



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

# DATIM MCO

Détection des Atypies de l'Information Médicale

Version 2012

**GUIDE DE LECTURE ET D'INTERPRETATION**

15 mars 2012



# SOMMAIRE

<b>PRÉSENTATION DE DATIM MCO</b>	p. 3
<b>UTILISATION DE DATIM MCO</b>	p. 7
<b>LISTE DES TESTS</b>	p. 9
<b>DÉTAIL DES TESTS</b>	p. 15
<b>ANNEXE</b>	p. 87



## Présentation de DATIM MCO

### I. Objectifs

DATIM est un outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de RSA par dépistage d'atypies dans la production de l'information médicale. L'atypie est définie soit comme une incohérence entre les données, soit comme une absence de conformité à une référence, soit comme ce qui diffère de l'habituellement observé. Les atypies peuvent révéler un défaut de qualité de codage des informations.

Cette analyse répond à deux objectifs complémentaires : amélioration de la qualité des bases et mise en œuvre des procédures de contrôle externe.

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

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

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

### II. Les tests

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

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

Les critères utilisés sont essentiellement descriptifs et ne peuvent être rapportés de façon univoque à la notion de qualité du codage, aussi le terme d'atypie doit-il être pris avec prudence dans son sens le plus littéral. Il n'est pas possible d'apprécier la qualité d'un fichier directement à travers son degré d'atypie sans avoir au préalable écarté les nombreuses autres causes fréquemment associées telles des spécificités liées aux types de patients, de prise en charge ou encore d'organisation pour ne citer que les plus évidentes.

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



Tests « amélioration de la qualité des bases »

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

Tests « repérage d'atypies »

Ce module repère des atypies pouvant correspondre au non respect de certaines règles du *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* à l'origine d'une survalorisation.

### III. Principes de fonctionnement

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

Les informations produites sont :

Résultat du test.

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

Moyenne de référence.

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

Alerte.

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



## IV. Les références

### 1. Les tests

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

<b>N° du test</b>	: <numéro du test>
<b>Intitulé</b>	: <intitulé du test>
<b>Type du test</b>	: <qualité ou atypie>
<b>Sélection résumés</b>	: oui / <b>non</b> <indique si le test peut être utilisé pour sélectionner des résumés en vue d'une correction par l'établissement ou d'un contrôle sur site>

#### **I. Description - Objectifs**

<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**

<b>Fonction</b>	: <amélioration de la qualité ou repérage d'atypie>
<b>Valeur résultat</b>	: <pourcentage/nombre>
<b>Numérateur</b>	: <définition du numérateur utilisé>
<b>Dénominateur</b>	: <définition du dénominateur utilisé en cas de calcul d'un ratio>
<b>Table utilisée</b>	: <désignation de la table utilisée pour le test>
<b>Référence</b>	: <type de référence utilisé, tous établissements confondus ou par catégorie d'établissements>
<b>Alerte</b>	: <définition du mode de déclenchement de l'alerte>

### 2. Valeurs de référence

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

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

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



Selon la nature du test, la référence sera calculée par catégorie d'établissements ou tous établissements confondus. Pour cette version de DATIM 2012, les catégories d'établissements retenues sont :

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

### 3. Tables de référence

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

Les tables utilisées sont :

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

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

### V. Période sur laquelle portent les tests

Du fait que la classification change au 1<sup>er</sup> mars de l'année, les tests ne portent que sur la période de mars à décembre afin de ne traiter qu'une seule classification.



## Utilisation de DATIM MCO

### I. Utilisation par les établissements de santé

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

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

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

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

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

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

### II. Utilisation par les unités de coordination régionale

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

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

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

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

- *Tableau de synthèse régional*

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

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



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

- *Tableau régional par test*

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

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

### Les éditions de résumés

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

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

L'icône représentant une disquette, placée au bas de la page, permet la génération et le téléchargement d'un fichier de RSA qui contient l'ensemble des résumés impliqués par le test. Après intégration dans un tableur ou une base de données, ces informations permettent d'effectuer des traitements complémentaires à la demande, en vue d'étayer telle ou telle interprétation. A noter que, du fait de l'anonymisation, les numéros de séjour ne correspondent pas à ceux des fichiers des établissements de santé.

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



## LISTE DES TESTS DATIM MCO 2012

### *AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (46 tests)*

#### **MODES D'ENTRÉE ET DE SORTIE**

- Test 01 : Nombre de séjours avec mutation et absence d'unité correspondante  
Test 04 : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de décès  
Test 05 : Pourcentage de séjours avec entrée ou sortie par mutation  
Test 100 : Nombre de séjours de mort-nés avec un mode de sortie différent de décès  
Test 101 : Nombre de séjours avec utilisation du mode d'entrée 8/5 et absence de service d'urgences

#### **AGE ET SEXE**

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

#### **AGE GESTATIONNEL ET POIDS DE NAISSANCE**

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

#### **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- Test 26 : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic principal  
Test 30 : Nombre de séjours avec un code Z inhabituel en diagnostic principal  
Test 32 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et un mode de sortie décès  
Test 33 : Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal  
Test 36 : Nombre de séjours classés dans la racine 23C02 *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* avec une incompatibilité diagnostic principal / acte  
Test 37 : Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans la racine 23M06 *Autres facteurs influant sur l'état de santé*  
Test 67 : Nombre de séjours avec un code complication en diagnostic principal  
Test 82 : Pourcentage de séjours dans le GHM 23M20Z *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23*  
Test 83 : Nombre de séjours d'accouchement en dehors de la CMD14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum*  
Test 102 : Nombre de séjours avec un acte requérant un code Z en diagnostic principal et un code non Z en diagnostic principal

#### **DIAGNOSTIC RELIE**

- Test 34.1 : Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic relié  
Test 46 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal pour une affection chronique et sans diagnostic relié  
Test 48 : Nombre de séjours avec un diagnostic relié pour un diagnostic principal non Z  
Test 84 : Nombre de séjours avec un diagnostic principal « surveillance et de traitement de tumeurs » et un diagnostic relié non renseigné ou différent de cancer  
Test 103 : Nombre de séjours avec une affection aiguë en diagnostic relié



**DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE(S)**

- Test 27 : Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic associé  
Test 34.2 : Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic associé  
Test 54 : Nombre de séjours avec un codage non conforme des IVG et des IMG  
Test 60 : Pourcentage de séjours avec un code T d'intoxication en diagnostic associé  
Test 85 : Nombre de séjours d'accouchement sans code Z37 *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé  
Test 86 : Nombre de séjours de nouveau-né avec acte et sans diagnostic associé

**ACTE(S)**

- Test 40 : Nombre de séjours dans un GHM médical avec un diagnostic principal chirurgical  
Test 87 : Nombre de séjours avec actes chirurgicaux en doublons  
Test 89 : Nombre de séjours avec diagnostic requérant un acte et sans acte  
Test 104 : Nombre de séances de dialyse sans acte de dialyse  
Test 105 : Nombre de séjours avec un acte sur brûlure et une absence de code diagnostic de brûlure  
Test 114\* : Nombre de séjours avec accouchement avant l'hospitalisation et acte d'accouchement  
Test 115\* : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte atypique en 0 jour

**GHM**

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

**DURÉE DE SÉJOUR**

- Test 31 : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et une durée de séjour > 15 jours  
Test 66 : Nombre de séjours de niveau Z, 1 ou 2 avec plus de 30 EXH  
Test 74 : Nombre de séjours avec confirmation de codage parmi les GHM concernés  
Test 92 : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de séjours avec EXB  
Test 93 : Nombre de séjours pour un GHM 15Z10E *Mort-nés* et durée de séjour différente de 0

**UNITES MEDICALES**

- Test 94 : Autorisation de réanimation et absence de séjour avec supplément de réanimation  
Test 95 : Autorisation de néonatalogie et absence de séjour avec supplément de néonatalogie



## REPÉRAGE D'ATYPIES (31 tests)

### ACTIVITE AMBULATOIRE

- Test 70 : Nombre de racines de GHM avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
- Test 71 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
- Test 72 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait petit matériel" (FFM)
- Test 73 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre"
- Test 91 : Nombre de séjours sans nuitée avec un geste complémentaire d'anesthésie
- Test 106 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe « forfait sécurité dermatologique » (FSD)
- Test 107 : Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z "atypique" en diagnostic principal
- Test 108 : Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec un mode de sortie décès sans code P95

