent de fiabilité au point de les rendre non prioritaires alors que pour les affections qui se manifestent par une crise aiguë, ce serait le bon DP. La lecture et l'analyse détaillée des 250 RSA a permis de valider l'algorithme mis au point et les améliorations possibles tiennent plus de la retouche que de la modification. Il reste à vérifier que les retouches possibles ne dégradent pas la situation en créant d'autres types d'incohérences.

## 6. Conclusion

Il est évident que les analyses faites dans cette exploration se sont limitées à quelques sujets et que les travaux pourraient se poursuivre pendant quelques mois pour comprendre la totalité des variations, or cette étude est d'abord destinée aux médecins qui ont besoin de comprendre rapidement comment interpréter les modifications ou les atypies du case-mix 2009 en version 11 des GHM. Il est donc plus important d'être réactif sur les sujets les plus évidents plutôt qu'exhaustif sur l'ensemble des modifications observées. C'est parce que le texte proposé est d'abord destiné à des médecins que le contenu est volontairement plus médical que dans les rapports habituels de l'ATIH, néanmoins, une bonne partie de la rédaction est également destinée aux lecteurs intéressés par l'évolution des case-mix et leur conséquences sur le financement des établissements.

Les objectifs de cette étude étaient :

- de montrer que l'évolution du codage est suivie au plus près de la réalité et qu'il est possible de comprendre la majorité des variations constatées ;
- de vérifier que les nouvelles règles et consignes de codage sont globalement appliquées ;
- d'évaluer sur quels éléments portent les nouvelles pratiques de codage : diagnostic principal, relié ou associé.

**Sur le premier point**, il faut noter qu'il est plus facile de suivre au plus près les remontées de données du secteur ex-DGF parce que ses recettes sont conditionnées par l'envoi des RSA, ce qui n'est pas le cas du secteur ex-OQN qui donne la priorité aux factures sur l'envoi des RSA. Il est difficile d'évaluer la conséquence de ce décalage sur l'étude, mais elle est probablement amortie par une plus grande standardisation de l'activité du secteur privé, ce qui assure une bonne représentativité des types de séjours malgré un effectif inférieur à ce qu'il devrait être si le retard était identique dans chaque secteur.

**Pour le deuxième point**, on peut dire que les nouveautés de la V11 ont été plutôt bien assimilées. La modification de la définition du diagnostic principal est difficile à mettre en évidence, mais les codes de complications de traitement sont bien en baisse dans les diagnostics principaux, ce qui est conforme au fait qu'une complication qui intervient en cours de séjour ne peut plus être un diagnostic principal. Une lecture attentive des séjours multi-unités montre que l'algorithme de choix automatique du diagnostic principal donne de bons résultats et qu'il est aidé par le fait que dans la moitié des cas, ce diagnostic est le même sur tous les résumés d'unité médicale.

Pour les GHM qui se construisent sur des règles précises de codage, on note que les consignes sont globalement respectées si on se réfère à l'exemple des polysomnographies. Les nouveaux codes, qu'il s'agisse de ceux qui sont créés par l'OMS ou des extensions créées pour le PMSI sont bien utilisés et démontrent une bonne réactivité des DIM avec un souci de passer les nouvelles consignes assez rapidement.

**Enfin, pour le troisième point**, on constate tout d'abord une augmentation globale du codage quantitative puisque de nombreux codes sans effet sur la valorisation ont des taux d'augmentations significatifs ; elle est également qualitative pour de nombreux codes qui sont devenus des CMA dans la V11. S'il est évident que quelques codes ont été utilisés au-delà de ce qui était estimé dans les simulations effectuées sur des données de 2007, il n'y a pas de preuve évidente de « surcodage », néanmoins, il a été jugé utile d'écrire des consignes destinées à limiter l'usage de certains codes et elles ont été mises en application dès 2010. On rappelle ici que des codes qui ont un effet CMA accentué font référence à des objectifs de recueil des indicateurs de qualité des soins mis en place par

l'HAS (surveillance de l'état cutané pour la prévention des escarres, recueil du poids et de la taille pour la prévention des malnutritions) : quand on recherche plus, on trouve plus.

Il est clair que l'exploration statistique et la lecture des RSA montrent que si on observe des modifications qui peuvent justifier la recherche d'une cause, il n'y a aucune raison de penser que l'augmentation globale du nombre de codes est la conséquence d'une recherche de recettes supplémentaires qui ne peut être mise en évidence que par un contrôle sur site ; il s'agit d'abord du résultat d'un électrochoc sur l'activité de codage à l'occasion d'une version des GHM qui comporte beaucoup de nouveautés appliquées dans le cadre d'une TZA à 100% sur la partie activité médicale.

