



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

DATIM

Détection des Atypies de l'Information Médicale

Version 2.04.1

Mars 2005

GUIDE DE LECTURE ET D' INTERPRETATION

SOMMAIRE

PRESENTATION DE DATIM	p. 3
LISTE DES TESTS	p. 8
DETAIL DES TESTS	p.12

PRESENTATION DE DATIM

I. Objectifs

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

Dans le cadre des contrôles externes, DATIM doit permettre :

- de participer à l'élaboration du programme de contrôle régional en effectuant un ciblage des établissements atypiques du point de vue du codage,
- de faciliter la préparation des contrôles sur site, notamment en permettant de cibler précisément les activités qui devront être contrôlées,
- de proposer une estimation de la qualité globale du codage à travers un indicateur qui mesure la conformité des codages aux règles du PMSI.

Par ailleurs, la mise à disposition des établissements des diverses informations produites par DATIM, notamment l'édition de résumés suspects d'anomalies de codage, devrait à terme contribuer à une amélioration de la qualité des codages.

II. Les tests

Compte tenu des objectifs précédemment énoncés, on distingue trois types de tests :

- les tests de type Q1 ont pour objet la construction d'un indicateur synthétique global qui permet de repérer et de hiérarchiser les établissements en fonction de leur degré d'atypie,
- les tests de type Q2 visent à fournir une estimation de la qualité du codage à travers la quantification du non respect de certaines règles de codage,
- les tests de type Q3 mettent en évidence des résumés suspects de contenir des anomalies de codage et donc, susceptibles d'être contrôlés ou corrigés.

Tests Q1 : construction de l'indice synthétique d'atypie.

Les tests du module Q1 répondent essentiellement à une problématique de facturation.

Le principe en est le suivant: il est procédé dans un premier temps à l'extraction automatisée d'un certain nombre de caractéristiques du fichier au moyen d'une batterie de critères (tests). La comparaison de chacune de ces caractéristiques à une référence correspondant généralement à la valeur nationale moyenne observée (pour la catégorie d'établissement), permet de définir la notion d'atypie et d'en fournir une estimation quantitative. La synthèse de l'ensemble des atypies élémentaires constitue l'indice global d'atypie de l'établissement dont l'interprétation oriente la décision de contrôle sur site.

Les critères utilisés sont essentiellement descriptifs et ne peuvent être rapportés de façon univoque à la notion de qualité du codage, aussi le terme d'atypie doit-il être pris avec

prudence dans son sens le plus littéral. On verra dans cette approche statistique le double avantage d'une relative équité de traitement entre les établissements et surtout la possibilité d'utiliser des critères très généraux permettant ainsi de s'affranchir des nombreuses spécificités rencontrées sur le terrain. En revanche, il n'est pas possible d'apprécier la qualité d'un fichier directement à travers son degré d'atypie sans avoir au préalable écarté de nombreuses autres causes fréquemment associées liées aux types de patients, de prises en charge ou encore d'organisations pour ne citer que les plus évidentes.

Aussi, l'indice global d'atypie ne constitue-t-il qu'un premier élément d'orientation qui demande impérativement à être confirmé et documenté. Cette seconde analyse repose sur l'interprétation de résultats détaillés fournis par DATIM éventuellement confrontés à d'autres sources d'informations sur l'établissement. Cette phase d'interprétation conduit à confirmer le caractère atypique de l'établissement mais aussi à déterminer précisément les activités à contrôler (ciblage).

Ce n'est qu'au terme de ces deux étapes, repérage des établissements atypiques puis compréhension fine des éventuelles anomalies de codage avec ciblage des activités à contrôler qu'il pourra être utile d'envisager un déplacement sur site.

Tests Q2 : indice global de qualité.

Ce module repère des erreurs de codage correspondant au non respect de certaines règles du guide méthodologique de production des RSS. Une approche statistique du même type que pour le module Q1, c'est-à-dire par comparaison à des valeurs de référence, permet d'en fournir une estimation quantitative et de construire un indicateur synthétique témoin du degré de non qualité.

Tests Q3 : amélioration de la qualité des bases

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

III. Principes de fonctionnement

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

Les fichiers de RSA utilisés sont ceux transmis par l'établissement via e-PMSI. Le traitement DATIM est effectué à la suite de MAT2A lors de chaque commande de traitement du fichier de RSA par l'établissement.

Les résultats du traitement sont consultables immédiatement par l'établissement.

En revanche, le contrôleur ne peut accéder aux résultats tant que l'établissement n'a pas procédé à la validation de son fichier.

On distingue plusieurs types de résultats :

- Les tableaux réservés exclusivement au rôle "contrôleur"

Après avoir sélectionné l'année, le trimestre et les modalités de validation (établissements sans résultats, avec résultats, validés), on accède à une page qui

énumère l'ensemble des tests. Depuis cette page, il est possible de se diriger vers deux types de résultats :

- *Tableau de synthèse régional*
On accède à ce tableau en cliquant sur le lien "synthèse", en haut à droite. Il s'adresse aux contrôleurs uniquement et fournit pour tous les établissements de la région, les valeurs de l'indice global d'atypie (Q1) et de qualité (Q2). Il a pour but de participer au ciblage des établissements à contrôler en priorité. Un lien sur le numéro finess conduit aux résultats de l'établissement.
- *Tableau régional par test*
On accède à ce tableau en cliquant sur le lien "détail" associé à chaque test, dans la colonne de droite. Il s'adresse aux contrôleurs uniquement et propose pour chaque test, les scores de tous les établissements de la région. Seuls les tests qui produisent un score apparaissent dans ce tableau, à savoir les tests Q1 et Q2. Il permet d'effectuer des comparaisons test par test et éventuellement d'affiner le ciblage des établissements atypiques. Un lien sur le numéro finess conduit aux résultats de l'établissement.

- Le tableau de résultats par établissement, commun aux rôles lecteur et contrôleur

Il s'agit des résultats de l'ensemble des tests Q1, Q2 et Q3 pour un établissement donné.

Les informations produites sont :

Résultat du test.

Pour les tests Q1 et Q2, il s'agit le plus souvent d'un pourcentage. Pour les tests Q3, le résultat représente toujours un dénombrement de résumés.

Moyenne de référence.

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

Ecart type.

Ecart type des résultats du test.

Alerte.

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

Score.

Représente quantitativement l'atypie pour un test donné. Le score est calculé en fonction de la valeur résultat et de la pondération affectée au test. Les modalités de calcul du score sont indiquées pour chaque test.

Indice global d'atypie.

L'indice synthétique correspond à la somme des scores obtenus pour chaque test.

Un lien dans la colonne "RSA référencés" conduit, s'il y a lieu, aux éditions des résumés.

- Les éditions de résumés

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

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

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

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

IV. Les références

1. Les tests

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

N° du test : <numéro du test>
Intitulé : <intitulé du test>
Type du test : <Q1,Q2 ou Q3>
Pondération : <valeur de la pondération retenue pour le test>
Sélection résumés : oui / **non** <indique si le test peut être utilisé pour sélectionner des résumés en vue d'une visite sur site>

I. Description

<Donne une définition littérale du test et de ses objectifs>

II. Lecture – Interprétation

<Propose dans la mesure du possible des grandes lignes d'interprétation>

III. Caractéristiques techniques

Fonction : <repérage d'atypie ou préparation du contrôle>
Domaine de travail : <définition de l'ensemble des résumés testés>
Valeur résultat : <pourcentage/nombre>
Dénominateur : <définition du dénominateur utilisé pour calculer le ratio>
Alerte : <définition du mode de déclenchement de l'alerte>
Pondération : <valeur de la pondération>
Score : <définition du mode de calcul du score>

Remarque importante : les tests présents dans DATIM n'ont pas vocation à être normatifs et ne doivent en aucun cas être assimilés à des règles de codage. Pour toute question de codage, on se réfèrera au guide méthodologique de production des RSS.

2. Valeurs de référence

Seuls les tests Q1 et Q2 sont associés à des valeurs de référence. Ces dernières apparaissent dans le tableau de résultats par établissement (à l'exception des tests 17 et 18 pour lesquels les références sont intégrées dans la table GhmInfo).

Selon la nature du test, la référence sera calculée par catégorie d'établissement ou tous établissements confondus.

Pour cette version de DATIM les catégories retenues sont :

- CHU/CHR/CHRU
- CH/CHG/PSPH
- CLCC
- Centres Hospitaliers Locaux
- Etablissements privés

3. Tables de référence

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

On distingue quatre fichiers ou tables :

- GhmInfo, ensemble des informations relatives aux GHM,
- Diaginfo, ensemble des informations relatives aux codes Cim10,
- CdAMInfo, ensemble des informations relatives aux codes actes CdAM,
- CCAMInfo, ensemble des informations relatives aux codes actes CCAM.

LISTE DES TESTS DATIM

CLASSEMENT PAR THEMES

TESTS PORTANT SUR LES MODES D'ENTRÉE / SORTIE

- Test 1 : nombre de mutations en soins de suite et réadaptation
- Test 2 : nombre de mutations en long séjour
- Test 3 : nombre de mutations en psychiatrie
- Test 4 : pourcentage de décès hors norme
- Test 5 : pourcentage de résumés issus de mutations
- Test 6 : pourcentage de séjours avec sortie par mutation
- Test 7 : pourcentage de séjours issus de transferts
- Test 8 : pourcentage de résumés avec sortie par transfert en MCO

TESTS PORTANT SUR LES DURÉES DE SÉJOUR

- Test 9 : pourcentage de séjours EXB avec transfert en MCO
- Test 10 : GHM atypiques : durée moyenne de séjour basse
- Test 11-12 : séjours courts issus de transferts en court séjour
- Test 13 : séjours courts avec sortie transfert en court séjour
- Test 14-15 : séjours courts avec entrée domicile et sortie domicile
- Test 16 : pourcentage de séjours longs EXH sans CMA

TESTS PORTANT SUR LES SÉJOURS COMPLIQUÉS

- Test 17 : GHM avec complications
- Test 18 : GHM avec complications sévères

TESTS PORTANT SUR LA CM90

- Test 19 : pourcentage de groupe 90Z- (ex 900, 902, 903)
- Test 20 : pourcentage de groupe 90H02Z (ex 908)
- Test 21 : pourcentage de groupe 90H03Z (ex 909)

TESTS PORTANT SUR D'AUTRES PARTICULARITÉS DE CODAGE

- Test 22-23 : compatibilité sexe / diagnostic
- Test 24-25 : compatibilité âge / diagnostic
- Test 26 : diagnostics rarement retrouvés en hospitalisation (DP)
- Test 27 : diagnostics rarement retrouvés en hospitalisation (DR/DAS)
- Test 28 : pourcentage de codes Z en DP : séjours de plus de 24 heures
- Test 29 : pourcentage de codes Z en DP : séjours de moins de 24 heures
- Test 30 : DP utilisant un code Z exceptionnel en hospitalisation
- Test 31 : codes Z et séjours trop longs
- Test 32 : codes Z et mode de sortie décès
- Test 33 : codes diagnostiques imprécis en DP
- Test 34 : codes diagnostiques très imprécis en DR ou DAS
- Test 35 : séjours classés dans le GHM 23C02Z (ex 669)
- Test 36 : séjours suspects classés dans le 23C02Z (ex 669)
- Test 37 : séjours classés dans le GHM 23M06Z (ex 675)
- Test 38 : fréquence des séjours avec code de symptôme en DP
- Test 39-40 : diagnostics chirurgicaux sans actes
- Test 41 : fréquence de codes dague en DP
- Test 42-43 : codes diagnostiques non conformes pour le PMSI

TESTS PORTANT SUR LA LOURDEUR DES CAS TRAITÉS

- Test 44 : GHS de valorisation élevée

AUTRES TESTS

- Test 45-46 : diagnostic relié, suivi de la consigne
- Test 47-48 : diagnostic relié abusif
- Test 51-52 : groupage établissement
- Test 53-54 : codage des IVG et des ITG
- Test 55 : utilisation des extensions de la Cim10
- Test 56-57 : codes de séquelles en DP
- Test 58-59 : codage des complications
- Test 60 : codage des intoxications (1)
- Test 61 : codage des intoxications (2)
- Test 62 : nombre de prestations inter établissements effectuées
- Test 63 : nombre de prestations inter établissements demandées
- Test 64 : nombre de séjours en CM24 avec entrée et sortie par transfert

CLASSEMENT PAR MODULES

MODULE Q1 : Repérage d'atypies

Test 5	: pourcentage de résumés issus de mutations
Test 6	: pourcentage de séjours avec sortie par mutation
Test 7	: pourcentage de séjours issus de transferts
Test 8	: pourcentage de résumés avec sortie par transfert en MCO
Test 9	: pourcentage de séjours EXB avec transfert en MCO
Test 10	: GHM atypiques : durée moyenne de séjour basse
Test 11	: séjours courts issus de transferts en court séjour
Test 13	: séjours courts avec sortie transfert en court séjour
Test 14	: séjours courts avec entrée domicile et sortie domicile
Test 16	: pourcentage de séjours longs EXH sans CMA
Test 17	: GHM avec complications
Test 18	: GHM avec complications sévères
Test 20	: pourcentage de groupe 90H02Z (ex 908)
Test 21	: pourcentage de groupe 90H03Z (ex 909)
Test 28	: pourcentage de codes Z en DP : séjours de plus de 24 heures
Test 29	: pourcentage de codes Z en DP : séjours de moins de 24 heures
Test 35	: séjours classés dans le GHM 23C02Z (ex 669)
Test 37	: séjours classés dans le GHM 23M06Z (ex 675)
Test 38	: fréquence des séjours avec code de symptôme en DP
Test 44	: GHS de valorisation élevée
Test 51	: groupage établissement (1)
Test 62	: nombre de prestations inter établissements effectuées
Test 63	: nombre de prestations inter établissements demandées
Test 64	: nombre de séjours en CM24 avec entrée et sortie par transfert

MODULE Q2 : Evaluation de la qualité du fichier

Test 1	: nombre de mutations en soins de suite et réadaptation
Test 2	: nombre de mutations en long séjour
Test 3	: nombre de mutations en psychiatrie
Test 4	: pourcentage de décès hors norme
Test 19	: pourcentage de groupe 90Z- (ex 900, 902, 903)
Test 22	: compatibilité sexe / diagnostic
Test 24	: compatibilité âge / diagnostic
Test 33	: codes diagnostiques imprécis en DP
Test 34	: codes diagnostiques très imprécis en DR ou DAS
Test 39	: diagnostics chirurgicaux sans actes
Test 41	: fréquence de codes dague en DP
Test 42	: codes diagnostiques non conformes pour le PMSI
Test 45	: diagnostic relié, suivi de la consigne
Test 47	: diagnostic relié abusif
Test 49	: diagnostic relié, diabète
Test 53	: codage des IVG et des ITG
Test 55	: utilisation des extensions de la Cim10
Test 56	: codes de séquelles en DP
Test 58	: codage des complications
Test 60	: codage des intoxications (1)

MODULE Q3 : Amélioration de la qualité du fichier

Test 12	: séjours courts issus de transferts en court séjour
Test 15	: séjours courts avec entrée domicile et sortie domicile
Test 23	: compatibilité sexe / diagnostic
Test 25	: compatibilité âge / diagnostic
Test 26	: diagnostics rarement retrouvés en hospitalisation (DP)
Test 27	: diagnostics rarement retrouvés en hospitalisation (DR/DAS)
Test 30	: DP utilisant un code Z exceptionnel en hospitalisation
Test 31	: codes Z et séjours trop longs
Test 32	: codes Z et mode de sortie décès
Test 36	: séjours suspects classés dans le 23C02Z (ex 669)
Test 40	: diagnostics chirurgicaux sans actes
Test 43	: codes diagnostiques non conformes pour le PMSI
Test 46	: diagnostic relié, suivi de la consigne
Test 48	: diagnostic relié abusif
Test 52	: groupage établissement (2)
Test 54	: codage des IVG et des ITG
Test 57	: codes de séquelles en DP
Test 59	: codage des complications
Test 61	: codage des intoxications (2)

DETAIL DES TESTS

N° du test : 1 à 3

Intitulé : nombre de mutations en soins de suite, long séjour et psychiatrie

Type : Q2

Pondération : 1

Sélection résumés : non

I. Description

Cette série de tests a pour objet de vérifier que les établissements qui produisent des résumés avec des modes d'entrée (ou de sortie) caractéristiques de mutations vers (ou en provenance) des services de soins de suite, réadaptation, long séjour ou psychiatrie disposent effectivement de tels services.

Ils sont destinés à évaluer la qualité du fichier et participent à la construction de l'indice global de qualité.

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

II. Lecture – Interprétation

Devant une atypie on retiendra essentiellement deux explications :

- Les informations sur la structure de l'établissement ne sont pas à jour dans MAT2A.
- L'établissement a déclaré dans un résumé une mutation vers un service de soins de suite, réadaptation, long séjour ou psychiatrie alors qu'il ne dispose pas d'un tel service. On distinguera selon l'ampleur de l'anomalie, les erreurs accidentelles (saisie) des erreurs systématiques plutôt liées au système d'information.

III. Caractéristiques techniques

Test 1, 2 et 3

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: 1 si nombre de résumés > 0, 0 sinon
Pondération	: 1
Score	: pondération * alerte (oui=1, non = 0)

N° du test : 4
Intitulé : pourcentage de décès hors norme

Type : Q2
Pondération : 1
Sélection résumés : non

I. Description

Ce test permet de repérer les erreurs systématisées affectant le mode de sortie décès.

Il est destiné à évaluer la qualité du fichier et participe à la construction de l'indice global de qualité.

Il consiste à calculer le nombre de GHM qui présentent un taux de mode de sortie égal à 9 (décès) dix fois plus grand ou dix fois moindre que la moyenne nationale de référence par catégorie d'établissement pour le GHM considéré.

Ne sont considérés que les GHM hors CM 24 et CM 90 et qui comptent plus de trois décès.

Pour chaque GHM repéré comme étant atypique, les informations suivantes sont proposées :

- le numéro, l'intitulé, l'effectif ainsi que le pourcentage de décès observé,
- la borne inférieure et la borne supérieure calculées respectivement comme suit: taux de décès pour le GHM de référence /10 et taux de décès pour le GHM de référence *10.

II. Lecture – Interprétation

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

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: nombre de GHM
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: oui / non (oui si nombre de GHM > 0, 0 sinon)
Pondération	: 1
Score	: pondération * alerte (oui=1, non = 0)

N° du test : 5 à 8
Intitulé : pourcentages de résumés avec mutations ou transferts

Type : Q1
Pondération : 3 (test 5), 3 (test 6), 3 (test 7), 4(test 8)
Sélection résumés : non

I. Description

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

Le test 5 calcule le pourcentage de séjours avec entrée par mutation.
Le test 6 calcule le pourcentage de séjours avec sortie par mutation.
Le test 7 calcule le pourcentage de séjours issus de transferts.
Le test 8 calcule le pourcentage de séjours avec sortie par transfert vers MCO uniquement.

Pour les deux premiers tests le dénominateur est constitué par le nombre total de résumés. Pour les deux derniers, il s'agit du nombre total de résumés hors CM24. Ces tests ne sont fonctionnels que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

Les références utilisées pour la comparaison des résultats sont calculées par catégorie d'établissement. Enfin, ces tests participent à la construction de l'indice global d'atypie de l'établissement.

II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

Par contre, si la prise en charge incomplète a lieu au sein d'un même établissement, les deux phases seront séparées par un bref retour au domicile. C'est alors le test 14, séjours courts avec entrée domicile et sortie domicile qui permettra parfois de révéler cette atypie.

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

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

III. Caractéristiques techniques

Test 5

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 3
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 6

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 3
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 7

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés hors CM24
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 3
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 8

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés hors CM24
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 4
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 9
Intitulé : pourcentage de séjours EXB avec transfert en MCO

Type : Q1
Pondération : 4
Sélection résumés : non

I. Description

À certains GHM est associée une borne basse de durée de séjour en dessous de laquelle la prestation ne peut être facturée qu'à hauteur de 50% du tarif du GHS.

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

On calcule le nombre de résumés (hors CM24 et CM90) qui présentent une durée de séjour inférieure à la borne basse définie pour le GHS et qui de plus présentent un mode de sortie "transfert" vers le MCO. On rapporte ce nombre au total des résumés avec mode de sortie "transfert" vers le MCO hors CM24 et CM90. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

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

II. Lecture – Interprétation

En pratique, un allongement "artificiel" des durées de séjour pour passer le seuil EXB doit se traduire par une diminution du pourcentage de séjours minorés. Pour affiner cette hypothèse il convient de restreindre le calcul aux seuls résumés qui présentent un mode de sortie par transfert.

Cette restriction répond aux arguments suivants :

Il est absurde d'imaginer qu'on puisse allonger volontairement une durée de séjour pour "échapper" à l'EXB alors que le séjour s'achève par un décès. Cette éventualité n'a donc pas lieu d'être contrôlée.

En cas de sortie avec retour au domicile, il s'agit le plus souvent pour ne pas dire toujours d'erreurs de codage. En effet les bornes EXB sont généralement incompatibles avec une prise en charge médicale cohérente en rapport avec le GHS (exemple : transplantation pulmonaire, EXB = 2). Etant donné que ces erreurs de codage sont amenées à disparaître (et sont par ailleurs repérées à l'aide de tests spécifiques), il serait contradictoire et insensé de qualifier d'atypique un établissement qui présenterait un taux particulièrement bas d'erreurs de ce type. Il n'y a donc pas lieu actuellement de contrôler l'EXB sur ce mode de sortie.

Par contre, il est possible d'imaginer qu'un transfert puisse être retardé de quelques heures ou jours pour bénéficier d'une valorisation complète du séjour.

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

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés hors CM24 et 90 et mode de sortie = 7/1
Alerte	: résultat ≤ 5 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 4
Score	: pondération * $\min(\min((\text{valeur test} - \text{moyenne référence test})/\text{écart type référence test}), 0), 1)$

N° du test : 10
Intitulé : GHM atypiques : durée moyenne de séjour basse

Type : Q1
Pondération : 5
Sélection résumés : oui

I. Description

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

Ce test met en évidence les GHM atypiques dont la durée moyenne de séjour observée est inférieure à un seuil de référence. Ce seuil est défini pour chaque GHM de la façon suivante :

Si effectif \in [10,100] alors seuil \leftarrow Max((DMS de référence / 4) , (DMS de référence - 12))
Si effectif > 100 alors seuil \leftarrow Max((DMS de référence / 3) , (DMS de référence - 8))

Le score obtenu pour ce test participe à la construction de l'indice global d'atypie de l'établissement.

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

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

II. Lecture – Interprétation

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

Typologie des atypies

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

- Les erreurs de codage.

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

```
Sexe : 2          âge : 0
Durée séjour : 1  Mode entrée : 8    Mode sortie : 8
âge en jours : 0 Poids à l'entrée : 760
GHM : 15A09A
DP : P95 Mort foetale de cause non précisée
DAS : Q60.5 Hypoplasie rénale, sans précision
Actes : aucun
```

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

- Les prises en charge particulières

Certains établissements très spécialisés notamment en chirurgie peuvent présenter des GHM très courts en raison de nombreux transferts plus ou moins précoces après la réalisation de l'acte spécialisé.

En voici un exemple :

Soit le GHM Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie.

Effectif du GHM : 284 séjours.
Durée moyenne de séjours observée pour ce GHM : 5,4 j
Durée moyenne de séjours nationale pour ce GHM : 17,2 j

Ce GHM apparaît donc fortement atypique pour cet établissement. L'étude des modes de sortie montre que 70 séjours sur les 284, soit 25% de l'effectif du GHM, présentent un mode de sortie de type transfert. Enfin, lorsqu'on recalcule la durée moyenne de séjours en excluant les résumés avec transfert, on retrouve une durée moyenne de séjours quasi normale (14 j).

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

- Les particularités de la classification des GHM

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

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

En pratique

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

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

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

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: repérage d'atypie / préparation du contrôle
Type	: 1
Valeur résultat	: nombre de GHM
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: oui / non (oui si nombre de ghm > 0)
Pondération	: 5
Score	: pondération-2 si nb ghm=1, pondération-1 si nb ghm=2, pondération si nb ghm > 2

N° du test : 11 - 15
Intitulé : Séjours courts

Type : Q1 (tests 11, 13, 14), Q3 (test 12, 15)
Pondération : test 11=4, test 13= 3, test 14=3
Sélection résumés : oui

I. Description

Cette série de tests étudie les séjours très courts au regard de la durée moyenne de séjours des GHM dans lesquels ils sont groupés. Un séjour très court est défini comme un séjour de durée strictement inférieure à trois jours (au sens du PMSI, c'est-à-dire date de sortie – date d'entrée) et groupé dans un GHM de DMS supérieure ou égale à neuf jours. Cette définition est purement conventionnelle et n'a de signification que dans le strict cadre de ce test.

On calcule le rapport du nombre de séjours très courts ainsi définis au nombre total de résumés groupés dans un GHM de DMS supérieure ou égale à 9 jours. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissement.

Les GHM dont la DMS est inférieure à 9 jours sont exclus du champ du test, de même que les séjours des CM24 et 90.

Deux types de tests sont proposés :

Tests Q1 destinés au repérage des atypies.

- 11 : Séjours courts avec mode d'entrée transfert depuis le court séjour
- 13 : Séjours courts avec mode de sortie transfert vers le court séjour
- 14 : Séjours courts avec mode d'entrée domicile et mode de sortie domicile

Ces tests participent à la construction de l'indice global d'atypie.
Ces tests ne sont fonctionnels que si les dénominateurs sont supérieurs ou égaux à 30.

Tests Q3 destinés à l'amélioration de la qualité et préparation du contrôle.

- 12 : Séjours courts avec mode d'entrée transfert depuis le court séjour
- 15 : Séjours courts avec mode d'entrée domicile et mode de sortie domicile

Ces deux derniers tests proposent le dénombrement et l'édition des résumés atypiques.

II. Lecture – Interprétation

Globalement on peut adopter le point de vue suivant :

- les séjours courts avec mode d'entrée transfert et mode de sortie domicile (tests 11 et 12) signeront généralement un défaut dans le choix du DP qui retiendra souvent l'affection principale alors que cette dernière a été principalement prise en charge dans l'établissement d'amont. Un code en "Z" (chapitre XXI de la Cim10) aurait été le plus souvent préférable.

Par exemple :

```
Sexe : 1      âge : 3
Durée séjour : 2   Mode entrée : 7   Mode sortie : 8
GHM : 08C07W
DP : Q76.3 Scoliose congénitale due à une malformation osseuse
      congénitale
DAS : Z48.9 Soins de contrôle chirurgical, sans précision
      Q33.6 Hypoplasie et dysplasie du poumon
      Q60.2 Agénésie rénale, sans précision
      J96.1 Insuffisance respiratoire chronique
      K21.9 Reflux gastro-oesophagien (sans oesophagite)
```

- les séjours courts avec mode de sortie transfert. Ne relèvent pas a priori d'erreurs de codage mais sont plutôt le reflet de pratiques de prises en charge particulières avec transferts précoces qu'elles soient justifiées (par exemple chirurgie cardiaque) ou non.

Par exemple :

```
Sexe : 2      âge : 5
Durée séjour : 2   Mode entrée : 8   Mode sortie : 7
GHM : 05C06V Autres interventions cardio-thoraciques, âge supérieur
      à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec
      circulation extracorporelle, sans CMA
DP : Q21.0 Communication interventriculaire
DAS : aucun
Actes : K255 Intervention chirurgicale sous C.E.C.
      K331 Fermeture de communication interventriculaire isolée
```

- un séjour avec mode d'entrée domicile et retour au domicile sera le plus souvent expliqué par une erreur de codage. Si toutefois le codage s'avère correct, cette information doit être remontée à l'ATIH afin de participer à l'amélioration des outils de contrôle.

Par exemple :

```
Sexe : 1      âge : 63
Durée séjour : 2   Mode entrée : 8   Mode sortie : 8
GHM : 04C02W Intervention majeure sur le thorax avec CMA
DP : C78.0 Tumeur maligne secondaire du poumon
DAS : F17.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation
      de tabac : syndrome de dépendance
      C80 Tumeur maligne de siège non précisé
      I20.9 Angine de poitrine, sans précision
Actes : K127 Résections atypiques pulmonaires (périphériques ou
      tumorectomies)
      K417 Décorticatation pulmonaire partielle
```

Mise en oeuvre

La récupération des RSA impliqués (fonction "exporter les RSA") dans un tableur, permettra parfois, moyennant quelques traitements simples (tableau croisé dynamique par exemple), de distinguer certains GHM particulièrement représentés. Dans le meilleurs des cas, on rapportera l'anomalie à un service donné, un type de prise en charge particulier ou encore à une habitude de codage.

L'édition, avec leurs libellés, des résumés sélectionnés par les tests 12 et 15 permettra de repérer immédiatement les codages incohérents.

Parfois, au contraire, cette lecture pourra fournir une explication cohérente de l'atypie et éviter un contrôle inutile :

Par exemple :

```
Sexe : 2          âge : 54
Durée séjour : 1   Mode entrée : 8   Mode sortie : 8
GHM : 08C07V Interventions sur le rachis, sans CMA
DP : M54.3   Sciatique
DAS : G54.6 Syndrome douloureux du membre fantôme
Actes : F544 Implantation percutanée d'une électrode de stimulation
          médullaire épidurale
```

III. Caractéristiques techniques

Test 11

Fonction : repérage d'atypie
Type : 1
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : Nb résumés dont la DMS nationale du GHM ≥ 9 jours et me =7/1 et ms=8
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération : 4
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 12

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

Test 13

Fonction : repérage d'atypie, préparation du contrôle
Type : 1
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : Nombre de résumés dont la DMS nationale du GHM ≥ 9 jours et ms =7/1
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération : 3
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 14

Fonction : repérage d'atypie
Type : 1
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : Nb résumés dont la DMS nationale du GHM ≥ 9 jours et me =8 et ms=8
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération : 3
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 15

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

N° du test : 16
Intitulé : pourcentage de séjours longs EXH sans CMA

Type : Q1
Pondération : 3
Sélection résumés : oui

I. Description

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

Les bornes EXH sont généralement plus basses pour les GHM sans CMA que pour les GHM avec CMA (ou CMAS).

En terme d'optimisation, il n'est pas rentable pour un établissement d'augmenter artificiellement ses durées de séjours pour bénéficier de la valorisation supplémentaire.

Par contre l'omission volontaire du codage d'une CMA pourra orienter un séjour long dans un GHS sans complication pour lequel la borne EXH est moindre. Une telle anomalie de codage aura pour effet de bénéficier plus précocement de la valorisation supplémentaire.

Ce test calcule le rapport du nombre de journées EXH correspondant à des GHM sans CMA (ou CMAS) au nombre total de journées EXH. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissement. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100. Numérateur et dénominateur sont calculés hors CM90.

Le score issu de ce test participe à l'indice global d'atypie de l'établissement.

II. Interprétation

Si le rapport du nombre de journées EXH sans CMA sur le nombre total de journées EXH est augmenté, on pourra suspecter un sous codage des CMA.

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: repérage d'atypie / préparation du contrôle
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: Nombre total de journées EXH hors CM90
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 3
Score	: pondération *min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0)1)

N° du test : 17 - 18
Intitulé : GHM avec complications

Type : Q1
Pondération : 5 (test 17), 5(test 18)
Sélection résumés : oui

I. Description

Ces tests visent à mettre en évidence un éventuel surcodage des CMA, CMAS ou complications spécifiques à certains GHM, qui aurait pour effet d'orienter le séjour dans un GHS mieux valorisé.

On postule que pour un couple constitué d'un GHM non compliqué et de son GHM homologue avec complication, le rapport du nombre de séjours compliqués au nombre de séjours non compliqués est stable. Ainsi, une augmentation de ce rapport pourra être interprétée comme une éventuelle optimisation par surcodage des CMA.

Ce test repose sur la comparaison des pourcentages de GHM compliqués à une moyenne de référence. Il procède de la façon suivante :

1/ Appariement des GHM avec CMA avec leur homologue sans CMA ainsi que des GHM avec CMAS avec leur CMD correspondante.

Par exemple, le GHM 01M10W *Autres affections cérébro-vasculaires avec CMA* sera apparié avec le GHM 01M10V *Autres affections cérébro-vasculaires sans CMA*.

Ou encore, le GHM 01C01S *Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS* sera apparié avec la CMD 01.

Les couples GHM compliqués – GHM non compliqués, GHM avec CMAS-CMD sont donnés dans la table GhmInfo, champs GHMNC et CMDNC.

2/ Calcul des ratios

Test 17 : GHM avec complications.

Pour chaque couple, on calcule le rapport de l'effectif du GHM compliqué à celui du total GHM non compliqué + GHM compliqué en excluant du dénombrement les patients de plus de 69 ans.

Test 18 : GHM avec complications sévères.

Pour chaque GHM avec CMAS, on calcule le rapport de l'effectif du GHM avec complication sévère à celui de la CMD à laquelle il appartient.

On procède de la même manière pour calculer les valeurs de référence à partir de la base nationale. Les valeurs de références sont données dans la table GhmInfo, champs %C_C+NC, ETC_NC, %CS_CMD et ,ETC_CS_CMD.

3/ Résultats

Test 17 : GHM avec complications.

Pour tout couple (GHM sans complication+ GHM avec complication) dont l'effectif total est supérieur à 100, si le rapport de l'effectif du GHM compliqué à l'effectif total du couple est supérieur à la valeur moyenne de référence augmentée de deux fois et demi l'écart type de référence alors, le GHM est considéré comme atypique.

Test 18 : GHM avec complications sévères.

Pour tout GHM avec CMAS, si le rapport de l'effectif du GHM sur l'effectif de la CMD correspondante est supérieur à la valeur moyenne de référence augmentée de deux fois l'écart type de référence alors, le GHM avec CMAS est considéré comme atypique. Ce test n'est fonctionnel que si l'effectif de la CMD est supérieur à 100.

Les scores issus de ces tests participent à l'indice global d'atypie de l'établissement.

II. Lecture – Interprétation

Une atypie sur ces tests pourra révéler, après avoir éliminé une cause liée au recrutement des patients (centres spécialisés, CHU etc.), un éventuel surcodage des complications.

Il conviendra de distinguer deux situations extrêmes: la fraude et les habitudes de codage. L'une consiste à coder une affection qui n'existe pas dans le seul but d'orienter le groupage, l'autre tient dans une mauvaise interprétation d'un code en particulier de la CIM-10 et ce, en toute bonne foi. Entre ces deux cas existe un continuum de situations dans lequel on trouvera notamment les optimisations qui « mettent à profit » une ambiguïté de la Cim10 ou des règles de codages pour alourdir la description du séjour.

Toute la difficulté du contrôle tiendra dans l'appréciation de la motivation initiale sachant qu'en cas d'optimisation, la nature même du procédé rend la caractérisation de l'erreur délicate.

Analyse du tableau :

L'analyse du tableau pourra mettre en évidence une anomalie de ce type

Eff GHM compliqué	Eff GHM non compliqué + GHM compliqué	ratio	Val Nationale	Libellé GHM compliqué
41	237	85 %	18,53%	GHM(21M08W)_Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA

Que la lecture des résumés en clair confirmera

Sexe : 2 âge : 28
Durée séjour : 1 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8

GHM : 21M08W
DP : Z04.3 Examen et mise en observation après un autre accident
DAS : S06.0 Commotion cérébrale
R55 Syncope et collapsus (sauf choc)
Actes : D125 Bilans neurologiques rapprochés

On constate à la lecture des résumés que pratiquement tous les traumatismes crâniens sont codés de cette façon (code Z en DP et Commotion cérébrale en DAS) alors qu'habituellement, une prise en charge pour traumatisme crânien se code S06.0 *commotion cérébrale* en DP.

Il s'en suit une notable divergence dans le groupage puisque ces séjours sont orientés vers le GHM *21M08W Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA* alors que le GHM attendu pour ce type de prise en charge est le *01M20W Commotions cérébrales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA* ou encore le *01M20V Commotions cérébrales, âge inférieur à 70 ans sans CMA*.

III. Caractéristiques techniques

Test 17

Fonction	: repérage d'atypie, préparation du contrôle
Type	: 1
Valeur résultat	: nombre de GHM
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: oui / non (oui si nombre de ghm > 0)
Pondération	: 5
Score	: pondération-2 si nb ghm=1, pondération-1 si nb ghm=2, pondération si nb ghm > 2

Test 18

Fonction	: repérage d'atypie, préparation du contrôle
Type	: 1
Valeur résultat	: nombre de GHM
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: oui / non (oui si nombre de ghm > 0)
Pondération	: 5
Score	: pondération-2 si nb ghm=1, pondération-1 si nb ghm=2, pondération si nb ghm > 2

N° du test : 19
Intitulé : pourcentage de groupe 90Z- (ex 900, 902, 903)

Type : Q2
Pondération : 1
Sélection résumés : non

I. Description

Calcule le pourcentage de séjours groupés dans les groupes erreur 90Z00Z, 90Z01Z et 90Z02Z

90Z00Z @Erreurs détectées par les contrôles effectués sur les RUM et leur séquençement
90Z01Z @Diagnostic invalide comme diagnostic principal, dans certaines circonstances
90Z02Z @Autres erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de groupage

Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus.

Ce test est destiné à évaluer la qualité du fichier, il participe à la construction de l'indice global de qualité.

II. Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Fonction : évaluation de la qualité du fichier
Type : 2
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : total résumés
Alerte : résultat $\geq 95^{\circ}$ percentile de la valeur nationale de référence
Pondération : 1
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 20 - 21
Intitulé : pourcentages de séjours en 90H02Z et 90H03Z

Type : Q1
Pondération : 2
Sélection résumés : oui

I. Description

Ces deux tests explorent les incompatibilités actes–DP au sens de la classification en GHM.

Les deux groupes (90H02Z et 90H03Z) contiennent les résumés qui présentent une incompatibilité entre le DP et l’acte pris en compte par le groupeur, au regard de la classification en GHM. Bien qu’appartenant à la CM90, on ne peut pas parler stricto sensu d’un groupe erreur. En effet, la classification ne peut envisager a priori l’ensemble des prises en charge possibles et, soit du fait de leur caractère imprévisible soit en raison de leur extrême rareté, certaines associations acte-DP resteront inclassables. A coté de ces résumés « légitimes », on trouvera aussi de véritables erreurs de codage portant soit sur le DP soit sur l’acte et qui s’exprimeront lors du groupage par une incompatibilité.

L’objectif de ce test consiste donc à détecter un nombre significativement important de résumés groupés en incompatibilités acte-DP. On pose en effet l’hypothèse que pour une catégorie d’établissement donnée, la fréquence des associations acte-DP non reconnues par la classification en GHM est stable et, par conséquent, que toute inflation d’un de ces deux groupes correspondra soit à des erreurs de codage soit à des tentatives d’optimisation (en effet, il peut arriver que dans certaines situations les valorisation des groupes 90H02Z ou 90H03Z apparaissent plus attractives).

Le test 20 calcule le rapport du nombre de résumés groupés en 90H02Z (incompatibilités acte-DP pour les séjours hors CM24) à l’effectif total des séjours groupés dans des GHM chirurgicaux (hors CM24) augmenté de l’effectif du groupe 90H02Z. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d’établissements confondus. Ce test n’est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

Le test 21 calcule le rapport du nombre de résumés groupés en 90H03Z (incompatibilités acte-DP pour les séjours de la CM24) à l’effectif total des séjours groupés dans les GHM chirurgicaux de la CM24 augmenté de l’effectif du groupe 90H03Z. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d’établissements confondus. Ce test n’est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

Le score obtenu pour ce test participe à la construction de l’indice global d’atypie de l’établissement.

II. Lecture – Interprétation

- Dans un premier temps, on aura avantage à écarter les résumés de plus de 10 jours groupés en 90H02Z. Ces derniers correspondent en effet souvent à des prises en charge complexes, émaillées de nombreuses complications et pour lesquelles le choix du DP n’est pas évident. Il apparaît ainsi assez difficile, à la seule lecture du résumé, de suspecter une erreur de codage.

Sexe : 1 âge : 66
 Durée séjour : 49 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
 GHM : 90H02Z
 DP : J15.9 Pneumopathie bactérienne, sans précision
 DAS : J96.0 Insuffisance respiratoire aiguë
 A41.9 Septicémie, sans précision
 N17.0 Insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire
 Z53.0 Acte non effectué en raison de contre-indication
 C90.0 Myélome multiple
 Actes : A687 Téléradiographie thoracique : 2 incidences
 L779 Chimiothérapie sur voie veineuse centrale
 N121 Séance d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë
 K776 Création d'une fistule artério-veineuse directe pour
 accès vasculaire
 D179 Surveillance continue de réanimation

Dans ce cas, c'est l'acte K776 *création d'une fistule artério-veineuse directe pour accès vasculaire* qui oriente le groupage en 90H02Z, mais il est impossible de se prononcer sur le choix du DP sans recourir au dossier médical.

- Dans un second temps, il est nécessaire, dès lors qu'on souhaite effectuer un contrôle sur dossier, de distinguer au mieux les « vrais » 90H02Z des erreurs de codage. Pour cela nous proposons la démarche suivante :

- 1) Il n'existe aucun diagnostic, ni principal ni associé en rapport avec l'acte. Alors il s'agit à coup sûr d'une erreur de codage.

Sexe : 2 âge : 45
 Durée séjour : 0 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
 GHM : 90H03Z
 DP : E66.2 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire
 DAS: Z04.8 Examen et mise en observation pour d'autres raisons
 précisées
 Actes: L104 oesophagectomie segmentaire avec anastomose par
 voie thoracique

Il n'y a en effet aucun rapport évident entre une obésité extrême et une oesophagectomie. Soit le DP devrait être par exemple, une tumeur de l'œsophage, soit l'acte devrait être une pose d'anneau gastrique...Enfin, la durée de séjour est incompatible avec ce type d'acte.

Ou encore ...

Sexe : 2 âge : 22
 Durée séjour : 4 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
 GHM : 90H02Z
 DP : H68.0 Salpingite de la trompe d'Eustache
 Actes: N959 Salpingotomie simple unilatérale sous coelioscopie

- 2) Soit le diagnostic principal appartient au même contexte que l'acte tout en restant assez distant. Il s'agit alors le plus souvent d'une erreur de codage ou de hiérarchisation selon qu'il existe ou non un diagnostic associé en rapport avec l'acte.

Sexe : 2 âge : 35
Durée séjour : 3 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
GHM : 90H02Z
DP : S81.0 Plaie ouverte du genou
Actes : W556 réduction opératoire d'une luxation du genou

Probable erreur de codage, le diagnostic de luxation du genou a été omis et il aurait fallu le mettre en DP à moins qu'il ne s'agisse d'une erreur portant sur l'acte..

Sexe : 1 âge : 85
Durée séjour : 3 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
GHM : 90H02Z
DP : N40 Hyperplasie de la prostate
DAS: N42.1 Congestion et hémorragie prostatiques
Actes : N006 Fibroscopie uréthro-vésicale chez l'homme
 N488 Décaillotage de vessie

Probable erreur de hiérarchisation, on aurait attendu l'hémorragie prostatique en DP.

- 3) Soit le diagnostic en rapport avec l'acte figure en DAS et le DP, quant à lui, apparaît sans lien avec l'acte. Dans ce cas, il est parfois difficile de trancher et tous les intermédiaires sont possibles entre les deux situations suivantes :

Sexe : 2 âge : 68
Durée séjour : 3 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
GHM : 90H02Z
DP : R07.2 Douleur précordiale
DAS: I25.9 Cardiopathie ischémique (chronique), sans précision
 Z95.8 Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires
 H04.4 Inflammation chronique des voies lacrymales
Actes: H878 Dacryocysto-rhinostomie (D.C.R.) avec intubation mono ou bicanaliculaire

On pourrait imaginer, au vu du contexte que la prise en charge principale ait porté sur l'exploration de la douleur précordiale et qu'on ait profité de l'hospitalisation pour soigner la dacryocystite.

Sexe : 1 âge : 65
Durée séjour : 27 Mode entrée : 8 Mode sortie : 7
GHM : 90H02Z
DP : R63.4 Perte de poids anormale
DAS: C25.0 Tumeur maligne de la tête du pancréas
 K83.1 Obstruction des voies biliaires
Actes: N215 Cathétérisme évacuateur transurétral intermittent ou à demeure
 L169 Anastomose gastro-jéjunale
 L605 Anastomose bilio-digestive pédiculaire cholédoco-jéjunale sur anse en Y

Dans ce cas par contre, il est évident qu'il s'agit d'une erreur de codage. Le DP correspond au motif d'entrée et non à l'affection effectivement prise en charge.

III. Caractéristiques techniques

Test 20

Fonction	: repérage d'atypie, préparation du contrôle
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: GHM chirurgicaux hors CM24 + Groupe 90H02Z
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 2
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 21

Fonction	: repérage d'atypie, préparation du contrôle
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: GHM chirurgicaux de la CM24 + Groupe 90H03Z
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 2
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 22 - 23
Intitulé : compatibilité sexe - diagnostic

Type : Q2 (test 22) / Q3 (test 23)
Pondération : 1 (test 22)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 22 calcule le pourcentage de résumés qui présentent une incohérence entre un quelconque diagnostic et le sexe. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité.

Le test 23 dénombre et propose l'édition des résumés correspondants.

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

II. Lecture – Interprétation

Les incompatibilités sexe – diagnostic peuvent avoir deux origines.

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

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

En pratique,

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

III. Caractéristiques techniques

Test 22

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 23

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 24 - 25
Intitulé : compatibilité âge - diagnostic

Type : Q2 (test 24) / Q3 (test 25)
Pondération : 1 (test 24)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Recherche les résumés qui présentent une incohérence entre un diagnostic (DP, DR ou DAS) et l'âge.

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

0_27	: Diagnostic improbable avec un âge < 28 j = 1 sinon = 0
28_1	: Diagnostic improbable avec un âge compris entre 28 j et 1 an = 1 sinon = 0
1_9	: Diagnostic improbable avec un âge compris entre 1an et 9 ans = 1 sinon = 0
10_19	: Diagnostic improbable avec un âge compris entre 10 ans et 19ans = 1 sinon = 0
20_65	: Diagnostic improbable avec un âge compris entre 20 ans et 65ans = 1 sinon = 0
65etSup	: Diagnostic improbable avec un âge > 65ans = 1 sinon = 0

Le test 24 calcule le rapport des résumés incohérents au nombre total de résumés et compare ce résultat à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score calculé participe à l'élaboration de l'indice global de qualité.

Le test 25 dénombre et permet l'édition des résumés correspondants.

II. Lecture – Interprétation

L'interprétation suit la même logique que pour les tests 22-23 incompatibilités sexe – diagnostic.

III. Caractéristiques techniques

Test 24

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondus
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 25

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 26 - 27
Intitulé : Diagnostics rarement retrouvés en hospitalisation

Type : Q3
Pondération : sans objet
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Recherche et dénombre les résumés qui présentent un diagnostic rarement retrouvé dans les bases PMSI. Il s'agit d'une notion statistique définie à partir de l'analyse de la fréquence d'apparition de ces diagnostics dans la base nationale.

Ces diagnostics rarement retrouvés sont proposés dans la table DiagnInfo, champ "Rare".

L'édition des résumés correspondants permet, soit de les corriger dans la base avant envoi, soit de les sélectionner pour le contrôle.

Le test 26 examine les DP, le 27 teste les DR et DAS.

II. Lecture – Interprétation

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

Une distribution caractérisée par un ou quelques pics pourra traduire :

- une activité hyperspécialisée (service de référence, par exemple),
- des anomalies de codage dues à une mauvaise interprétation de la CIM-10,
- un problème de codage dans un thésaurus local.

III. Caractéristiques techniques

Test 26

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

Test 27

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

N° du test : 28 - 29
Intitulé : Pourcentage de codes Z en DP

Type : Q1
Pondération : 3 (test 28), 3 (test 29)
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ces tests calculent le pourcentage de résumés qui présentent un diagnostic principal appartenant au chapitre XXI de la CIM10 (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence, tous types d'établissements confondus. Le score calculé participe à l'élaboration de l'indice global d'atypie. Ces tests ne sont fonctionnels que si les dénominateurs sont supérieurs ou égaux à 100.

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

Afin d'obtenir des moyennes de référence plus homogènes, on distinguera les séjours de durée supérieure à 1 jour (hors séances) (test 28) des séjours pour lesquels la date d'entrée est égale à la date de sortie (ds=0) et/ou résumés séance (test 29).

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

De même sont exclus du test 29 les codes Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, Z47.0 *Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne (orthopédique) de fixation* ainsi que Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*, Z51.00 *Séance de préparation à une irradiation*, Z51.01 *séance d'irradiation*, Z49.0. *Soins préparatoires en vue d'une dialyse*.

II. Lecture – Interprétation

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

III. Caractéristiques techniques

Test 28 :

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés de ds > 0 et hors séance
Alerte	: ≤5° p ou ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 3
Score	: pondération *Min((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test ,1)

Test 29 :

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés de ds=0
Alerte	: ≤5° p ou ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 3
Score	: pondération *Min((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test ,1)

N° du test : 30
Intitulé : DP utilisant un code "Z" exceptionnel en hospitalisation

Type : Q3
Pondération : sans objet
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test sélectionne et dénombre les résumés qui utilisent en diagnostic principal un code "Z" exceptionnellement retrouvé dans les bases PMSI.

La liste des codes Z exceptionnellement utilisés en DP est fournie dans la table DiagInfo, champ 'Zinhab'.

Positif, ce test pourrait traduire une mauvaise compréhension des libellés du chapitre XXI de la CIM10 (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé) voire un non respect de la règle de codage qui spécifie que lorsqu'on a le choix entre un code "Z" et un symptôme, il convient de coder préférentiellement le symptôme.

II. Lecture – Interprétation

Si ce test met en évidence une atypie, un tableau croisé dynamique sur le fichier correspondant aux RSA impliqués par ce test (fonction "exporter les RSA") permettra d'apprécier la répartition par DP. On devrait normalement voir émerger quelques pics correspondant à des habitudes de codage inappropriées (à moins qu'il ne s'agisse d'erreurs sur la table de référence qu'il conviendrait alors d'explicitier).

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 31
Intitulé : Codes Z et séjours trop longs

Type : Q3
Pondération : sans objet
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

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

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

On exclut du test les DP suivants :

Z51.5 Soins palliatifs
Z50.- Soins impliquant une rééducation
Z43.1 Surveillance de gastrostomie
Z43.2 Surveillance d'iléostomie
Z43.3 Surveillance de colostomie

Ces trois derniers codes sont en effet utilisés en DP lors des séjours pour rétablissement de la continuité.

De même, on écarte les résumés dont le DP ou un DAS peuvent expliquer l'allongement de la durée de séjour (*Z56.-, Z59.-, Z60.-, Z61.-, Z62.-, Z63.-, Z64.-, Z65.-, Z74.-, Z75.-, Z76.-*).

II. Lecture – Interprétation

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

On notera, concernant les chimiothérapies, qu'en l'absence d'une complication qui aurait alors justifiée d'être codée en DP, il est inhabituel d'hospitaliser un patient plus de quinze jours.

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 32
Intitulé : codes Z et mode de sortie décès

Type : Q3
Pondération : sans objet
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Calcule le nombre de résumés qui présentent en diagnostic principal un code Z et dont le mode de sortie est un décès. Sont exclus les codes *Z51.5 Soins palliatifs* et *Z52.- Donneur d'organe ou de tissu*.

Ce test est destiné à mettre en évidence des anomalies de codage. Il est en effet extrêmement rare que la survenue d'un décès ne justifie pas un effort de soin qui modifie la hiérarchisation du diagnostic principal.

II. Lecture – Interprétation

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

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 33-34
Intitulé : codes diagnostiques imprécis

Type : Q2
Pondération : 1 (test 33), 1 (test 34)
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Les diagnostics doivent toujours être codés avec le maximum de la précision permise par la CIM-10. Ces tests tentent d'approcher la qualité globale du fichier à travers la précision du codage. On distinguera les DAS des DP pour lesquels l'exigence de qualité est maximale.

Le test 33 calcule le pourcentage de résumés qui présentent en DP un code imprécis dont la liste est donnée dans la table DiagInfo, champ : 'Imprecis' valeur=1. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

Le test 34 calcule le pourcentage de résumés qui présentent un DR ou un DAS appartenant à la liste des codes interdits en DP, lesquels correspondent dans la très grande majorité des cas à des codes très imprécis. La liste est donnée dans la table DiagInfo, champ : 'Imprecis' valeur=2. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

II. Lecture – Interprétation

Ces tests ne cherchent pas à mettre en évidence une anomalie en particulier, mais tentent d'exprimer un degré général de qualité de codage.

On notera que certaines situations cliniques ne peuvent être codées qu'avec un code imprécis notamment lorsqu'on ne dispose pas du diagnostic étiologique à la sortie du patient. Le test 33 est un test statistique et seuls les écarts importants à la moyenne méritent d'être examinés afin d'en rechercher la cause.

Par contre, le test 34 met en évidence les diagnostics très imprécis lesquels n'ont pratiquement plus aucun sens en terme d'information médicale. Ils sont généralement pénalisants pour l'établissement (ils peuvent masquer une CMA).

III. Caractéristiques techniques

Test 33	
Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Domaine de travail	: total résumés
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 34

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Domaine de travail	: total résumés
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 35-36
Intitulé : séjours classés dans le GHM 23C02Z (ex 669)

Type : Q1 (test 35), Q3 (test 36)
Pondération : 2 (test 35)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Pour qu'un séjour soit orienté vers le GHM 23C02Z *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* il est nécessaire (mais non suffisant) qu'il ait un DP d'entrée dans la CMD 23 et un quelconque acte classant.

