



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

# **DATIM HAD**

Détection des Atypies de l'Information Médicale

Version 2011

**GUIDE DE LECTURE ET D'INTERPRETATION**

Création - 20 juillet 2011



## SOMMAIRE

<b>1. Présentation de DATIM HAD</b>	<b>p 3</b>
1.1 Objectifs	p 3
1.2 Types de tests	p 3
1.3 Principes de fonctionnement	p 4
1.4 Références	p 5
<b>2. Utilisation de DATIM HAD</b>	<b>p 7</b>
2.1 Par les établissements de santé	p 7
2.2 Par les unités de coordination régionale	p 7
<b>3. Liste des tests</b>	<b>p 9</b>
3.1 Par type de test	p 9
3.2 Par numéro de test	p 11
<b>4. Détail des tests</b>	<b>p 13</b>
<b>5. Annexes</b>	<b>p 35</b>
5.1 Sigles utilisés	p 35
5.2 Tables utilisées	p 36



## 1. Présentation de DATIM HAD

### 1.1 Objectifs

DATIM est un outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de résumés anonymes par sousséquence (RAPSS). Cette analyse répond à deux objectifs complémentaires :

- amélioration de la qualité des bases,
- mise en œuvre des procédures de contrôle externe.

La mise à disposition des établissements des diverses informations produites par DATIM lors des transmissions de données, notamment l'édition de séquences ou de séjours suspects d'atypies, doit à terme améliorer la qualité des codages.

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 ;
- de faciliter la préparation des contrôles sur site notamment en permettant de cibler précisément les activités qui devront être contrôlées.

### 1.2 Types de tests

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

- les tests qui mettent en évidence une non qualité du codage liée au non respect de certaines règles de codage, susceptible d'être corrigée ;
- les tests qui mettent en évidence des séquences ou des séjours atypiques pouvant aboutir à une survalorisation et donc, susceptibles d'être contrôlés.

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

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 les nombreuses autres causes fréquemment associées telles des spécificités liées aux types de patients, de prise en charge ou encore d'organisation pour ne citer que les plus évidentes.

**Aussi, le nombre de tests en alerte 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 d'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 d'une séquence ou d'un séjour. Les séquences ou les séjours 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.

### Tests de repérage d'atypies

Ce module repère des erreurs de codage correspondant au non respect de certaines règles du *Guide méthodologique de production des RPSS* ou à des atypies par comparaison aux autres établissements d'hospitalisation à domicile.

## **1.3 Principes de fonctionnement**

DATIM passe un fichier de RAPSS au crible d'une batterie de tests et produit des résultats qualitatifs et quantitatifs. Les fichiers de RAPSS utilisés sont ceux transmis par l'établissement via e-PMSI.

Les informations produites sont :

#### Résultat du test

Valeur numérique

Il s'agit soit d'un pourcentage soit d'un dénombrement de séquences ou de séjours.

#### Moyenne de référence

Valeur moyenne du résultat du test, calculée sur la base nationale.

#### Alerte

Information qualitative sur le résultat d'un test pour un établissement.

Les modalités de calcul de l'alerte sont fournies pour chaque test.

Un lien dans la colonne "Séquences référencées" ou « Séjours référencés » conduit, s'il y a lieu, aux éditions des séquences ou des séjours selon le test.



## 1.4 Références

### 1. Les tests

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

**N° du test** : <numéro du test>  
**Intitulé** : <intitulé du test>  
**Type du test** : <qualité ou atypie>  
**Sélection** : séquences / séjours / **non** <indique si le test peut être utilisé pour sélectionner des séquences ou des séjours en vue d'une visite sur site>

### **I. Description -Objectif**

<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** : <amélioration de la qualité ou repérage d'atypie>  
**Domaine de travail** : <définition de l'ensemble des résumés testés>  
**Valeur résultat** : <pourcentage ou nombre>  
**Numérateur** : <définition du numérateur utilisé>  
**Dénominateur** : <définition du dénominateur utilisé en cas de calcul d'un ratio>  
**Table utilisée** : <désignation de la table utilisée pour le test>  
**Alerte** : <définition du mode de déclenchement de l'alerte>



## 2. Valeurs de référence

Une valeur de référence est proposée pour les tests dont le résultat est le calcul d'un pourcentage.

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

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

## 3. Tables de référence

Les fichiers "INFO" contiennent l'ensemble des informations sur les modes de prise en charge, diagnostics, grilles IK et AVQ, utilisés par les différents tests.

On distingue :

- MPP\_MPA\_Info : ensemble des informations relatives aux associations des modes de prise en charge principal et associé ;
- MPP\_MPA\_IK\_Info : ensemble des informations relatives aux associations des modes de prises en charge principal, associé, et de l'Indice de Karnofsky ;
- IK\_AVQ\_Info : ensemble des informations relatives aux associations d'un Indice de Karnofsky et du score AVQ ;
- MP\_Info : ensemble des relations d'incompatibilités entre le mode de prise en charge et un diagnostic (principal ou associé) ;
- CIM10\_Info : ensemble des autorisations/inerdictions des codes CIM-10 selon le type de diagnostic
- DiagInfo (MCO) : ensemble des informations relatives aux codes CIM-10 (table utilisée dans le Datim MCO).

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



## 2. Utilisation de DATIM HAD

### 2.1 Utilisation par les établissements de santé

La production de résumés anonymes par sousséquence (RAPSS) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir des fichiers de RPSS groupés. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par le logiciel PAPRICA, diffusé par l'ATI. Les résumés anonymes par sousséquence sont transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) via la plateforme e-PMSI de l'ATI.

Les fichiers de RAPSS utilisés sont ceux transmis par l'établissement via e-PMSI. Le traitement DATIM (analyse de la qualité et repérage d'atypies) est déclenché automatiquement et systématiquement lors de chaque transmission. Les résultats du traitement sont consultables immédiatement par l'établissement.

Lors de cette transmission une large analyse de l'activité de l'établissement est également réalisée à travers les tableaux MAT2A.

