Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Manuel des groupes homogènes de malades

11ème version de la classification, 6ème révision (11g)

Version 13.11g de la fonction groupage

Mise à jour au 1er mars 2015

Volume 1

Présentation et annexes générales

Fascicule spécial n° 2015/5 *bis*

SOMMAIRE DU VOLUME 1

SOMMAIRE DU VOLUME 1 ..... **I**

ANNEXES DU VOLUME 1 ..... **VI**

SOMMAIRE DU VOLUME 2 ..... **VII**

SOMMAIRE DU VOLUME 3 ..... **VIII**

PRÉSENTATION GÉNÉRALE **1**

1. INTRODUCTION À LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES **2**
1.1 Du RSS au GHM 2
1.2 Historique de la classification des GHM 4
1.2.1 Les versions antérieures à la mise en place de la T2A (1986-2003) 4
1.2.2 Les versions d'adaptation à la T2A (2004 et suivantes) 7
1.3 Conventions d'utilisation du manuel des GHM 9

2. PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION **11**
2.1 Les éléments déterminants du classement dans un GHM 11
2.1.1 Les diagnostics 11
2.1.1.1 Catégories de diagnostics 11
2.1.1.2 Signes et symptômes 11
2.1.2 Les actes 11
2.1.2.1 Caractéristiques des actes 11
2.1.2.2 Hiérarchie des listes d'actes classants opératoires par CMD 12
2.1.2.3 Actes sans relation avec le diagnostic principal 13
2.1.2.4 Actes reclassant dans un GHM médical 13
2.1.2.5 Actes classants non opératoires 14
2.1.2.6 Groupes indifférenciés (ni chirurgicaux ni médicaux) 14
2.1.2.7 Remarque sur les actes non classants 14
2.1.3 Remarque à propos des GHM dont l'intitulé commence par « *Autres interventions…* » et « *Autres affections…* » 14
2.2 Les autres facteurs du classement dans un GHM 16
2.2.1 Caractéristiques de diagnostics 16
2.2.2 Complications ou morbidités associées (CMA) 16
2.2.2.1 Introduction 16
2.2.2.2 Les listes d'exclusions des CMA 17
2.2.3 Le mode de sortie du séjour 18
2.3 Catégories majeures particulières 18
2.3.1 La catégorie majeure de diagnostic n° 14 18
2.3.2 La catégorie majeure de diagnostic n° 15 19
2.3.3 La catégorie majeure n° 24 20
2.3.4 Les catégories majeures n° 25 à 27 21

3. LES VERSIONS 11a, 11b, 11c ET 11d DE LA CLASSIFICATION DES GHM 22
3.1 Introduction 22
3.1.1 Le cadre général 22
3.1.1.1 Premières adaptations de la classification des GHM à la T2A (les versions 9 et 10) 22
3.1.1.2 Étapes ultérieures (la version 11a) 22
3.1.2 Les conséquences de l'augmentation des niveaux de sévérité 24
3.1.2.1 Refonte de la liste des CMA et des listes d'exclusions 24
3.1.2.2 Nouvelle définition du diagnostic principal 24
3.1.2.3 Suppression de la CM 24 (Séjours de moins de deux jours) 25
3.1.3 Les autres modifications des premières versions de la V11 25
3.1.3.1 Suppression des GHM 90H02Z et 90H03Z (actes sans relation avec le diagnostic principal) 25
3.1.3.2 Utilisation du diagnostic relié pour le groupage du séjour 26
3.1.3.3 Révision de la CMD 08 26
3.1.3.4 Intégration des modifications de la CIM–10 26
3.2 Les niveaux de sévérité par GHM des versions 11a, b, c et d 27
3.2.1 La nouvelle liste de CMA : méthode 27
3.2.2 Conditions supplémentaires requises pour être dans un niveau de sévérité 28
3.2.3 Les équivalences de CMA 29
3.2.3.1 L'âge 29
3.2.3.2 Le décès 30
3.2.4 L'enchainement des conditions 31
3.2.5 Révision de la liste de CMA dans la version 11c 31
3.2.6 Modifications des listes d'exclusions dans la version 11c 33
3.3 Les nouveaux GHM créés avec les versions 11a, b et c 33
3.3.1 Pour décrire des activités médicales précises 33
3.3.1.1 Le cas général 33
3.3.1.2 Le DP prend plus d'importance dans les groupes chirurgicaux 34
3.3.1.3 Le cas de la CMD 08 34
3.3.2 Pour décrire des activités de très courte durée 34
3.3.2.1 La chirurgie ambulatoire 35
3.3.2.2 Les autres GHM ambulatoires 35
3.3.2.3 Les séjours de très courte durée 36
3.3.2.4 Les séjours de décès et de transferts issus de la CM 24 36
3.3.3 Pour décrire des séjours « pour symptômes » ou pour explorations et surveillance 37
3.3.3.1 Généralités 37
3.3.3.2 Utilisation particulière du DR 37
3.3.4 Pour décrire des activités à la limite du champ MCO 38
3.4 Les subdivisions des racines de GHM 38
3.4.1 Généralités 38
3.4.2 Les subdivisions possibles de GHM 38
3.4.2.1 Les subdivisions pour les niveaux de sévérité 39
3.4.2.2 Les autres subdivisions des GHM 40

3.4.3 Nouvelles racines de GHM et nouveaux GHM créés dans les versions 11b et 11c 40
3.4.3.1 Nouvelles racines de GHM introduites dans la version 11b ... 40
3.4.3.2 Nouvelles racines de GHM introduites dans la version 11c ... 41
3.4.3.3 GHM de très courte durée créés dans les racines déjà existantes ... 42
3.4.3.4 Les créations et suppressions de GHM de chirurgie ambulatoire (GHM « en J ») 45
3.4.3.5 Évolutions de la version 11b relatives à la radiothérapie ... 46
3.4.3.6 Évolutions de la version 11c relatives à la radiothérapie ... 47
3.5 Les autres modifications des versions 11a, 11b, 11c et 11d ... 48
3.5.1 Les mises à jour de la CIM–10 ... 48
3.5.1.1 Extensions créées par l'ATIH pour les versions 11a, 11b, 11c et 11d ... 49
3.5.1.2 Intégration des mises à jour effectuées par l'OMS ... 56
3.5.2 Confirmation du codage du RSS ... 63
3.5.3 Extension de la confirmation du codage du RSS dans la version 11c ... 64
3.5.4 Contrôles de cohérence portant sur les données obstétricales et néonatales des versions 11b et 11c ... 64
3.5.5 Précisions sur l'âge gestationnel et la date des dernières règles ... 65
3.5.6 Autres modifications apportées par les versions 11b, 11c et 11d ... 65
3.5.6.1 Modifications dans la version 11b ... 65
3.5.6.2 Modifications dans la version 11c ... 66
3.5.6.3 Modifications dans la version 11d ... 66
3.6 La révision des catégories majeures 14 et 15 ... 67
3.6.1 Révision de la CMD 14 ... 67
3.6.1.1 Les accouchements ... 67
3.6.1.2 Les racines hors accouchements ... 70
3.6.2 Révision de la CMD 15 ... 71
3.6.2.1 Le périmètre ... 72
3.6.2.2 Les nouvelles racines ... 72
3.6.2.3 Les niveaux de sévérité de la CM 15 ... 75

4. LA VERSION 11e DE LA CLASSIFICATION DES GHM ... 77
4.1 La révision de la liste des CMA, des listes d'exclusions et de l'effet âge ... 77
4.1.1 Révision de la liste des CMA ... 77
4.1.2 Révision des listes d'exclusions ... 78
4.1.3 Révision de « l'effet âge » comme équivalent de CMA ... 79
4.2 Création et suppression de racines chirurgicales ... 79
4.2.1 Création de nouvelles racines ... 79
4.2.2 Reclassement d'actes ... 80
4.3 Refonte de la racine 05K13 ... 82
4.4 Les mises à jour de la CIM-10 ... 83
4.4.1 Extensions créées par l'ATIH pour la version 11e ... 83
4.4.2 Intégration des mises à jour effectuées par l'OMS ... 85
4.5 Les autres modifications de la version 11e ... 85
4.5.1 La chirurgie esthétique ... 85
4.5.2 La confirmation de codage ... 86
4.5.3 La mise à jour des listes de complications spécifiques des CMD 14 et 15 ... 86

5. LA VERSION 11f DE LA CLASSIFICATION DES GHM 87
5.1 La création et la refonte de racines médicales 87
5.1.1 Création d'une racine en « K » pour le traitement des affections malignes du foie 87
5.1.2 Refonte des racines médicales d'allergologie 88
5.2 La suppression d'un GHM et actes rendus classant dans la CMD 05 88
5.2.1 Suppression du GHM 05K18J 89
5.2.2 Traitement par radiofréquence ou laser de la veine saphène 89
5.3 Les mises à jour de la CIM-10 90
5.3.1 Extensions créées par l'ATIH pour la version 11f 90
5.3.2 Intégrations des mises à jour effectuées par l'OMS pour 2014 90
5.4 Les autres modifications de la version 11f 95
5.4.1 Les hydronéphroses en lien avec une obstruction calculeuse 95
5.4.2 Le post abortum 96
5.4.3 Les listes d'exclusions 96

6. LA VERSION 11g DE LA CLASSIFICATION DES GHM 97
6.1 Mise à jour de la liste des complications et morbidités associées (CMA) 97
6.1.1 Arbitrage sur l'évolution des niveaux de sévérité 97
6.1.2 Mise à jour des listes d'exclusion 98
6.1.3 Nombre de diagnostics dont le niveau de sévérité a été modifié 99
6.2 Mise à jour de l'effet âge 99
6.3 Ajustement de la liste des complications et morbidités associées (CMA) de la CMD14. 100
6.4 Refonte de la CMD17. 100
6.4.1 Redirection de certains séjours vers des CMD d'organes 101
6.4.2 Constitution des racines médicales à dire d'experts 101
6.4.3 Création de racines chirurgicales sur la base de la « lourdeur » des actes 102
6.4.4 Segmentation d'une racine interventionnelle 102
6.5 Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13Z. 102
6.6 Subdivision de la racine des infections ostéo-articulaires (IOA) 103
6.7 Autres modifications 103
6.7.1 Orientation des actes de chimio-embolisation dans la racine 07K06 103
6.7.2 Mise du diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort » dans la CMD 12 103
6.7.3 Augmentation de la liste des actes chirurgicaux de prise en charge de la GEU 104
6.7.4 Modifications mineures 104
6.8 Introduction de nouvelles modifications de la CIM–10 104
6.8.1 Extensions ATIH 104
6.8.2 Modifications OMS 106
6.9 Synthèse des modifications de la classification V11g 106

7. LA FONCTION GROUPAGE 108
7.1 Lecture des diagnostics 110
7.2 Prise en compte des actes de la CCAM 111
7.3 Algorithme de détermination du diagnostic principal pour les RSS multiunité 111
7.4 Les erreurs détectées par la *fonction groupage* 113
7.4.1 Les erreurs d'implémentation 114
7.4.2 Les erreurs détectées par les contrôles 115
7.4.3 Les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage 117
7.4.4 Détail des contrôles concernant les données obstétricales et néonatales 118

7.4.4.1 Contrôles pour l'âge gestationnel 118
7.4.4.2 Contrôles pour la date des dernières règles 118
7.4.4.3 Autres contrôles 119
7.4.5 Détail des contrôles pour les actes CCAM 120
7.4.6 Modalités de sélection du code-retour par la FG lorsque plusieurs erreurs sont détectées 120

INDEX ALPHABÉTIQUE 122

ANNEXES DU VOLUME 1

Annexe 1 - Sigles utilisés dans le manuel des groupes homogènes de malades

Annexe 2 – Groupes homogènes de malades classés par catégorie majeure

Annexe 3 – Caractéristiques des racines de groupes homogènes de malades

Annexe 4 – Complications ou morbidités associées

Annexe 5 – Listes d'exclusions des complications ou morbidités associées

Annexe 6 – Codes de la CIM–10 étendus

Annexe 7 – Catégorie majeure de diagnostic relative à chaque diagnostic principal

Annexe 8 – Actes classants avec les catégories majeures dans lesquelles ils sont répertoriés

Annexe 9 – Abréviations des libellés de la CIM–10

Annexe 10 – Abréviations des libellés de la CCAM

Annexe 11 – Actes mineurs reclassant dans un GHM « médical »

Annexe 12 – Diagnostics et actes utilisés dans l'algorithme de choix du DP du RSS multiunité

SOMMAIRE DU VOLUME 2

CATÉGORIES MAJEURES

01 Affections du système nerveux
02 Affections de l'œil
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
04 Affections de l'appareil respiratoire
05 Affections de l'appareil circulatoire
06 Affections du tube digestif
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11 Affections du rein et des voies urinaires
12 Affections de l'appareil génital masculin
13 Affections de l'appareil génital féminin
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du *postpartum*
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18 Maladies infectieuses et parasitaires
19 Maladies et troubles mentaux
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
22 Brulures
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
25 Maladies dues à une infection par le VIH
26 Traumatismes multiples graves
27 Transplantations d'organes
28 Séances
90 Erreurs et autres séjours inclassables

SOMMAIRE DU VOLUME 3

SOMMAIRE

PRÉSENTATION

CATÉGORIES MAJEURES

28 Séances
27 Transplantations d'organes
26 Traumatismes multiples graves
25 Maladies dues à une infection par le VIH
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
01 Affections du système nerveux
02 Affections de l'œil
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
04 Affections de l'appareil respiratoire
05 Affections de l'appareil circulatoire
06 Affections du tube digestif
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11 Affections du rein et des voies urinaires
12 Affections de l'appareil génital masculin
13 Affections de l'appareil génital féminin
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du *postpartum*
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18 Maladies infectieuses et parasitaires
19 Maladies et troubles mentaux
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
22 Brulures
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le Manuel de la version 11g de la classification des groupes homogènes de malades, fascicule spécial n° 2015/5 bis du Bulletin officiel, constitue l'annexe I de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement et l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-MCO »). Il annule et remplace le fascicule spécial n° 2014/5 bis du Bulletin officiel.

Ce manuel comprend trois volumes.

Le **premier volume** contient des textes de présentation et des annexes qui concernent l'ensemble de la classification des groupes homogènes de malades.

Le **deuxième volume** présente la description de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) par *catégorie majeure* avec, pour chacune d'elles :

- le titre de la catégorie et les commentaires la concernant ;
- la liste des « diagnostics d'entrée » dans la catégorie ;
- les numéros et les titres des groupes, éventuellement accompagnés de commentaires ;
- les listes d'*actes* et de *diagnostics* utiles pour le groupage.

Le **troisième volume** contient, pour chaque catégorie majeure, une représentation graphique de l'algorithme de classement des résumés de sortie standardisés (arbre de décision). Cette présentation séparée de l'arbre de décision a trois avantages :

- faciliter la lecture, un arbre de décision nécessitant plusieurs pages pour une catégorie majeure ;
- permettre une lecture simultanée du parcours de l'arbre de décision pour un GHM donné (volume 3), et du contenu des listes de diagnostics et d'actes qui le caractérisent (volumes 1 et 2) ;
- présenter l'algorithme de groupage dans l'ordre des tests effectués dans l'arbre de décision alors que les autres volumes présentent les catégories majeures et les GHM dans l'ordre numérique de leur identifiant.

1. INTRODUCTION À LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES

1.1 Du RSS au GHM

Les *groupes homogènes de malades* (GHM)[1] constituent un système de classification médicoéconomique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

Au terme de l'hospitalisation en MCO d'un patient dans un établissement de santé, un recueil d'informations synthétique est produit : le *résumé de sortie standardisé* (RSS). Il est composé d'autant de *résumés d'unité médicale* (RUM) que le patient a fréquenté d'unités médicales de MCO pendant son séjour dans l'établissement.

Pour que les informations administratives et médicales contenues dans le RSS puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées, et le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM, ou *groupage,* résulte de tests prédéterminés sur ces informations. L'ensemble des tests est inscrit dans un module logiciel nommé *fonction groupage.*

Les nomenclatures utilisées pour le codage des informations médicales sont la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les « diagnostics » (les motifs de soins) et la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'Assurance maladie pour les actes[2].

L'ensemble des tests effectués sur les informations du RSS pour le classement dans un GHM constitue l'*algorithme* ou *arbre de décision* de la classification.

Les *catégories majeures* (CM) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel et sont alors dites *catégories majeures de diagnostic* (CMD) car c'est en général le diagnostic principal (DP)[3] du RSS, qui détermine le classement[4] (ex. CMD 01 *Affections du système nerveux*, CMD 02 *Affections de l'œil*, CMD 04 *Affections de l'appareil respiratoire…*).

Un certain nombre de RSS sont classés dans des catégories majeures dans lesquelles l'orientation ne se fait pas par un test sur le DP : c'est le cas de la CM 27 *Transplantations d'organes* et de la CM 90 *Erreurs et autres séjours inclassables*.

---

[1] Les sigles utilisés dans le *Manuel des groupes homogènes de malades* sont regroupés dans l'annexe 1 du volume 1.

[2] Le *Catalogue des actes médicaux* (CdAM) a été employé jusqu'en 2005. Il a été utilisé seul jusqu'en 2001, puis en association avec la CCAM jusqu'en 2005 (voir ce qui concerne la version 7 des GHM dans le point 1.2.1). À partir de 2005 les actes du RSS ont été codés avec la seule CCAM.

[3] Plus rarement le diagnostic relié (DR), c'est pourquoi on ne citera que le DP dans la suite du texte.

[4] Pour ce qui concerne les informations du RSS et leur définition, se reporter au *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie*, publié au *Bulletin officiel* (fascicule spécial n° 2013/6 bis), consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Dans la majorité des cas, le déroulement de l'algorithme de classement d'un séjour est le suivant[5] :

- le RSS est classé dans une CMD selon le DP du séjour hospitalier (plus rarement selon son diagnostic relié (DR) ou selon l'un de ses actes); en cas de séjour mono-unité, donc de RSS « monoRUM », c'est le DP du RUM unique qui détermine la CMD ; en cas de séjour multiunités (RSS « multiRUM ») c'est le DP retenu par la *fonction groupage* parmi les DP des différents RUM constituant le RSS ;
- ensuite, la présence d'un acte classant est recherchée dans le RSS ; on dénomme « acte classant » un acte susceptible de modifier le classement en GHM[6] :
  - s'il existe un acte opératoire classant dans la CMD dans laquelle a orienté le DP, le séjour est classé dans un groupe chirurgical, défini par la nature de l'intervention effectuée ;
  - en l'absence d'acte classant, le RSS est orienté selon le DP dans un groupe dit « médical » ;
- enfin, le classement en GHM est obtenu par un nombre variable de tests sur les autres informations du RSS : ce sont très souvent l'âge et les diagnostics associés, c'est-à-dire les diagnostics du RSS autres que le DP et le DR. C'est plus rarement le mode de sortie. Des diagnostics peuvent également intervenir pour l'orientation dans tel ou tel GHM chirurgical.

Des ***actes classants non opératoires***, c'est-à-dire des actes classants dans certaines circonstances (voir le point 2.1.2.5) peuvent aussi être utilisés pour le classement du séjour en GHM. Leur rôle, suivant l'évolution des pratiques médicales, est allé croissant dans les versions successives de la classification des GHM. Ainsi, des RSS mentionnant des actes classants non opératoires ou des actes non classants, peuvent être classés dans un GHM « médical » ; un GHM « médical » n'est donc pas synonyme de GHM « sans acte ».

L'algorithme de la classification des GHM utilise des *listes de diagnostics* (de motifs de soins), des *listes d'actes* et un *arbre de décision* :

- à chaque DP est associée la notion de *catégorie* (voir le point 2.1.1.1) caractérisant chaque GHM médical ; les diagnostics peuvent également être affectés de *caractéristiques* (voir le point 2.2.1) qui traduisent leur appartenance à des groupes particuliers influençant le classement dans un GHM, par exemple celui des *complications ou morbidités associées* (CMA) (voir le point 2.2.2) ;
- aux actes classants est affecté un nombre variable de *caractéristiques* (voir le point 2.1.2.1). Ce mot désigne un repère numérique dans les tables de la *fonction groupage* qui renvoie à une liste. Par exemple, il existe une caractéristique qui correspond aux *craniotomies*, une autre aux *appendicectomies*, une autre aux *interventions sur l'urètre*, etc. ;
- *l'arbre de décision* décrit quant à lui l'ensemble des tests faits sur les informations du RSS pour le classer dans un GHM. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision. Ces fonctions permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, la catégorie du DP, si un acte a telle ou telle *caractéristique*, si l'un des diagnostics associés fait partie d'une liste de complications ou non, etc. L'arbre de décision est décrit dans le volume 3 de ce *Manuel des groupes homogènes de malades*.

---

[5] Pour davantage d'informations voir le paragraphe 5 *La fonction groupage*.

[6] Voir *infra* le point 2.1.2.1.

1.2 Historique de la classification des GHM

1.2.1 **Les versions antérieures à la mise en place de la T2A (1986-2003)**

La version 0[7] (publiée dans la circulaire n° 160 du 5 aout 1986)

La classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRG), élaborée par le professeur Robert Fetter et son équipe à l'université de Yale, a inspiré le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La version française, dite **version « 0 »** de la classification des GHM, publiée en 1986, était l'adaptation de la deuxième révision de la quatrième version des DRG.

La version 1 (publiée dans le fascicule spécial du *Bulletin officiel* (*BO*) n° 92/9 *bis*)

Elle a été la première à faire l'objet d'un *Manuel des groupes homogènes de malades*.

Parmi les modifications effectuées, la plus importante a été le classement des séjours « d'un jour » dans la CM 24, en sus des séances.

La version 2 (publiée dans le fascicule spécial n° 94/2 *bis* du *BO*

Il s'agissait de la première version de la classification des GHM élaborée en collaboration avec le PERNNS[8] (1992).

La création de cette version avait été motivée par la nécessité d'intégrer quelque 3000 actes nouveaux du *Catalogue des actes médicaux* (CdAM) dans les tables de la classification (voir *supra* la note de bas de page n° 2). Ces actes résultaient des travaux liés à la création des indices de cout relatif (ICR) en remplacement des index de complexité relative pour le champ ALPHA.

La version 3 (publiée dans le fascicule spécial n° 95/11 *bis* du *BO*) et la *fonction groupage (*FG) 2.3

La version 3 était une version mixte CIM–9 - CIM–10 de la classification des GHM. C'est la première version pour laquelle on a distingué l'évolution du moteur de groupage (version 2 non modifiée) et celle des tables de la classification (3e version). La version 3 des GHM correspondait de ce fait à la version 2.3 de la FG[9].

Il s'agissait d'une version de transition vers une refonte plus profonde de la classification des GHM nécessitant le codage des diagnostics avec la CIM–10.

La version 4 (publiée dans le fascicule spécial n° 96/11 *bis* du *BO* et la FG 3.4

---

[7] Voir le tableau récapitulatif au début du point 5 *La fonction groupage*. Par ailleurs, le site Internet de l'ATIH donne une vue complète depuis 1985 des supports, guides, nomenclatures, manuels et logiciels utilisés pour le recueil, le classement en GHM et l'anonymisation des informations du PMSI en MCO.

[8] Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé.

[9] Voir le point 5 *La fonction groupage.*

Cette version a marqué une rupture avec les précédentes, dans la mesure où la FG ne permettait plus de grouper les fichiers contenant des RSS codés avec la CIM–9.

Les possibilités offertes par une CIM–10 plus détaillée que la CIM–9, avec la création d'extensions de codes en cas d'insuffisance de ceux-ci, ont permis de modifier la classification en profondeur et d'en faire une version plus proche des classifications de type *DRG* de l'époque.

Les principales modifications ont été les suivantes :

- création de tests préalables à l'analyse du DP, portant sur l'ensemble des diagnostics ou des actes du RSS (tests dits « transversaux ») ;
- création de nouvelles catégories majeures grâce à une analyse de l'ensemble des informations médicales du RSS (CMD 25 *Maladies dues à une infection par le VIH*, CMD 26 *Traumatismes multiples graves*, CM 27 *Transplantations d'organes*) ;
- modification de la notion de CMA par la création d'une liste de *CMA sévères,* sousensemble de la liste des CMA et, au sein de celle-ci une liste de *CMA sévères non traumatiques* (CMAS-NT) pour certaines CMD ;
- création de listes d'exclusions des CMA (voir le point 2.2.2.2) ;
- refonte de la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* en utilisant le poids de naissance ;
- création de GHM de chirurgie ambulatoire dans la CM 24.

La version 5 (publiée dans le fascicule spécial n° 98/2 *bis* du *BO*) et la FG 4.5

Les versions précédentes avaient fait l'objet d'une révision annuelle. Cette version a été la première à avoir une durée de vie de deux ans. La version 5 amenait peu de changements puisqu'il s'agissait seulement de la création de quelques GHM : quatre groupes « médicaux » dans la CM 24 *Séances et séjours de moins de 24 heures*, deux groupes de chirurgie cardiaque pédiatrique, quatre groupes de médecine gériatrique.

La version 6 (publiée dans le fascicule spécial n° 2000/2 *bis* du *BO*) et la FG 5.6

Cette version présentait des modifications de contenu, de format du RUM et de groupage afin de permettre :

- le recueil d'un diagnostic relié (DR) pour préciser le sens du DP dans certains cas[10] ; la création de cette information a donné la possibilité de tests supplémentaires ;
- la distinction entre diagnostics associés « significatifs » (DAS) et des diagnostics associés « documentaires » (DAD)[11] ;
- la possibilité, à la demande des sociétés savantes médicales, de créer des extensions personnalisées des codes de la CIM–10 avec un format de huit caractères ;
- un certain niveau de contrôle de la qualité du DP « à la source » en intégrant une liste de codes interdits en raison de la mauvaise qualité descriptive de leur libellé ;

[10] Voir la note de bas de page n° 4.

[11] Initialement destinée aux diagnostics associés, l'initiale « D » est rapidement devenue celle des *données associées documentaires*. L'absence de contrôle sur la zone des DAD du RSS permet en effet de coder n'importe quelle information selon n'importe quelle nomenclature. Pour ce qui concerne les informations du RSS et leur définition, se reporter au *Guide méthodologique de production des informations*.

- la création de GHM pour les séances de radiothérapie avec une refonte du champ MÛ du *Catalogue des actes médicaux* ;
- l'affectation d'un pouvoir classant à des actes d'anesthésie dans la CM 24 *Séances et séjours de moins de 24 heures* pour créer de nouveaux groupes dans cette catégorie ;
- le reclassement dans les groupes médicaux de certains RSS précédemment orientés dans les groupes *Actes sans relation avec le diagnostic principal.*

Il résulte de ce qui précède qu'un GHM « médical » peut contenir des RSS mentionnant des actes, notamment non classants ou classants non opératoires et depuis la **version 6** de la classification, certains RSS avec actes opératoires auparavant classés dans les groupes *Actes sans relation avec le diagnostic principal* (voir le point 2.1.2.4).