### ACTIVITE DE REEDUCATION ET DE CONVALESCENCE

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

### ACTIVITE SOUMISE A AUTORISATION

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

### ACTIVITE ESTHETIQUE OU DE CONFORT

- Test 109 : Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique*
- Test 110\* : Nombre de séjours avec acte de confort hors GHM 23Z03Z *Chirurgie de confort*

### RACINES DE GHM

- Test 38 : Pourcentage atypique de séjours avec un code symptôme en diagnostic principal
- Test 61 : Nombre de séjours < 5 jours avec diagnostic principal "coma" et code T d'intoxication en diagnostic associé
- Test 111 : Nombre de racines « apparentées » avec une proportion élevée de la racine plus valorisée
- Test 117\* : Nombre de séjours dans le GHM 23Z02Z *Soins palliatifs* avec une activité atypique

### NIVEAUX DE SEVERITE

- Test 17.1\* : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 2
- Test 17.2\* : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 3
- Test 18 : Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par sous-catégorie majeure de diagnostics
- Test 119\* : Nombre de GHM avec plusieurs GHS avec un taux atypique des GHS plus valorisés



**DURÉE DE SÉJOUR**

- Test 75 : Nombre de GHM de niveau 1 / A avec une proportion élevée de séjours courts  
Test 76 : Nombre de GHM de niveau 2 / B avec une proportion élevée de séjours courts  
Test 77 : Nombre de GHM de niveau 3 / C avec une proportion élevée de séjours courts  
Test 78 : Nombre de GHM de niveau 4 / D avec une proportion élevée de séjours courts par sous-catégorie majeure de diagnostics  
Test 79 : Nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts

**PRESTATIONS INTERETABLISSEMENT**

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

**SEJOURS CONTIGUS ET SIMULTANES**

- Test 98 : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement  
Test 112 : Nombre de séjours simultanés pour un même patient adulte dans l'établissement

\* Nouveau test

## LISTE DES TESTS PAR NUMÉRO DE TEST

Test 01	: Nombre de séjours avec mutations et absence d'unité correspondante
Test 04	: Nombre de racines avec un pourcentage atypique de décès
Test 05	: Pourcentage de séjours avec entrée ou sortie par mutation
Test 17.1*	: Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 2
Test 17.2*	: Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau de sévérité 3
Test 18	: Nombre de GHM de niveau de sévérité 4 avec une proportion élevée par sous-catégorie majeure de diagnostics
Test 19	: Nombre atypique de séjours en erreur
Test 23	: Nombre de séjours avec une incompatibilité sexe / diagnostic
Test 25	: Nombre de séjours avec une incompatibilité âge / diagnostic
Test 26	: Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic principal
Test 27	: Nombre de séjours avec un diagnostic rare en diagnostic associé
Test 30	: Nombre de séjours avec un code Z inhabituel en diagnostic principal
Test 31	: Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et une durée de séjour > 15 jours
Test 32	: Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et un mode de sortie décès
Test 33	: Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal
Test 34.1	: Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic relié
Test 34.2	: Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic associé
Test 36	: Nombre de séjours classés dans la racine 23C02 <i>Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé</i> avec une incompatibilité diagnostic principal / acte
Test 37	: Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans la racine 23M06 <i>Autres facteurs influant sur l'état de santé</i>
Test 38	: Pourcentage atypique de séjours avec un code symptôme en diagnostic principal
Test 40	: Nombre de séjours dans un GHM médical avec un diagnostic principal chirurgical
Test 46	: Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal pour une affection chronique et sans diagnostic relié
Test 48	: Nombre de séjours avec un diagnostic relié pour un diagnostic principal non Z
Test 52	: Nombre de séjours avec GHM établissement et GHM GENRSA différents
Test 53	: Test supprimé (Pourcentage de séjours avec un codage des IVG et des ITG non-conforme)
Test 54	: Nombre de séjours avec un codage non conforme des IVG et des IMG
Test 60	: Pourcentage de séjours avec un code T d'intoxication en diagnostic associé
Test 61	: Nombre de séjours < 5 jours avec diagnostic principal "coma" et code T d'intoxication en diagnostic associé
Test 62	: Absence de séjours avec une prestation inter établissement effectuée ou demandée
Test 64	: Nombre de séjours d'une durée inférieur ou égale à 1 jour avec entrée et sortie par transfert
Test 66	: Nombre de séjours de niveau Z, 1 ou 2 avec plus de 30 EXH
Test 67	: Nombre de séjours avec un code complication en diagnostic principal
Test 68	: Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M02Z <i>Rééducation</i>
Test 69	: Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans le GHM 23M16Z <i>Convalescences et autres motifs sociaux</i>
Test 70	: Nombre de racines de GHM avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
Test 71	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
Test 72	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait petit matériel" (FFM)
Test 73	: Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre"
Test 74	: Nombre de séjours avec confirmation de codage parmi les GHM concernés
Test 75	: Nombre de GHM de niveau 1 ou A avec une proportion élevée de séjours courts
Test 76	: Nombre de GHM de niveau 2 ou B avec une proportion élevée de séjours courts
Test 77	: Nombre de GHM de niveau 3 ou C avec une proportion élevée de séjours courts
Test 78	: Nombre de GHM de niveau 4 ou D avec une proportion élevée de séjours courts par sous-catégorie majeure de diagnostics
Test 79	: Nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts
Test 80	: Nombre de séjours dans le GHM 15Z10E <i>Mort-nés</i> et âge en jours différent de 0
Test 81	: Nombre de séjours de nouveau-né avec une incohérence âge gestationnel / poids de naissance
Test 82	: Pourcentage de séjours dans le GHM 23M20Z <i>Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23</i>



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

- Test 83 : Nombre de séjours d'accouchement en dehors de la CMD14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum*
- Test 84 : Nombre de séjours avec un diagnostic principal « surveillance et de traitement de tumeurs » et un diagnostic relié non renseigné ou différent de cancer
- Test 85 : Nombre de séjours d'accouchement sans code Z37 *Résultat de l'accouchement* en diagnostic associé
- Test 86 : Nombre de séjours de nouveau-né avec acte et sans diagnostic associé
- Test 87 : Nombre de séjours avec actes chirurgicaux en doublons
- Test 89 : Nombre de séjours avec diagnostic requérant un acte et sans acte
- Test 91 : Nombre de séjours sans nuitée avec un geste complémentaire d'anesthésie
- Test 92 : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de séjours avec EXB
- Test 93 : Nombre de séjours pour un GHM 15Z10E *Mort-nés* et durée de séjour différente de 0
- Test 94 : Autorisation de réanimation et absence de séjour avec supplément de réanimation
- Test 95 : Autorisation de néonatalogie et absence de séjour avec supplément de néonatalogie
- Test 96 : Nombre de séjours de neurochirurgie et autorisation non connue
- Test 97 : Nombre de séjours de chirurgie cardiaque et autorisation non connue
- Test 98 : Nombre de séjours d'hospitalisation contigus pour un même patient dans l'établissement
- Test 100 : Nombre de séjours de mort-nés avec un mode de sortie différent de décès
- Test 101 : Nombre de séjours avec utilisation du mode d'entrée 8/5 et provenance 5 (urgences) et absence de service d'urgences
- Test 102 : Nombre de séjours avec un acte requérant un code Z en diagnostic principal et un code non Z en diagnostic principal
- Test 103 : Nombre de séjours avec une affection aigüe en diagnostic relié
- Test 104 : Nombre de séances de dialyse sans acte de dialyse
- Test 105 : Nombre de séjours avec un acte sur brûlure et une absence de code diagnostic de brûlure
- Test 106 : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe « forfait sécurité dermatologique » (FSD)
- Test 107 : Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z "atypique" en diagnostic principal
- Test 108 : Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec un mode de sortie décès sans code P95
- Test 109 : Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02Z "Chirurgie esthétique" et hors GHM 23Z03Z "Intervention de confort"
- Test 110 : Nombre de séjours avec acte de confort hors GHM 09Z02Z "Chirurgie esthétique" et hors GHM 23Z03Z "Intervention de confort"
- Test 111 : Nombre de racines « apparentées » avec une proportion élevée de la racine plus valorisée
- Test 112 : Nombre de séjours simultanés pour un même patient adulte dans l'établissement
- Test 114\* : Nombre de séjours avec accouchement avant l'hospitalisation et acte d'accouchement
- Test 115\* : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte atypique en 0 jour
- Test 117\* : Nombre de séjours dans le GHM 23Z02Z *Soins palliatifs* avec une activité atypique
- Test 119\* : Nombre de GHM avec plusieurs GHS avec un taux atypique des GHS plus valorisés

\* Nouveau test

# **DETAIL DES TESTS**





N° du test : 01  
Intitulé : Nombre de séjours avec mutation et absence d'unité correspondante  
(soins de suite, soins de longue durée ou psychiatrie)

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

- le nombre de séjours avec mutation en soins de suite et absence de service de soins de suite et réadaptation ;
- le nombre de séjours avec mutation en soins de longue durée et absence d'unité de soins de longue durée ;
- le nombre de séjours avec mutation en psychiatrie et absence de service de psychiatrie.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

Devant une atypie essentiellement deux explications seront retenues :

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

### III. Caractéristiques techniques

Tests n° 1

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



N° du test : 04  
Intitulé : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de décès

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Ce test consiste à calculer le nombre de racines de GHM avec un pourcentage atypique de décès. Un séjour avec décès correspond à un séjour avec un mode de sortie = '9' (décès). Ce pourcentage est comparé à la moyenne nationale de référence.