Un autre enseignement qui peut être tiré de cette étude, c'est le taux d'augmentation de codage pour une information qui devient valorisante (nouvelle CMA par exemple,) sans être pour autant en surcodage. Ce taux peut apparaître comme important au niveau de l'évolution du codage, mais il n'y a pas automatiquement une traduction en « recettes » financières car il y a des mécanismes de contrôle comme les exclusions de diagnostics et les durées minimum pour être dans un groupe avec sévérité. Néanmoins, il est probablement intéressant de tenir compte des simulations d'évolution du codage faites avant l'application d'une nouvelle version dans le calcul des tarifs des niveaux de base. Pour avoir fait ces calculs au moment du passage à la TZA du secteur ex-OQN et à d'autres occasions de modifications importantes, on constate que l'augmentation de la première année ne se reproduit pas les années suivantes. En revanche, le codage évolue régulièrement à la hausse parce que le codage destiné au financement ne peut que s'améliorer et le vieillissement de la population ne peut qu'augmenter le nombre de diagnostics associés.

Il faut probablement refaire très vite le calcul des critères CMA sur une base de données codées en version 11 pour voir comment évoluent ces critères afin de proposer des adaptations permettant de conserver un bon degré de confiance dans une classification des GHM qui a pu générer des craintes du fait de l'augmentation du nombre des niveaux de sévérité et des tarifs affectés aux niveaux les plus élevés. Il n'y a pas de raison de penser que l'on peut facilement atteindre ces niveaux par un simple jeu de codage. Par ailleurs, avoir plus de niveaux 3 et 4 ne veut pas dire que cela génère par construction plus de recettes ; il faudrait une étude assez poussée pour en mesurer les conséquences. Un séjour classé dans un niveau 3 d'une activité dont la base (niveau 1) est peu chère n'a pas obligatoirement un tarif plus élevé que le même séjour classé en niveau 1 d'une activité dont la base est plus élevée : la première situation correspondant à la définition du diagnostic principal de la version 11 des GHM et la deuxième à celle de la version 10.

L'objectif principal de cette étude était de montrer que le suivi de l'évolution du codage est possible y compris en cours d'année, mais que l'interprétation des variations nécessite de bien connaître les modifications :

- de classifications comme c'est le cas avec la nouvelle liste de CMA,
- de nomenclatures quand il y a suppression ou création de codes, modification de contenu,
- de consignes de codage comme c'est le cas pour les séjours de surveillance d'une pathologie connue, voire de règles contraignantes comme c'est le cas pour les enregistrements de longue durée,
- de recueil comme l'ajout d'une confirmation de codage qui peut faire varier les codes dont la vérification est obligatoire,
- de réglementation comme l'ajout d'actes dans la liste des SEH (sécurité environnement hospitalier) qui font diminuer brutalement les diagnostics principaux correspondant à ces actes,
- de tarification dont les changements peuvent être incitatifs ou désincitatifs à pratiquer certaines activités,
- conjoncturelles comme la grippe AH1N1 par exemple.

Toutes ces modifications entraînent des « atypies » la première année, mais envisager que les pratiques de codage se modifient avec un objectif purement financier vient après avoir éliminé toutes les variations normales.



## Annexe 1 : définition du diagnostic principal pour la V10 des GHM

### Le diagnostic principal

Dans le résumé de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation.

Il peut être :

- une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX de la CIM ;
- ou l'une des entités classées dans le chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z) ;
- ou U04.9 *Syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS], sans précision* (chapitre XXII).

En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) et des catégories U80 à U89 du chapitre XXII n'est pas autorisé pour le codage du DP<sup>21</sup>.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du malade dans l'unité médicale. Il est énoncé **en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant**, y compris les résultats d'examens effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie...) dans la mesure où ils sont disponibles au moment où le résumé de séjour doit être réglementairement produit. La question du choix du DP se pose à l'échelon de **l'unité médicale**, lors de la production du **résumé d'unité médicale** (RUM), y compris en cas de séjour multiunité où il faut, pour chaque unité médicale successive, déterminer le DP destiné au RUM concluant la part du séjour dont elle a eu la charge.