Un GHM « médical » ne doit donc pas être considéré comme un GHM « sans acte ».

La version 7 (diffusée sous forme de cédérom, non publiée au *BO*) et la FG 6.7

Cette version mixte a permis de grouper des RSS dont les actes étaient codés avec le *Catalogue des actes médicaux* ou avec la nouvelle *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) dans sa version 0[12].

En dehors des modifications dues à l'introduction de la CCAM, la seule modification de format a été la création d'une zone « nombre d'actes » accolée à chaque zone « acte ».

Les principales modifications de cette version ont été les suivantes :

- refonte de la CMD 14 (grossesses et accouchements) et amélioration de la CMD 15 (nouveau-nés) pour augmenter le nombre de niveaux de sévérité et pour modifier les critères de classement dans un GHM de nouveau-nés « sans problème significatif » ;
- modification des conditions d'orientation dans un GHM « avec CMA » qui ne pouvait contenir que des RSS ayant un mode de sortie « décès » ou ayant une durée de séjour supérieure à deux jours ;
- aménagement de la CM 24 des séjours de moins de un jour (dont le libellé inchangé faisait référence de manière erronée à « des séjours de moins de 24 heures ») :
  - suppression des groupes dits « *Autres séances* » (GHM 683 et 684) ;
  - orientation dans un groupe de séances des motifs de recours aux soins qui ne pouvaient correspondre qu'à des séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie ou transfusion sanguine) même si la zone séance n'était pas renseignée.

La version 8 (non diffusée et non publiée) et la FG 6.8

Cette version n'a dû son existence qu'à la publication de la version 0 *bis* de la CCAM. Les modifications ont été très peu nombreuses et n'ont concerné ni la CIM–10 (pas de nouvelles extensions de codes) ni la classification des GHM (aucune modification de format du RUM ou de GHM). Les seuls changements effectués ont correspondu aux modifications (quelques ajouts et suppressions, mais surtout des changements de codes) faites par rapport à la version 0 de la CCAM.

---

[12] Pour mémoire, cette nouvelle nomenclature d'actes a été utilisée dans les établissements de santé à partir de janvier 2002 ; elle est l'outil de codage réglementaire des actes pour le PMSI depuis le 1er janvier 2004.

Remarque : compte tenu de ces changements marginaux, la version 8 de la classification des GHM n'est pas considérée comme une évolution de la classification.

1.2.2 Les versions d'adaptation à la T2A (2004 et suivantes)

La version 9 (fascicule spécial n° 2004/3 *bis* du *BO*) et les FG 7.9, 8.9 et 9.9

La plupart des révisions de la classification des GHM sont issues de mises à jour « de routine » destinées à corriger les anomalies signalées par les utilisateurs et à introduire les nouveautés de codage (par exemple celles dues aux mises à jour de la CIM). Pour la version 9 de la classification, c'est clairement la perspective de la tarification à l'activité (T2A) qui a donné l'orientation des travaux menés.

Les principales modifications de cette version ont été les suivantes :

- l'extension de la CM 24 aux séjours de moins de 2 jours (c'est-à-dire au maximum une nuit) avec la création de GHM « médicaux » (une quinzaine), de GHM « avec acte classant non opératoire » et de GHM de décès et transferts ; les conditions d'orientation dans un groupe de « séances » étaient en revanche inchangées ;
- la création de GHM « avec CMA » (un peu plus de 150 groupes) et révision de l'effet « âge supérieur à 69 ans » ;
- la création de GHM « à tarification spécifique » pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les soins palliatifs et la chirurgie esthétique ;
- le poids de naissance est devenu le poids d'entrée du nouveau-né dans l'unité médicale ;
- la renumérotation des GHM : le nombre de GHM créés (environ 180 avec cette version), le petit nombre de suppressions de GHM (résultant principalement des fusions de GHM « avec » et « sans CMA »), le peu de numéros restant disponibles et la mauvaise qualité de la numérotation préexistante (sur 3 chiffres) ont justifié une nouvelle numérotation des GHM à partir de la **version 9** de la classification (FG 7.9). Cette nouvelle numérotation (semi-structurée) visait aussi à comprendre le contenu du groupe, même hors contexte et à permettre un classement par ordre croissant le plus proche possible de la représentation graphique de l'arbre de décision. Toutefois, les conventions utilisées ne permettaient pas toujours de coller à la réalité et étaient inefficaces dans la CM 24 des séjours de moins de 2 jours.

Remarque : depuis la **version 9** de la classification, la numérotation des GHM retenue utilise six caractères se décomposant comme suit : les deux premiers sont numériques et indiquent le numéro de la CM ; le troisième est alphabétique et caractérise le GHM selon la logique de la classification avec les conventions suivantes :

- C groupe chirurgical avec acte classant opératoire ;
- K groupe avec acte classant non opératoire ;
- M groupe « médical »[13] sans acte classant ;
- Z groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire ;

[13] « médical» est écrit entre guillemets pour rappeler qu'un GHM « médical » ne doit pas être considéré comme un GHM « sans acte ».

- H groupe de la CM 90 dont groupe avec *Actes sans relation avec le diagnostic principal* et groupe d'erreurs dépistées par le logiciel de mesure de l'activité hospitalière.

Les quatrième et cinquième caractères sont numériques et sont utilisés comme un compteur qui permet de distinguer les groupes dont les numéros ont la même combinaison des trois premiers caractères. Le sixième caractère était alphabétique jusqu'à la **version 10c**[14] de la classification ; il indiquait le niveau de « complexité » du GHM avec les conventions suivantes :

- V sans CMA
- W avec CMA
- S avec CMAS
- Z non segmenté
- E avec décès
- A, B, C, D avec niveau croissant de sévérité[15].

La FG 8.9 a correspondu à une mise en conformité des règles de valorisation qui ont été connues après la publication de la version 7.9, et **la FG 9.9** a pris en compte de nouveaux formats du RUM.

La version 10 (publiée dans le fascicule spécial n° 2006/3 *bis* du *BO*) et la FG 10.10

La **version 10** a représenté la deuxième étape de l'adaptation à la T2A. Elle avait pour objectif de répondre à certaines demandes en provenance des fédérations de l'hospitalisation ou de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins (DHOS) et de la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la santé ; par exemples, amélioration de la description de la CM 24, de la cancérologie, identification des activités impliquant des dispositifs médicaux implantables couteux, étude de modes de tarification spécifiques... Cette version a été le résultat de nombreux ajustements et ne peut pas être simplement résumée.

Les principales modifications de la **version 10** des GHM ont été les suivantes :

- création de 78 GHM dont 36 dans la CM 24 ;
- l'anesthésie en tant qu'acte classant n'a plus été repérée à partir d'un acte qui se pratiquait majoritairement sous anesthésie générale, mais par le code « activité » des actes de la CCAM qui prend la valeur 4 ;
- modification de l'ordre des catégories majeures 25 *Maladies dues à une infection par le VIH*, 26 *Traumatismes multiples graves* et 27 *Transplantation d'organes* créées dans la version 4 de la classification et testées en tête de l'arbre de décision. La baisse objective du nombre d'hospitalisations pour une affection à VIH justifiait que la priorité soit donnée d'abord à la CM 27 puis à la CMD 26 , CMD 26 *Traumatismes multiples graves*, CM 27 *Transplantations d'organes)*

---

[14] À partir de la version 11 de la classification des GHM, le sixième caractère du numéro d'un GHM est alphanumérique : voir *infra* le point 3.1.2.3.

[15] Cette convention est utilisée dans la CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum*, la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* et la CMD 25 *Maladies dues à une infection par le VIH*.

- isolement des séances dans une nouvelle CMD numérotée 28 *Séances*, la CM 24 restant destinée aux séjours de moins de 2 jours.

La **version 10** de la classification des GHM, applicable au 15 mars 2006 a connu deux révisions : **la version 10b (FG 10.10b)** applicable au 1er mars 2007 et **la version 10c (FG10.10c)** applicable au 1er mars 2008.

Les principales modifications apportées par la **version 10b** ont consisté en :

- la création de nouveaux GHM, notamment le GHM 10C13Z *Interventions digestives autres que les gastroplasties pour obésité*, et la segmentation des GHM d'exentération pelvienne, hystérectomie élargie ou vulvectomie, sur la présence d'un diagnostic de tumeurs malignes de l'appareil génital féminin ;
- l'inclusion dans la liste des CMA des codes de démences ;
- l'intégration des extensions relatives aux codes du chapitre V *Troubles mentaux et du comportement* de la CIM–10, soit 884 extensions, et la création d'extensions préparatoires à la **version 11** de la classification relatives à l'hémiplégie et à l'aphasie.

Les principales modifications apportées par la **version 10c** ont consisté en :

- la création des listes d'exclusions relatives aux codes des démences ajoutés à la liste des CMA dans la version 10b ;
- la subdivision des GHM *Convulsions, épilepsies et céphalées* en six nouveaux groupes ;
- la création du GHM *Autres transplantations* (27C07Z) pour permettre le classement des greffes d'intestin, du GHM d'*Aphérèses sanguines*, *en séances* (28Z16Z) et de deux GHM d'actes thérapeutiques par voie vasculaire hors endoprothèses selon l'âge (*Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, sans pathologie cardiovasculaire sévère,* 05K12Z et 05K13Z) ;
- la création dans le chapitre XXII *Codes d'utilisation particulière* de la CIM–10 de codes pour la résistance aux antiépileptiques (codes U90.–).

1.3 Conventions d'utilisation du manuel des GHM

Les conventions de présentation proviennent avant tout du fait qu'il est indispensable de diminuer le volume du *Manuel des groupes homogènes de malades* qui est constitué à partir des tables extraites de la *fonction groupage.* C'est pourquoi les libellés des diagnostics et des actes sont abrégés. Il importe d'observer que ces libellés ne remplacent en rien ceux des ouvrages de référence, CIM–10 et CCAM.

Un ensemble d'actes ou de diagnostics n'est répertorié qu'une seule fois, même lorsqu'il est identique pour plusieurs GHM. Ces actes ou ces diagnostics sont présentés sous forme de *listes* (ou de références à une liste) qui sont repérables par un titre et un numéro figurant dans l'arbre de décision d'une CMD.

Des commentaires figurent sous les titres des CMD ou des GHM dans les cas suivants :

- lorsque les listes de diagnostics et d'actes ne sont pas suffisamment explicites, c'est-à-dire lorsqu'elles demandent une bonne connaissance de l'arbre de décision ;

- lorsque certaines recommandations ou certaines notes d'exclusions du volume 1 de la CIM–10 sont contradictoires avec le codage requis pour orienter correctement un RSS ;
- lorsqu’il y a des nouveautés ou des changements, ces commentaires représentent la meilleure source d’informations sur les apports de la version présentée.

2. PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION

Ce chapitre est conservé sous sa forme détaillée depuis la première édition du manuel des GHM. En effet, il permet aux personnes ouvrant pour la première fois le manuel des GHM de comprendre les éléments déterminants du classement en GHM. Il est en revanche actualisé, pour tenir compte des nouveautés.

2.1 Les éléments déterminants du classement dans un GHM

2.1.1 **Les diagnostics**

2.1.1.1 Catégories de diagnostics

L'ensemble des codes de la CIM–10 acceptés comme diagnostic principal (DP) et relié (DR), est réparti de façon mutuellement exclusive entre les CMD 01 à 23[16]. Il existe quelques exceptions, telles les codes de certaines affections génitales dont l'orientation dans une CMD ne peut avoir lieu qu'après un test sur le sexe, puisque les diagnostics peuvent concerner l'homme et la femme, et qu'il existe deux CMD distinctes pour les *Affections de l'appareil génital masculin* (CMD 12) et pour les *Affections de l'appareil génital féminin* (CMD 13). Vingt-trois listes de diagnostics ont ainsi été constituées.

Chaque liste est subdivisée en sous-listes, de telle sorte que la somme des sous-listes lui corresponde et que ces sous-listes ne comportent pas de diagnostics communs quand il s'agit d'un test concernant le DP.

Ces sous-listes sont les *catégories de diagnostics*, c'est-à-dire l'ensemble des diagnostics qui, codés comme DP (parfois comme DR), orientent le RSS du séjour dans tel ou tel GHM « médical » de la CMD.

2.1.1.2 Signes et symptômes

Généralement, les codes concernant les signes et les symptômes ne doivent être utilisés, pour coder le DP, qu'en l'absence de diagnostic plus précis. Toutefois, certains symptômes sont retenus, à juste titre, comme DP du RSS avec une fréquence suffisante pour expliquer l'existence de GHM s'intitulant *Signes et symptômes...*, par exemple les GHM *Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires* (CMD 11).

2.1.2 **Les actes**

2.1.2.1 Caractéristiques des actes

Chaque acte *classant*, c'est-à-dire susceptible de modifier le classement en GHM, est affecté d'une ou de plusieurs *caractéristiques*. Ces attributs permettent de répartir les actes

---

[16] Le classement dans la CMD 25 *Maladies dues à une infection par le VIH* et dans la CMD 26 *Traumatismes multiples graves* ne nécessite pas une redistribution de ces codes puisqu'il fait appel à l'ensemble des diagnostics du RSS : principal, relié et associés.

classants dans des listes. Par exemple, la liste A-002 des *Craniotomies* est constituée par tous les actes CCAM affectés de la *caractéristique Craniotomies*.

Une même *caractéristique* permet de classer le séjour contenant l'acte dans un ou plusieurs GHM. Il en est ainsi des craniotomies : le séjour dans lequel une craniotomie a été réalisée peut être classé dans différentes racines[17] de la CMD 01 *Affections du système nerveux* :

- 01C03 *Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans* ;
- 01C04 *Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans* ;
- 01C11 *Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans* ;
- 01C12 *Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans*.

Lorsque la fonction groupage a reconnu un DP orientant dans cette catégorie majeure, elle recherche si un acte a la caractéristique Craniotomies. Le cas échéant, le RSS est orienté dans l'un des GHM de craniotomies, le choix se faisant selon l'existence ou non d'un traumatisme, selon l'âge du malade et selon la présence d'une complication ou d'une morbidité associée.

L'existence des *caractéristiques* a donc un but « simplificateur ». Dans l'exemple choisi, au lieu d'avoir à tenir compte des nombreux codes d'actes de craniotomie, la *fonction groupage* ne teste que la *caractéristique « Craniotomies »*.

Un acte peut posséder des *caractéristiques* testées dans des CMD différentes. Plus un acte possède de *caractéristiques*, plus nombreux sont les GHM dans lesquels il est classant. Exemple : l'acte GHFA004 *Exérèse de tumeur du médiastin, par thoracotomie*, selon le DP auquel il est associé, peut être classant dans les racines de GHM suivantes:

- 04C02 *Interventions majeures sur le thorax de la CMD 04* ;
- 10C08 *Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels de la CMD 10* ;
- 16C03 *Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques de la CMD 16* ;
- 17C02 *Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies de la CMD 17* ;
- 17C04 *Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus de la CMD 17*.

2.1.2.2 Hiérarchie des listes d'actes classants opératoires par CMD

Plusieurs actes classants opératoires peuvent être réalisés durant un même séjour hospitalier. Comme un séjour ne peut être classé que dans un seul groupe, il existe une hiérarchie entre les listes d'actes classants opératoires par CMD.

Les séjours au cours desquels ont été effectués plusieurs actes opératoires classants dans une même CMD, sont orientés dans un GHM en fonction de l'acte appartenant à la liste « la plus élevée dans la hiérarchie », en fait la première testée dans l'arbre de décision. C'est pourquoi l'ordre des actes dans le RSS n'a pas d'importance.

---

[17] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

Il est essentiel de ne pas perdre de vue que cette notion de hiérarchie (en réalité l'ordre des tests de l'arbre de décision) est indépendante des ICR des actes. En revanche, grâce à l'étude nationale de couts (ENC)[18], la connaissance des couts par séjour hospitalier joue un rôle majeur dans l'évolution de la classification des GHM.

2.1.2.3 Actes sans relation avec le diagnostic principal

Dans un RSS orienté par son diagnostic principal dans une CMD donnée, on dit qu'un acte est *sans relation avec le diagnostic principal* lorsque cet acte opératoire n'est pas classant dans la CMD du DP, autrement dit lorsque cet acte n'est classant dans aucun des GHM chirurgicaux de cette CMD.

Seul un acte classant opératoire peut être dit *sans relation avec le diagnostic principal*. On observera que cette notion est purement classificatoire, elle n'est en rien une appréciation de nature médicale, encore moins médicolégale.

Si jusqu'à la **version 10c** de la classification des GHM, des groupes particuliers étaient réservés au classement des RSS dont le ou les actes étaient *sans relation avec le diagnostic principal,* ces groupes ont disparu à partir de la **version 11** de la classification.

Ces RSS contenant des *actes sans relation avec le diagnostic principal* sont constitués majoritairement d'erreurs, correspondant le plus souvent au choix du diagnostic principal. Mais ils témoignent aussi de situations médicalement cohérentes, telles l'utilisation d'une technique chirurgicale nouvelle ou inhabituelle pour une indication – un DP – donnée, ou les cas de malades atteints de plusieurs affections, chez lesquels le DP étant correctement déterminé, c'est un diagnostic associé (DA) qui a motivé un geste chirurgical.

2.1.2.4 Actes reclassant dans un GHM médical

Les travaux effectués pour l'élaboration de la **version 6** de la classification des GHM avaient montré que les *actes sans relation avec le diagnostic principal*, lorsqu'ils correspondaient au second cas cité ci-dessus – traitement d'un diagnostic associé – avaient des caractéristiques communes. Il s'agissait d'actes plutôt « légers » parmi lesquels on trouvait très fréquemment :

- des actes diagnostiques, tels des biopsies ;
- des gestes sur la prostate, en cas de rétention d'urine au cours d'un séjour principalement motivé par une autre prise en charge ;
- de petites exérèses superficielles quand on a profité du séjour pour enlever, par exemple, une lésion cutanée.

Une liste d'actes avait été créée dans la **version 6** de la classification des GHM à partir de cette typologie. Elle a permis de classer un RSS dont le ou les actes étaient *sans relation avec le diagnostic principal* dans le groupe médical correspondant au DP si **tous les actes classants opératoires** du RSS faisaient partie de la liste intitulée *Actes reclassant les RSS dans un GHM médical*.

Si les mots « acte reclassant » permettaient de comprendre l'objectif poursuivi, ils ne traduisent pas la même réalité que le groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal*, même si l'examen de l'arbre de décision montre que le RSS est aussi orienté dans un GHM médical. La *fonction groupage* renvoie un code-retour spécifique pour signaler que tous les

[18] Étude réalisée sur un échantillon d'établissements de santé, reposant sur le calcul des couts des séjours et destinée notamment à élaborer une échelle nationale de couts par GHM.

actes opératoires de ce séjour appartiennent à la liste des *Actes reclassant les RSS dans un GHM médical*[19].

2.1.2.5 Actes classants non opératoires

Ce sont des actes classants qui ne nécessitent pas d'être habituellement réalisés dans un bloc opératoire. Ce sont, par exemple, les actes thérapeutiques par voie endovasculaire, certains actes dentaires, les lithotrities urinaires extracorporelles, les explorations endoscopiques...

Dans la **version 6** de la classification des GHM, les actes d'anesthésie générale et locorégionale sont devenus classants. Ils sont « non opératoires », au sens de la classification, car ils sont considérés comme marqueurs de prise en charge, en hospitalisation de très courte durée, quand ils sont effectués pour des actes qui ne font partie d'aucune liste d'actes opératoires.

Dans les versions successives de la classification des GHM, le nombre des actes considérés comme *classants non opératoires* a connu une augmentation constante pour une meilleure description des prises en charge médicales. Jusqu'à la **version 10c** de la classification des GHM, cette augmentation du nombre d'actes a particulièrement touché la CM 24 *Séjours de moins de 2 jours*.

Les *actes classants non opératoi*res sont signalés dans le volume 2 de ce *manuel* par la précision « non opératoire » dans le titre de leurs listes.

2.1.2.6 Groupes indifférenciés (ni chirurgicaux ni médicaux)

On désigne ainsi les groupes dans lesquels le classement a lieu sans test portant sur les actes. Par exemple, le groupe de la CMD 20 (*Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci*) est indifférencié, ni médical ni chirurgical. La lettre Z en troisième caractère du code du GHM permet de les identifier.

2.1.2.7 Remarque sur les actes non classants

Il importe de ne pas assimiler un acte non classant à un acte « négligeable ». Un acte non classant est essentiellement non discriminant au regard de la classification des GHM, c'est-à-dire qu'il n'améliore pas sa capacité explicative (en termes de majoration de couts ou de durée de séjour).

Le caractère classant ou non d'un acte est en rapport avec la lecture de l'activité médicale à travers cette classification. Il n'exprime pas sa complexité technique ni sa consommation de ressources propre ; il est avant tout un marqueur du cout global du séjour. Certains actes non classants sont du reste susceptibles de jouer un rôle dans la valorisation des séjours, tels les actes marqueurs de suppléance vitale (réanimation) et de prélèvement d'organes.

2.1.3 **Remarque à propos des GHM dont l'intitulé commence par « *Autres interventions…* » et « *Autres affections…* »**

Dans la majorité des CMD il existe des GHM dont l'intitulé commence par « *Autres interventions*… » et « *Autres affections*… » ; par exemple, dans la CMD 06, les racines de

[19] Code-retour 80 (voir le point 5 *La fonction groupage*).

GHM[20] 06C15 *Autres interventions sur le tube digestif en dehors des laparotomies,* 06C21 *Autres interventions sur le tube digestif par laparotomie* et 06M08 *Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans*, 06M09 *Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans* ont un indéniable caractère « fourre-tout », forcément hétérogène.

Les prototypes en sont les GHM de la racine 21C05 *Autres interventions pour blessures ou complications d'acte* de la CMD 21 *Traumatismes, allergies et empoisonnements* pour lesquels le nombre d'actes classants est supérieur à 2000.

Ils sont cependant indispensables pour respecter le caractère exhaustif de la classification, c'est-à-dire que tout RSS doit pouvoir être classé dans un GHM et un seul, quelles que soient ses caractéristiques.

Jusqu'à la **version 6** de la classification des GHM, les groupes « fourre-tout » de diagnostics comprenaient deux types de codes :

- des codes de la CIM–10 d'affections précises mais peu fréquentes (par ex., il faut pouvoir classer dans un GHM un RSS dont le DP serait la lèpre) ;
- des codes imprécis de la CIM–10, prévus par l'OMS pour assurer l'exhaustivité de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes et permettre le codage quand il n'y a aucune possibilité de retour au dossier médical.

À partir de la **version 6** de la classification des GHM, les codes CIM–10 trop imprécis ont été interdits en position de DP pour les raisons suivantes :

- le retour au dossier médical est toujours possible ;
- l'utilisation de ces codes, pour pallier l'absence d'informations, peut engendrer une valorisation du séjour meilleure que celle qui résulterait d'un codage correct.

En effet, parce que ces codes imprécis devaient être classés quelque part, c'était souvent les GHM « *Autres affections…* » qui étaient utilisés. Or, le contenu de ce type de GHM est d'une homogénéité médiocre puisqu'il est composé de cas peu fréquents et que le cout moyen est souvent plus élevé que celui d'autres GHM médicaux dont le contenu est plus standardisé.

Le choix des codes CIM–10 « très imprécis » à interdire comme DP s'est fait sur les critères discriminants de l'absence d'affection (par exemple K92.9 *Maladie du système digestif, sans précision*), ou de l'absence de topographie (par exemple T14.2 *Fracture d'une partie du corps non précisée).*

L'utilisation d'un code très imprécis conduit depuis cette version 6 de la classification des GHM au classement dans un GHM d'erreur.

[20] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

2.2 Les autres facteurs du classement dans un GHM

2.2.1 **Caractéristiques de diagnostics**

Comme les *caractéristiques* d'actes, *les caractéristiques de diagnostics* définissent des listes. Cependant, elles interviennent différemment dans la classification. Une *caractéristique de diagnostics* peut être testée :

- après un acte classant ; par exemple, dans la CMD 01 *Affections du système nerveux*, le classement dans l'un des GHM *Craniotomies chez un patient âgé de plus de 17 ans* se fait par l'intermédiaire d'un test portant sur l'existence d'un des diagnostics répertoriés dans liste définie par la caractéristique intitulée *Traumatisme crânien* ;
- sur l'ensemble des diagnostics d'un RSS dans le cadre d'une CMD définie ; exemple : dans la CMD 05 *Affections de l'appareil circulatoire*, le classement dans un GHM d'infarctus, s'il n'y a pas d'acte classant, se fait en recherchant les codes appropriés parmi tous les diagnostics ;
- sur les diagnostics associés : l'exemple le plus fréquent est représenté par la recherche, parmi les diagnostics associés, d'un code de la CIM–10 ayant la caractéristique *CMA* (voir ci-dessous).

2.2.2 **Complications ou morbidités associées (CMA)**

2.2.2.1 Introduction

Les CMA sont répertoriées dans une liste qui vaut pour l'ensemble de la classification des GHM. Les diagnostics qui font partie de la liste des CMA sont repérés par une *caractéristique de diagnostics* dont l'existence est testée sur tous les diagnostics associés du RSS.

La liste initiale des CMA a reproduit celle constituée par l'équipe américaine de Yale avec la définition suivante : « *les diagnostics associés dont la présence, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentait la durée de séjour d'au moins 24 heures, dans au moins 75 % des cas* ». La notion de CMA a ensuite connu des évolutions dans certaines versions de la classification des GHM :

- **version 4** : création d'un sousensemble de *CMA sévères* (CMAS) destiné à améliorer l'homogénéité des GHM dans lesquels les cas lourds étaient classés dans les versions antérieures de la classification ; la distinction des CMAS a permis de créer un ou deux groupes dans plusieurs CMD ou pour certaines *sous-CMD* : sous-CMD chirurgicale, constituée de tous les séjours chirurgicaux de la CMD *avec CMAS* ; sous-CMD médicale, constituée des séjours médicaux *avec CMAS.* Par exemple, la CMD 04 *Affections de l'appareil* respiratoire comportait un groupe, chirurgical *avec CMAS* (*Interventions pour affection de l'appareil respiratoire, avec CMAS*) ; le test sur la présence d'une CMAS ne concernait ainsi que la sous-CMD 04 chirurgicale. La CMD 07*Affections du système hépatobiliaire et du pancréas* possédait un groupe médical *avec CMAS,* le test sur la présence d'une CMAS ne concernant que la sous-CMD 07 médicale ; la CMD 08 *Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif* comportait deux groupes *avec CMAS,* l'un pour l'activité médicale, l'autre pour l'activité chirurgicale de la CMD 08.