Ne sont considérées que les racines hors CM 28 et CM 90 avec une durée de séjour >1 et qui comptent au moins cinq décès.

Ce test permet de repérer les erreurs systématisées affectant le mode de sortie décès, et, le cas échéant, un taux de décès qui serait alarmant.

### II. Lecture – Interprétation

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

Les racines de GHM avec une répartition atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) du mode de sortie décès sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du mode de sortie ou éventuellement des éléments orientant le séjour dans cette racine de GHM.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 4

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de racines tel que  $(\text{Nb séjours avec décès observés dans la racine} - \text{nb séjours avec décès attendus dans la racine})^2 / (\text{nb séjours avec décès attendus dans la racine}) > 5,41$  et Nb séjours observés > Nb séjours attendus (Au moins 5 décès attendus par racine, hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : RacineInfo  
Alerte : si nombre de racines > 0



N° du test : 05  
Intitulé : Pourcentage de séjours avec entrée ou sortie par mutation

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Ce test compte le pourcentage de séjours avec un mode d'entrée ou de sortie par mutation pour les établissements qui disposent en tant qu'entité juridique des activités autres que la médecine, chirurgie et obstétrique.

Le dénominateur est constitué par le nombre total de séjours hors CM90. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 100. Les références utilisées pour la comparaison des résultats sont calculées par catégorie d'établissements.

Ce test est destiné à mettre en évidence des pourcentages atypiques de mutations lesquels peuvent, dans certains cas, témoigner de modalités de prises en charge particulières ou d'une pratique d'auto-adressage des patients.

### II. Lecture – Interprétation

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

Ce test permet 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) soit des valeurs proches de 0 % si les modes d'entrée ou de sortie sont mis systématiquement à 7 (transfert) ou 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 ou une pratique d'auto-adressage des patients.

### III. Caractéristiques techniques

Test 5 (entrée ou sortie par mutation)

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



N° du test : 17.1 et 17.2  
Intitulé : Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 2 ou 3

Type : repérage d'atypies  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Ces tests reposent sur la comparaison des pourcentages de séjours avec niveaux de sévérité 2 ou 3 ou B ou C par racine à une moyenne de référence.

Pour chaque racine, le test calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveaux 2 ou 3 (ou B ou C) à celui du total des séjours de niveaux 1 et 2 pour le niveau 2, 1, 2 et 3 (ou A, B et C) pour le niveau 3 en excluant du dénombrement les patients de plus de 79 ans.

Toute racine dont l'effectif attendu de séjours de niveau 2 ou 3 ou de niveau B ou C est supérieur à 10 et dont répartition des niveaux 2 ou 3 ou B et C est atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) est considérée comme atypique.

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

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Les diagnostics associés qui sont des comorbidités de niveau 2 ou 3 ou B ou C classent les séjours dans les GHM de niveau 2 ou 3 ou B ou C, ce qui oriente les séjours vers des GHS mieux valorisés. Les comorbidités sont des diagnostics associés pour lesquelles a été constaté un allongement de la durée de séjour.

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

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

A noter qu'en cas d'alerte, ce sont tous les séjours de ces racines en alerte qui sont sélectionnés quel que soit leur niveau.



### III. Caractéristiques techniques

#### Test n° 17.1 *Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 2*

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement de racines de GHM  
Numérateur : nombre de racines tel que  $(\text{Nb séjours de niveau 2-B observés dans la racine} - \text{nb séjours de niveau 2-B attendus dans la racine})^2 / (\text{nb séjours de niveau 2-B attendus dans la racine}) > 5,41$  ET  $\text{Nb séjours observés} > \text{Nb séjours attendus}$  (parmi les séjours de niveaux 1-2-A-B). Au moins 10 séjours attendus par racine (Age < 80 ans et effet âge exclu, durée > 1 jour).  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de racines > 0

#### Test n° 17.2 *Nombre de racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 3*

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement de racines de GHM  
Numérateur : nombre de racines tel que  $(\text{Nb séjours de niveau 3-C observés dans la racine} - \text{nb séjours de niveau 3-C attendus dans la racine})^2 / (\text{nb séjours de niveau 3-C attendus dans la racine}) > 5,41$  ET  $\text{Nb séjours observés} > \text{Nb séjours attendus}$  (parmi les séjours de niveaux 1-2-3-A-B-C). Au moins 10 séjours attendus par racine (Age < 80 ans et effet âge exclu, durée > 1 jour).  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de racines > 0



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

Type : repérage d'atypies  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

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

On calcule le rapport de l'effectif des séjours de niveau 4 à celui du total des séjours d'une durée de séjour supérieur à 1 jour de la sous-CMD (hors CM 28 et 90). La sous-CMD est division de la CMD en deux : les racines en C et les racines en K, M ou Z.

Toute racine dont l'effectif attendu de séjours de niveau 4 ou D dans la sous-CMD est supérieur à 10 et dont la répartition par sous catégorie majeure de diagnostics de niveau 4 ou D est atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) est considérée comme atypique.

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

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un **diagnostic associé** est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

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

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

A noter qu'en cas d'alerte, ce sont tous les séjours de ces racines en alerte qui sont sélectionnés quelque soit leur niveau.



III. Caractéristiques techniques

Test n° 18

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : dénombrement de sous-CMD

Numérateur : nombre de sous-cmd tel que  $(\text{Nb séjours de niveau 4 observés dans sous-cmd} - \text{nb séjours de niveau 4 attendus dans la sous-cmd})^2 / (\text{nb séjours de niveau 4 attendus dans la sous-CMD}) > 5,41$  ET  $\text{Nb séjours observés} > \text{Nb séjours attendus}$ . Au moins 10 séjours attendus nécessaires (hors CM90, hors CM28 et durée > 1 jour).

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de sous-CMD > 0



N° du test : 19  
Intitulé : Nombre atypique de séjours en erreur

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les racines avec un nombre atypique de séjours groupés dans la catégorie majeure 90.

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

### II. Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 19

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : nombre de RSA  
Numérateur : nombre de RSA tel que  $(\text{Nb RSA en erreur observés} - \text{nb RSA en erreur attendus})^2 / (\text{nb RSA en erreur attendus}) > 5,41$  ET Nb séjours observés > Nb séjours attendus. Au moins 5 séjours attendus nécessaires.

Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si significativité du test





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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

Les incompatibilités sexe – diagnostic peuvent avoir deux origines.

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 23

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

Ces tests visent à repérer des erreurs de codage en diagnostic principal ou en diagnostic associé.

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

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

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

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

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 30

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



N° du test : 31  
Intitulé : Nombre de séjours avec un code Z en diagnostic principal et une durée de séjour supérieure à 15 jours

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

Les diagnostics principaux suivants sont exclus du test :

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 31

- Fonction : amélioration de la qualité
- Valeur résultat : dénombrement de RSA
- Numérateur : nombre de RSA avec un code Z en DP et une durée > 15 jours (exclusion des codes Z51.5, Z50.-, Z43.1, Z43.2, Z43.3), hors CM28, hors CM90
- Dénominateur : sans objet
- Table utilisée : sans objet
- Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 32

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



N° du test : 33-34.1-34.2  
Intitulé : Nombre de séjours avec un code imprécis en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Les tests 33, 34.1 et 34.2 calculent le nombre de résumés qui présentent en diagnostic principal, en diagnostic relié ou en diagnostic associé un code imprécis dont la liste est donnée dans la table DiagInfo, champ : 'Imprecis' valeur = 1 (imprécis) ou 2 (très imprécis).