Dans le cas des séjours multiunités, il importe de ne pas confondre cette notion de DP du RUM avec celle de DP du résumé de sortie standardisé (RSS). Le choix du DP du RUM est le résultat d'une réflexion au terme de chaque séjour de malade dans une unité médicale. La notion de DP du RSS multiunité renvoie, quant à elle, à un processus ultérieur et automatique qui dépend d'un algorithme inscrit dans la procédure de classement en groupes homogènes de malades (GHM) ou *groupage*<sup>22</sup>.

**La détermination du DP au sens du recueil d'information du PMSI en MCO nécessite une analyse préalable en termes de situation clinique** (voir plus loin le *guide des situations cliniques*) **et la connaissance des possibilités de codage offertes par la CIM.**

<sup>21</sup> L'emploi du chapitre XX est abordé *infra*.

<sup>22</sup> Se reporter à la présentation générale du manuel des GHM.

## Annexe 2 : définition du diagnostic principal pour la V11 des GHM

### **Le diagnostic principal**

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

**Il résulte de cette définition qu'un problème de santé inexistant lors de l'admission dans l'UM et apparu au cours du séjour dans celle-ci ne peut jamais être le DP.**

**Le DP doit être déterminé conformément au guide des situations cliniques (voir *infra*) et en connaissance des possibilités de codage offertes par la 10<sup>e</sup> révision de la *Classification internationale des maladies (CIM-10)*.**

Le DP peut être :

- une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX voire XXII<sup>23</sup> de la CIM-10 ;
- ou l'une des entités classées dans le chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z).

En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) n'est pas autorisé pour le codage du DP.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est énoncé **en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant**, y compris les résultats d'examens effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie...).

---

<sup>23</sup> Un chapitre XXII a été créé lors de la mise à jour de la CIM-10 de 2003. Se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr>. Seul le code U04.9 peut être utilisé comme DP.

## Annexe 3 : DR du GHM de chimiothérapie pour affections non tumorales

Effectif supérieur à 500 et par ordre décroissant de fréquence.

DR (sur 3 caractères)	Nb séances	% total séances	Libellé DR
<b>Total</b>	<b>159922</b>	<b>100,00</b>	
G35	36469	22,80	Sclérose en plaques
K50	16651	10,41	Maladie de Crohn [entérite régionale]
M45	12092	7,56	Spondylarthrite ankylosante
M05	9866	6,17	Polyarthrite rhumatoïde séropositive
M06	8805	5,51	Autres polyarthrites rhumatoïdes
D50	4865	3,04	Anémie par carence en fer
K51	4595	2,87	Recto-colite hémorragique [colite ulcéreuse]
G61	3181	1,99	Polynévrites inflammatoires
E76	2704	1,69	Anomalies du métabolisme des glucosaminoglycanes
D80	2581	1,61	Déficit immunitaire avec déficit prédominant de la production d'anticorps
D69	2526	1,58	Purpura et autres affections hémorragiques
L40	2467	1,54	Psoriasis
M07	2310	1,44	Arthropathies psoriasiques et entéropathiques
C90	1989	1,24	Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes
M89	1866	1,17	Autres maladies osseuses
G24	1762	1,10	Dystonie
E75	1706	1,07	Anomalies du métabolisme des sphingolipides et autres anomalies du stockage des lipides
C67	1526	0,95	Tumeur maligne de la vessie
G62	1302	0,81	Autres polynévrites
C91	1189	0,74	Leucémie lymphoïde
D59	1103	0,69	Anémie hémolytique acquise
G51	1061	0,66	Affections du nerf facial
M31	949	0,59	Autres vasculopathies nécrosantes
Z94	922	0,58	Présence de greffe d'organe et de tissu
M33	885	0,55	Dermatopolymyosite
D83	882	0,55	Déficit immunitaire commun variable
M80	777	0,49	Ostéoporose avec fracture pathologique
D46	773	0,48	Syndromes myélodysplasiques
E88	720	0,45	Autres anomalies métaboliques
C50	685	0,43	Tumeur maligne du sein
M34	675	0,42	Sclérose systémique
G70	641	0,40	Myasthénie et autres affections neuro-musculaires
M35	595	0,37	Autres atteintes systémiques du tissu conjonctif
M79	578	0,36	Autres affections des tissus mous, non classées ailleurs
D84	542	0,34	Autres déficits immunitaires
M32	539	0,34	Lupus érythémateux disséminé
D66	537	0,34	Carence héréditaire en facteur VIII
C79	503	0,31	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges