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

Le repérage d'atypie permet à l'établissement de savoir s'il transmet des données atypiques en elles-mêmes ou par rapport à la moyenne des autres établissements d'hospitalisation à domicile.

### 2.2 Utilisation par les unités de coordination régionale

Les unions de coordination régionale disposent d'un accès à la base de données des RAPSS des établissements d'hospitalisation à domicile de la région qui les concerne. Elles ont accès aux tableaux MAT2A ainsi qu'aux tests DATIM.

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

#### 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 uniquement aux contrôleurs et fournit pour tous les établissements de la région, le nombre de tests en alerte de qualité et d'atypie.

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

Un lien sur le numéro Finess conduit aux résultats de l'établissement.



## **Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation**

- *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 uniquement aux contrôleurs et propose pour chaque test, les résultats de tous les établissements de la région.

Il permet d'effectuer des comparaisons test par test et éventuellement d'affiner le ciblage des établissements atypiques.

Un lien sur le numéro Finess conduit aux résultats de l'établissement.

### Les éditions de résumés

Les résumés impliqués par le test sont affichés à l'écran avec les libellés des modes de prise en charge, diagnostics et 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 RAPSS qui contient l'ensemble des résumés impliqués par le test. Après intégration dans un tableur ou une base de données, ces informations permettent d'effectuer des traitements complémentaires à la demande en vue d'étayer telle ou telle interprétation.

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





### 3. Liste des tests

#### 3.1 Par type de test

##### *AMELIORATION DE LA QUALITE*

##### **TESTS PORTANT SUR LE CHAINAGE**

Test 111 : Nombre de séjours sans clé de chaînage ou générée sans numéro d'assuré social

Test 112 : Nombre de séjours avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes

##### **TESTS PORTANT SUR LES VALEURS MANQUANTES**

Test 131 : Nombre de séquences avec au moins une valeur manquante ou non au format

##### **TESTS PORTANT SUR LES MODES DE PRISE EN CHARGE**

Test 141 : Nombre de séquences avec une association MPP\*MPA non autorisée

##### **TESTS PORTANT SUR L'INDICE DE KARNOFSKY**

Test 151 : Nombre de séquences avec un IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPP\*MPA

##### **TESTS PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

Test 171 : Nombre de séquences avec un code CIM-10 en DP interdit ou imprécis

Test 172 : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le sexe ou l'âge

Test 173 : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le MPP, ou avec le MPA en l'absence de DA

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

Test 181 : Nombre de séquences avec au moins un code CIM-10 en DA interdit ou imprécis

Test 182 : Nombre de séquences avec au moins un DA incompatible avec le sexe ou l'âge

Test 183 : Nombre de séquences avec aucun DA compatible avec le MPA

##### **TESTS PORTANT SUR LE GROUPEMENT**

Test 191 : Nombre de séquences avec un groupement du RAPSS en GHPC réalisé par l'établissement différent du groupement réalisé par PAPRICA

Test 192 : Nombre de séquences avec au moins un groupement du RAPSS en GHT réalisé par l'établissement différent du groupement réalisé par PAPRICA



*REPERAGE D'ATYPIES*

**TESTS PORTANT SUR LE MODE DE PRISE EN CHARGE**

Test 201 : Pourcentage de séquences avec une association MPP\*MPA rare ou inhabituelle

**TESTS PORTANT SUR L'INDICE DE KARNOFSKY**

Test 211 : Pourcentage de séquences avec un IK inhabituellement bas pour le score AVQ

Test 221 : Pourcentage de séquences avec un IK inférieur au seuil minimal défini pour l'association MPP\*MPA

**TESTS PORTANT SUR LE SEQUENCEMENT**

Test 231 : Nombre de séjours de 9 à 23 jours hors décès avec un nombre de séquences élevé

Test 232 : Nombre de séjours de plus de 23 jours avec un nombre de séquences élevé

**TESTS PORTANT SUR LA VALORISATION**

Test 241 : Pourcentage de séquences avec une valorisation élevée

**TESTS PORTANT SUR LA DUREE DE PRESENCE**

Test 251 : Pourcentage de séjours d'une durée inférieure à 2 jours

Test 252 : Pourcentage de séjours d'une durée supérieure à 30 jours

**TESTS PORTANT SUR LES SEJOURS CHAINES**

Test 261 : Nombre de séjours avec chevauchement

Test 262 : Nombre de séjours contigus



### **3.2 Par numéro de test**

#### *AMELIORATION DE LA QUALITE*

- Test 111 : Nombre de séjours sans clé de chaînage ou générée sans numéro d'assuré social
- Test 112 : Nombre de séjours avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes
- Test 131 : Nombre de séquences avec au moins une valeur manquante ou non au format
- Test 141 : Nombre de séquences avec une association MPP\*MPA non autorisée
- Test 151 : Nombre de séquences avec un IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPP\*MPA
- Test 171 : Nombre de séquences avec un code CIM-10 en DP interdit ou imprécis
- Test 172 : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le sexe ou l'âge
- Test 173 : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le MPP, ou avec le MPA en l'absence de DA
- Test 181 : Nombre de séquences avec au moins un code CIM-10 en DA interdit ou imprécis
- Test 182 : Nombre de séquences avec au moins un DA incompatible avec le sexe ou l'âge
- Test 183 : Nombre de séquences avec aucun DA compatible avec le MPA
- Test 191 : Nombre de séquences avec un groupage du RAPSS en GHPC réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPRICA
- Test 192 : Nombre de séquences avec au moins un groupage du RAPSS en GHT réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPRICA



*REPERAGE D'ATYPIES*

- Test 201 : Pourcentage de séquences avec une association MPP\*MPA rare ou inhabituelle
- Test 211 : Pourcentage de séquences avec un IK inhabituellement bas pour le score AVQ
- Test 221 : Pourcentage de séquences avec un IK inférieur au seuil minimal défini pour l'association MPP\*MPA
- Test 231 : Nombre de séjours de 9 à 23 jours hors décès avec un nombre de séquences élevé
- Test 232 : Nombre de séjours de plus de 23 jours avec un nombre de séquences élevé
- Test 241 : Pourcentage de séquences avec une valorisation élevée
- Test 251 : Pourcentage de séjours d'une durée inférieure à 2 jours
- Test 252 : Pourcentage de séjours d'une durée supérieure à 30 jours
- Test 261 : Nombre de séjours avec chevauchement
- Test 262 : Nombre de séjours contigus



## 4. Détails des tests

**N° du test : 111**

**Intitulé : Nombre de séjours sans clé de chaînage ou générée sans numéro d'assuré social**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test repère les séjours qui présentent une absence de clé de chaînage ou une clé de chaînage générée sans le numéro d'assuré social.

### II. Lecture – Interprétation

Un chaînage anonyme des recueils d'information du PMSI est mis en œuvre depuis la circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001. Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient. Le chaînage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe.

L'absence de clé de chaînage ou une clé générée sans numéro d'assuré social ne permet plus de relier le séjour avec les autres hospitalisations.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 111 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séjours avec code retour « n° sécurité sociale »='2' ou code retour « n° identification administratif du séjour »='1' ou code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI » in ('1','2') ou code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »='1'
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de séjours > 0



**N° du test : 112**  
**Intitulé : Nombre de séjours avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes**

Type : amélioration de la qualité  
Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test repère les séjours qui présentent une clé de chaînage générée depuis des informations non-conformes ou partiellement manquantes.

### II. Lecture – Interprétation

Un chaînage anonyme des recueils d'information du PMSI est mis en œuvre depuis la circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001. Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient. Le chaînage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe.

Une clé de chaînage générée sans numéro depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes ne permet plus de relier le séjour avec les autres hospitalisations.

La non qualité est le fait d'un remplissage incorrect des informations sur lesquelles reposent la création du numéro anonyme de chaînage.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 112

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séjours avec au moins un code retour* ≠ '0' et non comptabilisé dans le test n°111
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de séjours > 0

---

\* parmi les codes retours « n° de sécurité sociale », « date de naissance », « sexe », « n°identification administratif du séjour », « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI », « fusion « ANO-HOSP et fichier PMSI »



**N° du test : 131**

**Intitulé : Nombre de séquences avec au moins une valeur manquante ou non au format**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec au moins une valeur manquante ou non au format dans les champs suivants :

- âge ;
- sexe ;
- code géographique ;
- mode d'entrée - provenance ;
- mode de sortie - destination ;
- mode de prise en charge principal (MPP) ;
- mode de prise en charge associé (MPA) ;
- mode de prise en charge associé documentaire (MPAD) ;
- indice de Karnofsky (IK) ;
- score de dépendance pour l'habillement (grille AVQ) ;
- score de dépendance pour le déplacement (grille AVQ) ;
- score de dépendance pour l'alimentation (grille AVQ) ;
- score de dépendance pour la continence (grille AVQ) ;
- score de dépendance pour le comportement (grille AVQ) ;
- score de dépendance pour la relation (grille AVQ) ;
- code CCAM pour les actes médicaux.

Il évalue la qualité de la saisie des différents champs de chaque séquence.

### II. Lecture - Interprétation

En cas de séquence avec une ou plusieurs valeurs manquantes ou non au format, une non qualité dans la saisie du résumé est suspectée.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 131 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec au moins un code erreur dans le fichier LEG parmi 002-003 (âge), 042 (sexe), 514 (code géographique), 043-044 (mode d'entrée-provenance), 050-051 (mode de sortie-destination), 025 (MPP), 056 (MPA), 068 (MPAD), 026 (IK), 060-065 (scores de la grille AVQ), 079 (acte CCAM)
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 141**

**Intitulé : Nombre de séquences avec une association MPP\*MPA non autorisée**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche le nombre de séquences avec une association MPP\*MPA non autorisée (dont les associations avec MPP et MPA identiques).

### II. Interprétation

Certaines associations MPP\*MPA ne sont pas autorisées.

En cas d'enregistrement de l'une de ces associations, l'enregistrement des modes de prise en charge pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 141 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec Autor='2'
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: MPP_MPA_Info
Alerte	: si nombre de séquences > 0





**N° du test : 151**

**Intitulé : Nombre de séquences avec un IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPP\*MPA**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test repère les séquences avec un IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPP\*MPA, parmi l'ensemble des séquences.

### II. Interprétation

Certaines associations de MPC ont été considérées comme devant avoir un seuil maximal pour l'IK.

En cas d'indice supérieur au seuil, l'enregistrement de l'IK pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 151 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec Autor='2'
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: MPP_MPA_IK_Info
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 171**

**Intitulé : Nombre de séquences avec un code CIM-10 en DP interdit ou imprécis**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec un code CIM-10 en position de DP interdit ou considéré comme imprécis (utilisation d'un code catégorie alors qu'il existe des codes de sous-catégories).

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement du DP.

### II. Lecture – Interprétation

Le diagnostic principal est l'affection qui mobilise l'essentiel des soins, le problème de santé qui justifie le MPP. Il est codé selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le diagnostic principal est réévalué lors de chaque changement de séquence de soins.

Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'affection ou au problème de santé à coder.

Un diagnostic principal avec un code interdit dans cette position ou imprécis pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 171

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec type = '3' ou 'imprecis' in ('1', '2')
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: CIM10_Info (Type) et DiagInfo-MCO (Imprecis)
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 172**

**Intitulé : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le sexe ou l'âge**

Type : amélioration de la qualité

Sélection résumés : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec un DP incompatible avec le sexe ou l'âge.

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement du DP, du sexe (homme ou femme) ou de l'âge.

### II. Lecture – Interprétation

La saisie du diagnostic principal est l'affection qui mobilise l'essentiel des soins, le problème de santé qui justifie le MPP. Il est codé selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>e</sup> révision de la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé. Le diagnostic principal est réévalué lors de chaque changement de séquence de soins.

Un diagnostic principal utilisant un code de la CIM-10 considéré comme incompatible avec le sexe ou l'âge enregistré pourra être considéré comme suspect de non qualité.

Six tranches d'âge sont définies et à chacune d'elle est associée une liste de diagnostics hautement improbables :

- CL1V : diagnostic improbable avec un âge < 29 jours ;
- CL2V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 29 jours et < 1 an ;
- CL3V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 1an et < 10 ans ;
- CL4V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 10 ans et < 20 ans ;
- CL5V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 20 ans et < 65ans ;
- CL6V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 65ans.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 172 :

- Fonction : amélioration de la qualité
- Valeur résultat : dénombrement
- Numérateur : nombre de séquences avec (sexe = '1' et sexD = '2') ou (sexe = '2' et sexD = '1') ou CL1V = '1' ou CL2V = '1' ou CL3V = '1' ou CL4V = '1' ou CL5V = '1' ou CL6V = '1'
- Dénominateur : sans objet
- Table utilisée : DiagInfo-MCO
- Alerte : si nombre de séquences > 0



**N° du test : 173**

**Intitulé : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le MPP, ou avec le MPA en l'absence de DA**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec un diagnostic principal jugé incompatible avec le mode de prise en charge principal, ou avec le mode prise en charge associé si aucun diagnostic associé n'a été renseigné, à dire d'expert.

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement du diagnostic principal.

### II. Lecture – Interprétation

La saisie du diagnostic principal est l'affection qui mobilise l'essentiel des soins, le problème de santé qui justifie le mode de prise en charge principal. Il est codé selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>e</sup> révision de la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé. Le DP est réévalué lors de chaque changement de séquence de soins.

Un diagnostic principal utilisant un code de la CIM-10 considéré comme incompatible avec le mode de prise en charge principal, ou avec le mode de prise en charge associé en l'absence de diagnostic(s) associé(s), pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 173 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec Incomp_MP = '1' pour le DP par rapport au MPP, ou par rapport au MPA si NbDA=0
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: MP_Info
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 181**

**Intitulé : Nombre de séquences avec un code CIM-10 en DA interdit ou imprécis**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec au moins un code CIM-10 en position de DA interdit ou considéré comme imprécis (utilisation d'un code catégorie alors qu'il existe des codes de sous-catégories).

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement des DA.

### II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics associés comprennent les affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) coexistant avec le DP et pris en charge par l'équipe d'HAD. Ils sont codés selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'affection ou au problème de santé à coder.

Un diagnostic associé non codé avec la CIM-10 ou utilisant un code de la CIM-10 considéré comme interdit ou imprécis pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 181 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec Type in ('1','2','3') ou Imprecis in ('1','2')
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: CIM10_Info ou DiagInfo-MCO
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 182**  
**Intitulé : Nombre de séquences avec au moins un DA incompatible avec le sexe ou l'âge**

Type : amélioration de la qualité  
Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec au moins un DA incompatible avec le sexe ou l'âge.

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement des DA, du sexe (homme ou femme) ou de l'âge.

### II. Lecture – Interprétation

Les DA comprennent les affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) coexistant avec le DP et pris en charge par l'équipe d'HAD. Ils sont codés selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>e</sup> révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

Un DA utilisant un code CIM-10 considéré comme incompatible avec le sexe ou l'âge enregistré pourra être considéré comme suspect de non qualité.

Six tranches d'âge sont définies et à chacune d'elle est associée une liste de diagnostics hautement improbables :

- CL1V : diagnostic improbable avec un âge < 29 jours ;
- CL2V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 29 jours et < 1 an ;
- CL3V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 1an et < 10 ans ;
- CL4V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 10 ans et < 20 ans ;
- CL5V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 20 ans et < 65ans ;
- CL6V : diagnostic improbable avec un âge ≥ 65ans.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 182 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec (sexe = '1' ou sexD = '2') ou (sexe = '2' et sexD = '1') ou CL1V = '1' ou CL2V = '1' ou CL3V = '1' ou CL4V = '1' ou CL5V = '1' ou CL6V = '1'
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: DiagInfo-MCO
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 183**

**Intitulé : Nombre de séquences avec aucun DA compatible avec le MPA**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences pour lesquelles aucun DA n'est jugé compatible avec le mode de prise en charge associé, à dire d'expert.

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement du (des) diagnostic(s) associé(s).

### II. Lecture – Interprétation

Les DA comprennent les affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) coexistant avec le DP et pris en charge par l'équipe d'HAD. Ils sont codés selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

Si l'ensemble des diagnostics associés utilisant un code CIM-10 sont considérés comme incompatibles avec le MPA, le codage du(des) diagnostic(s) associé(s) pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 183 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec Incomp_MP = '1' pour chaque DA
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: MP_Info
Alerte	: si nombre de séquences > 0



**N° du test : 191**

**Intitulé : Nombre de séquences avec un groupage du RAPSS en GHPC réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPRICA**

Type : amélioration de la qualité

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec un groupage en GHPC réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPRICA.

Ce test évalue la conformité du groupage de l'établissement par rapport au groupage PAPRICA.

### II. Lecture – Interprétation

Le groupage en GHPC est réalisé selon un algorithme.

Si le groupage en GHPC de l'établissement est différent du groupage PAPRICA, il pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 191 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séquences avec $[\text{CodeRetour}_{\text{étab}}, \text{GHPC}_{\text{étab}}] \neq [\text{CodeRetour}_{\text{Paprica}}, \text{GHPC}_{\text{Paprica}}]$
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de séquences > 0





**N° du test : 192**  
**Intitulé : Nombre de sousséquences avec au moins un groupage du RAPSS en GHT réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPERICA**

Type : amélioration de la qualité  
Sélection sousséquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les sousséquences avec au moins un groupage en GHT réalisé par l'établissement différent de celui réalisé par PAPERICA.

Ce test évalue la conformité du groupage de l'établissement par rapport au groupage PAPERICA.

### II. Lecture – Interprétation

Le groupage en GHT est réalisé selon un algorithme et aboutit au maximum à 4 GHT par sousséquence.

Si le groupage en GHT de l'établissement est différent du groupage PAPERICA, il pourra être considéré comme suspect de non qualité.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 192 :

Fonction	: amélioration de la qualité
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de sousséquences avec [NbJ1 <sub>établissement</sub> GHT1 <sub>établissement</sub> ] ≠ [NbJ1 <sub>Paperica</sub> GHT1 <sub>Paperica</sub> ] ou [NbJ2 <sub>établissement</sub> GHT2 <sub>établissement</sub> ] ≠ [NbJ2 <sub>Paperica</sub> GHT2 <sub>Paperica</sub> ] ou [NbJ3 <sub>établissement</sub> GHT3 <sub>établissement</sub> ] ≠ [NbJ3 <sub>Paperica</sub> GHT3 <sub>Paperica</sub> ] ou [NbJ4 <sub>établissement</sub> GHT4 <sub>établissement</sub> ] ≠ [NbJ4 <sub>Paperica</sub> GHT4 <sub>Paperica</sub> ]
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de sousséquences > 0



**N° du test : 201**  
**Intitulé : Pourcentage de séquences avec une association MPP\*MPA rare ou inhabituelle**

Type : repérage d'atypies  
Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test calcule le pourcentage de séquences avec une association MPP\*MPA rare ou inhabituelle parmi l'ensemble des séquences.

### II. Lecture – Interprétation

Le MPP est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnel, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Une association MPP\*MPA rare ou inhabituelle peut faire suspecter une prise en charge inhabituelle, une inversion dans la hiérarchisation ou un codage atypique des MPC.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 201 :

Fonction	: repérage d'atypies
Valeur résultat	: pourcentage
Numérateur	: nombre de séquences avec Autor = '1'
Dénominateur	: nombre total de séquences
Table utilisée	: MPP_MPA_Info
Alerte	: si pourcentage > 95 <sup>ème</sup> percentile (base nationale)



**N° du test : 211**  
**Intitulé : Pourcentage de séquences avec un IK inhabituellement bas pour le score AVQ**

Type : repérage d'atypies  
Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test recherche les séquences avec un IK inhabituellement bas pour le score global AVQ.

Le score global AVQ correspond à la somme des 6 items de la grille AVQ : alimentation, continence, déplacement, habillage, relation, comportement.

### II. Lecture – Interprétation

L'indice de Karnofsky est saisi selon le tableau présenté dans l'appendice G du *Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile*. Le recueil d'informations décrit l'état effectif du patient.

Un indice de Karnofsky inhabituellement bas pour un score AVQ peut faire suspecter une minoration de l'IK.

Cinq tranches d'âge sont définies et à chacune d'elle est associée une liste de combinaisons IK - AVQ inhabituelles où l'IK est trop bas pour le score AVQ :

- CL1W : IK inhabituellement bas pour le score AVQ avec un âge < 10 ans ;
- CL2W : IK inhabituellement bas pour le score AVQ avec un âge ≥ 10 ans et < 18 ans ;
- CL3W : IK inhabituellement bas pour le score AVQ avec un âge ≥ 18 ans et < 45 ans ;
- CL4W : IK inhabituellement bas pour le score AVQ avec un âge ≥ 45 ans et < 65 ans ;
- CL5W : IK inhabituellement bas pour le score AVQ avec un âge ≥ 65 ans.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 211 :

- Fonction : repérage d'atypies
- Valeur résultat : pourcentage
- Numérateur : nombre de séquences avec CL1W = '1' ou CL2W = '1' ou CL3W = '1' ou CL4W = '1' ou CL5W = '1'
- Dénominateur : nombre total de séquences
- Table utilisée : IK\_AVQ\_Info
- Alerte : si pourcentage > 95<sup>ème</sup> percentile (base nationale)



**N° du test : 221**

**Intitulé : Pourcentage de séquences avec un IK inférieur au seuil minimal défini pour l'association MPP\*MPA**

Type : repérage d'atypies

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test calcule le pourcentage de séquences avec un IK inférieur au seuil minimal défini pour l'association MPP\*MPA, parmi l'ensemble des séquences.

### II. Interprétation

Pour certaines associations de modes de prise en charge ont été définies un seuil minimum pour l'Indice de Karnofsky, à dire d'expert.

En cas d'IK inférieur au seuil, l'enregistrement de l'IK pourra être considéré comme atypique.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 221 :

Fonction	: repérage d'atypies
Valeur résultat	: pourcentage
Numérateur	: nombre de séquences avec Autor = '1'
Dénominateur	: nombre total de séquences
Table utilisée	: MPP_MPA_IK_Info
Alerte	: si pourcentage > 95 <sup>ème</sup> percentile (base nationale)



**N° du test : 231**

**Intitulé : Nombre de séjours de 9 à 23 jours hors décès avec un nombre de séquences élevé**

Type : repérage d'atypies

Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test dénombre les séjours, hors sortie par décès, pour lesquels on observe un nombre de séquences élevé compte tenu de la durée totale du séjour.

Le nombre « élevé » de séquences est fixé en fonction de critères statistiques et de la durée totale du séjour.

Ce test recherche les séjours de 9 à 23 jours avec un nombre atypique de séquences.

### II. Lecture – Interprétation

Une séquence de soins est définie par une association particulière du MPP, du MPA et de l'IK. Une séquence est terminée lorsqu'au moins l'une de ces trois variables est modifiée. MPP, MPA et IK sont évalués au moins une fois par semaine.

La classification des GHT prend en compte la durée de prise en charge au sein d'une séquence de soins, sous la forme de 4 tranches de durée, auxquelles sont associées une pondération dégressive :

- première tranche du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 1 ;
- deuxième tranche du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 0,7613 ;
- troisième tranche du 10<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 0,6765 ;
- quatrième et dernière tranche à partir du 31<sup>ème</sup> jour : pondération = 0,6300.

Un nombre de séquences jugé élevé compte tenu de la durée totale du séjour peut faire suspecter une stratégie de modification d'une des trois variables afin de mieux valoriser le séjour.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 231 :

Fonction : repérage d'atypies

Valeur résultat : dénombrement

Indicateur : nombre N1 de séjours complets\* de [9 - 23] jours avec mode de sortie ≠ '9' et (durée pondérée par les coefficients des tranches de prise en charge / durée brute) > limite de la durée pondérée selon la durée totale du séjour

Table utilisée : tests\_231\_232\_REF

Alerte : si  $N1/N_{9j-23j} * \sqrt{N_{9j-23j}} > 2$

avec  $N_{9j-23j}$  = nombre de séjours complets avec durée totale de [9-23] jours et mode de sortie ≠ '9', hors séjours avec une durée incohérente\*

---

\* séjours clos (indicateur « dernière sousséquence du séjour » à 1 et aucune erreur de la liste ['S603', 'S605', 'S650', 'S651', 'E700', 'E701', 'E702', 'E703', 'E704', 'E705', 'E706', 'E707', 'E708', 'R800', 'R801']) avec au moins une sousséquence de la première séquence présente dans le fichier analysé



**N° du test : 232**  
**Intitulé : Nombre de séjours de plus de 23 jours avec un nombre de séquences élevé**

Type : repérage d'atypies  
Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test dénombre les séjours pour lesquels on observe un nombre de séquences élevé compte tenu de la durée totale du séjour.

Le nombre « élevé » de séquences est fixé en fonction de critères statistiques, de la durée totale du séjour et du mode de sortie (décès *versus* hors décès).

Ce test recherche les séjours de plus de 23 jours avec un nombre atypique de séquences.

### II. Lecture – Interprétation

Une séquence de soins est définie par une association particulière du MPP, du MPA et de l'IK. Une séquence est terminée lorsqu'au moins l'une des trois variables est modifiée. MPP, MPA et IK sont évalués au moins une fois par semaine.

La classification des GHT prend en compte la durée de prise en charge au sein d'une séquence de soins, sous la forme de 4 tranches de durée, auxquelles sont associées une pondération dégressive :

- première tranche du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 1 ;
- deuxième tranche du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 0,7613 ;
- troisième tranche du 10<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 0,6765 ;
- quatrième et dernière tranche à partir du 31<sup>ème</sup> jour : pondération = 0,6300.

Un nombre de séquences jugé élevé compte tenu de la durée totale du séjour et du mode de sortie peut faire suspecter une stratégie de modification d'une des trois variables afin de mieux valoriser le séjour.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 232 :

Fonction : repérage d'atypies  
Valeur résultat : dénombrement  
Indicateur : nombre N1 de séjours complets\* de plus de 23 jours avec (durée pondérée par les coefficients des tranches de prise en charge / durée brute) > limite supérieure de la durée pondérée selon la durée totale du séjour et le mode de sortie (décès *versus* hors décès)  
Table utilisée : tests\_231\_232\_REF  
Alerte : si  $N1/N_{>23j} * \sqrt{N_{>23j}} > 1,5$   
avec  $N_{>23j}$  = nombre de séjours complets dont la durée totale est supérieure à 23 jours, hors séjours avec une durée incohérente\*

---

\* séjours clos (indicateur « dernière sousséquence du séjour » à 1 et aucune erreur de la liste ['S603', 'S605', 'S650', 'S651', 'E700', 'E701', 'E702', 'E703', 'E704', 'E705', 'E706', 'E707', 'E708', 'R800', 'R801']) avec au moins une sousséquence de la première séquence présente dans le fichier analysé



**N° du test : 241**

**Intitulé : Pourcentage de séquences avec une valorisation élevée**

Type : repérage d'atypies

Sélection séquences : oui

### I. Description

Ce test calcule le pourcentage de séquences avec au moins un  $GHT \geq 22$ , c'est-à-dire avec au moins une partie des journées avec une valorisation élevée (hors GHT 99).

### II. Interprétation

En cas de pourcentage élevé de séquences avec une valorisation élevée pour au moins une partie des journées, l'établissement pourra être considéré comme atypique.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 241 :

Fonction : repérage d'atypies

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de séquences avec  $(22 \leq GHT1_{\text{Paprica}} < 99$  et  $NbGHT1 > 0$ ) ou  $(22 \leq GHT2_{\text{Paprica}} < 99$  et  $NbGHT2 > 0$ ) ou  $(22 \leq GHT3_{\text{Paprica}} < 99$  et  $NbGHT3 > 0$ ) ou  $(22 \leq GHT4_{\text{Paprica}} < 99$  et  $NbGHT4 > 0$ )

Dénominateur : nombre total de séquences

Table utilisée : sans objet

Alerte : si pourcentage > 95<sup>ème</sup> percentile (base nationale)



**N° du test : 251**

**Intitulé : Pourcentage de séjours d'une durée inférieure à 2 jours**

Type : repérage d'atypies

Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test calcule la part de séjours clos très courts, soit d'une durée inférieure à 2 jours, parmi l'ensemble des séjours clos dans l'année, hors MPP pour « chimiothérapie anti-cancéreuse » et « transfusion sanguine ».

### II. Lecture – Interprétation

L'hospitalisation à domicile fait partie des modalités d'hospitalisation régies par les dispositions du code de la santé publique. Elle a pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée (article R.6121-4 CSP). Il n'est pas habituel que ce séjour soit très court.

Un taux atypique de séjours très courts peut faire suspecter des prises en charge qui ne relèvent pas de l'hospitalisation à domicile, lorsqu'il ne s'agit pas de séjours pour « chimiothérapie anti-cancéreuse » ou pour « transfusion sanguine ».