Ces tests tentent d'approcher la qualité globale du fichier à travers la précision du codage.

### II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de la précision permise par la CIM-10 d'après le « principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder » énoncé dans le *Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale*.

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

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

### III. Caractéristiques techniques

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

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur ≠ '0' dans le champ "IMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo  
Référence : toutes catégories d'établissements confondues  
Alerte : si RSA > 0



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

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DR tel que la valeur  $\neq$  '0' dans le champ "IMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo  
Référence : toutes catégories d'établissements confondues  
Alerte : si RSA > 0

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

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DA tel que la valeur  $\neq$  '0' dans le champ "IMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo  
Référence : toutes catégories d'établissements confondues  
Alerte : si RSA > 0





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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 36  
Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA dans la racine 23C02 (hors séances, hors CM90 et durée > 1 jour) avec un code DP tel que la valeur est  $\leq 1$  dans le champ "DGCPT"  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

Un taux élevé sera en revanche plus difficile à interpréter.

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



III. Caractéristiques techniques

Test n° 37

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



N° du test : 38  
Intitulé : Pourcentage atypique de séjours avec code symptôme en diagnostic principal

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 38

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA avec un code R en DP (hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour)  
Dénominateur : nombre total de RSA (au moins 300 RSA par ES), hors CM28, hors CM90 et durée > 1 jour  
Table utilisée : sans objet  
Référence : toutes catégories d'établissements confondues  
Alerte : si résultat  $\leq 5^{\circ}$  p ou  $\geq 95^{\circ}$  p. de la valeur de référence



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Le test 40 dénombre les séjours médicaux avec un diagnostic principal chirurgical (hors décès et hors Z53.– en cas d'entrée et de sortie domicile).

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 39

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA dans un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M' et un code en DP tel que la valeur est  $\geq 95$  dans le champ "DPCHIR", hors sortie décès et hors Z53.– en DA et si mode d'entrée et mode de sortie = "8"  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo, Ghminfo  
Alerte : si nombre de RSA  $> 0$



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 46  
Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement de résumés  
Numérateur : nombre de RSA avec un DP tel que la valeur = '1' dans le champ "ZAFFCHR" et sans DR  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 48

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 52

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





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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Le test 54 dénombre les résumés avec un diagnostic principal O04.– *Avortement médical* et sans code Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* ou O35.– *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées* ou O28.– *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* ou O98.– ou O99.– en diagnostic associé. Les séjours avec diagnostic principal O04.– et code acte JNMD001 *Révision de la cavité de l'utérus après avortement* ne sont pas retenus car un résumé de séjour d'une hospitalisation pour rétention placentaire après interruption volontaire de grossesse ne nécessite pas de code supplémentaire Z64.0, O28 ou O35.

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

### II. Lecture – Interprétation

Le codage d'un avortement médical doit s'accompagner d'un code supplémentaire visant à préciser s'il s'agit d'une interruption volontaire de grossesse (Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée*) ou d'une interruption médicale de grossesse (O35.– *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées* ou O28.– *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* ou O98.– ou O99.–).

Un résumé qui présente un code de la CIM-10 d'avortement médical (O04.–) sans code marqueur d'IVG (Z64.0) ni code marqueur d'IMG (O35.– ou O28.–) est porteur d'un défaut de qualité de type information manquante sur le caractère volontaire ou médicale de l'interruption de grossesse.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 54

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un DP = O04.- sans codes Z64.0, O28.– ou O35.– ou O98.– ou O99.– en DA (hors CM28 et CM90 et hors RSA avec code acte JNMD001)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Ce test calcule le rapport du nombre de résumés avec un code "T" d'intoxication en diagnostic associé et un code non T en diagnostic principal au nombre de résumés avec un code "T" d'intoxication en diagnostic principal ou en diagnostic associé. Ce rapport est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues. Ce test n'est fonctionnel que si le dénominateur est supérieur ou égal à 30. Les séjours avec plusieurs codes T dont un en diagnostic principal sont exclus de même que les séjours au-delà d'une semaine.

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 60

Fonction : amélioration de la qualité  
Type : 2  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA avec DA avec valeur = 1 champ "TINTOX" et avec DP ne commençant pas par T  
Dénominateur : nombre total de RSA avec un code en DP ou DA tel que la valeur = 1 dans le champ "TINTOX" (au moins 30 RSA)  
Table utilisée : DiagInfo  
Référence : toutes catégories d'établissements confondues  
Alerte : si résultat  $\geq 95$  ° p. de la valeur de référence



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

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 61

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



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

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Le test 62 calcule le nombre de résumés avec mode d'entrée et mode de sortie égal à 0 ou en DA un code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte*. Il s'agit donc du nombre de résumés codés par l'établissement ayant effectué la prestation interétablissement ou l'ayant demandé.

Ce test vérifie le bon usage des règles concernant les prestations inter-établissements.

### II. Lecture – Interprétation

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

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

Si l'établissement est connu pour effectuer des prestations de moins de 48 heures pour le compte d'autres établissements et que le résultat du test est de 0 séjour, 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.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 62

Fonction	: repérage d'atypie
Valeur résultat	: dénombrement de résumés
Numérateur	: nombre de RSA avec un mode d'entrée et de sortie = 0 ou avec un code en DA = Z75.80.
Dénominateur	: sans objet
Table utilisée	: sans objet
Alerte	: si nombre de RSA = 0 pour un établissement avec au moins 10 000 séjours



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

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 64

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 66

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un nombre de journée EXH > 30 parmi les séjours de niveau Z, 1, ou 2 (hors CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Le test 67 dénombre les séjours avec un code complication en diagnostic principal hors CM28 et CM90.

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 67

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur = 1 dans le champ "TIMPRECIS" (hors CM28 et hors CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : Diaginfo  
Alerte : si RSA > 0



N° du test : 68 - 69  
Intitulé : Pourcentage atypique parmi les séjours médicaux de séjours dans les GHM 23M02Z *Rééducation* ou 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des informations* « le champ MCO est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement dispensant des soins en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, au sens du a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, psychiatrie exclue ».

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 68  
Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de RSA classés dans le GHM 23M02Z  
Dénominateur : nombre de RSA avec un GHM tel que le champ "TGHM" = 'M'  
Table utilisée : GhmInfo  
Alerte : si pourcentage égal ou supérieure à 95 % de la référence





Test n° 69

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



N° du test : 70  
Intitulé : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : non

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les racines avec un pourcentage atypique de séjours avec une durée de séjour égale à 0 sans acte (hors CM 28 et CM90). Ce pourcentage est comparé à la valeur de référence toutes catégories d'établissements confondues.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 70

Fonction : repérage d'atypie

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de racines tel que :  $(\text{Nb séjours avec duree}=0 \text{ et nb actes}= 0 \text{ (Hors CM 28 et 90)} - \text{Nb séjours avec duree}=0 \text{ et nb actes}= 0 \text{ attendus (Hors CM 28 et 90)})^2 / (\text{Nb séjours avec duree}=0 \text{ et nb actes}= 0 \text{ (Hors CM 28 et 90)}) > 5,41$  ET Nb séjours observés > Nb séjours attendus et Nb séjours attendus > 5

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : sans objet

Alerte : si nombre de racines > 0



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

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Trois approches sont proposées.

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

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

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec des actes qui pourraient être effectués en externe, alors il est possible que les règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel définie en particulier dans la circulaire DHOS n° 376 du 31 août 2006 dite circulaire « frontière » ne soient pas appliquées (tests 71 et 72).