- **version 7** : modification des conditions de classement ; un GHM avec CMA(S) ne pouvait contenir que des RSS ayant un mode de sortie décès ou ayant une durée de séjour supérieure à deux jours ; en effet, l'analyse des bases nationales a montré que le classement des séjours de moins de trois jours dans un GHM avec CMA n'avait pas, ou très peu, de sens d'un point de vue médicoéconomique. En revanche, ces analyses ont aussi montré que les couts des séjours de patients décédés n'étaient pas aussi bien corrélés à la durée de séjour ;
- **version 9** : remplacement de la définition initiale des CMA par une définition statistique : le test de comparaison de moyennes de Student devait avoir une valeur critique *t* supérieure à 5 pour la comparaison des moyennes des couts[21] et l'effectif devait être supérieur à 150 cas dans la base de données de l'étude nationale des couts (ENC) pour chaque GHM à créer, afin de permettre sa valorisation dans de bonnes conditions. Elle a été appliquée à l'ensemble des GHM « avec CMA » existant ou nouvellement créés ;
- **version 11** : les critères statistiques ont été révisés (voir le point 3.2)

2.2.2.2 Les listes d'exclusions des CMA

Jusqu'à la **version 3** incluse de la classification des GHM, la liste des CMA était unique et prise en considération dans sa totalité, quel que soit le DP, lorsque le test « existence d'une CMA » était présent dans l'arbre de décision. Il en résultait un « alourdissement » du classement des séjours lorsqu'il y avait redondance d'informations entre le DP et un DA appartenant à la liste des CMA (par exemple : DP K25.0 *Ulcère de l'estomac aigu, avec hémorragie* et DA K92.0 *Hématémèse*). La nécessité d'établir des exclusions entre le diagnostic principal et les diagnostics associés est devenue indispensable afin de prendre en compte un réel effet CMA du diagnostic associé quand l'information signalée en position de DA, indépendante de celle déclarée en DP, sert de marqueur d'une lourdeur supplémentaire de prise en charge (voir aussi les points 3.1.2.1 et 3.2.1).

À partir de la **version 4** de la classification des GHM, les codes de la CIM–10 appartenant à la liste de complications ou morbidités associées (sévères ou non) ne pouvaient avoir un effet en tant que CMA ou CMAS qu'après une analyse du DP du RSS au regard de *listes d'exclusions*. La création de celles-ci était une forme de réponse au sur-codage.

En conséquence, depuis la **version 7** de la classification des GHM, trois conditions sont nécessaires pour qu'un RSS soit classé dans un GHM « avec CMA » :

- le code appartenant à la liste des CMA doit être mentionné comme *diagnostic associé* ;
- le DP du RSS n'exclut pas le caractère de CMA de l'affection décrite en DA ;
- la durée du séjour doit être assez longue.

Depuis la version 1, les causes d'exclusion on été étendues : le DR exclut comme le DP, et certaines racines ont des listes d'exclusions spécifiques, ce qui permet par exemple de distinguer les cas médicaux et chirurgicaux.

Il faut donc distinguer *l'appartenance* d'un code à la liste des CMA et *son comportement* de CMA en termes de classement en GHM. Un code figurant dans la liste des CMA ne peut pas être considéré indépendamment de la liste des DP qui l'excluent.

---

[21] Ce test permet de combiner à la fois les effectifs et la différence des moyennes des couts. La valeur limite de 5 a été choisie pour ne conclure positivement que pour des cas statistiquement très significatifs.

2.2.3 **Le mode de sortie du séjour**

Le mode de sortie du RSS joue un rôle pour le classement dans certains GHM. Ces GHM comportent dans leur intitulé la notion de *décès* ou de *transfert*, par exemple dans la CMD 05 *Affections de l'appareil circulatoire* avec le GHM 05M21E *Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours* ou dans la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* avec le GHM 15Z03Z *Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement*.

2.3 Catégories majeures particulières

2.3.1 **La catégorie majeure de diagnostic n° 14**

La CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du* postpartum, est un exemple des difficultés qu'engendre le transcodage entre deux nomenclatures, la CIM–9 et la CIM–10.

La classification utilisée aux États–Unis pour coder les diagnostics est l'*International classification of diseases, 9TH revision, clinical modification* (*ICD9–CM*). Grâce au cinquième chiffre de ses codes, cette version modifiée de la CIM–9 permet de distinguer pour une même affection liée à la grossesse si elle intervient lors de l'*antepartum*, lors de l'accouchement ou lors du *postpartum*.

L'absence de ce cinquième chiffre dans la CIM–9 officielle utilisée dans le PMSI en France jusqu'en décembre 1996 a conduit, à compter de la **version 1** de la classification des GHM, à utiliser des tests sur la présence en situation de DA d'un code spécifique de l'accouchement et de la surveillance de grossesse pour distinguer les différentes périodes obstétricales. Pour pallier l'oubli éventuel du code spécifique, un certain nombre de codes marqueurs d'un accouchement ou de *l'antepartum* (diagnostics et actes) avaient été identifiés et jouaient le même rôle.

Bien que la CIM–10 adoptée à partir de 1995 permette de distinguer la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité plus nettement que la CIM–9, l'obligation de mettre un code supplémentaire a été maintenue dans le recueil pour orienter le séjour dans des GHM d'accouchement (catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* ou acte d'accouchement), ou dans des GHM d'*antepartum* (catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque*). Des listes de codes de diagnostics d'accouchement et d'affections spécifiques de *l'antepartum* avaient été créées pour pallier l'oubli éventuel d'un code de la catégorie Z37 en cas d'accouchement, ou d'un code de la catégorie Z35 lors de l'*antepartum*.

Le souhait de simplification et la difficulté pour maintenir ces listes d'équivalents a conduit à les supprimer dans la **version 10** de la classification des GHM et à revenir aux critères initiaux :

- pour être classé dans un GHM d'accouchement, un RSS doit mentionner un code diagnostique Z37.– *Résultat de l'accouchement)* en position de DAS ;

- pour être classé dans un GHM d'*antepartum*, un RSS doit mentionner un code diagnostique Z35.– *Surveillance d'une grossesse à haut risque* en position de DAS[22].

À partir de la version 10c (en mars 2008), *l'âge gestationnel* a été introduit dans les RUM de la mère et de l'enfant. Il est exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée. Il doit être saisi, pour la mère, dans le RUM dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement ; dans celui-ci, la saisie, en sus du code de l'acte, de sa date de réalisation, permet le calcul de l'âge gestationnel à la date de l'admission.

C'est dans cette version 11d que la CMD 14 connait, à nouveau, une révision importante de façon à tenir compte de l'évolution des prises en charge, de l'organisation des maternités en niveaux et des filières imposant des transferts de patientes vers le niveau de maternité adapté.

Les codes diagnostiques Z39.– sont devenus obligatoires pour les GHM de postpartum.

2.3.2 **La catégorie majeure de diagnostic n° 15**

La CMD 15 des *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* présente un certain nombre de difficultés qui lui sont propres.

Avant la version 11.d, le classement dans cette CMD était basé sur le DP. A partir de la version 11d, l'entrée est basée sur l'âge (plus accessoirement le mode d'entrée et le poids).

Il faut distinguer des cas « normaux » des nouveau-nés avec pathologie. Jusqu'à la **version 7** de la classification des GHM, le classement dans les GHM de nouveau-nés normaux s'est fait en vérifiant que la totalité des diagnostics du RSS faisait partie d'une liste définie de codes de la CIM (liste non limitée aux affections du chapitre des affections périnatales). Cependant, la présence d'un diagnostic **hors** de cette liste (et absent des autres listes de problèmes du nouveau-né) suffisait pour que le RSS soit orienté dans le groupe des *nouveau-nés à terme avec d'autres problèmes significatifs*. Sachant que des symptômes tels que « hoquet » ou « rougeur » ne sont pas dans cette liste, ce groupe continuait à contenir des cas de nouveau-nés « sans problème significatif ».

Les codes du chapitre des affections périnatales ne sont pas réservés exclusivement aux nouveau-nés puisque la note d'inclusion du chapitre concerne « les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, même si la mort ou les manifestations morbides apparaissent plus tard ». Ceci explique la présence de RSS ne concernant pas des nouveau-nés dans cette CMD pour les versions antérieures à la **version 4** de la classification des GHM.

À partir de la **version 7** de la classification des GHM, l'ordre des tests effectués dans la CMD 15, la composition des *caractéristiques* de diagnostics et le nombre de niveaux de sévérité pour chaque classe de poids de naissance, ont été modifiés. Les nouveau-nés « sans problème significatif » ne sont plus les premiers recherchés dans l'arbre de décision (à partir du moment où le poids de naissance intervient), mais ils sont la résultante de l'absence de problème de sévérité supérieure. Néanmoins, comme il n'a pas été possible d'affecter un niveau de sévérité précis à des affections très rares, la présence de celles-ci dans un RSS (avec l'absence d'une autre affection ayant un niveau de sévérité supérieur à

[22] Ce retour aux origines était permis par le constat fait dans la base nationale de RSA : moins de 5% des séjours classés dans un GHM d'accouchement l'étaient du fait d'un code autre que Z37.– (c'est-à-dire du fait d'un « équivalent »).

celui des problèmes « non significatifs ») entraine le classement du RSS dans un GHM « sans problème significatif ».

Le résultat final de la classification a été amélioré parce qu'il y avait beaucoup moins de nouveau-nés « anormaux » dans les GHM de nouveau-nés « sans problème significatif » qu'il n'y avait de nouveau-nés « normaux » dans des GHM de nouveau-nés « avec problèmes significatifs » dans les versions précédant la **version 7** de la classification. Il a été également amélioré par l'augmentation du nombre de niveaux de sévérité affectés aux différentes classes de poids de naissance.

À partir de la version 9 de la classification des GHM, le *poids de naissance* est devenu le *poids du nouveau-né à l'entrée dans l'unité médicale*. Ce poids peut donc être différent dans les RUM d'un séjour multiunité de nouveau-né ; dans ce cas c'est le poids qui figure dans le premier RUM qui sert pour le groupage du RSS.

À partir de la mise en œuvre de la **version 10c** de la classification des GHM (1er mars 2008), *l'âge gestationnel* a été introduit dans les recueils des RUM de la mère et de l'enfant (voir le point 2.3.1). Il est exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée. Il doit être saisi dans le RUM produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né au sortir de la salle de naissance, quelle qu'elle soit (maternité, néonatalogie…), que cette unité appartienne au même établissement que la salle de naissance ou, en cas de transfert depuis celle-ci, à l'établissement de destination.

Dans cette **version 11d**, la CMD 15 évolue de façon importante puisque son périmètre va se limiter aux seules naissances et suites de naissance, que son algorithme d'entrée se modifie pour prendre en compte l'âge en jours, le mode d'entrée du séjour, le poids à l'entrée dans l'unité médicale plutôt qu'un diagnostic d'entrée dans la CMD. Elle devient donc une CM et accueille désormais des groupes chirurgicaux. Elle est devenue une CM transversale comme les CM 25 à 27.

2.3.3 **La catégorie majeure n° 24**

La catégorie majeure n° 24 (CM 24 *Séjours de moins de deux jours*) n'existait pas dans la classification américaine des *DRG* qui a servi de base pour l'élaboration de la classification des GHM et qui ne portait pas sur l'activité de très courte durée. Elle a été créée, lors de son adaptation française, avec la dénomination *Séances*.

Dans la **version 1** de la classification des GHM, la CM 24 avait pris la dénomination de *Séances et séjours d'un jour* car outre les séances, elle comportait les séjours dont la date de sortie était égale à la date d'entrée. Dans la **version 2**, le critère « séjour de moins de 24 heures » a remplacé l'égalité entre les dates d'entrée et de sortie.

Dans la **version 4** de la classification des GHM, le test « moins de 24 heures » a été supprimé, la qualité de cette information étant insuffisante. L'absence de modification du titre de cette CM a entretenu une ambiguïté sur son contenu réel, redevenu celui des séjours dont la date de sortie était égale à la date d'entrée, comme c'était le cas dans la **version 1**.

La CM 24 n'a jamais été une catégorie majeure *de diagnostic*. En effet, alors que le RSS est classé selon le DP dans les CMD numérotées de 1 à 23, l'orientation dans la CM 24 était commandée par :

- la mention d'un nombre de séances supérieur à zéro ;

- ou la mention d'un séjour de « très courte durée » (inférieure à 1 jour pour les versions antérieures à la version 9 de la classification, puis inférieure à 2 jours).

Dans les **versions 1 à 6** de la classification, la CM 24 a été améliorée et enrichie, en premier lieu par la création de nombreux groupes chirurgicaux, de groupes médicaux s'appuyant sur des listes d'actes classants non opératoires (voir le point 2.1.2.5), puis sur la recherche d'un acte d'anesthésie classant et la lecture du diagnostic relié.

Dans la **version 9** de la classification des GHM, la CM 24 a pris la dénomination de *Séances et séjours de moins de 2 jours*. En effet, les études statistiques effectuées pour la tarification à l'activité (T2A) ont montré que le classement dans la CM 24 des séjours dont la date de sortie était supérieure de 1 jour à la date d'entrée (autrement dit les séjours comportant une nuitée), qui représentaient une partie majeure de certains GHM, notamment médicaux, améliorait l'homogénéité de la classification. Pour tenir compte de l'augmentation importante de l'effectif de cette catégorie ainsi induite, une vingtaine de GHM a été créée afin d'améliorer la lecture médicale des groupes et de permettre une valorisation plus juste.

Dans la **version 10** de la classification, les *séances* ont été isolées dans une nouvelle CMD numérotée 28, la CM 24 restant destinée aux séjours de moins de 2 jours.

Dans la **version 11** des GHM, la CM 24 a été supprimée et réintégrée dans les autres CMD.

2.3.4 **Les catégories majeures n° 25 à 27**

Trois nouvelles CM ont été créées dans la **version 4** de la classification des GHM :

- la CMD 25 *Maladies dues à une infection par le VIH* ;
- la CMD 26 *Traumatismes multiples graves* ;
- et la CM 27 *Transplantations d'organes*.

Destinées à mieux décrire certains cas lourds, elles ont des arbres de décision qui leurs sont spécifiques. Elles sont dites *transversales* parce qu'elles concernent des RSS qui étaient auparavant classés dans n'importe quelle CMD.

Pour plus d'informations, on peut se reporter à l'introduction de ces CM dans le volume 2 du manuel des GHM, en particulier à celle de la CMD 25.

3. LES VERSIONS 11a, 11b, 11c ET 11d DE LA CLASSIFICATION DES GHM

3.1 Introduction

Dans ce qui suit, on désignera par *version 11a* la version de la classification utilisée du 1er mars 2009 au 28 février 2010. La version 11b est celle utilisée du 1er mars 2010 au 28 février 2011, la version 11c celle utilisée du 1er mars 2011 au 29 février 2012.

3.1.1 **Le cadre général**

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de décrire et de classer chaque séjour hospitalier dans un *groupe homogène de malades* (GHM) auquel est associé un (ou plusieurs) *groupe(s) homogène(s) de séjour* (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge du séjour par les régimes d'assurance maladie. La nécessité et l'ampleur des adaptations de la classification des GHM à la tarification à l'activité (T2A) est liée à l'impact déterminant de cette classification médicoéconomique dans le modèle de financement des établissements de santé MCO avec une augmentation rapide de la part de tarification à l'activité dans le secteur qui était antérieurement sous dotation globale de financement (DGF[23]), et selon un objectif de convergence tarifaire, dans le secteur anciennement sous objectif quantifié national (OQN).

3.1.1.1 Premières adaptations de la classification des GHM à la T2A (les versions 9 et 10)

La première étape de l'adaptation de la classification des GHM à la T2A visait une réduction des plus grosses disparités interétablissements (**version 9** de la classification des GHM, 2004-2005), en particulier pour les cas où la durée moyenne de séjour d'un GHM était très variable selon les catégories d'établissements.

La deuxième étape (**version 10** de la classification des GHM, 2006-2008) avait deux objectifs principaux :

- prendre en compte les difficultés rencontrées par certains établissements, communiquées par les fédérations de l'hospitalisation ; il s'agissait d'effectuer des modifications ponctuelles pour répondre aux demandes validées par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ; pour cela des groupes chirurgicaux ou avec actes techniques non opératoires ont été créés, car les demandes de modifications venaient pour l'essentiel du secteur privé dont c'est l'activité principale ;
- la création de GHM nécessaires à une éventuelle intégration de certains dispositifs médicaux implantables dans les tarifs.

3.1.1.2 Étapes ultérieures (la version 11a)

La **version 11a** de la classification des GHM est la troisième étape de l'adaptation à la tarification à l'activité (T2A). Elle avait deux objectifs principaux :

- la révision des GHM médicaux, c'est-à-dire « sans acte classant » ;

[23] 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.

- la création de niveaux de sévérité pour chaque racine de GHM[24].

La révision des groupes médicaux a été abordée de la même façon que la révision des groupes chirurgicaux :

- soit en segmentant des GHM pour individualiser des affections sévères (par exemple, 16M16 *Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans*),
- soit en modifiant l'orientation de certains diagnostics vers un autre GHM voire une autre CMD pour améliorer la cohérence médicoéconomique des groupes : par exemple, les coqueluches sont désormais classées dans les racines 04M06 et 04M07 des *Infections et inflammations respiratoires, âge ± 18 ans* au lieu des racines 04M02 et 04M03 des *Bronchites et asthme, âge ± 18 ans* de la **version 10** de la classification.

Un acte chirurgical (ou un acte technique nécessitant un environnement particulier) est presque toujours un acte marqueur fort de consommation de ressources et il constitue habituellement un bon repère de la durée et des couts d'un séjour. L'analyse médicoéconomique des GHM médicaux a montré qu'ils étaient *moins homogènes* que les groupes chirurgicaux[25]. Dans les groupes médicaux il n'a pas été possible de mettre en évidence d'acte marqueur comme critère de segmentation (par exemple, toutes les pneumonies ont toujours un acte d'imagerie pulmonaire). Par ailleurs, on constate qu'il y a fréquemment à l'intérieur des groupes médicaux, une variation de la durée de séjour liée au diagnostic principal (DP) et que dans ces séjours-là il y a aussi souvent des problèmes médicaux (pathologies ou affections connexes au DP) qui influencent aussi la durée du séjour et qui ont tendance à augmenter en nombre avec l'âge.

Jusqu'à la **version 10** de la classification des GHM, ces morbidités supplémentaires étaient prises en compte pour certains GHM à travers :

- les complications ou morbidités associées (CMA) ; mais tous les GHM n'étaient pas concernés et, si tous les établissements ne prenaient pas en charge le même éventail de cas de CMA, le risque étaient de défavoriser ceux qui concentraient les cas des séjours avec les CMA plus couteuses,
- les CMA sévères (CMAS) ; mais celles-ci constituaient un seul GHM spécifique pour toute une sous-catégorie majeure de diagnostic (sous-CMD) chirurgicale ou médicale dans quelques CMD.

Les analyses ont montré que le pouvoir « classant » de deux niveaux, CMA et CMAS, était insuffisant, puisqu'ils regroupaient des séjours de grande variabilité médicoéconomique dans des mêmes GHM payés à la moyenne (T2A). Or si tous les établissements ne prennent pas en charge le même éventail de cas de CMA, le risque est de défavoriser ceux qui concentrent les cas des séjours avec les CMA plus couteuses. De la même façon, l'inconvénient des GHM avec CMAS est le regroupement sur la seule présence de diagnostics associés appartenant à la liste des CMAS de séjours issus d'activités à couts d'origine très variables provenant des différents GHM de la sous-CMD[26]. L'étude des principaux modèles étrangers a montré qu'ils prenaient en compte la sévérité (ex. quatre niveaux de sévérité appliqués). C'est donc cette piste qui a été explorée dans le cadre des

---

[24] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

[25] Pour justifier la création ou la segmentation d'un GHM il faut, au sein d'un groupe, avoir des effectifs de RSA suffisants et respecter des critères d'homogénéité médicale et économique.

[26] À propos de la notion de sous-CMD, se reporter au point 2.2.2.

propositions pour la **version 11a** et elle a été validée par les instances qui suivent les travaux de maintenance de la classification.

3.1.2 Les conséquences de l'augmentation des niveaux de sévérité

Les modifications importantes de la **version 11a** découlent de la volonté d'augmenter le nombre de niveaux de sévérité.

3.1.2.1 Refonte de la liste des CMA et des listes d'exclusions

La refonte de la liste des CMA était nécessaire pour répondre à l'objectif de création de quatre niveaux suffisamment différents entre eux. La liste de CMA utilisée jusqu'à la **version 10** était, à peu de choses près, la liste américaine. Elle ne comportait pas assez de codes pour permettre la création d'un niveau supplémentaire de sévérité par rapport aux trois niveaux déjà existant de la **version 10**. L'analyse des bases françaises a permis de retenir des codes comme CMA en fonction de la réalité des pratiques françaises. Les conditions pour être une CMA ont été revues dans la **version 11a** (voir les points 3.2.1 et 3.2.2).

La refonte des listes d'exclusions s'est faite parallèlement à celle de la liste des CMA car pour pouvoir étudier le caractère potentiellement CMA de chacun des codes de la CIM–10, il a fallu créer des listes d'exclusions pour chacun d'eux. En effet, le caractère transversal (dans tous les GHM de toutes les CMD) et systématique (changement de niveau de sévérité chaque fois que le diagnostic est codé comme DAS d'un séjour) des CMA présente le risque de dilution ou de masquage de l'effet d'augmentation de durée de séjour si les cas où le diagnostic est présent mais sans effet sont trop fréquents. Pour isoler les cas où un diagnostic de la liste CMA a un réel impact sur la durée de séjour, il faut essayer d'exclure sa prise en compte en tant que marqueur dans les cas où l'information est redondante avec d'autres variables caractérisant le séjour, notamment le diagnostic principal ou le GHM. Des listes de diagnostics ont donc été constituées ainsi que des règles d'exclusions entre listes.

3.1.2.2 Nouvelle définition du diagnostic principal

Si les niveaux 3 et 4 de sévérité sont destinés à mieux prendre en compte et valoriser des morbidités associées du patient, ils sont aussi destinés à la valorisation des complications de la maladie qui a justifié l'hospitalisation et de celles qui peuvent survenir pendant le séjour. La définition du DP en vigueur jusqu'à la **version 11a** imposait de coder en DP la complication comme telle chaque fois qu'elle était jugée plus consommatrice d'effort de soins (ou de ressources) que la maladie initiale qui avait motivé l'hospitalisation. Si cette règle avait persisté, on aurait pu se demander à quoi servaient les niveaux de sévérité et en quoi la maladie causale codée en diagnostic associé (DA) pouvait expliquer correctement les surcouts du séjour correspondant au DP retenu. C'est la raison pour laquelle une modification de la définition du DP était nécessaire à partir de la **version 11a** en donnant cette fois la priorité à l'affection qui a motivé le séjour dans l'unité médicale déterminée *a posteriori*[27].

---

[27] Le DP est défini dans le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* : « Le diagnostic principal (DP) du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), pris en charge pendant le séjour et déterminé à la sortie de l'UM ». Le choix du DP reste rétrospectif.

3.1.2.3 Suppression de la CM 24 (Séjours de moins de deux jours)

Le niveau 1 de sévérité correspondant aux séjours sans CMA et le seuil d'appartenance à la liste des CMA étant abaissé, la DMS et le cout du GHM sans CMA sont en général inférieurs à ce qu'ils étaient dans la **version 10** de la classification des GHM. Pour de nombreux GHM, la différence entre le groupe de la CM 24 *Séjours de moins de deux jours*) et celui qui existait dans une autre CMD pour la même activité était tellement faible pour le niveau 1 que le maintien de la CM 24 ne se justifiait plus. C'est la raison pour laquelle la CM 24 a été supprimée avec en corollaire, à partir des groupes de niveau 1, la création :

- d'une part de GHM d'activité ambulatoire (sixième caractère[28] « J » du numéro de GHM, correspondant à 0 nuit) dans les autres CMD pour ne pas perdre le repérage de cette activité programmable ;
- d'autre part, de GHM de très courte durée (sixième caractère « T » du numéro de GHM, correspondant à 0, 1 ou 2 nuitées au plus), médicaux le plus souvent, pour recréer une grande partie de la CM 24 mais de façon plus spécifique.

Cette réintégration des séjours de très courte durée dans la racine du GHM[29] permet également de compléter le *case-mix* de cette racine en regroupant au même endroit de l'arbre et sous la même numérotation les séjours très courts et les différents niveaux de sévérité. Exemple :

GHM	**Libellé**
05K061	*Endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde, niveau 1*
05K062	*Endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde, niveau 2*
05K063	*Endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde, niveau 3*
05K064	*Endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde, niveau 4*
05K06T	*Endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde, très courte durée*

3.1.3 **Les autres modifications des premières versions de la V11**

3.1.3.1 Suppression des GHM 90H02Z et 90H03Z (actes sans relation avec le diagnostic principal)

La nouvelle définition du diagnostic principal devrait être source d'une augmentation du nombre de séjours dans le groupe 90H02Z[30]. C'est le cas dans un RSS monoRUM quand l'acte a été réalisé pour un DA et n'est pas classant dans la CMD du DP. Le nombre artificiellement bas de séjours présents dans le groupe 90H02Z par distorsion du codage, ainsi que la valorisation à la moyenne inadaptée (compte tenu des séjours qui le composent) ont conduit à reprendre la réflexion sur ce groupe et à proposer sa suppression. De même pour le groupe 90H03Z (équivalent du groupe 90H02Z pour les séjours de moins de deux jours) : il disparait avec la suppression de la CM 24. Le séjour est désormais orienté dans un GHM médical ou avec acte classant non opératoire.

---

[28] Dans la version 11 de la classification, le sixième caractère du numéro d'un GHM peut être alphanumérique : soit 1 à 4 pour désigner les niveaux de sévérité ou A, B, C ou D s'il s'agit des CMD 14, 15 et 25, soit Z pour désigner une racine non éligible aux 4 niveaux, soit J pour désigner un GHM d'activité ambulatoire, soit T pour désigner un GHM de très courte durée, et enfin E pour désigner le GHM correspondant aux RSA de patients décédés.

[29] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

[30] Les deux groupes 90H02Z et 90H03Z contenaient des RSS dont l'acte opératoire était sans relation avec le diagnostic principal (se reporter au point 2.1.2.3).