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 251 :

Fonction	: repérage d'atypies
Valeur résultat	: pourcentage
Numérateur	: nombre de séjours clos* dans l'année avec durée < 2 jours et MPP not in ('05','18')
Dénominateur	: nombre de séjours clos ♦
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si supérieur au 95 <sup>ème</sup> percentile (base nationale)

---

\* séjours avec indicateur « dernière sous-séquence du séjour » à 1 et aucune erreur de la liste ['S603', 'S605', 'S650', 'S651', 'E700', 'E701', 'E702', 'E703', 'E704', 'E705', 'E706', 'E707', 'E708', 'R800', 'R801']





**N° du test : 252**

**Intitulé : Pourcentage de séjours d'une durée supérieure à 30 jours**

Type : repérage d'atypies

Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test calcule la part de séjours clos d'une durée supérieure à 30 jours parmi l'ensemble des séjours dans l'année.

Ce test recherche un pourcentage atypique de séquences avec une durée supérieure à 30 jours.

### II. Lecture – Interprétation

Une séquence de soins est définie par une association particulière du MPP, du MPA et de l'IK. Une séquence est terminée lorsqu'au moins l'une des trois variables est modifiée. MPP, MPA et IK sont évalués au moins une fois par semaine.

La classification des GHT prend en compte la durée de prise en charge au sein d'une séquence de soins, sous la forme de 4 tranches de durée, auxquelles sont associées une pondération dégressive :

- première tranche du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 1 ;
- deuxième tranche du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 0,7613 ;
- troisième tranche du 10<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour inclus : pondération = 0,6765 ;
- quatrième et dernière tranche à partir du 31<sup>ème</sup> jour : pondération = 0,6300.

Un taux atypique de séjours d'une durée supérieure à 30 jours peut faire suspecter un maintien de l'hospitalisation à domicile alors que le patient n'en relève plus. Ce taux peut également traduire une particularité de recrutement des patients.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 252 :

Fonction	: repérage d'atypies
Valeur résultat	: pourcentage
Numérateur	: nombre de séjours clos <sup>♦</sup> avec durée > 30 jours
Dénominateur	: nombre de séjours clos <sup>♦</sup>
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si supérieur au 95 <sup>ème</sup> percentile (base nationale)

---

<sup>♦</sup> séjours clos (indicateur « dernière sousséquence du séjour » à 1 et aucune erreur de la liste ['S603', 'S605', 'S650', 'S651', 'E700', 'E701', 'E702', 'E703', 'E704', 'E705', 'E706', 'E707', 'E708', 'R800', 'R801']) avec au moins une sousséquence de la première séquence présente dans le fichier analysé



**N° du test : 261**  
**Intitulé : Nombre de séjours avec chevauchement**

Type : repérage d'atypies  
Sélection résumés : oui

### I. Description

Ce test calcule le nombre de séjours où au moins une journée de prise en charge est également comprise dans le séjour immédiatement précédent, hors séjours concernant des jumeaux.

Il s'agit des séjours pour lesquels on a :

- séjours avec mode de sortie hors transfert/mutation : date d'entrée antérieure ou égale à la date de sortie du séjour précédent,
- séjours avec mode de sortie transfert/mutation : date d'entrée strictement antérieure à la date de sortie du séjour précédent.

### II. Lecture – Interprétation

L'hospitalisation à domicile fait partie des modalités d'hospitalisation régies par les dispositions du code de la santé publique. Elle a pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée (article R.6121-4 CSP). Il n'est pas prévu de séjours simultanés.

Des hospitalisations avec chevauchement d'une (de) journée(s) de prise en charge peuvent faire suspecter une double prise en charge pour la même période d'hospitalisation.

En HAD, chaque journée est valorisée, sauf en cas de mutation ou de transfert : la dernière journée d'un séjour avec un mode de sortie 'mutation' ou 'transfert' n'est pas comptabilisée dans la valorisation.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 261 :

Fonction	: repérage d'atypies
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séjours avec (date d'entrée < date de sortie séjour précédent si mode de sortie in ('6','7') pour le séjour précédent) ou (date d'entrée ≤ date de sortie séjour précédent si mode de sortie not in ('6','7') pour le séjour précédent), codes retours à '0', à l'exclusion des jumeaux (même sexe, âge < 60 jours) et des séjours non clos* pour le séjour précédent
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de séjours > 0

---

\* séjours clos (indicateur « dernière sousséquence du séjour » à 1 et aucune erreur de la liste ['S603', 'S605', 'S650', 'S651', 'E700', 'E701', 'E702', 'E703', 'E704', 'E705', 'E706', 'E707', 'E708', 'R800', 'R801']) avec au moins une sousséquence de la première séquence présente dans le fichier analysé => on ne peut calculer une date de fin certaine pour ces séjours et on ne recherche donc pas de chevauchement entre un séjour de ce type et celui qui le suit immédiatement



**N° du test : 262**  
**Intitulé : Nombre de séjours contigus**

Type : repérage d'atypies  
Sélection séjours : oui

### I. Description

Ce test calcule le nombre de séjours débutant, pour un même patient, le lendemain de la date de sortie du séjour précédent, hors transferts/mutations à la fin du séjour précédent.

Ce test recherche une fragmentation des séjours.

### II. Lecture – Interprétation

Toute absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée interrompt l'hospitalisation à domicile. En revanche des actes de diagnostics, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, etc.), subis par un patient dans un établissement de santé au cours d'une journée sans absence de nuit, ou des explorations diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie...), n'interrompent pas le séjour, quel que soit le mode de tarification de ces actes.