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 71, 72 et 73

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec une confirmation de codage.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 74

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



N° du test : 75 et 79  
Intitulé : Nombre de GHM avec une proportion élevée de séjours courts en fonction des niveaux de sévérité

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description

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

Les tests 75 et 79 calculent le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours respectivement de niveau 1/A ou Z (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

Si l'établissement a des séjours avec une proportion atypique de séjours courts dans les GHM de niveau 1/A ou Z, il est possible que le diagnostic principal ou l'acte soit erroné.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 75 (nombre de GHM de niveau 1/A avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de GHM de niveau 1 ou A tel que : 1.  $(\text{Nb séjours courts observés} - \text{nb séjours courts attendus})^2 / (\text{nb séjours courts attendus}) > 5,41$ . 2. Nb observés > Nb attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. (durée > 1 jour, hors décès, hors transfert vers MCO, hors CM28 et hors CM90). Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires.  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo  
Alerte : si nombre de GHM > 0

Test n° 79 (nombre de GHM de niveau Z avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité



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

Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de GHM de niveau Z tel que : 1. (Nb séjours courts observés - nb séjours courts attendus)<sup>2</sup> / (nb séjours courts attendus) > 5,41. 2. Nb observés > Nb attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. (durée > 1 jour, hors décès, hors transfert vers MCO, hors CM28 et hors CM90). Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires.  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo  
Alerte : si nombre de GHM > 0



N° du test : 76 - 78  
Intitulé : Nombre de GHM avec une proportion élevée de séjours courts en fonction des niveaux de sévérité

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description

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

Les tests 75 à 79 calculent le rapport du nombre de séjours avec une durée de séjour correspondant à la borne basse ou la borne basse + 1 jour parmi les séjours respectivement de niveau 2/B, 3/C ou 4/D (durée > 1 jour, hors décès, hors CM28 et hors CM90). Les GHM avec une répartition de séjours courts atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) sont considérés comme atypiques.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

D'après le *Guide méthodologique de production* « Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

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

Si l'établissement a des séjours avec une proportion atypique de séjours courts dans les GHM de niveau 2/B, 3/C ou 4/D, il est possible que les règles de codage des diagnostics associés ne soient pas appliquées.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 76 (nombre de GHM de niveau 2/B avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : préparation du contrôle, amélioration qualité

Valeur résultat : pourcentage

Numérateur : nombre de GHM de niveau 2 ou B tel que :  $(Nb \text{ séjours courts observés} - nb \text{ séjours courts attendus})^2 / (nb \text{ séjours courts attendus}) >$



5,41 ET Nb séjours courts observés > Nb séjours courts attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires. Ce test ne prend pas en compte les séjours avec un mode de sortie transfert vers MCO ou décès.

Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo  
Alerte : si nombre de GHM > 0

Test n° 77 (nombre de GHM de niveau 3/C avec une proportion élevée de séjours courts)

Fonction : repérage d'atypie, préparation du contrôle  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre de GHM de niveau 3 ou C tel que : 1.  $(\text{Nb séjours courts observés} - \text{nb séjours courts attendus})^2 / (\text{nb séjours courts attendus}) > 5,41$ . 2. Nb observés > Nb attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. (durée > 1 jour, hors décès, hors transfert vers MCO, hors CM28 et hors CM90). Au minimum, 10 séjours attendus sont nécessaires.

Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo  
Alerte : si nombre de GHM > 0

Test n° 78 (nombre de GHM de niveau 4/D avec une proportion élevée de séjours courts par sous catégorie majeure de diagnostics)

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : nombre sous catégorie majeure de diagnostics tel que :  $(\text{Nb séjours courts observés dans le niveau 4/D} - \text{nb séjours courts attendus dans le niveau 4/D})^2 / (\text{nb séjours courts attendus dans le niveau 4/D}) > 5,41$  ET Nb séjours courts observés > Nb séjours courts attendus. Un séjour court est défini de la manière suivante : durée de séjour dans l'intervalle [BINF, BINF+1]. Au minimum, 5 séjours attendus sont nécessaires. (durée > 1 jour, hors transfert vers MCO, Hors décès, hors CM 28 et hors CM 90).

Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : GhsInfo et GhmInfo  
Alerte : si nombre de sous-CMD > 0





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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 80

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test sélectionne les séjours de nouveau-né avec un âge gestationnel et un poids de naissance incohérent (si âge en jours = 0 et diagnostic principal  $\neq$  P95 *Mort fœtale de cause non précisée* ou GHM  $\neq$  GHM 15Z10E Mort-nés).

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 81

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA vérifiant l'une des 5 situations d'incohérence et âge en jours = 0 (hors CM28 et CM90 et DP  $\neq$  P95 ou GHM  $\neq$  15Z10E)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA  $> 0$  en fonction des valeurs ci-dessous

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

Les 5 situations d'incohérence sont les suivantes :

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 82

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



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des informations médicales* le diagnostic principal pour un séjour d'accouchement pour la mère utilise les codes O60 à O80 du chapitre XV de la CIM-10. Ces codes vont classer le séjour dans la catégorie majeure 14.

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 83 :

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



N° du test : 84  
Intitulé : Nombre de séjours avec diagnostic principal « surveillance ou traitement de tumeurs » avec un diagnostic relié différent de cancer

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre :

- les séjours avec un diagnostic principal (DP) Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*, Z51.01 *Séance d'irradiation* avec un diagnostic relié non renseigné ou différent de tumeur maligne, tumeur in situ ou tumeur à évolution imprévisible (codes C00–C97, D00–D09 ou D37-D48 de la CIM-10)
- ou les séjours avec un diagnostic principal (DP) Z08.– *Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne* avec un diagnostic relié non renseigné ou différent de tumeur maligne ou tumeur in situ (codes C00–C97 ou D00–D09 de la CIM-10).

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 84 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA **tel que** DP = (Z51.1 ou Z51.01) et un code en DR absent ou ne commençant pas par C00-C97, D00-D09 ou D37-D48 **ou tel que** DP = Z08 et un code en DR absent ou ne commençant pas par C00-C97 ou D00-D09  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

Les séjours avec actes d'accouchement (code CCAM JQGD mais sans JQGD014 ou JQGA mais sans JQGA001) sans diagnostic associé de la catégorie des Z37 sont une possibilité de non qualité dans le codage des diagnostics associés.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 85

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un acte commençant par "JQGD" (hors JQGD014) ou "JQGA" (hors JQGA001) et absence de Z37 en DA (hors CM28 et CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours de nouveau-né (Z38.– *Enfants nés vivant, selon le lieu de naissance*) en diagnostic principal avec acte (hors examen de dépistage de la surdité CDRP002 *Epreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans* ou CDQP009 *Enregistrement des otoémissions*) sans diagnostic associé.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 86

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP commençant par Z38, un nombre d'acte  $\geq 1$  (hors CDRP002 et CDQP009) et pas de DA (hors CM28 et CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA  $> 0$



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 87 :

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





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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un diagnostic principal habituellement associé à un acte et sans acte ni code de la rubrique Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués* en diagnostic associé.

Il vise à évaluer la qualité du codage des actes.

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n°89

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP tel que la valeur  $\geq 99$  dans le champ "DPACTE" (hors CM28 et CM90) et nombre d'acte = 0 et absence de code Z53.– en diagnostic associé  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : DiagInfo  
Alerte : si nombre de RSA  $> 0$



N° du test : 91  
Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un geste complémentaire d'anesthésie

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée avec un acte et un geste complémentaire d'anesthésie.

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

- ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1*
- ZZLP030 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 2*
- ZZLP054 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3*
- ZZLP042 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4*
- ZZLP008 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 5*
- ZZLP012 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 6*

Le code Phase de ces gestes complémentaires est toujours 0, le code Activité à utiliser toujours 4 *Anesthésiste réanimateur*.

La réalisation d'un geste complémentaire d'anesthésie peut être une manière de facturer un GHS pour un acte habituellement réalisé sans anesthésie et en externe.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 91

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



N° du test : 92  
Intitulé : Nombre de racines avec un pourcentage atypique de séjours avec EXB

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les racines avec un pourcentage atypique de séjours d'hospitalisation complète avec EXB (durée de séjour > 0 hors CM28 et CM90).

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 92 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : pourcentage  
Numérateur : Nombre de racines tels que:  $(\text{Nb séjours avec EXB observés} - \text{nb séjours avec EXB attendus})^2 / (\text{nb séjours avec EXB attendus}) > 5,41$  et nombre de séjours avec EXB observés > nombre de séjours avec EXB attendus. Au moins 10 séjours sont attendus.  
Hors transfert vers MCO et décès, CM 28 et 90.  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Référence : tous établissements confondus  
Alerte : si nombre de racines > 0



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

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 93 :

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



N° du test : 94 et 95  
Intitulé : Autorisation de réanimation ou de néonatalogie et absence de séjour avec supplément correspondant

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ces tests signalent le nombre de séjours avec suppléments de réanimation (test 94) et de néonatalogie (test 95) et l'enregistrement d'une autorisation dans le fichier des unités médicales (si autorisation valeur = 1, sinon valeur = 0). En cas d'une autorisation (valeur = 1) et de l'absence de supplément (nombre de RSA référencés = 0), une alerte est effectuée.