Si la complication codée en DAS et en rapport avec l'acte effectué est une CMA, le séjour est orienté dans un niveau de sévérité adéquat. Le séjour est repéré par un code-retour spécifique de la *fonction groupage*, **le code-retour 222**.

3.1.3.2 Utilisation du diagnostic relié pour le groupage du séjour

Dans les **versions 11** de la classification, l'utilisation du diagnostic relié (DR) est devenue plus importante qu'auparavant. En effet, pour certains DP particuliers, notamment les catégories Z08 *Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne* et Z09 *Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes* relatives aux examens de contrôles après traitement, la *fonction groupage* oriente le séjour dans la CMD du DR quand il existe, en procédant à une inversion entre DP et DR. Cette inversion est indépendante des règles de recueil du DP : elle est réalisée par la *fonction groupage* et reste transparente pour l'utilisateur. Le RSS suit l'arbre de décision de la CMD du DR (et notamment sa partie chirurgicale et éventuellement sa partie concernant les actes classant non opératoires) puis, si le séjour ne comporte aucun acte classant, l'algorithme de groupage rétablit la lecture du DP du séjour (en Z08 ou Z09) et classe le séjour dans le GHM d'explorations et surveillance.

Les séjours avec un DP des catégories Z08 et Z09 ne mentionnant pas de DR restent classés en CMD 17 *Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* et 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*.

3.1.3.3 Révision de la CMD 08

La révision des groupes médicaux a amené plus de clarté dans la lecture des séjours médicaux de la CMD 08 *Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif* en distinguant le membre supérieur du membre inférieur, les fractures des entorses et luxations. La partie chirurgicale de cette CMD a également bénéficié de ces distinctions topographiques et lésionnelles : les interventions sur le membre supérieur ont été séparées de celles sur le membre inférieur ; certaines racines chirurgicales ont été segmentées sur des affections aigües comme les prothèses de hanche pour traumatismes récents (08C47), les interventions sur la cheville et l'arrière-pied pour fractures (08C55). La suppression de la CM 24 a conduit à revoir la description de certaines activités : désormais les arthroscopies sont segmentées en quatre racines différentes :

- les *méniscectomies sous arthroscopies* (08C45) ;
- les *interventions sur les ligaments croisés du genou sous arthroscopies* (08C34) ;
- les *autres arthroscopies du genou* (08C38) ;
- les *arthroscopies d'autres localisations* (08C40).

3.1.3.4 Intégration des modifications de la CIM–10

Les autres modifications concernent l'intégration des dernières mises à jour de l'OMS et les créations d'extensions nationales françaises nécessaires à l'orientation dans les différentes racines de GHM (voir le point 3.5.1). Une partie de ces créations avait pour but de diminuer le nombre de séjours dans la CMD 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*. Elles ont comme corollaire, le plus souvent, de rendre les *codes-pères*[31] interdits.

[31] On entend par « code-père » un code à l'origine de la création d'extensions. Par exemple, I21.1 est le code-père d'I21.10 et I21.10 est le code-père d'I21.100. Se reporter à l'annexe 6 du volume 1 de ce manuel.

L'ensemble de ces points ne peuvent être abordés séparément tant ils sont intriqués. La refonte des CMA, des listes d'exclusions et la création des niveaux de sévérité seront développées conjointement ; les autres modifications seront abordées dans le paragraphe consacré aux nouveaux GHM.

3.2 Les niveaux de sévérité par GHM des versions 11a, b, c et d

Les niveaux de sévérité sont la nouveauté principale des **versions 11** et ce, à plusieurs titres :

- leur nombre passe à 4, au lieu de 3[32] dans les versions précédentes de la classification ;
- ils sont appliqués de manière plus systématique à l'ensemble des racines de GHM, et c'est l'absence de niveau de sévérité d'une racine de GHM qui devient l'exception. On notera toutefois que dans les versions précédant la **version 11a**, l'absence de segmentation en « avec CMA» et « sans CMA » résultait essentiellement d'une insuffisance d'effectifs permettant de distinguer la population « avec CMA » (séjours majoritairement simples dans les GHM légers) ou dans la population « sans CMA » (séjours majoritairement compliqués dans les GHM très lourds). Dans les **versions 11** de la classification des GHM, l'absence de niveau de sévérité d'un GHM résulte d'une volonté de ne pas favoriser, par les niveaux de sévérité, des activités à la limite du champ MCO ;
- disposer de 4 niveaux de sévérité nécessite davantage de CMA et doit avoir un effet explicatif de « surcouts[33] » plus net que celui observé pour de nombreuses CMA utilisées dans les versions précédentes. Une refonte totale de la liste des CMA a été effectuée.

3.2.1 **La nouvelle liste de CMA : méthode**

Pour faire partie de la liste des CMA, les codes de la CIM–10 doivent répondre à certains critères issus de travaux et d'études réalisés sur de très gros volumes de données et entérinés par les instances consultatives et décisionnelles[34]. La méthode utilisée est la suivante : par rapport à des séjours non compliqués choisis pour référence racine par racine de GHM[35], un diagnostic associé a été considéré comme une CMA lorsque :

- il entrainait une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) d'au moins 2 jours et d'au moins 25% de la DMS de référence ;
- au moins 55% des séjours avec ce DA étaient plus longs que leur médiane de référence.

Pour arrêter ces nouvelles valeurs, il a fallu effectuer un certain nombre de travaux préparatoires dont les plus importants ont été :

---

[32] « sans CMA », « avec CMA » et « avec CMAS ».

[33] Soit indirectement en allongeant les durées de séjour, soit directement en majorant les couts des séjours.

[34] Plus d'éléments sur le Site Internet ATIH

[35] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

- de nature statistique, avec la reprise de méthodes statistiques qui avaient déjà fait leurs preuves, comme « l'effet isolé » d'un code de la CIM–10 sur la durée de séjour[36], mais aussi la mise au point de méthodes nouvelles détaillées ci-dessous ;
- la généralisation des listes d'exclusions, par des procédés automatiques, afin de concentrer le pouvoir explicatif d'un allongement de la durée de séjour sur des codes débarrassés des redondances de codage. Jusqu'à la **version 10** incluse, les exclusions se faisaient entre DP-DR et DAS ; des exclusions entre racine de GHM et DAS ont été ajoutées dans la **version 11a**[37]. L'introduction des mises à jour de la CIM–10 par l'OMS a conduit à modifier les listes d'exclusions puisque certains codes nouveaux figurent à présent dans les listes de CMA. C'est le cas, par exemple, de R57.2 *Choc septique* qui appartient à la liste des CMA de niveau de sévérité 4. Ainsi, l'examen des RSA codés en **version 11b** a conduit à l'ajout d'une cinquantaine de nouvelles règles d'exclusions entre diagnostic principal ou relié et DA et de trois nouvelles exclusions entre racines de GHM et DAS. Les annexes 4 et 5 du manuel des GHM ont été actualisées en conséquence ;
- la réalisation d'une liste de codes de la CIM–10 non éligibles à l'état de CMA (par exemple les symptômes ou les résultats anormaux d'examen comme la catégorie R94 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles*) avec, également, l'objectif de concentrer le pouvoir explicatif d'un allongement de la durée de séjour sur les autres codes, mais aussi pour ne pas avoir dans la liste des CMA des codes « trop faciles » à utiliser ;
- le regroupement des codes ayant une proximité médicale acceptable de façon à visualiser un possible effet CMA lorsque les effectifs en DA sont trop faibles dans les bases nationales pour être valides statistiquement[38].

Une fois la liste des CMA obtenue et validée d'un point de vue médical pour rattraper les exclusions excessives (séjours longs « sans CMA ») et exclure les exclusions omises (séjours courts « avec CMA »), les codes ont été mis en classes pour obtenir trois niveaux de sévérité, en veillant à ce qu'un code soit toujours dans un seul niveau de sévérité et n'en change pas dans une même version de la classification. On notera toutefois que le RSS d'un patient peut comporter des CMA en DAS et ne pas être classé dans le niveau de sévérité correspondant s'il ne remplit pas les nouvelles conditions requises dans la **version 11a** pour être classé dans ce niveau, comme c'était d'ailleurs déjà le cas dans les versions précédentes de la classification.

3.2.2 Conditions supplémentaires requises pour être dans un niveau de sévérité

Comme dans les versions précédentes, une CMA a un effet « surclassant » à condition que le séjour du patient présente un certain nombre de caractéristiques :

- la CMA ne doit pas être exclue ni par le DP ni par le DR ;

---

[36] Il s'agit de repérer dans les RSA qui ont de nombreux DAS, celui qui est le plus explicatif de l'allongement de la durée de séjour.

[37] Certaines racines de GHM sont obtenues par un test sur l'ensemble des diagnostics du RSS et ces exclusions sont rendues obligatoires pour qu'un même code ne joue pas à la fois le rôle d'orientation dans la racine et de CMA.

[38] Par exemple, on rassemble dans un seul groupe toutes les tumeurs bénignes de la peau, en regroupant celles de la lèvre (D23.0), celles de la paupière y compris le canthus (D23.1), celles de l'oreille et du conduit auditif externe (D23.2)… celles de la peau SAI (D23.9).

- la CMA ne doit pas être exclue par une racine de GHM construite à partir d'un test sur l'ensemble des diagnostics du RSS. En effet, un même diagnostic ne peut à la fois orienter dans la racine et être une CMA pour celle-ci ;
- il faut **une durée de séjour minimum** pour accéder aux différents niveaux de sévérité ; cette durée minimale doit être de :
  - 3 jours pour le niveau 2,
  - 4 jours pour le niveau 3,
  - 5 jours pour le niveau 4.

Les mêmes seuils de durée de séjour sont appliqués pour accéder aux niveaux B, C et D des CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du* postpartum, 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* et 25 *Maladies dues à une infection par le VIH*.

Si la durée de séjour minimale pour le niveau théorique de la CMA n'est pas respectée, le RSS est groupé dans le niveau de sévérité **immédiatement inférieur** sous réserve du respect de la durée de séjour requise pour ce niveau.

3.2.3 **Les équivalences de CMA**

Avec une meilleure description de la complexité ou de la sévérité des GHM, il avait été envisagé de pouvoir supprimer les équivalences d'âge (« l'effet âge comme équivalent de CMA »). Il s'avère que l'emploi de l'âge[39] doit être conservé et même affiné[40]. Dans les **versions 11** de la classification des GHM, le décès joue également un rôle d'équivalence de CMA lorsqu'il n'existe pas de CMA ni d'effet âge. Le rôle de ces deux critères a dû être adapté à l'existence de plusieurs niveaux de sévérité ; il s'agit donc à la fois de faire jouer un rôle de CMA quand l'âge ou le décès fait passer d'un niveau 1 (sans CMA) à un niveau 2 (avec CMA), et un rôle de marqueur de sévérité quand, combiné à l'existence d'un diagnostic de CMA, l'âge permet d'accéder à un niveau de sévérité plus important.

3.2.3.1 L'âge

Depuis la **version 11a** il existe trois bornes d'âge différentes, retenues comme améliorant significativement la performance de la classification des séjours dans certaines racines de GHM : < 2 ans, > 69 ans et > 79 ans. L'âge peut jouer un rôle différent pour chaque niveau de sévérité et, au maximum, deux bornes d'âge peuvent intervenir pour une racine de GHM donnée : la borne < 2 ans d'une part, et la borne > 69 ans ou > 79 ans d'autre part. L'action de l'âge n'est pas systématique pour chaque racine de GHM et n'existe que si la durée du séjour est conforme pour chacun des niveaux :

- âge > 79 ans : il peut agir sur les niveaux 1, 2, 3 en classant le RSS dans le niveau supérieur à celui qui correspond à la CMA la plus élevée ; pour certaines racines, il permet un passage du niveau 1 au niveau 2, pour d'autres du niveau 1 au niveau 2,

---

[39] Il s'agit ici uniquement de l'âge qui sert d'équivalence à un niveau de sévérité et non de l'âge qui segmente une racine de GHM comme c'est le cas pour les 35 ans du diabète ou la borne de 18 ans.

[40] Quand on supprime l'équivalence « âge », la part de variance expliquée (PVE) sur les durées de séjour diminue, mais quand on applique la borne de 69 ans à tous les GHM, elle est également détériorée. La meilleure solution serait d'avoir un âge adapté pratiquement à chaque GHM, ce qui alourdirait l'algorithme de groupage et la lecture du *case-mix*. C'est donc le compromis qui a donné le meilleur résultat sur la PVE qui a été retenu.

du niveau 2 au niveau 3 et pour d'autres enfin du niveau 1 au niveau 2, du niveau 2 au niveau 3 et du niveau 3 au niveau 4 ;

- âge > 69 ans : il a la même action, mais uniquement sur les niveaux 1 et 2 ; il ne peut pas faire passer un RSS du niveau 3 au niveau 4 qui, compte tenu de sa lourdeur moyenne, reste réservé à la description de cas particulièrement lourds[41] ; pour certaines racines, il permet un passage du niveau 1 au niveau 2 et pour d'autres du niveau 1 au niveau 2, du niveau 2 au niveau 3. Pour une racine donnée, si la borne > 69 ans intervient, alors celle > 79 ans n'intervient pas ;
- âge < 2 ans : il n'agit que sur le niveau 1 en classant le RSS dans le niveau 2.

En 2010, dans la **version 11b** de la classification des GHM, l'effet de l'âge sur l'explication de la durée de séjour a été révisé, en particulier pour prendre en compte la création de certaines racines de GHM, notamment (mais pas seulement) celles segmentées sur la notion de pathologies aigües *versus* chroniques. Il en résulte que pour certaines racines de GHM, le choix de la borne *âge inférieur à 2 ans* ou de la borne *âge supérieur à 69 ans* ou *âge supérieur à 79 ans* n'était pas toujours le plus approprié. L'effet de l'âge comme équivalent de CMA a donc été réactualisé.

Au total 219 racines ont été concernées par des modifications de « l'effet âge ». Par exemple, dans la **version 11a** de la classification des GHM, la racine 08C23 *Prothèses de hanche* a été segmentée pour prendre en compte la notion de traumatismes récents à l'origine ou non du séjour, et elle a donné naissance à deux nouvelles racines[42] :

- la racine 08C47 *Prothèses de hanche pour traumatismes récents* ;
- la racine 08C48 *Prothèses de hanche pour affections autres que traumatiques*.

La borne d'âge retenue comme équivalent de CMA avant la **version 11b** de la classification était *supérieure à 79 ans* ; elle intervenait pour les niveaux 1 à 3 et concernait la borne la plus adéquate pour la racine 08C23. La segmentation de la racine en deux nouvelles racines a rendu cette borne d'âge inadéquate dans la mesure où l'effet de l'âge n'était pas identique pour les deux racines finalement créées. La correction apportée dans la **version 11b** de la classification des GHM a été la suivante :

- une absence d'effet de l'âge comme équivalent de CMA pour la racine 08C47 ;
- un effet d'un âge supérieur à 79 ans intervenant sur le niveau 1 de la racine 08C48.

Le détail de l'effet de l'âge comme équivalent de CMA pour chaque racine de GHM figure dans l'annexe 3 du volume 1 du manuel des GHM.

3.2.3.2 Le décès

L'action du décès comme équivalence d'un niveau de sévérité est limitée au niveau 1 et permet de classer un RSS sans CMA dans le niveau 2 si la durée du séjour est au moins égale à 3 jours. Cette modification a été faite pour permettre de définir le niveau 1 comme étant le niveau le plus proche de l'activité standardisée d'une racine de GHM. Néanmoins, les décès survenant pour des durées de séjour inférieures à 3 jours restent classés dans le niveau 1 de sévérité.

---

[41] L'analyse statistique montrait que cette borne aurait pu être utilisée pour certains niveaux 3 comme équivalence du niveau 4, mais cette population constituait la partie basse du niveau 4 en abaissant sa DMS et donc son cout moyen, ce qui a été jugé inutile.

[42] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

3.2.4 L'enchainement des conditions

Pour qu'un RSA soit classé dans un GHM de niveau de sévérité 2, 3 ou 4, il y a donc des conditions et des équivalences, mais dans un algorithme de groupage, l'ordre de priorité des différentes conditions doit être précisé. Il est le suivant :

- existence d'une CMA et son appartenance à un niveau donné (2, 3 ou 4) ;
- âge du patient (selon le cas : < 2 ans, > 69 ans ou > 79 ans) ;
- décès si aucune des deux conditions précédentes n'est satisfaite ;
- et enfin, la durée du séjour qui est une condition *obligatoire*.

Ainsi, le séjour d'un patient qui a un DAS considéré comme une CMA de niveau 4, un mode de sortie « décès » et un âge supérieur à 79 ans mais une durée de séjour inférieure à 3 jours, est classé dans un GHM de niveau 1 (pas de critère de sévérité retenu). Cela peut paraitre contradictoire avec le souhait de ne garder que l'activité standardisée dans le niveau 1. On peut convenir que ce séjour particulier n'a que très peu de raisons d'appartenir à une racine de GHM décrivant une activité légère[43], mais sans doute plus souvent à des racines de GHM décrivant des activités lourdes. Or celles-ci ont une DMS de niveau 1 déjà élevée, celle du niveau 2 l'est encore plus, générant un tarif qui ne peut être appliqué à des séjours de moins de 2 jours, même terminés par un décès.

3.2.5 Révision de la liste de CMA dans la version 11c

Les travaux ayant permis la révision des listes de CMA» dans la version 11a de la classification des GHM avaient été effectués sur les bases nationales 2005-2006 et la segmentation de la liste en 3 niveaux de sévérité avait été calculée avec la base 2007. L'introduction d'un niveau supplémentaire de sévérité par rapport à la version 10 et l'appropriation par les codeurs de la nouvelle définition du DP et des nouvelles règles de codage de la version 11a impliquaient qu'une actualisation et une consolidation de la liste se fasse dans les plus brefs délais et sur des bases nationales plus récentes.

L'ajustement des listes d'exclusion entre DP/DR et CMA ou entre GHM et CMA s'est poursuivi.

La méthodologie retenue a consisté à reprendre l'étude de l'effet CMA de tous les codes de la CIM–10 (selon les mêmes critères que ceux utilisés pour la version 11a[44]) mais sur des bases nationales plus récentes (2007, 2008, 2009 et 2010 partiellement). Le but était de valider la liste actuelle ou de l'ajuster si nécessaire. Les codes qui avaient un effectif suffisant (supérieur à 1000 cas en effet brut) ont été principalement analysés, d'autres codes ont aussi été analysés et leurs niveaux modifiés en raison de la nécessaire cohérence médicale de la liste. Pour la première fois, la base 2008 des séjours des établissements participant à l'étude nationale de couts (ENC) a été analysée en parallèle de façon à ne pas omettre un effet CMA qui se traduirait plus en augmentation des couts qu'en allongement de la durée de séjour. Lors des études pour la version 11a de la classification des GHM, nous

---

[43] Un décès peropératoire par choc anaphylactique lors d'une intervention pour canal carpien est un cas suffisamment rare pour qu'on ne mette pas en place des mécanismes qui conduisent à « survaloriser » tous les cas de décès précoces non prévus dans la classification.

[44] Les 3 critères pour être éligible sur la liste des CMA : augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) d'au moins 2 jours et d'au moins 25% de la DMS de référence ; au moins 55% des séjours avec ce DA étaient plus longs que leur médiane de référence.

avions vérifié que les codes de la CIM–10 répondant aux trois critères nécessaires pour figurer dans la liste des CMA avaient le même effet sur les couts que celui constaté sur la durée du séjour.

Cette nouvelle analyse nous a conduits :

- soit à retirer un code de la liste si aucun effet CMA sur la durée ou les couts n'existait depuis 3 ans et qu'aucun ajout d'exclusion, de façon à concentrer l'effet du code, ne semblait possible ;
- soit à ajouter des exclusions de façon à concentrer l'effet CMA de ce code pour le conserver dans la liste de CMA ;
- soit à ajouter un code à la liste car un effet CMA était constaté dans les trois dernières années ;
- soit à modifier le niveau de sévérité d'un code déjà CMA en le reclassant ou en le déclassant.

Ainsi :

- 143 codes de la CIM–10, qui n'étaient pas CMA jusqu'alors, sont ajoutés à la liste des CMA et sont donc reclassés du niveau 1 en niveau de sévérité supérieur ; par exemple : B96.2 *Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* et D72.1 *Éosinophilie* passent en niveau 2, Z51.5 *Soins palliatifs* passe en niveau 3. À ceux-ci s'ajoutent 50 nouveaux codes CIM–10 qui intègrent directement la liste des CMA par assimilation avec les codes qu'ils remplacent ou avoisinent comme C90.3 *Plasmocytome solitaire* qui intègre la liste en niveau 2 ;
- des codes CIM–10 voient leur niveau de sévérité baisser comme F01.0 *Démence vasculaire à début aigu* qui est déclassé du niveau 3 au niveau 2 et K76.3 *Infarctus hépatique* du niveau 4 au niveau 3 ; d'autres voient leur niveau de sévérité croitre ; par exemple le code L89.1 *Ulcère de décubitus de stade II* a été reclassé du niveau 2 au niveau 3, et le code U80.1 *Agents résistant à la méthicilline* du niveau 3 au niveau 4 ;
- des codes CIM–10, dont l'effet CMA a disparu, ont été déclassés en niveau 1 puisqu'aucune exclusion n'a pu être ajoutée pour en concentrer l'effet :
  - B23.2 *Maladie par VIH à l'origine d'anomalies hématologiques et immunologiques, non classées ailleurs*,
  - D13.0 *Tumeur bénigne de l'œsophage*, D13.1 *Tumeur bénigne de l'estomac*, D13.2 *Tumeur bénigne du duodénum*,
  - F80 *Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage*, F82 *Trouble spécifique du développement moteur*, F83 *Troubles spécifiques mixtes du développement*,
  - J92 *Plaque pleurale* ;
- des codes ne conservent leur niveau de sévérité qu'après ajouts d'exclusions entre DP/DR et DA, pour concentrer l'effet CMA. C'est le cas par exemple de B21 *Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes* (exclusion avec les séances de radiothérapie), de certains cancers (exclusion avec la dénutrition), de l'anémie posthémorragique aigüe (exclusion avec M16 *Coxarthrose [arthrose de hanche]*, M17 *Gonarthrose [arthrose du genou]* et S72 *Fracture du fémur*).

Par ailleurs, certains codes présents dans la version 11b dans la liste des CMA, posent problème à l'usage, même s'ils conservent toujours leur effet CMA dans les bases nationales

de 2007, 2008 et 2009. Il s'agit de codes dont le libellé ou la définition est imprécis[45]. Leur examen a nécessité la réflexion d'un groupe de travail avec des représentants de l'information médicale pour décider de leur maintien ou non dans la liste des CMA. La plupart sont pour le moment conservés, quelques rares codes ont été déclassés ; par exemple, le code M54.1 *Radiculopathie* et ses extensions documentaires ont été déclassés du niveau 2 au niveau 1.

On notera que certains codes très peu probables en France sont considérés comme CMA, par assimilation avec leur famille, même s'ils n'ont jamais été rencontrés (par exemple, A20.3 *Peste méningée*).

3.2.6 **Modifications des listes d'exclusions dans la version 11c**

L'introduction des mises à jour de la CIM–10 par l'OMS et des créations d'extensions par l'ATIH, la révision de l'effet CMA ont conduit à mettre à jour les listes d'exclusions. De nouvelles règles d'exclusion entre diagnostic principal ou relié et CMA ont été ajoutées.

3.3 Les nouveaux GHM créés avec les versions 11a, b et c

Les **versions 11a, b et c** de la classification des GHM apportent de nouvelles racines de GHM[46], notamment par la révision des groupes médicaux et la description de nouvelles activités. Elle introduit également de nouveaux GHM correspondant soit à des niveaux de sévérité ou de complexité, soit à des modes de prise en charge (ambulatoire ou de très courte durée), soit à des situations particulières (décès ou non éligibilité aux niveaux de sévérité).

3.3.1 **Pour décrire des activités médicales précises**

3.3.1.1 Le cas général

Un des principaux objectifs de la **version 11a** était d'améliorer la description des séjours médicaux[47]. Pour le champ de la médecine, les niveaux de sévérité décrivent mieux la complexité des cas en prenant en compte un problème connexe non pris en considération par la simple segmentation des racines de GHM. Si l'on prend le cas des pneumopathies infectieuses ou des méningites, on a déjà beaucoup de difficultés à répartir les différentes étiologies en deux groupes distincts selon des critères d'homogénéité médicale et économique ; vouloir augmenter le nombre de racines pour affiner la description est difficile en raison de la grande diversité de chaque cas. Néanmoins, pour les pneumopathies, il

---

[45] Par exemple, codes de sous-catégorie concernant les extensions de psychiatrie ou codes se terminant par .9 « … sans précision » qui recouvrent plus que leur catégorie.

[46] On désigne par *racine* de GHM l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre.

[47] On rappelle que les GHM médicaux correspondent à des séjours sans acte classant, ce qui ne veut pas dire sans acte. Un séjour classé dans un GHM médical peut même, dans certains cas, avoir comporté un acte opératoire, comme c'est le cas, par exemple, quand il existe un acte sans relation avec le DP.

s'avère que l'augmentation des cas de tuberculose et la DMS supérieure de ces cas justifient la création d'une racine, dissociant ainsi la tuberculose des autres pneumopathies.

Ce travail ne s'est pas limité au champ de la médecine, il a également été fait pour la chirurgie et les nouvelles techniques d'interventions dites non opératoires. Dans le manuel de la **version 10** de la classification des GHM, la liste des nouveaux groupes figurait dans le chapitre de présentation de la nouvelle version. Dans le cas de la **version 11a** et des suivantes, même les GHM dont l'intitulé pourrait laisser croire qu'ils n'ont pas été modifiés, n'ont plus le même contenu en termes de séjours si l'on tient compte de la suppression de la CM 24. Il a été jugé inutile, parce que peu informatif, d'essayer d'insérer ici la liste exhaustive de toutes les nouvelles racines de GHM (voir les annexes 2 et 3 de ce volume).

3.3.1.2 Le DP prend plus d'importance dans les groupes chirurgicaux

La suppression de la CM 24, dans cette nouvelle version de la classification, a permis de rendre toute son importance au choix du diagnostic principal, y compris en chirurgie. En effet, la quasi-totalité des CM sont des catégories majeures de diagnostics où le premier test pour le groupage consiste à vérifier si le DP du séjour appartient à la liste des diagnostics d'entrée dans une des 26 CMD de la classification. Le gain apporté en termes de description médicale a comme corollaire l'augmentation des exigences vis-à-vis de ce diagnostic principal. Certains codes de la CIM–10 qui ne permettent pas l'orientation correcte vers un GHM deviennent interdits en position de DP ou de DR (par exemple, Z83.5 *Antécédents familiaux de troubles de la vue et de l'audition*).