On notera que par définition ce groupe ne bénéficie pas du rôle protecteur du GHM 90C01Z (ex 901) : incompatibilité acte – DP. Sa cohérence repose donc sur le postulat d'un codage correct.

L'exploration de ce GHM s'effectue en deux temps. Le premier temps (test 35) concerne la détection d'une éventuelle atypie par comparaison du pourcentage GHM 23C02Z à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global d'atypie. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

Le second temps (test 36) consiste à confirmer et caractériser l'atypie. A cet effet, on sélectionne tous les résumés groupés en 23C02Z qui comportent un acte thérapeutique et qui présentent en DP un diagnostic habituellement sans relation avec un acte thérapeutique.

La liste des DP habituellement sans relation avec un acte thérapeutique est donnée dans la table DiagInfo, champ "Dgcpt669".

La liste des actes dits "thérapeutiques" (valide uniquement dans le cadre de ce test) est donnée dans la table CCAMInfo (ou CdAMInfo), champ "ActeIncpt669".

II. Lecture – Interprétation

Le test 36 dénombre et édite les résumés suspects d'incompatibilités acte–DP pour le GHM 23C02Z. Une lecture rapide de ces résumés devrait permettre de se faire une idée de la réalité et de la nature de l'erreur de codage.

A coté d'erreurs évidentes, les plus nombreuses,

```
Sexe : 2          âge : 41
Durée séjour : 5      Mode entrée : 8      Mode sortie : 8
GHM : 23C02Z
DP      : Z75.1  Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement
          adéquat
DAS     : D48.2  T. à évol. imprévis., inconnue des nerfs périphér. et du syst.
          nerveux
Actes   : K092   exérèse complète d'une tumeur du médiastin, élargie, par
          cervicotomie
          G006   Lobectomie thyroïdienne unilatérale totale
```

on trouvera des résumés plus délicats à interpréter :

Sexe : 2 âge : 28
Durée séjour : 3 Mode entrée : 8 Mode sortie : 8
GHM : 23C02Z
DP : R10.2 Douleur pelvienne et périnéale
Actes : N940 Cœlioscopie simple en gynécologie

III. Caractéristiques techniques

Test 35

Fonction : repérage d'atypie
Type : 1
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : total résumés hors CM24 et 90
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération : 2
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 36

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 3
Valeur résultat : sans objet
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : 0
Score : sans objet

N° du test : 37
Intitulé : séjours classés dans le GHM 23M06Z (ex 675)

Type : Q1
Pondération : 2
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le GHM 23M06Z *Autres facteurs influant sur l'état de santé* représente 2% à 3% de l'ensemble des séjours en hospitalisation complète.

Il correspond en majorité aux résumés dont le DP est un code de la CIM10 débutant par "R" ou "Z" mais n'ayant pu être affectés dans une CMD spécifique d'organe ou d'appareil. Il s'agit donc d'un groupe très hétérogène du point de vue de la prise en charge médicale.

Classiquement, plusieurs facteurs sont susceptibles d'induire une mauvaise qualité du codage:

- les libellés relatifs aux codes "Z" sont souvent difficiles à comprendre,
- certaines situations peuvent être codées simultanément par un code R et par un code Z. Bien qu'il existe une règle qui privilégie l'usage d'un code R sur le code Z, celle-ci n'est pas toujours bien respectée.

Ces anomalies de codage peuvent contribuer tantôt à une augmentation de l'effectif, tantôt à sa diminution.

Ce test calcule le pourcentage de séjours groupés en GHM 23M06Z rapporté à l'effectif total des GHM médicaux hors CM24. Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global d'atypie. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

II. Lecture – Interprétation

L'interprétation d'une telle atypie ne sera pas toujours évidente du fait du caractère multifactoriel des causes ainsi que de l'effectif important du GHM.

Dans un premier temps, on éliminera les causes en rapport avec une activité particulière. En effet, certains établissements présentent une activité très fortement tournée vers les prises en charge de seconde intention, de bilans ou suivis thérapeutiques. On est alors susceptible de constater des taux de GHM 23M06Z dépassant les 70 %.

Un taux significativement bas de GHM 23M06Z pourra conduire à évoquer un problème de hiérarchisation.

Un taux élevé sera en revanche plus difficile à interpréter. Un tableau croisé dynamique sur le fichier correspondant aux RSA impliqués par ce test (fonction "exporter les RSA") permettra d'apprécier la répartition des DP, et de mettre en évidence une éventuelle sur-représentation d'un diagnostic en particulier.

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés groupés en GHM médical hors CM24 et 90
Alerte	: $\leq 5^{\circ}$ p ou $\geq 95^{\circ}$ p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 2
Score	: pondération *Min((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test ,1)

N° du test : 38
Intitulé : fréquence des séjours avec code de symptôme en DP

Type : Q1
Pondération : 2
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test calcule le pourcentage de séjours en hospitalisation complète qui présentent un code symptôme (débutant par un "R") en DP et au moins un DAS (le rapport est effectué au nombre total de résumés hors CM24 et CM90). Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global d'atypie. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 300.

II. Lecture – Interprétation

Un nombre particulièrement important de résumés de ce type pourrait traduire un codage du motif d'hospitalisation plutôt que de la prise en charge principale déterminée à l'issue du séjour.

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Alerte	: $\leq 5^{\circ}$ p ou $\geq 95^{\circ}$ p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 2
Score	: pondération *Min((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test ,1)

N° du test : 39-40
Intitulé : diagnostics chirurgicaux sans actes

Type : Q2 (test 39), Q3 (test 40)
Pondération : 1 (test 39)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test cherche à mettre en évidence les oublis de codage d'actes en repérant les résumés qui présentent en DP un diagnostic chirurgical et sont néanmoins groupés dans un GHM médical. Sont exclus du test les résumés avec mode de sortie décès, de même que ceux qui présentent un diagnostic de la catégorie Z53.- *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués.*

La liste des diagnostics dits chirurgicaux est donnée dans la table DiagInfo champ 'DgOp'. Cette liste est construite à partir des fréquences d'association diagnostic-acte observées dans la base nationale. Pour un diagnostic donné, 100% signifie que ce dernier est associé dans 100% des cas à un acte chirurgical.

Le test 39 calcule le rapport du nombre de ces résumés au nombre total de résumés. Ce rapport est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Le score produit participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

Le test 40 dénombre ces résumés et en propose l'édition.

II. Lecture – Interprétation

La lecture de ces résumés mettra en évidence le plus souvent des erreurs de codage. Néanmoins, il sera utile de signaler les faux positifs afin d'affiner ce test.

III. Caractéristiques techniques

Test 39

Fonction : évaluation de la qualité du fichier
Type : 2
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : total résumés
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération : 1
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 40

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

N° du test : 41
Intitulé : fréquence de codes dague en DP

Type : Q2
Pondération : 1
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Le PMSI impose, lorsqu'une association dague-astérisque est explicitement prévue dans la CIM-10, de placer le code astérisque en diagnostic principal et le code dague en diagnostic associé significatif.

Ce test calcule le pourcentage de séjours avec un code dague en diagnostic principal. Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

La liste des codes dagues correspondant aux couples dague-astérisque explicitement mentionnés dans le volume analytique de la CIM10 est fournie dans la table DiagInfo; champ 'dague'.

II. Lecture – Interprétation

Ce test est initialement conçu comme un marqueur de la qualité du codage, cependant en cas de résultat très atypique on pourra s'interroger sur de possibles conséquences en termes de facturation.

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 42 - 43
Intitulé : codes diagnostiques non conformes pour le PMSI

Type : Q2 (test 42), Q3 (test 43)
Pondération : 1
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test recherche les résumés qui présentent un DR ou un DAS n'appartenant pas à la liste des codes Cim10 autorisés. La liste des codes autorisés correspond aux diagnostics du champ "Code" de la table DiagInfo.

Le test 42 calcule le rapport du nombre de résumés ayant au moins un code non conforme au nombre total de résumés. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100.

Le test 43 dénombre et édite les résumés impliqués par le test 42.

II. Lecture – Interprétation

Ce test ne nécessite pas d'explorations complémentaires.

III. Caractéristiques techniques

Test 42

Fonction : évaluation de la qualité du fichier
Type : 2
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : total résumés
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération : 1
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 43

Fonction : Amélioration qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

N° du test : 44
Intitulé : GHS de valorisation élevée

Type : Q1
Pondération : 4
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

Ce test est destiné à participer au repérage d'éventuels surcodages ayant pour conséquence la sur-représentation de groupes de valorisation élevée.

Un GHM de valorisation élevée est un GHS dont la valorisation en euros est supérieure ou égale à 8000. La valorisation utilisée est donnée dans la table GhmInfo, champ "Tarif".

Le nombre de résumés groupés dans un GHM correspondant à un GHS de valorisation élevée est rapporté au nombre total de résumés hors CM24 et CM90. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence calculée par catégorie d'établissement. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global d'atypie.