Ces tests évaluent la qualité de l'information dans le fichier des autorisations des unités médicales (fichier IUM).

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Tests n° 94 et 95

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



N° du test : 96 et 97  
Intitulé : Nombre de séjours de neurochirurgie ou de chirurgie cardiaque et autorisation non connue

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

Les séjours sont considérés pour ce test « de neurochirurgie soumise à autorisation » s'ils ont au moins un acte listé dans la table CCAMInfo, avec une valeur = '1' dans le champ NEUROCHIR. Cette liste d'actes reprend la liste se trouvant dans l'arrêté du 8 juin 2005 relatifs aux objectifs quantifiés de l'offre de soins annexe 11.

Les séjours sont considérés pour ce test « de chirurgie cardiaque soumise à autorisation » s'ils sont dans les racines des GHM listés dans l'arrêté du 8 juin 2005 annexe 10, à savoir :

- 05C02 *Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie*
- 05C03 *Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie*
- 05C04 *Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie*
- 05C05 *Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie*
- 05C06 *Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle*
- 05C07 *Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle*
- 05C08 *Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quelque soit l'âge, sans circulation extracorporelle*
- 05C09 *Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle*

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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



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

### III. Caractéristiques techniques

Test :

Fonction : recherche d'atypies

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : Nombre de RSA tel que le GHM commence par 01C03 ou 01C04 ou 01C09 ou 01C11 ou 01C12 et un finess tel que la valeur = 0 dans le champ NEURO (hors CM28 et CM90) → test 96

nombre de RSA tel que le GHM commence par 05C02 ou 05C03 ou 05C04 ou 05C05 ou 05C06 ou 05C07 ou 05C08 ou 05C09 et un finess tel que la valeur = 0 dans le champ CARDIO → test 97

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : EtabInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0



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

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

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

### II. Lecture – Interprétation

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

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

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

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 98 :

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





N° du test : 100  
Intitulé : Nombre de séjours pour un GHM de mort né avec un mode de sortie différent de décès

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours pour un GHM 15Z10E *Mort-nés* avec un mode de sortie différent de décès (9).

Il évalue la qualité de l'enregistrement du mode de sortie et éventuellement du diagnostic principal.

### II. Lecture – Interprétation

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

Les séjours d'enfant mort-né avec un mode de sortie différent de décès sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement du mode de sortie ou éventuellement du diagnostic principal.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 100 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA tel que GHM = 15Z10E et mode de sortie  $\neq$  9  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA  $>$  0



N° du test : 101  
Intitulé : Nombre de séjours avec mode d'entrée 8 (domicile) et provenance 5 (urgences) et absence de service d'urgences dans l'établissement

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les résumés de séjours avec un mode d'entrée « Domicile » et une provenance « Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement » produits par des établissements de santé pour lesquels le service d'urgences n'est pas connu dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement de la provenance.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* « le code de provenance 5 doit être enregistré dès lors qu'un hospitalisé a utilisé la structure d'accueil des urgences, quelle que soit l'unité médicale dans laquelle il est admis à l'issue, y compris s'il s'agit de l'unité d'hospitalisation de courte durée ».

Les résumés de séjours avec un mode d'entrée « Domicile » et une provenance « Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement » produits par des établissements de santé pour lesquels le service d'urgences n'est pas connu sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement du mode d'entrée et de la provenance.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 101 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA tel que la valeur = '0' dans le champ URGENCE, mode entrée = '8' et provenance = '5'  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : EtabInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 102  
Intitulé : Nombre de séjours avec un acte requérant un code Z en diagnostic principal et un code non Z en diagnostic principal

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un code non Z en diagnostic principal et avec un acte requérant un code Z d'après le *Guide méthodologique de production des informations* hors CM 28 et CM 90 pour les séjours inférieurs à 7 jours.

A noter que pour les actes d'ablation de matériel, les séjours avec un code M00.–, M01.–, M86.–, M96.– et T80 à T88 en diagnostic principal sont exclus car pouvant correspondre à un codage correct.

Ce test évalue la qualité du codage du diagnostic principal.

### II. Lecture – Interprétation

Des hospitalisations sont effectuées pour une intervention motivant une prise en charge dont le codage fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z48. **[règle T7]**

Exemples :

- malade ayant subi quelques mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de la colostomie (rétablissement de la continuité colique) : DP Z43.3 ;
- séjour de mise en place d'un système diffuseur implantable sous-cutané : DP Z45.2 ;
- séjour pour changement du générateur (épuisement normal) d'un stimulateur cardiaque : DP Z45.0.

Les séjours avec un acte dont le codage du diagnostic principal fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z48 et dont le diagnostic principal n'est pas un code Z sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement du diagnostic principal.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 102 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA tel que l'acte a une valeur dans le champ 'REQZ' = 1 et un code en diagnostic principal ne commençant pas par Z (hors CM28 et CM90 et hors DP en M00.–, M01.–, M86.–, M96.– et T80 à T88 pour les actes d'ablation de matériel d'ostéosynthèse **et hors durée de séjour ≥ 6**)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : CCAMInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 103

Intitulé : Nombre de séjours avec une affection aiguë en diagnostic relié

Type : amélioration de la qualité

Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un code Z en diagnostic principal et avec, en diagnostic relié, un code CIM-10 dont le libellé fait mention d'une affection aiguë. La liste de codes, pour lesquels est mentionnée la caractéristique aiguë dans le libellé, est donnée dans la table DiagInfo, champ "AFFAIG".

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

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* « Le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour. »

Les séjours avec en diagnostic relié un code dont le libellé fait mention d'une affection aiguë (à l'exception des leucémies aiguës) sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement du mode de sortie ou éventuellement du diagnostic relié.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 103 :

Fonction : amélioration de la qualité

Valeur résultat : dénombrement

Numérateur : nombre de RSA tel que le diagnostic principal est un code Z et avec un code en diagnostic relié tel que la valeur dans le champ "AFFAIG" est = 1

Dénominateur : sans objet

Table utilisée : DiagInfo

Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 104  
Intitulé : Nombre de séances de dialyse sans acte de dialyse

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séances de dialyse sans enregistrement d'acte de dialyse (hors unité médicalisée de dialyse ou UMD). La liste de codes, pour lesquels est mentionnée la réalisation d'une dialyse dans le libellé, est donnée dans la table CCAMInfo, champ "Dialyse".

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement des actes réalisés au cours des séances pour dialyse.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* « Les actes doivent figurer dans le RUM sous une forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) publiée au *Bulletin officiel*. »

Les actes de dialyse sont codés en CCAM pour l'hémodialyse de JVJF001 à JVJF008 et pour la dialyse péritonéale JVJB001 et JVJB002.

Les séances de dialyse du GHM 28Z04Z *Séance d'hémodialyse* (diagnostic principal Z49.1 *Dialyse extra-corporelle* ou Z49.2 *Autres dialyses*) et sans acte CCAM de dialyse sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement des actes.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 104 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA de séance tel que le diagnostic principal est un code de séance de dialyse (Z491 ou Z492) et sans acte tel que la valeur dans le champ "DIALYSE" est = 1 (hors UMD)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : CCAMInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 105  
Intitulé : Nombre de séjours avec un acte sur brûlure et une absence de code diagnostic de brûlure

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un acte de brûlure et une absence de code diagnostic de brûlure (hors chirurgie esthétique, GHM 09Z02Z). La liste des codes de brûlure est donnée dans la table DiagInfo, champ "BRULURE". La liste des actes de brûlure est donnée dans la table CcamInfo, champ « BRULE ».

Ce test évalue la qualité de l'enregistrement de la date des actes ou des diagnostics.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*

– « Le diagnostic principal (DP) du RUM et le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), déterminé à la sortie de l'UM » ;

– « Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP,..., et constituant un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ou une complication de la morbidité principale ou une complication du traitement de la morbidité principale. »

Donc tout problème de santé ou affection, comme une brûlure cutanée, faisant l'objet d'une prise en charge au cours d'un séjour, par exemple un acte, doit être enregistré soit en diagnostic principal soit en diagnostic associé.