.

3.3.1.3 Le cas de la CMD 08

L'analyse des séjours médicaux de la CMD 08 a permis d'individualiser certaines prises en charge comme les séjours pour tractions continues dont les DMS sont longues et dont les effectifs ont permis la création de deux racines spécifiques.

3.3.2 **Pour décrire des activités de très courte durée**

Le nombre important de séjours en provenance de la CM 24 *Séjours de moins de deux jours* suite à sa suppression, a nécessité la création de GHM ambulatoires stricts sur la base d'activités médicales se pratiquant en une journée, sans nuit d'hospitalisation. Il a aussi fallu mettre à l'écart ces séjours de courte durée dans des GHM se terminant par la lettre T et dont l'intitulé comporte la mention « de très courte durée », recréant ainsi une situation comparable à celle de la CM 24.

Pour une minorité de cas, la situation était jugée acceptable quand le nombre de séjours classés dans un GHM de niveau 1 ou dans un GHM sans niveau de sévérité était faible et ne perturbait pas trop la DMS du groupe. Parfois, en raison de la nature de l'activité médicale, il n'a pas été possible de créer un GHM ambulatoire strict ; il a alors été recréé, comme dans la CM 24, pour des durées de moins de deux jours. On retrouve ainsi, par exemple, les GHM *Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours* (23K02Z), *Endoscopies biliaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de deux jours* (07K02Z) et *Séjours comprenant la mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 11, séjours de moins de 2 jours* (11K07Z).

3.3.2.1 La chirurgie ambulatoire

L'extension de la CM 24 aux séjours d'un jour, dans la **version 9** de la classification des GHM, avait rendu moins aisé le repérage de la chirurgie ambulatoire, même si les séjours sans nuitée (séjours de zéro jour) ont pu bénéficier ainsi d'un calcul des couts favorable, puisque tenant compte des séjours de un jour et donc d'une meilleure valorisation. Dans la **version 11a** de la classification des GHM, il a été décidé d'individualiser lisiblement l'activité chirurgicale ambulatoire chaque fois que l'effectif le permettait et que la pratique médicale était suffisamment ancienne et stable pour ne pas prêter à discussion. Ces GHM se terminent par la lettre J.

Voici quelques exemples parmi les GHM chirurgicaux, existant dans la CM 24 *Séjours de moins de deux jour*s et recréés pour des séjours sans nuitée (séjours de zéro jour) :

- 01C13J *Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire* ;
- 02C05J *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire* ;
- 03C22J *Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire* ;
- 03C23J *Drains transtympaniques, en ambulatoire* ;
- 05C17J *Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire* ;
- 05C21J *Créations et réfections des fistules artérioveineuses de la CMD 05, en ambulatoire*.

3.3.2.2 Les autres GHM ambulatoires

D'autres GHM, existant précédemment dans la CM 24, ont été recréés dans les différentes CMD pour les séjours sans nuitée (séjours de zéro jour) . Cela concerne des techniques interventionnelles et de façon marginale deux GHM médicaux.

Parmi ceux-ci, on peut citer :

- 04K02J *Séjours comprenant une endoscopie bronchique, en ambulatoire* ;
- 05K15J *Surveillances de greffes de cœur avec acte diagnostique par voie vasculaire, en ambulatoire* ;
- 11K08J *Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire* ;
- 22K02J *Brulures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire*.

Les deux GHM médicaux issus de la CM 24 et recréés pour les séjours sans nuitée (séjours de zéro jour) sont :

- 23M07J *Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire* ;
- 23M08J *Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire.*

Ils individualisent les hospitalisations de (zéro) jour pour ces deux affections chroniques.

D'autres activités nouvelles réalisées majoritairement sans nuitée ont pu être individualisées :

- 01K05J *Séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire* ;

- 05K18J *Varices avec acte autre que ligature et éveinage, en ambulatoire*.

3.3.2.3 Les séjours de très courte durée

Le nombre extrêmement important de séjours sans nuitée et de un jour en provenance de la CM 24 a un impact fort sur la DMS du niveau 1 de certains GHM ou sur celle des GHM non segmentés. La solution retenue, essentiellement dans les sous-CMD médicales, est de créer des GHM dits « de très courte durée ». Ces GHM regroupent :

- soit les séjours de zéro jour (0 nuitée) exclusivement (le GHM en T est alors dit *T0*) ;
- soit les séjours de zéro jour et d'une nuitée (le GHM en T est alors dit *T1*) ;
- soit les séjours de zéro jour, une et deux nuitées (le GHM en T est alors dit *T2*).

Le numéro du GHM ne mentionne que la lettre T en sixième position et ne précise pas s'il s'agit d'un T0, T1 ou T2. Pour le savoir, il faut se reporter à l'annexe 3 de ce volume qui indique les caractéristiques propres à chaque racine de GHM.

Les GHM en T ont été créés pour des racines essentiellement médicales, et de façon systématique dans la **version 11b** de la classification, pour les racines intitulées *Autres interventions…* ou *Autres affections…*, difficiles à caractériser médicalement (voir le point 3.4.3.3), mais il existe aussi des GHM de très courte durée dans des racines chirurgicales, indifférenciées, ou avec actes classants non opératoires. En voici quelques exemples :

- 02M04T *Affections oculaires d'origine neurologique, très courte durée* ;
- 04M08T *Bronchopneumopathies chroniques, très courte durée* ;
- 04M10T *Embolies pulmonaires, très courte durée* ;
- 05C19T *Poses d'un défibrillateur cardiaque, très courte durée* ;
- 05K06T *Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, très courte durée* ;
- 14Z06T *Menaces d'avortement, très courte durée*.

3.3.2.4 Les séjours de décès et de transferts issus de la CM 24

Les séjours avec un mode de sortie décès et une durée de moins de 2 jours :

- soit ils sont accueillis dans un GHM déjà existant dans les CMD standard, c'est le cas de *Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours* (05M21E) ;
- soit ils ont nécessité la création d'une racine spécifique comme pour les *Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès* (01M36E), *Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours* (04M24E) ;
- soit ils ne font l'objet d'aucun traitement particulier, ils sont alors classés dans le niveau 1 des racines de GHM[48] éligibles aux niveaux de sévérité et peuvent ainsi permettre le classement dans un niveau 2 de sévérité si la durée est conforme.

[48] On désigne par *racine,* l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM. Voir plus loin l'introduction du point 3.4.

3.3.3 Pour décrire des séjours « pour symptômes » ou pour explorations et surveillance

3.3.3.1 Généralités

Un nombre important de séjours mentionne des symptômes en DP lorsqu'aucune affection, respectant la définition du DP, n'a pu expliquer la symptomatologie en cause au cours du séjour dans l'unité médicale (voir la règle D2 du guide des situations cliniques[49]). Pour cela, des GHM de « symptômes » ont donc été créés dans presque toutes les CMD ; ces GHM n'ont pas de durée imposée, mais ils ne sont pas éligibles aux niveaux de sévérité.

La suppression de la CM 24 *Séjours de moins de deux jours* a pour conséquence de venir grossir l'effectif déjà pléthorique des séjours classés dans la CMD 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*. En pratique, beaucoup de ces séjours ont pour objet des explorations et surveillances d'affections chroniques ou d'antécédents personnels ou familiaux. Ces séjours viennent aussi augmenter l'effectif de la CMD 17 *Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* pour ce qui concerne les antécédents personnels de tumeur maligne.

Il est apparu nécessaire de diminuer autant que possible l'effectif de ces deux CMD pour ne pas avoir à recréer l'ensemble des GHM de techniques interventionnelles existant jusqu'alors en un seul exemplaire dans la CM 24 dans ces deux CMD, notamment tous les GHM d'endoscopies. Deux solutions ont été adoptées :

- d'une part, la réorientation de DP des CMD 17 et 23 dans des CMD plus spécifiques ;
- d'autre part, l'utilisation particulière du DR (voir le point 3.1.3.2).

La réorientation des DP d'antécédents personnels ou familiaux a nécessité la création de nombreuses extensions de codes CIM–10 permettant, par exemple, de rapatrier dans la CMD 06 *Affections du tube digestif*, les antécédents personnels et familiaux de tumeur maligne des organes digestifs. Ce procédé permet ainsi de ne créer les GHM d'endoscopies digestives que dans la CMD 06.

Des GHM d'explorations et de surveillance ont été créés dans presque toutes les CMD. Ces GHM n'ont pas de durée imposée, mais contrairement aux GHM de symptômes, on constate qu'elle est plutôt courte. Ils ne sont pas non plus éligibles aux niveaux de sévérité.

3.3.3.2 Utilisation particulière du DR

Les séjours avec un DP des catégories Z08 *Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne* et Z09 *Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes* et mentionnant un DR font l'objet d'un traitement particulier dans la *fonction groupage* (voir le point 3.1.3.2). Les séjours avec un DP des catégories Z08 et Z09 ne mentionnant pas de DR restent classés dans la CMD 17 *Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* et 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*.

On retiendra donc que les GHM d'explorations et surveillance sont composés pour partie de DP de la CMD et pour partie de séjours dont le DP codé Z08.– ou Z09.– mentionne un DR appartenant à cette CMD.

---

[49] Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

3.3.4 **Pour décrire des activités à la limite du champ MCO**

Certaines activités classées dans la CMD 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* sont, soit à la limite du champ MCO, soit à la limite de l'hospitalisation. Elles ont été individualisées dans des GHM pour les repérer, les analyser et permettre aussi des évolutions en matière de financement de ces séjours. Ce sont des GHM volontairement non segmentés. Il s'agit par exemple des GHM : 23M16Z *Convalescences et autres motifs sociaux*, 23M02Z *Rééducation*, 23M18Z *Tests allergologiques*, 23M13Z *Désensibilisation*.

3.4 Les subdivisions des racines de GHM

On désigne par *racine,* l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre ; avec la V11, la racine d'un GHM ne comporte plus l'information sur le niveau de sévérité (sans ou avec CMA).

3.4.1 **Généralités**

Parce que le nombre de niveaux de sévérité est augmenté avec les **versions 11** de la classification des GHM et qu'ils sont appliqués de manière beaucoup plus systématique, la description de l'activité médicale par le GHM est devenue trop fine, sans apporter pour autant une information supplémentaire. C'est pourquoi l'activité médicale est maintenant décrite par la racine de GHM, qui correspond aux cinq premiers caractères du numéro de GHM. Les deux premiers chiffres désignent la CMD, la lettre qui correspond à la sous-CMD chirurgicale (C), technique non opératoire (K), médicale (M) ou indifférenciée (Z), et les deux derniers chiffres qui identifient le numéro d'ordre de la racine dans la sous-CMD.

Avec la suppression de la CM 24 *Séjours de moins de deux jours*, que l'on pouvait assimiler à une classification *bis*, la lecture d'un *case-mix* est grandement facilitée et un classement de racines de GHM par ordre d'effectifs décroissants donne tout son sens à ce qui fait le cœur de l'activité médicoéconomique d'un établissement, sans avoir à effectuer d'autres types de regroupements pour en avoir une connaissance au niveau le plus fin.

3.4.2 **Les subdivisions possibles de GHM**

Comme dans les versions précédentes, le sixième caractère du numéro de GHM décrit la complexité ou la sévérité, mais le sens en a été modifié depuis la **version 11a** de la classification. Les GHM non segmentés sur la notion de CMA (GHM « en Z ») n'ont plus du tout la même construction.

Dans les versions antérieures, il s'agissait soit d'activités très peu sensibles aux CMA (chirurgie de la cataracte, par exemple), soit d'activités particulièrement lourdes avec trop peu d'effectifs pour faire deux groupes avec et sans CMA (les transplantations d'organes par exemple).

Depuis la **version 11a** de la classification des GHM, les racines concernant la chirurgie de la cataracte (02C05 *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie*), ou la transplantation cardiaque (27C05 *Transplantations cardiaques*) peuvent bénéficier des quatre niveaux de sévérité) et la terminaison Z est réservée aux racines de GHM pour lesquelles il y a eu une volonté de ne pas en permettre le bénéfice. Il s'agit en général d'activités à la limite du champ MCO, activité de type externe ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans le cas des soins palliatifs (GHM 23Z02Z), les niveaux de sévérité ne s'appliquent pas parce que ce n'est pas la sévérité qui explique la durée de séjour.

3.4.2.1 Les subdivisions pour les niveaux de sévérité

Ils expriment la sévérité ou la complexité d'une activité donnée et peuvent être de deux types :

- dans toutes les CMD où les CMA jouent un rôle, et pour les racines éligibles aux niveaux de sévérité, le sixième caractère traduit le niveau en étant de type 1, 2, 3 ou 4. Le niveau 1 peut être assimilé au niveau sans CMA, même s'il contient, comme dans les versions précédentes, des RSA avec des CMA en DAS parce que le séjour ne satisfait pas toutes les conditions pour être dans un des trois niveaux de CMA (durée insuffisante, exclusion par le DP ou le DR, etc.) ; les listes de CMA correspondant aux différents niveaux (2 à 4) sont toujours les mêmes, quelles que soient les CMD ; exemples :

02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	**27C05 Transplantations cardiaques**
02C05J *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire*	
02C051 *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1*	27C051 *Transplantations cardiaques, niveau 1*
02C052 *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 2*	27C052 *Transplantations cardiaques, niveau 2*
02C053 *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 3*	27C053 *Transplantations cardiaques, niveau 3*
02C054 *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 4*	27C054 *Transplantations cardiaques, niveau 4*

- dans les CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du* postpartum, 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* et 25 *Maladies dues à une infection par le VIH*, les niveaux se traduisent par un sixième caractère de type A, B, C ou D. Ces quatre valeurs ne sont pas systématiques pour chaque racine de GHM concernée et les listes ne sont pas communes pour chacune des valeurs. Ces CMD ont des listes de complications spécifiques qui permettent le classement d'un séjour dans un niveau de sévérité B, C ou D. Elles n'utilisent pas les listes de CMA des niveaux 2, 3 ou 4 communes à l'ensemble des autres CMD.

Exemples :

14Z02 Accouchements par voie basse	**25M02 Autres maladies dues au VIH**
14Z02A *Accouchements par voie basse sans complication significative*	25M02A *Autres maladies dues au VIH*
14Z02B *Accouchements par voie basse avec autres complications*	25M02B *Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse*
14Z02C *Accouchements par voie basse avec complications majeures*	25M02C *Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses*

14Z02T *Accouchements par voie basse, très courte durée*

25M02T *Autres maladies dues au VIH, très courte durée*

3.4.2.2 Les autres subdivisions des GHM

Elles expriment l'absence de subdivision selon la sévérité ou elles les complètent pour indiquer d'autres types de prise en charge pour certaines racines :

- la lettre Z indique qu'il n'y a pas de niveau de sévérité (par exemple, 14Z08Z *Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours*) ;
- la lettre E est réservée aux GHM dont l'ensemble des séjours se terminent par un décès (par exemple, 25Z02E *Maladies dues au VIH, avec décès*) ;
- la lettre J identifie un GHM dont l'activité est strictement ambulatoire (zéro nuit) que ce soit de la chirurgie ambulatoire ou des techniques interventionnelles réalisées en ambulatoire (par exemple, 02C06J *Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire ;* 11C05J *Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, en ambulatoire*) ;
- la lettre T correspond à un GHM regroupant les séjours de très courte durée (ex. 11C08T *Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, très courte durée*) . Contrairement à l'ancienne CM 24 qui était constituée de tous les séjours de moins de 2 jours, ces GHM sont construits selon des durées de séjour qui tiennent compte des effectifs observés ; ces GHM peuvent donc correspondre à des séjours sans nuitée (durée inférieure à 1 jour), d'une durée inférieure à 2 jours et, plus exceptionnellement, d'une durée inférieure à 3 jours. Si les GHM de chirurgie ou de techniques interventionnelles en ambulatoire correspondent à une activité clairement identifiée, les GHM de très courte durée, majoritairement médicaux, ont un contenu plus difficile à cerner : dans de nombreux cas, il s'agit de séjours de surveillance pour lesquels la maladie surveillée a été recodée à tort comme DP. C'est un moyen de recréer une grosse part de l'ancienne CM 24 de façon à isoler des séjours selon un critère de durée en l'absence de données médicales explicatives permettant ainsi de ne pas dégrader les niveaux 1 quand leur DMS était plutôt élevée.

3.4.3 **Nouvelles racines de GHM et nouveaux GHM créés dans les versions 11b et 11c**

3.4.3.1 Nouvelles racines de GHM introduites dans la version 11b

Trois nouvelles racines (28Z18, 02C12, 15Z10) ont été ajoutées à la classification des GHM en 2010 (**version 11b**) et ont été intégrées dans l'annexe 1 du volume 1 du manuel *des GHM* de 2010. Leurs libellés étaient les suivants :

28Z18Z *Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances*

02C12J *Interventions sur le cristallin avec trabéculectomie, en ambulatoire*
02C121 *Interventions sur le cristallin avec trabéculectomie, niveau 1*
02C122 *Interventions sur le cristallin avec trabéculectomie, niveau 2*
02C123 *Interventions sur le cristallin avec trabéculectomie, niveau 3*
02C124 *Interventions sur le cristallin avec trabéculectomie, niveau 4*

15Z10E *Mort-nés*

L'évolution des techniques d'irradiation permettait, dès 2010, de prendre en compte l'irradiation conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) dans une racine à part.

Les séjours avec interventions pour traitements combinés de la cataracte et du glaucome ont été individualisés en raison de la fréquence de cette association et de la part très variable qu'elle représente d'un établissement à l'autre dans la chirurgie des cataractes.

Une racine spécifique pour les mort-nés(enfants nés sans vie) a été créée à partir de la version 11b pour permettre d'éviter les confusions entre les enfants nés sans vie (mort-nés) et les décès néonataux et pour s'affranchir du poids à l'entrée dans l'unité médicale, critère obligatoire d'orientation dans les différents autres GHM de la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* dont ceux concernant les décès : 15Z04E *Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés*, 15Z08E *Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés*, 15Z09E *Nouveau-nés de moins de 1000 g, décédés*.

3.4.3.2 Nouvelles racines de GHM introduites dans la version 11c

Il a été ajouté 2 nouvelles racines dans la CMD 05 *Affections de l'appareil circulatoire* et 7 dans la CMD 28 *Séances*.

Dans la CMD 05, la racine 05K11 comprenait des actes de traitements des troubles du rythme cardiaque dont certains bénéficiaient d'un financement particulier par un GHS majoré. Les travaux de maintenance de la classification ont montré qu'il était possible de créer deux nouvelles racines en remplacement de celle existante[50] dont l'une regrouperait les actes les plus lourds correspondant à l'ancien GHS majoré :

- 05K19 *Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire* ; dans la version 11c de la classification des GHM, cette racine est éligible aux niveaux de sévérité ;
- 05K20 *Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire* ; dans la version 11c, cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM de très courte durée (GHM de type T1 contenant les séjours de 0 et 1 jour).

La racine 05K11 est supprimée.

GHM	Libellé
05K191	*Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1*
05K192	*Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 2*
05K193	*Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3*
05K194	*Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4*
05K201	*Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1*
05K202	*Autre traitement de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 2*
05K203	*Autre traitement de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3*
05K204	*Autre traitement de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4*
05K20T	*Autre traitement de troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée*

L'évolution des techniques de préparation à l'irradiation (prise en compte de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI), des techniques spéciales, du type de dosimétrie), des techniques d'irradiation et des nouveaux équipements conformes aux critères de qualité de l'Institut national du cancer (INCa) ont été prises en

[50] Il a été observé dans la base de l'étude nationale de couts commune (ENCC) des effectifs minimaux (plus de 200 séjours) des surcouts pour plus de 20% des prises en charge en rythmologie interventionnelle. L'activité correspondant à cette activité est répartie de façon homogène entre les établissements et les effectifs de la base de l'ENCC.

compte pour l'évolution de l'arbre de décision des séances dans la version 11c de la classification des GHM : 4 nouvelles racines de préparations à l'irradiation, en séances sont ainsi créées ainsi que 3 racines de séances d'irradiation. Dans la CMD 28, les 7 nouvelles racines de GHM n'étant pas éligibles aux niveaux de sévérité, elles ne comportent qu'un seul niveau (un seul GHM).

Les deux GHM de préparations à l'irradiation 28Z08Z *Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle* et 28Z09Z *Autres préparations à une irradiation externe* sont remplacés par les 4 GHM suivants :

28Z19Z *Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales*

28Z20Z *Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV*

28Z21Z *Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV*

28Z22Z *Autres préparations à une irradiation externe*

Les deux GHM de séances d'irradiation 28Z12Z *Techniques complexes d'irradiation externe, en séances* et 28Z13Z *Autres techniques d'irradiation externe*, en séances sont remplacés par trois nouveaux GHM qui séparent les séances « standard » d'irradiation en fonction des types de machines.

28Z23Z *Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances*

28Z24Z *Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances*

28Z25Z *Autres techniques d'irradiation externe, en séances*

Ces nouvelles racines sont intégrées dans l'annexe 1 du volume 1 du manuel des GHM.

3.4.3.3 GHM de très courte durée créés dans les racines déjà existantes

La fréquence des séjours très courts dans les niveaux 1 de certaines racines pour lesquelles aucun GHM de très courte durée (GHM « en J » ou « en T ») n'avait été proposé dans la **version 11** et dans les racines non segmentées selon un niveau de sévérité, a conduit à reprendre les critères de création de ces GHM. En effet, la création pouvait être rendue nécessaire pour ne pas pénaliser les niveaux 1 ou Z en termes de couts et de durée si les effectifs de séjours très courts étaient importants, même si le contenu médical, pour ces GHM en T, restait toujours difficile à appréhender ou fortement lié à l'organisation de transferts précoces entre les établissements.

Les GHM en T déjà créés n'ont pas été modifiés mais quelques GHM en T ont vu leur libellé modifié pour préciser que les transferts représentent une part importante des séjours de très courte durée.

De nouveaux GHM en T ont été introduits :

- de façon systématique, des GHM de type T1 ou T2 ont été créés pour toutes les racines intitulées *Autres interventions …* ou A*utres affections…* qui étaient, par construction, difficiles à caractériser médicalement et dont les distributions de durées de séjour étaient très asymétriques ;
- des GHM en T0 pour les surveillances de greffes ont été aussi ajoutés quand les effectifs permettaient de les isoler.

Au final, 63 nouveaux GHM en « T » ont été créés avec la **version 11b** de la classification des GHM.

L'existence d'un GHM de très courte durée (en « T ») pour chacune des racines de GHM est détaillée dans l'annexe 3 du volume 1 du *Manuel des GHM* et sur le site de l'ATIH.

Liste des nouveaux GHM en T ajoutés en **version 11b** (2010) :

GHM	Libellé du GHM	Type de GHM T et J
01M04T	*Méningites virales, très courte durée*	T1
01M15T	*Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans, très courte durée*	T2
01M16T	*Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans, très courte durée*	T2
01M21T	*Douleurs chroniques rebelles, très courte durée*	T0
01M34T	*Anomalies de la démarche d'origine neurologique, très courte durée*	T1
01M35T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01, très courte durée*	T1
02M10T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02, très courte durée*	T1
03C05T	*Réparations de fissures labiale et palatine, très courte durée*	T2
03M02T	*Traumatismes et déformations du nez, très courte durée*	T0
03M03T	*Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T1
03M04T	*Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
03M05T	*Troubles de l'équilibre, très courte durée*	T1
03M06T	*Epistaxis, très courte durée*	T1
03M08T	*Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T1
03M10T	*Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T0
03M11T	*Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T0
03M15T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03, très courte durée*	T1
04M02T	*Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T1
04M03T	*Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
04M05T	*Transferts et autres séjours pour pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans*	T1

04M18T	*Bronchiolites, très courte durée*	T2
05C08T	*Transferts et autres séjours courts pour autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle*	T1
05M05T	*Syncopes et lipothymies, très courte durée*	T1
05M10T	*Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T0
05M13T	*Douleurs thoraciques, très courte durée*	T1
05M18T	*Transferts et autres séjours courts pour endocardites aiguës et subaiguës*	T2
06M04T	*Transferts et autres séjours courts pour hémorragies digestives*	T1
06M12T	*Douleurs abdominales, très courte durée*	T1
06M18T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06, très courte durée*	T1
08M05T	*Transferts et autres séjours pour fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur*	T1
08M06T	*Transferts et autres séjours courts pour fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe à l'exception de l'avant-pied, âge inférieur à 18 ans*	T1
08M07T	*Transferts et autres séjours courts pour fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe à l'exception de l'avant-pied, âge supérieur à 17 ans*	T1
08M08T	*Transferts et autres séjours courts pour entorses et luxations de la hanche et du bassin*	T1
08M15T	*Tendinites, myosites et bursites, très courte durée*	T0
08M18T	*Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, très courte durée*	T1
08M19T	*Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, très courte durée*	T1
08M29T	*Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée*	T1
08M33T	*Ablation de matériel sans acte classant, très courte durée*	T0
08M34T	*Algoneurodystrophie, très courte durée*	T0
08M37T	*Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
08M38T	*Entorses et luxations du rachis, très courte durée*	T1
09M10T	*Tumeurs malignes des seins, très courte durée*	T0
09M11T	*Tumeurs de la peau, très courte durée*	T0
09M14T	*Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections de la peau, très courte durée*	T0
10M11T	*Autres maladies métaboliques congénitales, très courte durée*	T0
10M14T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10, très courte durée*	T0
11M02T	*Lithiases urinaires, très courte durée*	T1
11M12T	*Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
11M19T	*Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11, très courte durée*	T0
12M04T	*Hypertrophie prostatique bénigne, très courte durée*	T1
12M05T	*Autres affections de l'appareil génital masculin, très courte durée*	T0

13M06T	*Autres infections de l'appareil génital féminin, très courte durée*	T1
16M15T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16, très courte durée*	T0
18M09T	*Paludisme, très courte durée*	T1
18M11T	*Autres maladies infectieuses ou parasitaires, très courte durée*	T1
19M22T	*Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19, très courte durée*	T1
21M02T	*Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T1
21M07T	*Traumatismes imprécis, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
21M10T	*Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
21M11T	*Effets toxiques des autres substances chimiques, très courte durée*	T1
21M14T	*Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, très courte durée*	T1
22M02T	*Brulures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, très courte durée*	T1
23M11T	*Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, très courte durée*	T0

Dans la version 11d, trois nouveaux GHM de très courte durée ont été créés.