Une réadmission le jour suivant peut faire suspecter une fragmentation du séjour pour bénéficier d'une meilleure valorisation du séjour ou une méconnaissance des règles de sortie du séjour.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 262 :

Fonction	: repérage d'atypies
Valeur résultat	: dénombrement
Numérateur	: nombre de séjours avec date d'entrée = date de sortie séjour précédent + 1 et codes retours à '0', à l'exclusion des jumeaux (même sexe, âge < 60 jours), mode de sortie mutation/transfert pour le séjour précédent et séjour non clos* pour le séjour précédent
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de séjours > 0

---

\* séjours clos (indicateur « dernière sousséquence du séjour » à 1 et aucune erreur de la liste ['S603', 'S605', 'S650', 'S651', 'E700', 'E701', 'E702', 'E703', 'E704', 'E705', 'E706', 'E707', 'E708', 'R800', 'R801']) avec au moins une sousséquence de la première séquence présente dans le fichier analysé => on ne peut calculer une date de fin certaine pour ces séjours et on ne recherche donc pas de chevauchement entre un séjour de ce type et celui qui le suit immédiatement



## **5. Annexes**

### **5.1 Sigles utilisés**

AVQ	Activités de la vie quotidienne
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CIM-10	Classification internationale des maladies, dixième révision
CSP	Code de la santé publique
DP	Diagnostic principal
DA	Diagnostic associé
DATIM	Détection des atypies de l'information médicale
EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHPC	Groupe homogène de prise en charge
GHT	Groupe homogène de tarifs
HAD	Hospitalisation à domicile
IK	Indice de Karnofsky
MPA	Mode de prise en charge associé
MPAD	Mode de prise en charge associé documentaire
MP	Mode de prise en charge
MPP	Mode de prise en charge principal
Nb	Nombre de
PEC	Prise en charge
RAPSS	Résumé anonyme par sous séquence
T2A	Tarification à l'activité
/	Par



## 5.2 Tables utilisées

### MPP\_MPA\_INFO

Nom	Libellé	Modalités
<b>MPP</b>	Mode de prise en charge principal	
<b>MPA</b>	Mode de prise en charge associé	
<b>AUTOR</b>	Statut de l'association MPP*MPA	0 : autorisée 1 : rare ou inhabituelle 2 : non autorisée
<b>IKMIN</b>	Indice de Karnofsky minimal défini pour l'association MPP*MPA	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100
<b>IKMAX</b>	Indice de Karnofsky maximal défini pour l'association MPP*MPA	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100

### MPP\_MPA\_IK\_INFO

Nom	Libellé	Modalités
<b>MPP</b>	Mode de prise en charge principal	
<b>MPA</b>	Mode de prise en charge associé	
<b>IK</b>	Indice de Karnofsky	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100
<b>IKMINMAX</b>	Statut de l'association MPP*MPA*IK	0 : autorisée 1 : IK inférieur au seuil minimal prévu 2 : IK supérieur au seuil maximal prévu

### IK\_AVQ\_INFO

Nom	Libellé	Modalités
<b>IK</b>	Indice de Karnofsky	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100
<b>AVQ</b>	Score global de la grille d'Activités de la Vie Quotidienne	[ 6 - 24 ]
<b>MPA</b>	Mode de prise en charge associé	
<b>CL1W</b>	IK inhabituellement bas pour le score AVQ pour un âge < 10 ans	0 : habituelle 1 : inhabituelle
<b>CL2W</b>	IK inhabituellement bas pour le score AVQ pour un âge ≥ 10 ans et < 18 ans	0 : habituelle 1 : inhabituelle
<b>CL3W</b>	IK inhabituellement bas pour le score AVQ pour un âge ≥ 18 ans et < 45 ans	0 : habituelle 1 : inhabituelle
<b>CL4W</b>	IK inhabituellement bas pour le score AVQ pour un âge ≥ 45 ans et < 65 ans	0 : habituelle 1 : inhabituelle
<b>CL5W</b>	IK inhabituellement bas pour le score AVQ pour un âge ≥ 65 ans	0 : habituelle 1 : inhabituelle

### MP\_INFO

Nom	Libellé	Modalités
<b>DIAG</b>	Code CIM-10 du DP ou de l'un des DA	
<b>INCOMP_MP01</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 01	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP02</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 02	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP03</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 03	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP04</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 04	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP05</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 05	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP06</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 06	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP07</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 07	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP08</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 08	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP09</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 09	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP10</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 10	0 : compatible 1 : incompatible



<b>INCOMP_MP11</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 11	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP12</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 12	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP13</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 13	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP14</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 14	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP15</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 15	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP17</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 17	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP18</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 18	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP19</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 19	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP20</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 20	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP21</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 21	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP22</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 22	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP24</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPP, MPA) 24	0 : compatible 1 : incompatible
<b>INCOMP_MP25</b>	Caractère d'incompatibilité entre un diagnostic (DP, DA) et un mode de prise en charge (MPA) 25	0 : compatible 1 : incompatible

#### DIAGINFO (MCO)

<b>Nom</b>	<b>Libellé</b>	<b>Modalités</b>
<b>DIAG</b>	Code Cim10 du diagnostic	Avec extension éventuelle
<b>SEXD</b>	Diagnostic incompatible avec un sexe	(1 : diagnostic uniquement chez l'homme ; 2 : diagnostic uniquement chez la femme ; 0 : pas d'incompatibilité)
<b>CL1V</b>	Diagnostic improbable pour un âge ≤ 28 jours	1 : OUI 0 : NON
<b>CL2V</b>	Diagnostic improbable pour un âge > 28 jours et < 1 an	1 : OUI 0 : NON
<b>CL3V</b>	Diagnostic improbable pour un âge compris 1 et 9 ans	1 : OUI 0 : NON
<b>CL4V</b>	Diagnostic improbable pour un âge compris 10 et 19 ans	1 : OUI 0 : NON
<b>CL5V</b>	Diagnostic improbable pour un âge compris 20 et 64 ans	1 : OUI 0 : NON
<b>CL6V</b>	Diagnostic improbable pour un âge ≥ 65 ans	1 : OUI 0 : NON
<b>IMPRECIS</b>	Imprécision du diagnostic	0 : RAS 1 : imprécis 2 : très imprécis

#### CIM10\_INFO (MCO)

<b>Nom</b>	<b>Libellé</b>	<b>Modalités</b>
<b>DIAG</b>	Code CIM10	
<b>Type</b>	Type d'autorisation/interdiction	0 : autorisé en DP/DA/DR 1,2 : autorisé en DP/DR, interdit en DA 3 : interdit en DP/DA/DR