Les séjours avec un acte de brûlure et sans diagnostic principal ou associé de brûlure sont une possibilité de non qualité dans l'enregistrement des actes ou des diagnostics.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 105 :

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un acte tel que le champ « BRULE » = 1 et tel que la valeur = '0' dans le champ « BRULURE » pour tous les diagnostics (hors GHM 09Z02Z).  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : DiagInfo, CcamInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 106  
Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe « forfait sécurité dermatologique » FSD

Type : repérage d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

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

Ce test vérifie le respect des règles concernant les actes pouvant se réaliser en externe.

### II. Lecture – Interprétation

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

Si l'établissement a une activité en hospitalisation à temps partiel avec des actes qui pourraient être effectués en externe, alors il est possible que les règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation ne soient pas appliquées.

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 106

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



N° du test : 107  
Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z atypique en diagnostic principal

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée (durée de séjour = 0) avec un code Z atypique en diagnostic principal. La liste de codes Z atypiques est donnée dans la table DiagInfo, champ "ZINHAB".

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

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les catégories Z00-Z02 « répertorient des motifs de recours qui relèvent, sauf exception, de l'activité externe ». La catégorie Z10 « n'a pas d'emploi dans le champ d'activité couvert par le PMSI en MCO car elle ne comprend que des motifs de consultation externe ».

Les séjours avec en diagnostic principal un code Z atypique sont une possibilité de non respect des règles concernant la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel définie en particulier dans la circulaire DHOS n° 376 du 31 août 2006 dite circulaire « frontière ».

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 107 :

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA tel que la durée de séjour = 0 et avec un code en diagnostic principal tel que la valeur dans le champ "ZINHAB" est = 2  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : DiagInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0





N° du test : 108  
Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec mode de sortie décès sans code P95

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée (durée de séjour = 0) de nouveau-né (âge en jours = 0) avec un mode de sortie décès (mode de sortie = 9) et sans code P95 *Mort-né* en diagnostic principal.

Ces tests vérifient le respect des règles concernant les mort-nés.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les enfants mort-nés « donnent lieu à la production d'un résumé d'unité médicale. L'enregistrement du diagnostic principal doit employer le code P95 de la CIM-10, à l'exclusion de tout autre ».

Les séjours de nouveau-né sans nuitée avec un mode de sortie décès sans code P95 en diagnostic principal sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal pour les RUM d'enfant mort-né.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 108 :

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA tel que la durée de séjour = 0, l'âge en jour = 0, le mode de sortie = 9 et sans code P95 en diagnostic principal  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 109  
Intitulé : Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* et hors GHM 23Z03Z *Intervention de confort*

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec acte d'esthétique dans des GHM autres que le GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* et GHM 23Z03Z *Intervention de confort* pour des diagnostics principaux qui ne relèvent pas habituellement de chirurgie plastique. La liste des actes d'esthétique est donnée dans la table CCAMInfo, champ "ESTHE". La liste des diagnostics pouvant correspondre à de la chirurgie esthétique est donnée dans la table DiagInfo, champ "ESTH".

Ce test vérifie le respect des règles concernant les interventions de chirurgie esthétique.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les actes de chirurgie esthétique désignent « tout acte de chirurgie plastique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans son cas le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code ». C'est la règle dénommée T4.

Les séjours avec acte d'esthétique dans des GHM autres que le GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* et le GHM 23Z03Z *Intervention de confort* sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal pour les actes de chirurgie esthétique.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 109 :

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA tel que GHM  $\neq$  23Z03Z et  $\neq$  09Z02Z et un acte tel que la valeur dans le champ "ESTHE" est = 1 (hors diagnostic tel que le champ ESTH = '1')  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : CCAMInfo , DiagInfo  
Alerte : si nombre de RSA  $>$  0



N° du test : 110  
Intitulé : Nombre de séjours avec acte de confort hors GHM 23Z03Z  
*Intervention de confort* et GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique*

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec acte de confort dans des GHM autres que le GHM 23Z03Z *Intervention de confort* et GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique*. La liste de actes de confort est donnée dans la table CCAMInfo, champ "CONFORT".

Ce test vérifie le respect des règles concernant les interventions de confort.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les interventions de confort désignent « tout acte médico-technique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autres que la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*, à l'exclusion de tout autre code ». C'est la règle dénommée T6.

Les séjours avec acte de confort dans des GHM autres que le GHM 23Z03Z *Intervention de confort* et GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal pour les interventions de confort.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 110 :

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA dans des GHM  $\neq$  23Z03Z et  $\neq$  09Z02Z avec un code acte tel que la valeur dans le champ "CONFORT" est = 1  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : CCAMInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 111  
Intitulé : Nombre de racines « apparentées » avec une proportion élevée de la racine plus valorisée

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les racines dites « apparentées » avec une proportion atypique de la racine mieux valorisée. Un exemple de racines apparentées est les racines 06C09 *Appendicectomie non compliquée* et 06C08 *Appendicectomie compliquée*. La liste de racines apparentées est donnée dans la table RacineInfo, champ "APP".

Ce test vérifie le respect des règles concernant le codage des diagnostics principaux et des actes.

### II. Lecture – Interprétation

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de la précision permise par la CIM-10 d'après le « principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder » énoncé dans le *Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale*. « Les actes doivent être codés dans le RUM sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) publiée au *Bulletin officiel*. Les règles d'utilisation de la CCAM sont précisées dans un *Guide de lecture et de codage* propre à cette nomenclature... ».

Les racines de GHM avec une répartition atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) de la racine « apparentée » la mieux valorisée sont une possibilité de non respect des règles concernant l'enregistrement du diagnostic principal ou des actes.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 111 :

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de racines tel que :  $(\text{Nb séjours observés dans la racine apparentée} - \text{nb séjours attendus dans la racine apparentée})^2 / (\text{nb séjours attendus dans la racine apparentée}) > 5,41$  et Nb séjours observés > Nb séjours attendus. La racine apparentée correspond à la racine compliquée.  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : RacineInfo  
Alerte : si nombre de racines > 0



N° du test : 112  
Intitulé : Nombre de séjours simultanés pour un même patient adulte dans l'établissement

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours simultanés pour le même patient adulte dans le même établissement, c'est-à-dire des séjours avec, en utilisant le fichier d'anonymisation ANO, un jour d'entrée compris entre le jour d'entrée et le jour de sortie d'un autre séjour, à l'exception du résumé standardisé de préparation à l'irradiation.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les règles d'admission.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* il n'est pas possible de créer une nouvelle admission dans l'entité juridique pour le même patient tant que le séjour n'est pas terminé par une sortie. En effet pour un même patient, entre une date d'entrée et une date de sortie données, il ne peut être produit qu'un seul RSS.

Les séjours simultanés dans le même établissement pour le même patient adulte sont une possibilité de non respect des règles concernant l'admission dans un établissement de santé. Les enfants ont été exclus du test car les jumeaux ont le même identifiant ce qui entrainerait des faux positifs au test. C'est le séjour dont la date d'entrée est comprise entre la date d'entrée et la date de sortie d'un autre séjour qui est compté et affiché.

Une mutation transitoire vers une autre unité de soins de courte durée de la même entité juridique ne doit pas faire l'objet de deux séjours simultanés. Le fait qu'un séjour commence avant la date de sortie d'un séjour précédent pour le même patient adulte fait suspecter que le patient a été muté dans un établissement géographique d'une même entité juridique et a fait l'objet d'un autre séjour.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 112 :

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : Nombre de RSA tel que date d'entrée est  $\leq$  (date de sortie - 1 jour) du séjour précédent pour un même patient dans le même établissement (hors CM28 et CM90 et âge > 17)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 114  
Intitulé : Nombre de séjours avec accouchement avant l'hospitalisation et acte d'accouchement

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours avec un acte d'accouchement avant l'hospitalisation signalée par un diagnostic principal Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* et la présence d'un acte d'accouchement (code CCAM JQGD mais sans JQGD014 ou JQGA mais sans JQGA001).

Il évalue la qualité du codage des actes dans les séjours d'obstétrique, voire de la qualité de codage du diagnostic principal.