GHM	Libellé	Type de T
21M04T	*Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans, très courte durée*	T0
21M05T	*Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*	T1
23M16T	*Convalescences et autres motifs sociaux, très courte durée*	T1

3.4.3.4 Les créations et suppressions de GHM de chirurgie ambulatoire (GHM « en J »)

Dans la version 11b, un GHM de chirurgie ambulatoire a été créé :

08C12J	*Biopsies ostéoarticulaires, en ambulatoire*	J

Un GHM de chirurgie ambulatoire ne répondant pas aux critères d'effectif minimal (d'une centaine de séjours pour la création d'un GHM en J) a été supprimé dans la version 11d.

05C14J *Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc*

Neuf GHM de chirurgie ambulatoire sont créés. Leurs effectifs et leurs contenus répondent aux critères de création mais, contrairement aux GHM en J déjà existants, leurs effectifs sont modestes. La liste est donnée ci-dessous.

GHM	Libellé
01C10J	*Pose d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire*
03C19J	*Ostéotomies de la face, en ambulatoire*
05C13J	*Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire*
07C14J	*Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aigües, en ambulatoire*
08C28J	*Interventions maxillofaciales, en ambulatoire*
12C04J	*Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire*
13C04J	*Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire*
21C03J	*Parages de plaies pour lésions autres que des brulures, en ambulatoire*
22C02J	*Brulures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire*

Un GHM en J déjà existant en version 11c a été segmenté, le GHM 03C22J *Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire* de façon à différencier les adénoïdectomies massivement effectuées en chirurgie ambulatoire des amygdalectomies plus fréquemment réalisées en hospitalisation de plus de 0 jour. Les deux nouveaux GHM sont les suivants :

03C27J *Adénoïdectomies, en ambulatoire*

03C28J *Amygdalectomies, en ambulatoire*

L'acte opératoire FAFA002 *Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique* auparavant classant dans la racine 03C14 *Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans*, ou 03C15 *Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans* a été rendu classant dans les racines 03C12 *Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans* ou 03C13 *Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans*.

3.4.3.5 Évolutions de la version 11b relatives à la radiothérapie

En raison de la refonte de la CCAM dans sa partie relative aux actes de radiothérapie (chapitre 17 pour les actes de préparation et d'irradiation) et de sa mise en œuvre au 1er mai 2010, la partie de la classification des GHM relative à la radiothérapie a été modifiée, notamment l'arbre de décision de la CMD 28 (*Séances*) :

- une nouvelle racine a été créée : 28Z18 *Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité*[51], *en séances* ;
- les nouveaux actes CCAM ont été intégrés dans les listes d'actes classants (A-170 *Techniques spéciales d'irradiation*, A-304 *RCMI* et A-307 *Autres actes d'irradiation externe*) ;
- une nouvelle variable du RSS des séances d'irradiation, le « nombre de faisceaux », a été créée pour être utilisée dans l'algorithme de classification des GHM et

[51] Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ou RCMI.

permettre via le recueil des nouveaux actes CCAM une orientation dans les GHM déjà existants : 28Z12Z *Techniques complexes d'irradiation externe, en séances* et 28Z13Z *Autres techniques d'irradiation externe, en séances*.

Ainsi, la version 11b de la classification des GHM ne comportait qu'une seule liste d'actes (A-307 *Autres actes d'irradiation externe*) regroupant les actes des listes A-171 *Irradiation externe avec plus de deux faisceaux* et A-182 *Irradiation externe avec un et deux faisceaux* et c'est grâce à l'information renseignée dans le champ « nombre de faisceaux » que l'orientation dans l'un ou l'autre des GHM de séance 28Z12Z *Techniques complexes d'irradiation externe, en séances* et 28Z13Z *Autres techniques d'irradiation externe, en séances* se fait (voir le *Guide méthodologique de production des informations* pour plus de détails).

3.4.3.6 Évolutions de la version 11c relatives à la radiothérapie

Les actes de la CCAM

La nouvelle classification des actes de radiothérapie externe s'applique depuis le 1er mai 2010 (CCAM version 20, chapitre 17). Elle concerne aussi bien les actes de préparation inscrits et tarifés au paragraphe 17.04.01 que les actes d'irradiation et les séances d'irradiation externe inscrits sans tarif au paragraphe 17.04.02 et décrits pour le codage PMSI essentiellement au travers du type de traitement mis en œuvre mais aussi au travers des caractéristiques des appareils utilisés : par exemple collimateur multilame, imagerie portale, module de repositionnement du patient, radiothérapie guidée par l'image, …. Les nouveaux actes CCAM de radiothérapie externe ne mentionnent plus dans leur libellé la notion de *faisceaux* et l'arbre de décision de la classification a été adapté en ce sens.

Nouvelle version de la classification en radiothérapie applicable au 1er mars 2011

La nouvelle version de la classification de radiothérapie met fin au modèle transitoire utilisé dans la version 11b. Dans ce dernier, le renseignement du nombre de faisceaux permettait de classer les séances dans les anciens GHM 28Z12Z *Techniques complexes d'irradiation externe, en séances* et 28Z13Z *Autres techniques d'irradiation externe, en séance.* Ces GHM sont supprimés.

Pour la nouvelle classification, il faut distinguer trois activités de radiothérapie : les préparations à l'irradiation, l'irradiation en séances, l'irradiation en hospitalisation complète.

Quatre GHM décrivent les préparations à l'irradiation :

- 1 GHM comprenant les préparations à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) ou techniques spéciales : 28Z19Z *Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales* ;
- 1 GHM comprenant les préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle avec histogramme dose-volume : 28Z20Z *Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV* ;
- 1 GHM comprenant les préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans histogramme dose-volume : 28Z21Z *Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV* ;
- 1 GHM de base concernant les autres préparations à une irradiation externe comme les préparations à une irradiation externe sans dosimétrie ou les préparations avec une dosimétrie bidimensionnelle : 28Z22Z *Autres préparations à une irradiation externe*.

Pour les séances d'irradiation :

- le GHM 28Z10Z de curiethérapie est inchangé ;
- le GHM 28Z11Z des séances d'irradiation par techniques spéciales est inchangé et contient :
  - l'irradiation corporelle totale (ICT),
  - la stéréotaxie fractionnée (par ex., par Cyberknife®) par machine dédiée et machine non dédiée,
  - la protonthérapie,
  - l'irradiation de contact endocavitaire,
  - les autres actes (neutronthérapie, irradiation craniospinale, irradiation cutanée totale) ;
- le GHM 28Z18Z de RCMI est inchangé ; la séance d'irradiation externe par RCMI peut être réalisée avec utilisation ou non d'une machine dédiée ;
- les 3 autres GHM de séances d'irradiation créés pour les autres actes par type de machine en distinguant :
  - le GHM 28Z23Z *Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances* comprenant les séances d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts (MV), équipé d'un système de repositionnement avec ou sans guidage par imagerie [IGRT],
  - le GHM 28Z24Z *Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances* comprenant les séances d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 MV, équipé d'imagerie portale et/ou de collimateur multilame,
  - le GHM 28Z25Z *Autres techniques d'irradiation externe, en séances* comprenant les séances d'irradiation externe par machine de puissance inférieure à 5 MV ou par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 MV, sans système de contrôle du positionnement.

Pour l'irradiation en hospitalisation complète, il existe trois racines de GHM dans la CMD 17, dont le contenu est quasiment inchangé en dehors des actes KCNL003 *Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose inférieure ou égale à 1 gigabecquerel [GBq]* et KCNL004 *Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose supérieure à 1 gigabecquerel [GBq]* qui sont désormais classants dans la racine 17K06. Les racines sont les suivantes :

- 17K04 *Autres irradiations* ;
- 17K05 *Curiethérapies de prostate* ;
- 17K06 *Autres curiethérapies et irradiations internes.*

3.5 Les autres modifications des versions 11a, 11b, 11c et 11d

3.5.1 **Les mises à jour de la CIM–10**

Les **versions 11** de la classification des GHM voient, comme chaque révision de la classification depuis la **version 4**, la création d'extensions de codes de la CIM–10 et l'intégration dans les tables des mises à jour de l'OMS.

La création d'extensions a permis la réorientation vers d'autres CMD de codes jusque-là classant dans les CMD 17 *Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* et 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*. Certaines subdivisions de codes ont été créées pour prendre en compte, dans des niveaux de sévérité différents, des seuils de gravité croissants d'une même affection. C'est le cas de la catégorie concernant l'obésité (E66.–), qui est à présent subdivisée en fonction des valeurs de l'indice de masse corporelle (IMC). Pour, certaines mises à jour de l'OMS ont été introduites dans la **version 11b** en 2010 pour préparer la refonte des CMD14 et 15.

3.5.1.1 Extensions créées par l'ATIH pour les versions 11a, 11b, 11c et 11d

Elles comportent des extensions documentaires comme, par exemple, celles de la sous-catégorie C16.9 *Tumeur maligne de l'estomac, sans précision* (C16.9+0 *Tumeur maligne de l'estomac, familiale liée au gène CDH 1*, *C16.9+8 Tumeurs malignes de l'estomac, autres et non précisées*). Dans le cas des extensions documentaires, le code-père n'est pas interdit. Des subdivisions de codes sont aussi créées pour permettre le paiement de suppléments de surveillance continue, telles, à partir du code-père E87.5 *Hyperkaliémie, sans précision*, E87.50 *Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre* et E87.58 *Hyperkaliémies, autres et sans précision*). L'emploi du code père est alors interdit.

Certaines extensions permettent l'orientation dans un GHM spécifique, par exemple, celui des *Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours* (23K02Z) ; c'est le cas de Z04.800 *Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée* et de Z04.801 *Examen et mise en observation pour polysomnographie*. Néanmoins, la majorité des extensions créées sont destinées à vider les CMD 17 et 23 de manière à ce que les séjours soient pris en compte dans une CMD plus adéquate et dans ce cas, l'utilisation du code père a été interdite.

En 2010 pour la version 11b de la classification des GHM, de nouvelles extensions créées par l'ATIH (en gras dans le tableau ci-dessous) sont venues compléter la liste de celles déjà créées dans la version 11 pour des codes d'antécédents de telle sorte que ces diagnostics principaux puissent être ajoutés à la liste des diagnostics d'entrée dans une CMD d'appareil en lieu et place de la CMD 23.

Codes	**Nature de la modification**	**Libellés**
C16.9+0	Subdivision de libellé	*Tumeur maligne de l'estomac, familiale liée au gène CDH 1*
C16.9+8	Subdivision de libellé	*Tumeurs malignes de l'estomac, autres et non précisées*
C18.9+0	Subdivision de libellé	*Syndrome de Lynch*
C18.9+8	Subdivision de libellé	*Tumeurs malignes du côlon, autres et non précisées*
C25.4+0	Subdivision de libellé	*Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I [NEM 1]*
C25.4+8	Subdivision de libellé	*Tumeurs malignes du pancréas endocrine, autres et non précisées*
C25.9+0	Subdivision de libellé	*Tumeur maligne du pancréas, familiale*
C25.9+8	Subdivision de libellé	*Tumeurs malignes du pancréas, autres et non précisées*
D12.6+0	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) familiale adénomateuse*
D12.6+1	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) liée au gène APC*
D12.6+2	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) liée au gène MYH*
D12.6+3	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) festonnée*
D12.6+4	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) juvénile*
D12.6+5	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) au cours du syndrome de Peutz–Jeghers*
D12.6+6	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) au cours de la maladie de Cowden*

D12.6+8	Subdivision de libellé	*Tumeurs bénignes du côlon, autres et non précisées*
E66.00	Modification libellé	*Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²*
E66.01	Modification libellé	*Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²*
E66.02	Subdivision de libellé	*Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 50 kg/m²*
E66.09	Subdivision de libellé	*Obésité due à un excès calorique, indice de masse corporelle non précisé*
E66.10	Modification libellé	*Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²*
E66.11	Modification libellé	*Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²*
E66.12	Subdivision de libellé	*Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 50 kg/m²*
E66.19	Subdivision de libellé	*Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle non précisé*
E66.20	Modification libellé	*Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²*
E66.21	Modification libellé	*Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²*
E66.22	Subdivision de libellé	*Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 50 kg/m²*
E66.29	Subdivision de libellé	*Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle non précisé*
E66.80	Modification libellé	*Autres obésités, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²*
E66.81	Modification libellé	*Autres obésités, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²*
E66.82	Subdivision de libellé	*Autres obésités, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 50 kg/m²*
E66.89	Subdivision de libellé	*Autres obésités, avec indice de masse corporelle non précisé*
E66.90	Modification libellé	*Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²*
E66.91	Modification libellé	*Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²*
E66.92	Subdivision de libellé	*Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 50 kg/m²*
E66.99	Subdivision de libellé	*Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle non précisé*
E83.50	Subdivision de libellé	*Hypercalcémie supérieure à 3 millimoles [mmol] par litre*
E83.51	Subdivision de libellé	*Hypocalcémie inférieure à 1,5 millimoles [mmol] par litre*
E83.58	Subdivision de libellé	*Anomalies du métabolisme du calcium, autres et sans précision*
E87.00	Subdivision de libellé	*Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre*
E87.08	Subdivision de libellé	*Hyperosmolarités et hypernatrémies, autres et sans précision*
E87.10	Subdivision de libellé	*Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre*
E87.18	Subdivision de libellé	*Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision*
E87.50	Subdivision de libellé	*Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre*
E87.58	Subdivision de libellé	*Hyperkaliémies, autres et sans précision*
E87.60	Subdivision de libellé	*Hypokaliémie inférieure à 2,5 millimoles [mmol] par litre*

E87.68	Subdivision de libellé	*Hypokaliémies, autres et sans précision*
K63.5+0	Subdivision de libellé	*Polypose (colique) hyperplasique*
K63.5+8	Subdivision de libellé	*Polype du côlon, autre et non précisé*
K86.1+0	Subdivision de libellé	*Pancréatite chronique héréditaire*
K86.1+8	Subdivision de libellé	*Pancréatites chroniques, autres et non précisées*
R26.30	Subdivision de libellé	*État grabataire*
R26.38	Subdivision de libellé	*Immobilité, autre et sans précision*
R26.80	Suppression libellé	*Chute(s) à répétition*
T68.+0	Subdivision de libellé	*Hypothermie, température corporelle égale ou inférieure à 32°C*
T68.+8	Subdivision de libellé	*Hypothermie, température corporelle supérieure à 32°C ou non précisée*
T81.30	Subdivision de libellé	*Éviscération postopératoire*
T81.38	Subdivision de libellé	*Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées*
Z04.800	Subdivision de libellé	*Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée*
Z04.801	Subdivision de libellé	*Examen et mise en observation pour polysomnographie*
Z04.802	Subdivision de libellé	*Examen et mise en observation pour bilan préopératoire*
Z04.880	Subdivision de libellé	*Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées*
Z13.50	Subdivision de libellé	*Examen spécial de dépistage des affections des yeux*
Z13.51	Subdivision de libellé	*Examen spécial de dépistage des affections des oreilles*
Z80.00	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif*
Z80.01	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas*
Z80.02	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne de la rate*
Z80.09	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision*
Z80.20	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne*
Z80.21	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne du cœur*
Z80.28	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés*
Z80.29	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision*
Z80.800	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne du système nerveux*
Z80.801	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'œil*
Z80.802	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne de la gorge et de la bouche*
Z80.803	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*
Z80.804	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne de la peau et des tissus sous-cutanés*
Z80.805	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne des glandes endocrines*
Z80.880	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres localisations*
Z83.50	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de maladies des organes de la vue*
Z83.51	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de maladies des organes de l'audition*
Z83.70	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de maladies du tube digestif*
Z83.71	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas*

Z83.72	**Subdivision de libellé**	***Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents***
Z83.79	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de maladies de l'appareil digestif, sans précision*
Z84.20	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil urinaire*
Z84.21	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil génital*
Z84.22	**Subdivision de libellé**	***Antécédents familiaux de maladies du sein***
Z84.80	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux de tumeur non maligne*
Z84.88	Subdivision de libellé	*Antécédents familiaux d'autres affections non classées ailleurs*
Z85.00	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne du tube digestif*
Z85.01	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas*
Z85.02	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne de la rate*
Z85.09	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision*
Z85.20	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne*
Z85.21	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne du cœur*
Z85.28	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés*
Z85.29	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision*
Z85.800	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne du système nerveux*
Z85.801	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne de l'œil*
Z85.802	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne de la gorge et de la bouche*
Z85.803	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*
Z85.804	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne de la peau et des tissus sous-cutanés*
Z85.805	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne des glandes endocrines*
Z85.880	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres localisations*
Z86.000	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne du système nerveux*
Z86.001	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne du tube digestif*
Z86.002	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*
Z86.003	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne du sein*
Z86.004	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne de la peau*
Z86.005	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne de la vessie*
Z86.080	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne d'autres localisations*
Z86.090	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de tumeur non maligne sans précision*
Z86.60	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels d'accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés*
Z86.61	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels d'autres maladies du système nerveux*

Z86.62	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies des organes de la vue*
Z86.63	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies des organes de l'audition*
Z86.70	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires*
Z86.71	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques et autres maladies de l'appareil circulatoire*
Z87.00	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies des voies respiratoires supérieures*
Z87.01	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil respiratoire*
Z87.09	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies de l'appareil respiratoire sans précision*
Z87.10	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies de la bouche et des dents*
Z87.11	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies du tube digestif*
Z87.12	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas*
Z87.19	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies de l'appareil digestif sans précision*
Z87.40	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies de l'appareil urinaire*
Z87.41	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de maladies de l'appareil génital*
Z87.42	**Subdivision de libellé**	***Antécédents personnels de maladies du sein***
Z87.80	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de lésion traumatique intracrânienne*
Z87.81	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de traumatisme des membres et du bassin*
Z87.82	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels de traumatismes autres et non précisés*
Z87.83	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels d'intoxication*
Z87.88	Subdivision de libellé	*Antécédents personnels d'autres états précisés*
Z94.82	Subdivision de libellé	*Présence de greffe d'intestin*
U90.0	Modification libellé	*Résistance aux antiépileptiques*

En 2011, pour la **version 11c** de la classification des GHM, de nouvelles extensions de codes (trente-cinq subdivisions de libellés) viennent compléter la liste de celles déjà créées dans la **version 11b** dont vingt-cinq nouveaux codes figurent dans la nouvelle liste de CMA :

Codes	Libellés	Statut
E11.00	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec coma	créé (CMA niveau 2)
E11.08	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec coma	créé (CMA niveau 2)
E11.10	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec acidocétose	créé (CMA niveau 2)
E11.18	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec acidocétose	créé (CMA niveau 2)
E11.20	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications rénales	créé (CMA niveau 2)
E11.28	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications rénales	créé (CMA niveau 2)
E11.30	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications oculaires	créé (CMA niveau 2)
E11.38	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications oculaires	créé (CMA niveau 2)
E11.40	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications neurologiques	créé (CMA niveau 2)

E11.48	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications neurologiques	créé (CMA niveau 2)
E11.50	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications vasculaires périphériques	créé (CMA niveau 2)
E11.58	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques	créé
E11.60	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec autres complications précisées	créé (CMA niveau 2)
E11.68	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec autres complications précisées	créé
E11.70	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications multiples	créé (CMA niveau 2)
E11.78	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications multiples	créé
E11.80	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications non précisées	créé (CMA niveau 2)
E11.88	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications non précisées	créé
E11.90	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, sans complication	créé (CMA niveau 2)
E11.98	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, sans complication	créé
Z37.10	Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.11	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.30	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.31	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.40	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.41	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.60	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.61	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.70	Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z37.71	Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical	créé (CMA niveau 2)
Z39.00	Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé	créé
Z39.08	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision	créé
Z76.800	Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire	créé
Z76.850	Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium	créé
Z76.880	Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs	créé

Ces modifications concernent le diabète et l’obstétrique. La création d’extensions pour le diabète non insulinodépendant (catégorie E11) vise à différencier les diabètes les plus

sévères notamment ceux nécessitant un traitement par insuline des autres, de façon à faire figurer dans la liste des CMA ces diabètes non insulinodépendants dont le comportement, en position de DA, s'apparente aux diabètes insulinodépendants.

Des travaux ont été menés en vue d'améliorer la description des séjours dans la CMD 14. L'analyse des séjours d'obstétrique a montré que les règles de codage en vigueur dans les versions précédentes ne permettaient pas d'identifier, de façon certaine, les interruptions médicales de grossesse (IMG). Ces règles ont donc été modifiées dès la version 11c, pour permettre aux établissements de mieux repérer les IMG au-delà de 22 semaines d'aménorrhée.

Les codes de la catégorie Z37 pour les enfants mort-nés sont maintenant obligatoirement sur 5 positions.

De la même façon, la sous-catégorie Z39.0 est segmentée pour identifier les séjours dont l'accouchement n'a pu avoir lieu dans l'établissement mais plutôt pendant le trajet pour l'atteindre. Elle ne sert pas à identifier les accouchements qui se sont volontairement déroulés à domicile. Il s'agit d'identifier les accouchements dont l'expulsion est si rapide que la maman n'a pas le temps d'arriver jusqu'à la salle de naissance. L'emploi du code père Z39.0 est maintenant interdit.

Par ailleurs, deux nouvelles extensions ont été créées derrière le code Z76.8 pour documenter les enfants bénéficiant du lait en provenance d'un lactarium d'une part, pour permettre une allocation de ressources adaptée pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes d'autre part. L'emploi du code père Z76.8 est maintenant interdit.

En 2012, dans la version 11d, les extensions de codes créées par l'ATIH concernaient les dons d'organes ou de cellules par des donneurs vivants. Elles étaient destinées à permettre un financement particulier de ces séjours.

Codes	Libellés
Z52.80	*Donneuse d'ovocytes*
Z52.88	*Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs*
Z94.801	*Présence d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques*
Z94.802	*Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté*
Z94.803	*Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté*
Z94.804	*Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté*
Z94.809	*Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision*

3.5.1.2 Intégration des mises à jour effectuées par l'OMS

Certains codes créés par l'OMS ont été directement intégrés dans la liste des CMA et affectés d'un niveau de sévérité dans les **versions 11** de la classification des GHM. Il est donc important d'être vigilant à ces changements, puisque le groupage est modifié, notamment par les sous-catégories de L89 *Ulcère de décubitus et zone de pression* ou celles de R65 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique*.

Avec la **version 11b** de la classification des GHM (2010) :

- deux nouveaux codes de la CIM–10 font partie de la liste des CMA :
  - O43.2 *Placenta adhérent pathologique* puisque l'ensemble de la catégorie O43 *Anomalies du placenta* figurait dans la liste des CMA dans la version 11a de la classification des GHM (CMA de niveau 2 en version 11b),
  - R57.2 *Choc septique* ; avant la création de ce code, le choc septique était inclus dans la sous-catégorie R57.8 *Autres chocs*, qui faisait partie des CMA (CMA de niveau 4 en version 11b) ;
- l'OMS a supprimé deux codes, N18.0 *Insuffisance rénale terminale* et N18.8 *Autres insuffisances rénales terminales chroniques*, car elle décrit à présent différemment l'insuffisance rénale terminale.

En sus des créations et suppressions de codes, l'OMS a modifié des libellés de sous-catégories de la CIM–10 avec, entre autres, la modification de tous les libellés spécifiant *septicémie* qui deviennent *sepsis* (*cf.* les modifications apportées dans la version 11b des GHM, en gras dans le tableau ci-dessous) et sont désormais à utiliser dans leur nouvelle acception internationale. L'introduction du syndrome de réponse immunitaire systémique (SRIS) en 2009 et la création du choc septique en 2010 ont permis à partir de 2010, de redéfinir clairement le champ des complications infectieuses.