II. Lecture – Interprétation

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

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés hors CM24 et CM90
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence par catégorie d'établissement
Pondération	: 4
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 45 - 46
Intitulé : diagnostic relié, suivi de la consigne

Type : Q2 (test 45), Q3 (test 46)
Pondération : 1 (test 45)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 45 participe à l'évaluation de la qualité du fichier en appréciant le respect des règles de codage PMSI relatives au codage du diagnostic relié.

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

On calcule le rapport du nombre de résumés avec un code Z de cette liste en DP et pas de DR renseigné au nombre total de résumés avec code Z de cette liste en DP. Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

Le test 46 dénombre et édite les résumés impliqués par le test 45.

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Test 45

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés avec DP dans champ ZAffChr de DiagInfoQ
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 46

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 47 - 48
Intitulé : diagnostic relié abusif

Type : Q2 (test 47), Q3 (test 48)
Pondération : 1 (test 47)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 47 vise à vérifier l'application de la règle suivante : on ne doit pas trouver de résumés avec DR lorsque le DP n'est pas un code Z.

Il calcule le rapport du nombre de résumés avec un DR renseigné et un DP qui n'est pas un code Z au nombre total de résumés avec un DR renseigné. Ce rapport est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

Le test 48 dénombre et édite l'ensemble des résumés impliqués par le test 47.

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Test 47

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés ayant un DR codé
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 48

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 49 - 50
Intitulé : diagnostic relié, diabète

Type : Q2 (test 49), Q3 (test 50)
Pondération : 1 (test 49)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 49 est inactivé
Le test 50 est inactivé

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Test 49
Fonction :
Type :
Valeur résultat :
Dénominateur :
Alerte :
Pondération :
Score :

Test 50: inactivé
Fonction :
Type :
Dénominateur :
Alerte :
Pondération :
Score :

N° du test : 51 - 52
Intitulé : groupage établissement

Type : Q1 (test 51), Q3 (test 52)
Pondération : 4 (test 51)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Le test 51 recherche d'éventuelles divergences entre le groupage établissement et le groupage GENRSA.

Le nombre de divergences est rapporté au nombre total de résumés. Ce pourcentage est comparé à la moyenne de référence toutes catégories d'établissements confondues. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global d'atypie. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 50.

Le test 52 dénombre et édite les résumés impliqués par le test 51.

II. Lecture – Interprétation

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

III. Caractéristiques techniques

Test 51

Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total résumés
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 4
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 52

Fonction	: préparation contrôle
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 53 - 54
Intitulé : codage des IVG et des ITG

Type : Q2 (test 53), Q3 (test 54)
Pondération : 1 (test 53)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Ce test évalue le respect de la règle concernant le codage des IVG/ITG avant 22 semaines : le codage d'un avortement médical doit s'accompagner d'un code supplémentaire visant à préciser s'il s'agit d'une IVG ou d'un avortement thérapeutique.

Ainsi, un résumé qui présente un code de la CIM10 d'avortement médical (O04.-) sans code marqueur d'IVG (Z64.0) ni code marqueur d'un avortement thérapeutique (O28.-) sera porteur d'un défaut de qualité.

Le test 53 calcule le rapport du nombre de résumés avec un DP O04.- et pas de code Z64.0 ou O28.- en DAS au nombre total de résumés avec O04.- en DP. Ce rapport est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 50.

Le test 54 dénombre et édite les résumés impliqués par le test 53.

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Test 53

Fonction : évaluation de la qualité du fichier
Type : 2
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : total résumés avec DP O04*
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération : 1
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 54

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

N° du test : 55
Intitulé : utilisation des extensions de la Cim10

Type : Q2
Pondération : 1
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

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

Pour toutes les extensions créées avec codes pères autorisés, on calcule le rapport du nombre total d'occurrences de codes fils au total d'occurrences de codes pères+fils. Ce rapport est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

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

II. Lecture – Interprétation

Une sous utilisation des extensions CIM-10 a généralement pour effet de pénaliser l'établissement.

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: total occurrences codes pères + fils
Alerte	: résultat ≤ 5 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * $\min(\min((\text{valeur test} - \text{moyenne référence test})/\text{écart type référence test}), 0 , 1)$

N° du test : 56 - 57
Intitulé : codes de séquelles en DP

Type : Q2 (test 56), Q3 (test 57)
Pondération : 1 (test 56)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

D'une façon générale, il n'y a pas lieu d'utiliser un code de type "séquelle" en DP.

Le test 56 calcule le rapport du nombre de codes de séquelles en DP au nombre total de codes de séquelles en DP ou DAS. Ce rapport est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 10.

Les codes de séquelles sont répertoriés dans la table DiagInfo, champ "CodSeq"

Le test 57 dénombre et édite les résumés impliqués par le test 56.

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Test 56

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: rapport
Dénominateur	: total résumés code séquelles en DP ou DAS
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 57

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 58 - 59
Intitulé : codage des complications

Type : Q2 (test 58), Q3 (test 59)
Pondération : 1 (test 58)
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

Pour le codage des complications liées à un acte médical, on utilisera un code des catégories *T80-T88 Complications de soins chirurgicaux et médicaux non classés ailleurs* en diagnostic principal que lorsqu'il n'existe pas dans les chapitres I à XVIII de codes décrivant plus précisément l'affection en cause sous l'angle de sa manifestation.

Les codes "T" qui ne doivent habituellement pas être utilisés en DP parce que manquant de précision sont répertoriés dans la table DiagInfo, "TImprecis".

Le test 58 calcule le rapport du nombre de résumés avec un code "T" imprécis de complication en DP au nombre de codes "T" imprécis en DP ou DAS. Ce rapport est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

Le test 59 dénombre et édite les résumés impliqués par le test 58.

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Test 58

Fonction : évaluation de la qualité du fichier
Type : 2
Valeur résultat : pourcentage
Dénominateur : total résumés avec code T imprécis en DP ou DAS
Alerte : résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération : 1
Score : pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

Test 59

Fonction : amélioration de la qualité
Type : 3
Valeur résultat : dénombrement de résumés
Dénominateur : sans objet
Alerte : sans objet
Pondération : sans objet
Score : sans objet

N° du test : 60
Intitulé : codage des intoxications (1)

Type : Q2
Pondération : 1
Sélection résumés : non

I. Description – Objectif

En cas d'hospitalisation pour intoxication accidentelle ou volontaire, c'est généralement le code diagnostique des catégories *T36-T50 Intoxications par des médicaments et des substances biologiques* qui doit être mis en DP et non la manifestation.

On calculera le rapport du nombre de résumés avec un code "T" d'intoxication en DAS uniquement au nombre de résumés avec un code "T" d'intoxication en DP ou DAS. Ce rapport est comparé à la valeur de référence tous types d'établissements confondus. Le score correspondant participe à l'élaboration de l'indice global de qualité. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30.

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

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: évaluation de la qualité du fichier
Type	: 2
Valeur résultat	: pourcentage
Dénominateur	: Nombre résumé avec code T d'intoxication en DP ou DAS
Alerte	: résultat ≥ 95 ° p. de la valeur de référence toutes catégories confondues
Pondération	: 1
Score	: pondération * min(max(((valeur test – moyenne référence test)/écart type référence test),0),1)

N° du test : 61
Intitulé : codage des intoxications (2)

Type : Q3
Pondération : sans objet
Sélection résumés : oui

I. Description – Objectif

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

On dénombre les séjours avec un code coma en DP et un code T d'intoxication en DAS et d'une durée de séjour inférieure à 5 jours au nombre total de séjours groupés en GHM *01M13Z Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique*.

Attention. La borne de 5 jours n'a aucune valeur normative et ne signifie certainement pas qu'il est licite de coder le coma en DP au-delà de cette valeur. Pour le codage des intoxications, on se référera scrupuleusement au guide méthodologique.

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

II. Lecture – Interprétation

III. Caractéristiques techniques

Fonction	: amélioration de la qualité
Type	: 3
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: sans objet
Pondération	: sans objet
Score	: sans objet

N° du test : 62 - 63 - 64
Intitulé : Prestations inter-établissements

Pondération : 0
Sélection résumés : non
Type : Q1

I. Description – Objectif

Vérifie le bon usage des règles concernant les prestations inter-établissements.

Trois approches sont proposées :

Le test 62 calcule le nombre de résumés ayant les modes d'entrée et de sortie tous deux à 0. Il s'agit donc du nombre de résumés codés par l'établissement ayant effectué la prestation.

Le test 63 calcule le nombre de résumés ayant en DAS un code Z75.80. Il s'agit donc du nombre de séjours pour lesquels il a été demandé une prestation dans un autre établissement.

Le test 64 calcule le nombre de résumés de la CM24 ayant un mode d'entrée et de sortie par transfert court séjour.

Même si ces tests sont classés Q1, il est proposé au moins dans un premier temps de ne pas leur associer de pondération. Ces trois tests ne participent donc pas à la construction de l'indice global d'atypie.

II. Lecture – Interprétation

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

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

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

Si le test 62 repère une anomalie, le résultat du test 64 pourrait en fournir une estimation.

III. Caractéristiques techniques

Test 62,63 et 64	
Fonction	: repérage d'atypie
Type	: 1
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Dénominateur	: sans objet
Alerte	: 0
Pondération	: 0
Score	: 0