### II. Lecture – Interprétation

D'après de *Guide méthodologique de production* page 86 « L'extension Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* créée pour la version 11c des GHM permet le codage d'un accouchement survenu avant hospitalisation, par exemple à domicile. Dans ce cas, il ne doit pas être enregistré d'acte d'accouchement dans le RUM. »

Les séjours avec codes Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* avec acte d'accouchement (code CCAM JQGD mais sans JQGD014 ou JQGA mais sans JQGA001) sont une possibilité de non qualité dans le codage des actes voire du diagnostic principal.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 114

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec un code en DP en Z39.00 et un acte commençant par JQGD ou JQGA (hors JQGD014 et JQGA001) (hors CM28 et CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 115  
Intitulé : Nombre de séjours sans nuitée avec un acte atypique séjour sans nuitée

Type : amélioration de la qualité  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours sans nuitée, hors sortie décès ou transfert vers une unité de MCO, avec un acte habituellement réalisée au cours d'un séjour de plusieurs jours signalé par la valeur égale à 1 dans le champ « 0jatypique » de la table CCAMInfo.

Il évalue la qualité du codage des actes dans les séjours sans nuitée.

### II. Lecture – Interprétation

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* « Les actes doivent figurer dans le RUM sous une forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) publiée au *Bulletin officiel*. »

Les séjours sans nuitée avec des codes d'actes retrouvés habituellement dans des séjours de plusieurs jours sont une possibilité de non qualité dans le codage des actes. Par exemple un curage lymphonodal (ganglionnaire) est un acte retrouvé dans des séjours de plusieurs jours contrairement à l'exérèse de nœud (ganglion) lymphatique à visée diagnostique qui est un acte habituellement trouvé dans des séjours de 0 jour ; le fait de retrouver en 0 jour un acte de curage lymphonodal peut faire suspecter une erreur de codage avec un autre acte comme l'exérèse d'un nœud lymphatique.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 115

Fonction : amélioration de la qualité  
Valeur résultat : dénombrement  
Numérateur : nombre de RSA avec durée de séjour = 0 avec mode de sortie ≠ 71 ou 61 ou 9, avec un acte tel que la valeur = '1' (ou <= 1) dans le champ « 0jatypique » (hors CM28 et CM90)  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : CCAMInfo  
Alerte : si nombre de RSA > 0



N° du test : 117  
Intitulé : Nombre de séjours dans la racine 23Z02 Soins palliatifs avec activité atypique

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les séjours de moins de 7 jours ne se terminant pas par un décès de la racine 23Z02Z Soins palliatifs avec une activité de type chimiothérapie ou irradiation ou transfusion.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les règles d'emploi du diagnostic principal Z51.5 Soins palliatifs qui groupe dans la racine 23Z02 Soins palliatifs.

### II. Lecture – Interprétation

D'après de *Guide méthodologique de production* « Dans la situation de traitement unique le diagnostic principal est en général la maladie traitée...Le traitement unique peut être médical... Il existe des exceptions : ...les soins palliatifs : dès lors que leur définition est respectée22 le diagnostic principal doit être codé Z51.5. [règle T11] »

« Tous les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare et aphérese sanguine, qu'il s'agisse d'hospitalisation complète ou de séances, doivent avoir en position de DP le code adéquat de la catégorie Z51 de la CIM-10. »

Les séjours de moins de 7 jours ne se terminant pas par un décès avec DAS Z511 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* ou Z5101 *Séance d'irradiation* ou avec actes ZZMK011, ZZMK018 *Préparation à une irradiation externe*, ZZNL020, ZZNL027, ZZNL028, ZZNL031, ZZNL036, ZZNL037, ZZNL039, ZZNL040, ZZNL043 *Séances d'irradiation externe* ou acte de chirurgie sont susceptibles de ne pas respecter les règles d'emploi du diagnostic principal. En effet, même si le patient est en phase palliative, le motif du séjour peut être la réalisation d'une séance ou d'un acte.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 18  
Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement de séjours  
Numérateur : Nombre de séjours dans la racine de GHM 23Z02 avec activité atypique (hors durée  $\geq 7$  jours) et décès.  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : sans objet  
Alerte : si nombre de RSA  $> 0$





N° du test : 119  
Intitulé : Nombre de GHM avec plusieurs GHS avec un taux atypique des GHS les mieux valorisés

Type : recherche d'atypie  
Sélection résumés : oui

### I. Description – Objectif

Ce test dénombre les GHM avec deux ou plusieurs GHS pour un même GHM et dont le taux de GHS mieux valorisés est atypique ; le GHM de soins palliatifs, pour lesquels les GHS dépendent uniquement des autorisations accordées à l'établissement, est exclu du test.

Ce test vérifie le respect des règles concernant les règles d'emploi des critères pour bénéficier des GHS les mieux valorisés.

### II. Lecture – Interprétation

A chaque GHM est habituellement un GHS. Mais pour certains GHM il est affecté plusieurs GHS.

Les GHM avec un taux atypiques de GHS les mieux valorisés sont susceptibles de ne pas respecter les règles d'emploi des critères de regroupement dans les différents GHS d'un même GHM.

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

### III. Caractéristiques techniques

Test n° 18

Fonction : repérage d'atypie  
Valeur résultat : dénombrement de GHM  
Numérateur : nombre de GHM tel que  $(\text{Nb séjours observés avec le GHS plus valorisés dans le GHM} - \text{Nb séjours attendus avec le GHS plus valorisés dans le GHM})^2 / \text{Nb séjours attendus avec le GHS plus valorisés dans le GHM} > 5,41$  ET  $\text{Nb séjours observés} > \text{Nb séjours attendus}$  et  $\text{Nb séjours attendus} > 5$ .  
Dénominateur : sans objet  
Table utilisée : GHMInfo  
Alerte : si nombre de ghm > 0



## Annexes

### Sigles utilisés

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



## Tables de références pour DATIM 2011

### CCAMINFO

ACTE	Acte CCAM	
FFM	Acte FFM (forfait de petit matériel)	(1 : OUI ; 0 : NON)
SE	Acte SE (sécurité environnement)	(1 : OUI ; 0 : NON)
FSD	Acte FSD (forfait sécurité dermatologique)	(1 : OUI ; 0 : NON)
AUTRES	Autres actes externes	(1 : OUI ; 0 : NON)
UNICHIR	Acte réalisé une fois durant le séjour	% de séjours où l'acte opératoire est réalisé qu'une fois au cours du séjour (-1 si non concerné)
GESTCOMP	Geste complémentaire d'anesthésie	(1 : OUI ; 0 : NON)
REQZ	Acte requérant un code spécifique Z en DP	(1 : OUI ; 0 : NON)
DIALYSE	Acte 'dialyse'	(1 : OUI ; 0 : NON)
ESTHE	Acte 'chirurgie esthétique'	(1 : OUI ; 0 : NON)
CONFORT	Acte 'chirurgie de confort'	(1 : OUI ; 0 : NON)
OJATYPIQUE	Acte improbable en O jour	(1 : OUI ; 0 : NON)
BRULE	Acte opératoire de brûlure (CMD 22)	(1 : OUI ; 0 : NON)
NEUROCHIR	Acte relatif à la neuro-chirurgie	(1 : OUI ; 0 : NON)

### DIAGINFO

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



**ETABINFO (exDG ou exOQN)**

<b>FINESS</b>	Finess	
<b>NEURO</b>	Autorisation neurochirurgie	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>CARDIO</b>	Autorisation chirurgie cardiaque	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>REA</b>	Autorisation réanimation adulte	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>REP</b>	Autorisation réanimation pédiatrique	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>NN</b>	Autorisation néonatalogie (NN1,NN2 ou NN3)	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>SSR</b>	Unité SSR	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>PSY</b>	Unité PSY	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>SLD</b>	Unité SLD	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>URGENCE</b>	Autorisation « service d'urgence »	(1 : OUI ; 0 : NON)

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

**GHMINFO**

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

**GHSINFO**

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

**RACINEINFO**

<b>RACINE</b>	Racine du GHM	
<b>PCTDC</b>	Taux de décès national	Calcul pour exDg/ exOQN
<b>CONF</b>	Confirmation de codage nécessaire pour cette racine*	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>AGE2</b>	Effet de l'âge pour les moins de 2 ans	(1 : OUI ; 0 : NON)
<b>AGE69</b>	Effet de l'âge pour les plus de 69 / 79 ans	(1-3 : OUI pour les plus de 69 ans ; 2-4-6 : OUI pour les plus de 79 ans ; 0 : NON)
<b>APP</b>	Racine apparentée	Correspond à la racine apparentée
<b>PCTAPP</b>	Pourcentage de séjours dans la racine apparentée	Calcul pour exDg/ exOQN
<b>BPCTCMA</b>		NON UTILISE
<b>PCTCMA</b>	Pourcentage de séjours de niveau 2 ou 3	Calcul pour exDg/ exOQN

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