Codes	Nature de la modification	Libellés
A02.1	**Modification libellé**	***Sepsis à Salmonella***
A09	Modification libellé	*Autres gastroentérites et colites d'origine infectieuse et non précisée*
A09.0	Création sous-catégorie	*Gastroentérites et colites d'origine infectieuse, autres et non précisées*
A09.9	Création sous-catégorie	*Gastroentérites et colites d'origine non précisée*
A20.7	**Modification libellé**	***Peste septique***
A22.7	**Modification libellé**	***Sepsis charbonneux***
A26.7	**Modification libellé**	***Sepsis à* Erysipelothrix**
A32.7	**Modification libellé**	***Sepsis à Listeria***
A40	**Modification libellé**	***Sepsis à streptocoques***
A40.0	**Modification libellé**	***Sepsis à streptocoques, groupe A***
A40.1	**Modification libellé**	***Sepsis à streptocoques, groupe B***
A40.2	**Modification libellé**	***Sepsis à streptocoques, groupe D***
A40.3	**Modification libellé**	***Sepsis à Streptococcus pneumoniæ***
A40.8	**Modification libellé**	***Autres sepsis à streptocoques***
A40.9	**Modification libellé**	***Sepsis à streptocoques, sans précisions***
A41	**Modification libellé**	***Autres sepsis***
A41.0	**Modification libellé**	***Sepsis à staphylocoques dorés***
A41.1	**Modification libellé**	***Sepsis à d'autres staphylocoques précisés***
A41.2	**Modification libellé**	***Sepsis à staphylocoques non précisés***
A41.3	**Modification libellé**	***Sepsis à* Haemophilus influenzae**
A41.4	**Modification libellé**	***Sepsis à microorganismes anaérobies***
A41.5	**Modification libellé**	***Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif***

A41.8	**Modification libellé**	***Autres sepsis précisés***
A41.9	**Modification libellé**	***Sepsis, sans précision***
A42.7	**Modification libellé**	***Sepsis actinomycosique***
B17.9	Création sous-catégorie	*Hépatite virale aigüe, sans précision*
B37.7	**Modification libellé**	***Sepsis à* Candida**
C78.7	Modification libellé	*Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques*
D68.5	Création sous-catégorie	*Thrombophilie primaire*
D68.6	Création sous-catégorie	*Autres thrombophilies*
D89.3	**Création sous-catégorie**	***Syndrome de restauration immunitaire***
E88.3	**Création sous-catégorie**	***Syndrome de lyse tumorale***
G21.4	Création sous-catégorie	*Syndrome parkinsonien vasculaire*
H54	Modification libellé	*Déficience visuelle incluant la cécité (binoculaire ou monoculaire)*
H54.0	Modification libellé	*Cécité binoculaire*
H54.1	Modification libellé	*Déficience visuelle sévère, binoculaire*
H54.2	Modification libellé	*Déficience visuelle modérée, binoculaire*
H54.3	Modification libellé	*Déficience visuelle légère ou absente, binoculaire*
H54.4	Modification libellé	*Cécité monoculaire*
H54.5	Modification libellé	*Déficience visuelle sévère, monoculaire*
H54.6	Modification libellé	*Déficience visuelle modérée, monoculaire*
H54.7	Suppression libellé	~~*Perte de vision, sans précision*~~
H54.9	Création sous-catégorie	*Déficience visuelle non précisée (binoculaire)*
I98.2*	Modification libellé	*Varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs*
I98.3*	Création sous-catégorie	*Varices œsophagiennes hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs*
J09	**Modification libellé**	***Grippe, à certains virus grippaux identifiés***
K52.3	Création sous-catégorie	*Colite indéterminée*
L89	Modification libellé	*Ulcère de décubitus et zone de pression*
L89.0	Création sous-catégorie	*Zone de pression et ulcère de décubitus de stade I*
L89.1	Création sous-catégorie	*Ulcère de décubitus de stade II*
L89.2	Création sous-catégorie	*Ulcère de décubitus de stade III*
L89.3	Création sous-catégorie	*Ulcère de décubitus de stade IV*
L89.9	Création sous-catégorie	*Ulcère de décubitus et zone de pression, sans précision*
L91.0	Modification libellé	*Cicatrice hypertrophique*
N18	**Modification libellé**	***Maladie rénale chronique***
N18.0	**Suppression sous-catégorie**	***Insuffisance rénale terminale***
N18.1	**Création sous-catégorie**	***Maladie rénale chronique, stade 1***
N18.2	**Création sous-catégorie**	***Maladie rénale chronique, stade 2***
N18.3	**Création sous-catégorie**	***Maladie rénale chronique, stade 3***
N18.4	**Création sous-catégorie**	***Maladie rénale chronique, stade 4***
N18.5	**Création sous-catégorie**	***Maladie rénale chronique, stade 5***
N18.8	**Suppression sous-catégorie**	***Autres insuffisances rénales chroniques***

N18.9	**Modification libellé**	***Maladie rénale chronique, sans précision***
O14.2	**Création sous-catégorie**	**HELLP *syndrome***
O43.2	**Création sous-catégorie**	***Placenta adhérent pathologique***
O60	Modification libellé	*Travail et accouchement prématurés*
O60.1	Modification libellé	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*
O60.2	Modification libellé	*Travail prématuré spontané avec accouchement à terme*
O60.3	Création sous-catégorie	*Accouchement prématuré sans travail spontané*
O69.2	**Modification libellé**	***Travail et accouchement compliqués d'une autre forme d'enchevêtrement du cordon, avec compression***
O85	**Modification libellé**	***Sepsis puerpéral***
O96.0	**Création sous-catégorie**	***Mort de cause obstétricale directe***
O96.1	**Création sous-catégorie**	***Mort de cause obstétricale indirecte***
O96.9	**Création sous-catégorie**	***Mort de cause obstétricale non précisée***
O97	**Modification libellé**	***Mort de séquelles relevant d'une cause obstétricale***
O97.0	**Création sous-catégorie**	***Mort de séquelles relevant directement d'une cause obstétricale***
O97.1	**Création sous-catégorie**	***Mort de séquelles relevant indirectement d'une cause obstétricale***
O97.9	**Création sous-catégorie**	***Mort de séquelles relevant directement d'une cause obstétricale, non précisée***
O98.7	**Création sous-catégorie**	***Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH], compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité***
P36.00	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B***
P36.10	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision***
P36.20	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés***
P36.30	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision***
P36.40	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli***
P36.50	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à anaérobies***
P36.80	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né à autres bactéries***
P36.90	**Modification libellé**	***Sepsis du nouveau-né, bactérie non précisée***
R26.3	Création sous-catégorie	*Immobilité*
R57.2	**Création sous-catégorie**	***Choc septique***
R63.6	Création sous-catégorie	*Ingestion insuffisante d'aliments et de liquides par négligence personnelle*
R65	Création catégorie	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique*
R65.0	Création sous-catégorie	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe*
R65.1	Création sous-catégorie	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe*
R65.2	Création sous-catégorie	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance d'organe*
R65.3	Création sous-catégorie	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance d'organe*

R65.9	Création sous-catégorie	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique, non précisé*
T82.8	Modification libellé	*Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*
Z51.3	Modification libellé	*Transfusion sanguine (sans mention de diagnostic)*
Z74.0	Modification libellé	*Besoin d'assistance du fait de mobilité restreinte*

Les modifications introduites par l'OMS pour 2011, portaient surtout sur la description des lymphomes, leucémies et syndromes myélodysplasiques. Elles concernaient aussi, par exemple, le codage de l'adénome de la prostate et des tumeurs malignes de siège primitif inconnu. Enfin, les ajouts et modifications de notes donnent des indications parfois attendues par les professionnels pour le codage de certaines affections : par exemple pour le codage du syndrome du QT long (I45.8), le codage de la hanche irritable (M65.8) précédemment codée M24.8.

Soixante-sept codes de sous-catégories ont été introduits ou supprimés dans la **version 11c** de la classification des GHM ; vingt-cinq nouveaux codes font partie de la liste des CMA (niveau 2) et vingt-et-un codes sont supprimés.

Codes	***Libellés***	**Statut**
B98.0	Helicobacter pylori [H. pylori], *cause de maladies classées dans d'autres chapitres*	créé
B98.1	Vibrio vulnificus*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*	créé
C79.9	*Tumeur maligne secondaire de siège non précisé*	créé mais interdit
C80.0	*Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit*	créé
C80.9	*Tumeur maligne non précisée*	créé
C81.4	*Lymphome de Hodgkin classique, riche en lymphocytes*	créé
C82.3	*Lymphome folliculaire, grade IIIa*	créé
C82.4	*Lymphome folliculaire, grade IIIb*	créé
C82.5	*Lymphome centrofolliculaire diffus*	créé
C82.6	*Lymphome centrofolliculaire cutané*	créé
C83.2	*Mélange de petites et grandes cellules (diffus)*	supprimé
C83.4	*Immunoblastique (diffus)*	supprimé
C83.6	*Indifférencié (diffus)*	supprimé
C84.2	*Lymphome de la zone T*	supprimé
C84.3	*Lymphome lymphoépithélioïde*	supprimé
C84.6	*Lymphome anaplasique à grandes cellules ALK positives*	créé (CMA niveau 2)
C84.7	*Lymphome anaplasique à grandes cellules ALK négatives*	créé (CMA niveau 2)
C84.8	*Lymphome cutané à cellules T, sans précision*	créé (CMA niveau 2)
C84.9	*Lymphome à cellules T/NK matures, sans précision*	créé (CMA niveau 2)
C85.0	*Lymphosarcome*	supprimé
C85.2	*Lymphome médiastinal (thymique) à grandes cellules B*	créé
C86.0	*Lymphome extranodal à cellules T/NK, type nasal*	créé (CMA niveau 2)

C86.1	*Lymphome hépatosplénique à cellules T*	créé (CMA niveau 2)
C86.2	*Lymphome (intestinal) à cellules T, type entéropathique*	créé (CMA niveau 2)
C86.3	*Lymphome à cellules T simulant une panniculite*	créé (CMA niveau 2)
C86.4	*Lymphome à cellules NK blastiques*	créé (CMA niveau 2)
C86.5	*Lymphome angio-immunoblastique à cellules T*	créé (CMA niveau 2)
C86.6	*Syndrome lymphoprolifératif cutané primitif à cellules T CD30+*	créé (CMA niveau 2)
C88.1	*Maladie des chaines lourdes alpha*	supprimé
C88.4	*Lymphome de la zone marginale à cellules B des tissus lymphoïdes associés aux muqueuses [lymphome MALT]*	créé
C90.3	*Plasmocytome solitaire*	créé (CMA niveau 2)
C91.2	*Leucémie lymphoïde subaigüe*	supprimé
C91.6	*Leucémie à prolymphocytes à cellules T*	créé
C91.8	*Leucémie à cellules B matures, de type Burkitt*	créé (CMA niveau 2)
C92.6	*Leucémie myéloïde aigüe avec anomalies 11q23*	créé (CMA niveau 2)
C92.8	*Leucémie myéloïde aigüe avec dysplasie de plusieurs lignées cellulaires*	créé (CMA niveau 2)
C93.2	*Leucémie monocytaire subaigüe*	supprimé
C93.3	*Leucémie myélomonocytaire juvénile*	créé (CMA niveau 2)
C94.1	*Polyglobulie primitive chronique*	supprimé
C94.5	*Myélofibrose aigüe*	supprimé
C94.6	*Maladie myélodysplasique et myéloproliférative, non classée ailleurs*	créé (CMA niveau 2)
C95.2	*Leucémie subaigüe à cellules non précisées*	supprimé
C96.1	*Histiocytose maligne*	supprimé
C96.3	*Lymphome histiocytaire vrai*	supprimé
C96.4	*Sarcome à cellules dendritiques (cellules accessoires)*	créé
C96.5	*Histiocytose à cellules de Langerhans multifocale et unisystémique*	créé
C96.6	*Histiocytose à cellules de Langerhans unifocale*	créé
C96.8	*Sarcome histiocytaire*	créé
D46.3	*Anémie réfractaire avec excès de blastes en transformation*	supprimé
D46.5	*Anémie réfractaire avec dysplasie de plusieurs lignées cellulaires*	créé (CMA niveau 2)
D46.6	*Syndrome myélodysplasique avec syndrome de délétion isolée du chromosome 5 [del(5q)]*	créé (CMA niveau 2)
D47.4	*Ostéomyélofibrose*	créé
D47.5	*Leucémie chronique à éosinophiles [syndrome hyperéosinophilique]*	créé
D75.2	*Thrombocytose essentielle*	supprimé
D76.0	*Histiocytose des cellules de Langerhans, non classée ailleurs*	supprimé
I72.5	*Anévrisme et dissection d'autres artères précérébrales*	créé
J12.3	*Pneumonie due à métapneumovirus humain*	créé (CMA niveau 2)
J21.1	*Bronchiolite aigüe due à métapneumovirus humain*	créé (CMA niveau 2)
K12.3	*Mucite buccale (ulcéreuse)*	créé (CMA niveau 2)
K35.0	*Appendicite aigüe avec péritonite généralisée*	supprimé

K35.1	*Appendicite aigüe avec abcès péritonéal*	supprimé
K35.2	*Appendicite aigüe avec péritonite généralisée*	créé (CMA niveau 2)
K35.3	*Appendicite aigüe avec péritonite localisée*	créé (CMA niveau 2)
K35.8	*Appendicites aigües, autres et non précisées*	créé (CMA niveau 2)
K35.9	*Appendicite aigüe, sans précision*	supprimé
K51.1	*Iléocolite ulcéreuse (chronique)*	supprimé
N42.3	*Dysplasie de la prostate*	créé

En sus des créations et suppressions, l'OMS a modifié des libellés de sous-catégories de la CIM–10 qui sont désormais à utiliser dans leur nouvelle acception internationale. Pour plus de précisions, on peut se reporter aux informations, publiées sur le site de l'ATIH en décembre 2010, relatives à la mise à jour de la CIM–10 applicable en 2011 pour le PMSI.

Codes	**Libellés**
B96	*Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
B96.5	*Pseudomonas* (P. aeruginosa)*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
C79	*Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés*
C81	*Lymphome de Hodgkin*
C81.0	*Lymphome de Hodgkin à prédominance lymphocytaire, forme nodulaire*
C81.1	*Lymphome de Hodgkin classique, sclérose nodulaire*
C81.2	*Lymphome de Hodgkin classique, à cellularité mixte*
C81.3	*Lymphome de Hodgkin classique, à déplétion lymphocytaire*
C81.7	*Autres formes de lymphome de Hodgkin classique*
C81.9	*Lymphome de Hodgkin, sans précision*
C82	*Lymphome folliculaire*
C82.0	*Lymphome folliculaire, grade I*
C82.1	*Lymphome folliculaires, grade II*
C82.2	*Lymphome folliculaires, grade III, non précisé*
C82.7	*Autres formes de lymphome, folliculaire*
C82.9	*Lymphome folliculaire, sans précision*
C83	*Lymphome non folliculaire*
C83.0	*Lymphome à petites cellules B (diffus)*
C83.1	*Lymphome à cellules du manteau*
C83.3	*Lymphome diffus à grandes cellules B*
C83.5	*Lymphome lymphoblastique*
C83.7	*Lymphome de Burkitt*
C83.8	*Autres lymphomes non folliculaires*
C83.9	*Lymphome (diffus) non folliculaire, sans précision*
C84	*Lymphomes à cellules T/NK matures*
C84.4	*Lymphome périphérique à cellules T, non classé ailleurs*
C84.5	*Autres lymphomes à cellules T/NK matures*
C85.9	*Lymphome non hodgkinien, non précisé*
C88.2	*Maladie d'autres chaines lourdes*
C91.0	*Leucémie lymphoblastique aigüe [LLA]*
C91.1	*Leucémie lymphoïde chronique à cellules B*
C91.3	*Leucémie à prolymphocytes à cellules B*

C91.5	*Lymphome/leucémie de l'adulte à cellules T (associé(e) à HTLV-1)*
C92.0	*Leucémie myéloblastique aigüe [LAM]*
C92.1	*Leucémie myéloïde chronique [LMC] ABL-BCR positif*
C92.2	*Leucémie myéloïde subaigüe chronique atypique, ABL-BCR négatif*
C92.4	*Leucémie promyélocytaire aigüe [PML]*
C93.0	*Leucémie monoblastique/monocytaire aigüe*
C93.1	*Leucémie myélomonocytaire chronique*
C94.0	*Leucémie érythroïde aigüe*
C94.4	*Panmyélose aigüe avec myélofibrose*
C96.0	*Histiocytose à cellules de Langerhans multifocale et multisystémique (disséminée) [Maladie de Letterer–Siwe]*
D46.0	*Anémie réfractaire sans sidéroblastes en couronne, ainsi précisée*
D46.1	*Anémie réfractaire avec sidéroblastes en couronne*
D47.2	*Gammapathie monoclonale de signification indéterminée [GMSI]*
D76	*Autres maladies précisées avec participation des tissus lymphoréticulaire et système réticulohistiocytaire*
E83.3	*Anomalies du métabolisme du phosphore et des phosphatases*
G73.1	*Syndrome de Lambert-Eaton* (C00–D48†)
I72	*Autres anévrismes et dissections*
I72.0	*Anévrisme et dissection de l'artère carotide*
I72.1	*Anévrisme et dissection des artères du membre supérieur*
I72.2	*Anévrisme et dissection des artères rénales*
I72.3	*Anévrisme et dissection de l'artère iliaque*
I72.4	*Anévrisme et dissection des artères du membre inférieur*
I72.8	*Anévrisme et dissection d'autres artères précisées*
I72.9	*Anévrisme et dissection de localisation non précisée*
I87.0	*Syndrome post-thrombotique*
K51.0	*Pancolite ulcéreuse (chronique)*
K51.4	*Polypes coliques inflammatoires*
K51.5	*Colite ulcéreuse gauche*
N19	*Défaillance du rein, sans précision*
P75*	*Iléus méconial dans la fibrose kystique* (E84.1†)
S46.0	*Lésion traumatique des muscle(s) et des tendon(s) de la coiffe des rotateurs de l'épaule*

Les mises à jour 2012 de la CIM–10 ne consistent pas en l'introduction de nouveaux codes mais concernent seulement des modifications de libellés existants et des modifications de notes. Pour ces dernières, le détail est disponible sur le site de l'ATIH.

Les modifications de libellés sont indiquées ci-après.

Codes	Libellés
C80.9	*Tumeur maligne de siège primitif non précisé*
O11	*Prééclampsie surajoutée à une hypertension chronique*
O13	*Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse]*
O14	*Prééclampsie*
O14.0	*Prééclampsie légère à modérée*
O71.4	*Déchirure obstétricale vaginale haute*

3.5.2 Confirmation du codage du RSS

La création de la variable « confirmation du codage du RSS » avec la **version 11a** de la classification des GHM, résulte des constatations effectuées dans les bases nationales de RSA lors des travaux préparatoires : il existe en effet dans celles-ci, des RSA de séjours très courts (0, 1, 2 jours) dont le mode de sortie n'est ni un décès ni un transfert à destination du MCO, dans des racines particulièrement couteuses de chirurgie du système nerveux central, d'interventions majeures sur la tête et le cou, sur le thorax, sur le tube digestif, sur l'appareil locomoteur, d'interventions de remplacement valvulaire avec CEC, et autres séjours pour brulures étendues, transplantations d'organes, etc., racines dont la durée moyenne de séjour est incomparablement plus longue.

Par exemple, s'agissant du GHM 01C031 *Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans*, *niveau 1,* alors que la durée moyenne des séjours sans CMA était de 9,7 jours pour l'ensemble des établissements, on dénombrait dans la base nationale de RSA 2007 tous séjours confondus (avec et sans CMA mais hors sortie par décès ou transfert à destination du MCO) 37 séjours de 0 jour, 88 séjours de 1 jour et 107 séjours de 2 jours. Il est exclu que de tels séjours très courts et très couteux, qui témoignent vraisemblablement d'erreurs (de codage de diagnostics ou d'actes, ou de saisie des dates d'entrée ou de sortie) soient proposés au paiement sans vérification, même à un tarif tenant compte de la borne basse de la durée de séjour.

Quatre-vingt-dix racines[52] de GHM (sur environ 650) sont concernées par la confirmation du codage du RSS, l'identification des RSS suspects d'erreur tenant compte, racine par racine, de la distribution des durées des séjours dans les bases nationales de RSA. L'annexe 3-3 du volume 1 du *Manuel des groupes homogènes de malades* qui reprend les caractéristiques des racines de GHM détaille précisément les racines pour lesquelles il est demandé une confirmation ou une correction du codage du RSS par l'établissement.

Lors du groupage, l'identification d'un RSS suspect se traduit par son classement dans un GHM erreur avec un code-retour dont la signification est « durée de séjour courte pour le GHM ; modifiez ou confirmez le RSS ». Il appartient alors à l'établissement de vérifier le RSS et :

- de corriger son contenu si nécessaire ;
- s'il n'y a pas lieu de modifier le RSS, de confirmer son contenu.

[52] On rappelle qu'on désigne par racine, l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical, numéro d'ordre ; avec la V11, la racine d'un GHM ne comporte plus l'information sur le niveau de sévérité (sans ou avec CMA).

En l'absence de modification et de confirmation, le RSS est classé dans un groupe-erreur au tarif nul.

Remarques :

- en cas de RSS multiunité (multiRUM) la confirmation du RSS est enregistrée dans le dernier RUM, dans l'ordre chronologique ;
- pour éviter des réponses de confirmation automatiques à tous les RSS d'un établissement, l'attribution d'une confirmation de codage à un RSS qui ne le nécessite pas aboutit également à un groupe-erreur au tarif nul ;
- depuis la version 11b, les séjours qui entrent dans le cadre des prestations inter-établissements avec modes d'entrée et de sortie codés « 0 », produits par l'établissement prestataire conformément au *Guide méthodologique de production des informations*, sont exempts de confirmation de codage.

L'information *confirmation du RSS* n'a de conséquence que pour un nombre restreint de séjours : peu de racines de GHM sont concernées ; même si elles concernent des séjours particulièrement lourds et couteux, les effectifs sont habituellement faibles. L'amélioration de la performance des contrôles de la *fonction groupage* et la création de cette information de confirmation de RSS par l'établissement visent à améliorer la qualité des données relatives aux séjours, élément important du contrôle de qualité interne.

3.5.3 Extension de la confirmation du codage du RSS dans la version 11c

Les travaux menés sur l'obstétrique ont montré que quelques mille accouchements étaient classés en dehors de la CMD 14. La modification des règles de codage du diagnostic principal conduit à décrire le séjour de façon plus proche de sa réalité chronologique. Il semble qu'une majorité de ces séjours soient des erreurs de codage du diagnostic principal. Cependant, dans certains cas rares, il semble légitime de ne pas modifier le codage : par exemple, une patiente pour laquelle une césarienne est réalisée avant une intervention pour craniotomie ou une patiente qui accouche alors qu'elle est comateuse, etc. Dans ces situations, l'accouchement est un épiphénomène dans le séjour et le codage ne doit surtout pas être modifié. Dans les autres cas, le codage du séjour nécessite une confirmation aboutissant, comme pour les durées de séjour trop courtes nécessitant confirmation, soit à une validation, soit à une correction du codage, a minima du diagnostic principal, voire des diagnostics associés.

3.5.4 Contrôles de cohérence portant sur les données obstétricales et néonatales des versions 11b et 11c

En 2010, dans le cadre d'une amélioration globale du codage des données néonatales et obstétricales et en vue de la refonte prochaine des CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du* postpartum et 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*, il devenait nécessaire d'être plus exigeant dans la qualité du codage des informations relatives aux séjours et, en particulier de contrôler et de bloquer par de nouveaux contrôles dans la *fonction groupage* les incohérences existant entre les informations suivantes : âge, sexe, poids de naissance de l'enfant, âge gestationnel, diagnostics figurant dans le RSS de l'enfant, diagnostics du RSS de la mère, etc. Ainsi, par exemple :

- les codes « O » figurant à tort parmi les diagnostics mentionnés dans le RSS du bébé et les codes P parmi ceux du RSS de la mère ne sont plus acceptés depuis la **version 11b** ;
- la cohérence de l'âge gestationnel avec le poids de naissance de l'enfant est également encadrée afin d'éviter des valeurs aberrantes
- si un acte CCAM d'accouchement ou de césarienne est mentionné dans le RUM une date doit être obligatoirement associée à l'acte.

Pour le détail de ces contrôles se référer au paragraphe 6.4.4.

En 2011, de nouveaux contrôles de cohérence ont été introduits pour améliorer la qualité du codage des données néonatales et obstétricales et en vue de la refonte des CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du* postpartum et 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*, pour bloquer par de nouveaux contrôles dans la *fonction groupage* les incohérences existant entre les nouvelles informations introduites dans le recueil pour la version 11c. Ainsi :

- la date des dernières règles fait l'objet des mêmes contrôles de cohérence que l'âge gestationnel ;
- les contrôles introduits dans la version 11b restent inchangés[53].

3.5.5 Précisions sur l'âge gestationnel et la date des dernières règles

Il existe actuellement dans le recueil deux variables identifiant l'avancement de la grossesse. L'âge gestationnel a été introduit dans la version 10c et la date des dernières règles dans la version 11c. La consigne pour le recueil de l'âge gestationnel est, pour la mère, de l'enregistrer dans le RUM contenant l'acte d'accouchement. Cette consigne est nécessaire pour obtenir des données nationales sur les âges gestationnels à la naissance.

Malheureusement, dès son introduction, les professionnels ont demandé la possibilité de renseigner aussi un âge gestationnel au début du séjour, même si ce dernier ne se termine pas par un accouchement. Il a semblé plus intéressant de renseigner la date des dernières règles telle qu'elle figure dans le dossier, qu'elle soit certaine, estimée ou corrigée de façon à pouvoir calculer tous les âges gestationnels, que ce soit celui à l'entrée dans l'établissement ou celui à la date de l'accouchement. Il sera étudié ensuite, si l'information *âge gestationnel* peut être supprimée.

3.5.6 Autres modifications apportées par les versions 11b, 11c et 11d

3.5.6.1 Modifications dans la version 11b

L'acte de la CCAM NJMB001 *Réparation d'une rupture du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée* a été rendu classant opératoire et intégré à la liste d'actes A-285 *Autres interventions sur les tissus mous* de la CMD 08 *Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*.

L'ensemble des codes de la CIM–10 de la catégorie M80 *Ostéoporose avec fracture pathologique* ont été ajoutés à la liste de codes D-069 *Certaines lésions traumatiques*.

---

[53] Cf. le point 5 *La fonction Groupage*,

3.5.6.2 Modifications dans la version 11c

Le diverticule œsophagien (K22.5), auparavant diagnostic d'entrée de la CMD 03 *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents*, est désormais un diagnostic d'entrée dans la CMD 06 *Affections du tube digestif*.

Quelques actes ont été modifiés : certains rendus classants (comme l'acte JSEC001 *Transfert intratubaire d'embryon, par cœlioscopie*, ou KCNL004 *Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose supérieure à 1 gigabecquerel [GBq]*) d'autres non classants (comme l'acte ANLP002 *Pose d'un stimulateur électrique externe à visée antalgique*).

3.5.6.3 Modifications dans la version 11d

Les autres modifications introduites dans la version 11d touchent à la hiérarchisation dans la CMD 09 et dans la CMD 28.

La racine 09C03 *Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites*

Les deux racines chirurgicales testées en tête de l'arbre de décision de la CMD 09 *Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins* concernent les greffes de peau et/ou parages de plaies que ce soit pour des ulcères cutanés ou des cellulites (racine 09C02) ou pour d'autres affections (racine 09C03).

La racine 09C02 *Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite* est homogène. A l'inverse, la racine 09C03 *Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites* était plus hétérogène et, en raison de sa position dans l'arbre de décision, comportait des séjours associant des interventions sur les seins avec, concomitamment, la réalisation de lambeaux cutanés et des séjours pour des greffes cutanées seules.

Il nous avait été demandé d'examiner cette racine de façon à différencier ces deux types de séjours. Les lambeaux cutanés réalisés lors d'interventions mammaires et classés dans la racine 09C03 ne sont pas les grands lambeaux testés dans la racine 09C11 *Reconstructions des seins* comme les lambeaux pédiculés de muscle grand dorsal ou les lambeaux parascapulaires ou les lambeaux uni ou bipédiculés ou musculocutanés libres de muscle droit de l'abdomen. Il s'agit de lambeaux plus simples et plus couramment pratiqués. En conséquence, il est apparu plus opportun que cette racine 09C03 soit testée après toutes les interventions sur les seins de façon privilégier, en tête, les lambeaux les plus importants classés dans la racine 09C11 et, d'une façon générale, les interventions sur les seins, pour ne laisser persister dans cette racine que les séjours pour greffes cutanées non combinées à des interventions mammaires.

L'arbre de décision de la CMD 28

L'arbre de décision des séances ainsi que les consignes de recueil combinent des inconvénients rendant difficiles l'interprétation des séances. En effet, le recueil permet l'enregistrement d'un RSS-séances pour plusieurs séances normalement en tous points identiques. Dans les faits, des RSS de durées équivalentes concernant des séances en hospitalisation complète (CMD 17) sont d'interprétation délicate. Il est, en effet, bien difficile de dire si ce ne sont que des séances pour lesquelles le champ « nombre de séances » n'a pas été rempli ou si ces séances sont bien décrites en hospitalisation complète en raison de l'état de santé du patient ou du protocole thérapeutique choisi. Jusqu'à la version 11c de la

classification des GHM, la *fonction groupage* rattrapait les séances d'une durée de 0 jour pour lesquelles le champ « nombre de séances » n'était pas renseigné en les orientant dans la CMD 28 comme si le champ « nombre de séances » indiquait 1. Par ailleurs, les prises en charge évoluant, des séjours pour irradiation interne se réalisent à présent en hospitalisation sans nuitée (exemple : les irradiations internes de la glande thyroïde par administration d'iode 131). Il s'agit de traitements uniques qui se trouvent classés à tort en séances du fait de la *fonction groupage*. Des améliorations de l'arbre de décision des séances sont débutées dans cette version et se poursuivront dans les versions à venir de façon à clarifier les séances en termes de description mais aussi d'orientation dans l'arbre de décision. Elles visent aussi à préparer la facturation individuelle des établissements de santé publics dans ce domaine. Le recueil sera aussi amené à évoluer dans ce sens lors des prochaines versions.

Dans cette version, sont classés en séances des RSS-séances qui mentionnent à la fois :

- un nombre de séances non nul ;
- et un motif de séances.

Si ces conditions ne sont pas remplies, les RSS-séances sont orientés dans les autres CMD en fonction de leur diagnostic principal.

3.6 La révision des catégories majeures 14 et 15

Les travaux menés depuis 2 ans sur l'obstétrique et la néonatalogie ainsi que les modifications déjà introduites dans les versions 11b et 11c ont permis de mener à bien la révision complète des CMD 14 et 15, seules CMD qui n'avaient pas fait l'objet de travaux dans le cadre de la version 11 de la classification des GHM. Ces deux CMD sont particulières sur bien des points : elles concernent majoritairement des séjours de mères et de bébés en bonne santé, elles nécessitent un multicodage obligatoire des diagnostics, elles ont été les précurseurs dans la construction des niveaux de sévérité de la version 11. En effet, elles ont bénéficié les premières de l'effet isolé comme critère dans la détermination de leurs listes de complications spécifiques. La méthode de l'effet isolé s'est ensuite affinée lors des travaux pour la création des 4 niveaux de sévérité introduits dans la version 11.

3.6.1 **Révision de la CMD 14**

Cette CMD se caractérise par deux types de séjours : les séjours pour accouchements et les séjours pour des affections liées à la grossesse, au *postpartum* ou à l'avortement. Son périmètre reste inchangé. Seules les racines et les niveaux de sévérité sont concernés par la révision qui vise à tenir compte des évolutions des prises en charge en maternité avec notamment l'existence de niveaux de maternités selon l'équipement lié à l'accueil du nouveau-né (réanimation néonatale pour le niveau 3 et néonatalogie pour le niveau 2). Ces niveaux de maternité imposent des transferts des mères vers le niveau adéquat.

3.6.1.1 Les accouchements

Les racines

Jusqu'à la version 11c, la description se limitait à séparer les accouchements par voie basse des césariennes et à distinguer les accouchements par voie basse comportant la

réalisation d'un acte opératoire essentiellement en lien avec des complications de l'accouchement.

Les autres critères étudiés portent sur la notion de grossesse unique ou multiple, sur la parité, sur le résultat de l'accouchement (enfant né vivant ou mort-né). Ils ont tous été retenus comme critères pour la segmentation des racines d'accouchements par voie basse. Seule la parité n'a pu être prise en compte pour les césariennes car cette information ne figure pas dans les actes de la CCAM.

Cette segmentation sur un critère de parité a finalement été retenue même si, au départ, il ne semblait pas nécessaire de conserver ce critère puisque les maternités ne sélectionnent pas a priori, à l'entrée, les parturientes en fonction de leur parité mais il s'avère que le recrutement des établissements entraine une proportion différente de patientes primipares.

La segmentation sur la notion de grossesse unique et multiple semble plus évidente en termes de durées de séjour et de complications spécifiques. De la même façon, les mères accouchant d'un mort-né séjournent moins longtemps à la maternité que celles accouchant d'un bébé vivant sauf s'il existe des complications du *per* ou du *postpartum*.

Le contenu de la racine 14C03 *Accouchements par voie basse avec autres interventions* a été modifié**.**. En effet, elle contient, comme auparavant, les actes opératoires en rapport avec l'accouchement dès lors qu'il ne s'agit pas de gestes fréquemment réalisés dans les suites des accouchements par voie basse comme les sutures de déchirures périnéales de premier degré, mais elle se limite aux accouchements par voie basse de grossesse unique. Pour une question d'effectif, il n'est pas créé de racine spécifique pour les séjours associant, lors d'accouchements par voie basse pour des grossesses multiples, des actes opératoires.

L'exploration de la base nationale a montré que la description des séjours avec accouchement pendant le trajet menant à la maternité d'un établissement de santé différait selon les établissements. Certains codaient ces séjours comme des séjours d'accouchement identiques à ceux se déroulant dans l'établissement tandis que d'autres les décrivaient comme des séjours du *postpartum*. Ceci conduit à créer, dans l'établissement, des liens mère-enfant entre des séjours du *postpartum* et des séjours de naissance, ce qui ne semble pas très pertinent. Pour cette raison, une racine 14Z09 a été créée regroupant les séjours pour lesquels l'accouchement se déroule pendant le trajet menant à l'établissement de santé le plus proche ou pressenti pour celui-ci. La prise en charge habituelle conduit la patiente à être prise en charge en salle de naissance pour un temps inférieur à celui d'un accouchement complet, l'acte d'accouchement ne figure pas dans le séjour et la prise en charge du nouveau-né est, elle, identique.

Les niveaux de sévérité de la CMD 14

Les niveaux de sévérité dans cette CMD, comme dans la CM 15, sont construits différemment des 4 niveaux de sévérité des CMD « standard ». En effet, on utilise des listes de complications spécifiques à chaque racine.

Ainsi, il existe trois listes de complications spécifiques pour les séjours avec césariennes, pour ceux avec accouchements par voie basse de grossesses uniques ou multiples ou associant la réalisation d'acte opératoire durant le séjour, deux listes pour les accouchements par voie basse de grossesses multiples et seulement une liste pour les accouchements par voie basse d'enfants mort-nés. La méthodologie de construction de ces listes est identique, dans son principe général, à celle employée pour la construction des listes de CMA utilisées pour les 4 niveaux de sévérité. Chaque code diagnostique doit remplir 3 critères pour être retenu dans la liste des complications spécifiques : un critère d'allongement de la durée de séjour en effet isolé sur la moyenne (exprimé en nombre de

journées et en %) et sur l'effet *Fetter-like* déterminé à partir de la médiane dont le seuil est fixé différemment pour chaque racine.

Comme dans les versions précédentes, l'ensemble des diagnostics mentionnés en DP, DR et DA des CMD 14 et 15 sont utilisés pour le classement dans un niveau de complication spécifique.

Néanmoins, la création des listes de complications spécifiques aux accouchements par voie basse et aux césariennes a nécessité d'exclure de l'analyse l'ensemble des diagnostics relatifs à l'*antepartum*. En effet, cette période *ante partum* longue est essentiellement due à la menace d'accouchement prématuré, affection par nature imprévisible, qui ne permet pas de standardiser les séjours selon la durée. Une fois exclue la période *ante partum*, l'étude des affections compliquant les séjours d'accouchements a permis de créer les listes spécifiques par racine. Les affections liées à l'*antepartum* présentes dans les séjours d'accouchements dont la durée avant ce dernier est supérieure à 2 jours, permettent l'obtention du financement pour chacune des journées jusqu'à 2 jours avant l'accouchement.

Pour qu'une complication spécifique ait un effet « surclassant », il faut que le séjour de la patiente remplisse la condition de durée minimale, identique à celle existant pour les niveaux 2, 3 et 4 :

- 3 jours pour le niveau B ;
- 4 jours pour le niveau C ;
- 5 jours pour le niveau D.

Si la durée de séjour minimale pour le niveau théorique de la CMA n'est pas respectée, le RSS est groupé dans le niveau de sévérité **immédiatement inférieur** sous réserve du respect de la durée de séjour requise pour ce niveau.

Les équivalences de CMA

Il apparait que, pour les racines concernant les accouchements, ni le décès ni l'âge de la mère n'ont d'influence sur la durée du séjour. C'est l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée (SA) qui joue un rôle d'équivalent de CMA. Il n'intervient que pour des âges gestationnels inférieurs à 37 SA et son rôle peut même conduire à un saut de deux niveaux de complications spécifiques contrairement à l'effet âge comme équivalent de CMA dans les autres CMD pour les 4 niveaux de sévérité qui ne permet l'accès qu'au niveau de sévérité juste supérieur.

Il est détaillé dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1 : effet de l'âge gestationnel sur le niveau de sévérité du diagnostic pour les accouchements par voie basse enfants vivants, grossesses uniques : racines 14Z13, 14Z14 et 14C03.

	Age gestationnel (SA)				
Niveau de sévérité du diagnostic	22-31	32	33-35	36	37-44
D	D	D	D	D	D
C	C	C	D	C	C
B	B	C	D	C	B
A	A	B	C	B	A

Tableau 2 : effet de l'âge gestationnel sur le niveau de sévérité du diagnostic pour les césariennes, grossesses uniques et multiples et enfants mort-nés : racines 14C06, 14C07 et 14C08.

	Age gestationnel (SA)				
Niveau de sévérité du diagnostic	22-31	32	33-35	36	37-44
D	D	D	D	D	D
C	D	D	D	D	C
B	C	C	C	C	B
A	B	B	C	B	A

Tableau 3 : effet de l'âge gestationnel sur le niveau de sévérité du diagnostic pour les accouchements par voie basse, grossesses multiples : racines 14Z11 et 14Z12.

	Age gestationnel (SA)				
Niveau de sévérité du diagnostic	22-31	32	33-35	36	37-44
B	B	B	B	B	B
A	A	A	B	A	A

3.6.1.2 Les racines hors accouchements

Dans la CMD 14, les racines hors accouchements concernent principalement les séjours pour prise en charge d'affections de l'*antepartum*, du *postpartum* ou du *postabortum* et des séjours d'avortements. Les autres motifs d'hospitalisation sont moins fréquents. Dans la version 11c, certains séjours d'accouchements omettant les codes diagnostiques de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* étaient classés dans des racines de l'*ante* ou du *postpartum*. De la même façon, certains séjours de l'*antepartum* étaient groupés dans des racines spécifiques du *postpartum* par oubli d'un code diagnostique de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque*. Par ailleurs, le codage d'un séjour d'obstétrique, en imposant des diagnostics associés par convention, fait appel, encore plus qu'ailleurs, au multicodage pour la description des affections de l'*ante*, du *postpartum* ou des avortements. Il apparait que le rôle du diagnostic principal n'est pas aussi important que dans les autres CMD. Pour ces raisons (erreurs de codage et rôle moindre du diagnostic principal), il a été décidé de hiérarchiser les racines médicales en recherchant parmi l'ensemble des diagnostics les informations nécessaires. Ceci est une nouveauté puisque seule cette CMD bénéficie d'une hiérarchisation de ses racines médicales. Dans cette hiérarchisation, les prises en charge des affections de l'*ante* comme du *postpartum* sont testées à la fin de l'arbre de décision, les racines les plus spécifiques le sont avant.

La racine 14Z05 *Grossesses ectopiques* a été segmentée en deux racines de façon à différencier les traitements médicaux, de plus en plus fréquents (par exemple par injection intratubaire de *méthotrexate*...), des traitements chirurgicaux auparavant les seuls traitements existants.

La racine 14Z07 *Faux travail* regroupe désormais la menace d'accouchement prématuré, le placenta prævia et le faux travail. Ceci peut paraitre étrange puisque la durée des séjours pour faux travail est courte à l'inverse de celle des menaces d'accouchements prématurés et du placenta prævia. Cette réunion est liée au codage de ces affections avec la CIM–10 qui

utilise la catégorie O47 pour le faux travail mais qui l'employait aussi pour la menace d'accouchement prématuré jusqu'à ce que l'OMS crée des extensions spécifiques pour cette dernière dans la catégorie O60 *Travail et accouchement prématurés [avant terme].* Les erreurs de codage sont encore nombreuses, auxquelles s'ajoute la difficulté du diagnostic de ces affections : les menaces d'accouchements prématurés de durée de séjour courte sont assez similaires à celle des faux travail avérés. Les séjours pour placenta prævia ont des durées aussi longues que ceux pour menaces d'accouchements prématurés et des prises en charges voisines. Un GHM de très courte durée (GHM « en T ») a été créé dans cette nouvelle racine de façon à isoler la majorité des « vrais » faux travail des autres séjours.

Les racines liées aux avortements et aux menaces d'avortement ont un contenu inchangé par rapport à la version 11c.

Les séjours pour affections de l'*antepartum* nécessitent toujours la présence un code de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* pour être classés dans une des deux racines d'*antepartum*. Les séjours sont ensuite différenciés selon la présence ou non d'un acte opératoire. Les séjours médicaux pour affections de l'*antepartum* (racine 14M03) bénéficient de quatre niveaux de complications spécifiques au lieu des deux existant dans la version 11c et les séjours chirurgicaux (racine 14C10), d'effectifs plus modestes, ne sont pas segmentés selon des niveaux de sévérité spécifiques.

Comme dans la version 11c, les séjours pour affections du *postpartum* nécessitent le codage obligatoire d'un diagnostic de la catégorie Z39 *Soins et examens du postpartum* pour être classés dans une des deux racines de *postpartum*. Les séjours sont ensuite différenciés selon la présence ou non d'un acte opératoire. Seuls les séjours médicaux du *postpartum* bénéficient de deux niveaux de complications spécifiques.

L'arbre de décision de ces racines hors accouchements, pour limiter les erreurs de codage, fait l'objet, dans cette version, d'un verrouillage plus important. Ainsi, au niveau des racines d'avortement, la présence d'actes d'avortement sans présence des diagnostics y faisant référence conduit le séjour en erreur. Même procédé dans les racines d'*antepartum* qui nécessitent la présence obligatoire d'un code de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* mais dont la présence concomitante d'affections spécifiques du *postpartum* dans le résumé de séjour conduise celui-ci à être classé en erreur. De la même façon, pour les racines du *postpartum* qui imposent un diagnostic de la catégorie Z39 *Soins et examens du postpartum*, la présence concomitante d'affections spécifiques de l'*antepartum* conduisent les séjours à être classés en erreur.

3.6.2 **Révision de la CMD 15**

Jusqu'à la version 11c, cette CMD se composait quasi exclusivement de séjours de naissances, une minorité de séjours concernait des nouveau-nés qui revenaient en hospitalisation ultérieurement au séjour de naissance. Une racine 15Z02 regroupait les séjours de nourrissons entre 29 et 120 jours. Les diagnostics d'entrée dans cette CMD relevaient essentiellement des codes CIM–10 du chapitre XVI *Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale* et quelques codes du chapitre XVII *Malformations congénitales et anomalies chromosomiques* concernant des syndromes ne relevant d'aucune CMD par appareil. La particularité des affections débutant dans la période périnatale réside essentiellement dans le fait que certains séjours de nouveau-nés, en fonction du codage choisi par le praticien et pour un même âge et un même poids à l'entrée dans l'unité médicale, peuvent être classés dans cette CMD alors que d'autres le sont dans d'autres CMD. C'était le cas notamment pour la chirurgie du nouveau-né.

La révision de cette CMD a porté sur la refonte du périmètre de cette catégorie majeure, la refonte de ses racines et de ses niveaux de complications spécifiques.

3.6.2.1 Le périmètre

En observant les modèles de classifications étrangers, force est de constater que le périmètre de cette catégorie majeure varie et essaie de trouver un compromis visant à traduire au mieux la sévérité des séjours. Dans nos travaux, il a semblé intéressant de conserver bien sûr l'ensemble des séjours de naissance et de se limiter à ce périmètre. Malheureusement, les niveaux de maternité sont définis selon l'équipement lié à l'accueil du nouveau-né (réanimation néonatale pour le niveau 3 et néonatalogie pour le niveau 2) et imposent des transferts *in utero* ou après la naissance vers le niveau de maternité adéquat. Il arrive donc que l'enfant soit transféré immédiatement depuis la salle de naissance d'un établissement vers un autre établissement, et les transferts peuvent aussi s'enchainer vers des établissements en capacité de réaliser la chirurgie du nouveau-né, ceci sans que le nouveau-né ne soit jamais rentré à domicile. En conséquence, le périmètre de cette catégorie majeure doit tenir compte de ces transferts et va donc prendre en compte tous les séjours de naissance et toutes les suites de naissance telles que l'on vient de les décrire.

L'algorithme pour atteindre cette cible ne peut désormais davantage se baser sur des diagnostics d'entrée. En conséquence, cette CMD 15 devient donc une CM. Désormais, pour être classé dans la CM 15, un séjour de nouveau-né doit remplir l'une des conditions suivantes :

- âge à l'entrée inférieur à 8 jours ;
- OU entrée par transfert (ou par mutation ou prestations interétablissements) <u>et</u> poids à l'entrée dans l'unité médicale inférieur à 2500g (avec un verrou pour un âge supérieur à 365 jours de façon à limiter les erreurs)
- OU entrée par transfert (ou par mutation ou prestations interétablissements) <u>et</u> âge à l'entrée inférieur à 29 jours

Cet algorithme s'affranchit du codage des établissements : utilisation ou non d'un code « P » de la CIM–10. Il conduit à orienter dans cette catégorie majeure l'ensemble des séjours chirurgicaux de nouveau-nés. De la même façon, ce nouveau périmètre conduit des séjours auparavant classés dans la CMD 15 à ne plus l'être (environ 15000 par an) et d'autres auparavant classés dans diverses racines de toutes les autres CMD à l'être à présent (environ 8000 par an). L'essentiel des séjours concernant les naissances continue à relever de cette catégorie majeure.

3.6.2.2 Les nouvelles racines

La révision de cette catégorie majeure a aussi porté sur la révision des racines existantes. Le découpage des racines selon le seul critère du poids à l'entrée dans l'unité médicale a montré une inhomogénéité des GHM en termes de durée des séjours et de couts, disparité accentuée par les transferts entre les niveaux de maternité et les différences de recrutement des établissements.

Les groupes de nouveau-nés

La segmentation selon le seul critère du poids à l'entrée dans l'unité médicale ne semblant pas la plus appropriée (au regard des disparités de couts et de durées), un nouveau critère a été ajouté : l'âge gestationnel. En effet, l'âge gestationnel est présent dans le recueil depuis 2009. Il s'exprime en semaines d'aménorrhée (SA). Il permet, en

association avec le poids à l'entrée dans l'unité médicale, la création de racines iso-DMS (*cf.* tableau ci-dessous).

Tableau : DMS des séjours groupés dans la version 11c dans des GHM de niveau A et Z en fonction du poids et de l'âge gestationnel. Étude portant uniquement sur des âges gestationnels compris entre 29 et 43 SA.

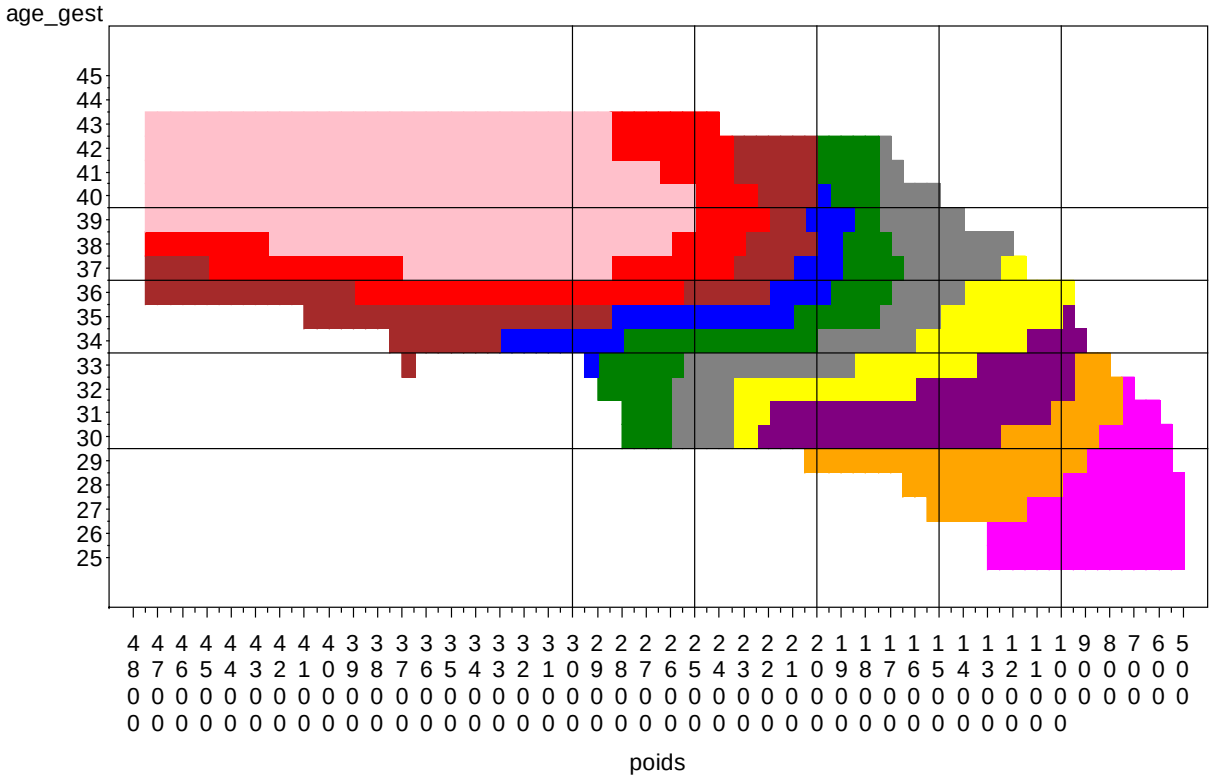
	Âge gestationnel															
poids	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**43**	**TOUS**
1.0	71.5	56.2	51.4	46.1	46.4	38.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64.0
1.1	66.3	55.6	49.4	45.9	40.6	36.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57.2
1.2	61.9	51.0	46.5	41.9	38.4	35.0	28.2	-	-	-	-	-	-	-	-	49.1
1.3	58.4	49.1	44.3	38.0	35.2	31.2	30.3	27.4	-	-	-	-	-	-	-	42.6
1.4	54.2	49.5	41.9	37.7	33.0	28.8	26.8	26.1	22.9	-	-	-	-	-	-	38.6
1.5	-	23.0	28.6	29.8	26.5	24.2	21.2	20.7	18.9	-	-	-	-	-	-	24.1
1.6	-	-	23.5	26.0	25.3	22.0	19.3	17.6	18.3	13.8	-	-	-	-	-	21.2
1.7	-	-	30.1	27.1	23.2	20.3	17.2	15.2	13.4	13.1	**14.6**	-	-	-	-	18.6
1.8	-	-	25.7	23.3	22.2	17.9	14.7	12.6	11.2	12.0	11.2	**12.9**	-	-	-	15.3
1.9	-	-	24.2	23.2	20.3	16.7	12.9	10.6	9.7	9.2	8.9	**10.4**	-	-	-	12.9
2.0	-	-	-	24.8	18.8	14.2	10.1	8.4	7.7	7.0	**8.5**	**7.0**	5.5	-	-	9.5
2.1	-	-	-	15.2	16.5	13.1	9.2	7.4	6.6	6.1	5.8	**6.3**	**5.8**	-	-	7.7
2.2	-	-	-	23.3	16.6	12.0	8.2	6.6	5.9	5.6	5.4	5.2	**5.3**	-	-	6.6
2.3	-	-	-	-	14.1	11.3	8.1	6.0	5.5	5.2	5.1	4.8	**5.2**	-	-	5.9
2.4	-	-	-	-	13.0	10.7	7.4	5.7	5.1	4.9	4.6	4.6	**4.9**	4.3	-	5.3
2.5	-	-	-	-	-	4.3	5.3	4.4	4.3	4.2	4.1	**4.2**	**4.3**	**4.2**	-	4.2
2.6	-	-	-	-	-	3.3	4.6	4.4	4.3	4.1	4.0	4.1	**4.2**	**4.8**	-	4.1
2.7	-	-	-	-	-	4.4	4.5	4.3	4.2	4.1	4.0	4.0	4.1	**4.2**	-	4.0
2.8	-	-	-	-	-	5.3	4.5	4.3	4.1	4.0	3.9	3.9	4.1	**4.2**	-	4.0
2.9	-	-	-	-	-	3.2	4.4	4.2	4.3	4.0	3.9	3.9	4.0	4.0	-	4.0
3.0	-	-	-	-	-	3.5	4.2	4.1	4.1	4.0	3.9	3.9	4.0	4.1	3.8	3.9
3.1	-	-	-	-	-	3.0	4.8	4.2	4.1	4.0	3.9	3.9	4.0	4.0	3.8	4.0
3.2	-	-	-	-	-	4.0	4.2	4.1	4.1	4.0	3.9	3.9	4.0	4.0	3.5	3.9
3.3	-	-	-	-	-	5.1	3.9	4.0	4.1	4.0	3.9	3.9	4.0	4.0	4.4	3.9
3.4	-	-	-	-	-	4.1	3.8	4.3	4.1	4.0	3.9	3.9	4.0	4.0	4.3	3.9
3.5	-	-	-	-	-	5.8	4.0	4.1	4.1	4.0	3.9	3.9	4.0	4.1	4.1	3.9
3.6	-	-	-	-	-	-	3.7	4.0	4.2	4.0	3.9	3.9	4.0	4.0	4.4	4.0
3.7	-	-	-	-	-	-	4.0	4.6	4.2	4.1	3.9	3.9	4.0	4.0	3.6	4.0
3.8	-	-	-	-	-	-	-	4.0	4.2	4.1	3.9	3.9	4.0	4.0	3.6	4.0
3.9	-	-	-	-	-	-	-	4.5	4.1	4.1	4.0	3.9	4.0	4.0	-	3.9
4.0	-	-	-	-	-	-	-	4.0	4.0	4.1	4.0	3.9	4.0	4.1	-	4.0
4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	4.3	4.1	4.0	3.9	4.0	4.0	-	4.0
4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	4.2	4.2	4.0	3.9	4.0	4.1	-	4.0
4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	4.3	4.3	4.1	4.0	4.0	4.0	-	4.0
4.4	-	-	-	-	-	-	-	-	4.2	4.4	4.1	4.0	4.1	4.2	-	4.1
4.5	-	-	-	-	-	-	-	-	4.0	4.2	4.1	4.0	4.1	3.8	-	4.1

	Âge gestationnel															
poids	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**43**	**TOUS**
4.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.6	4.2	4.1	4.0	4.1	-	4.1
4.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.2	4.1	4.1	4.1	4.0	-	4.1
TOUS	58.1	49.6	42.6	34.0	24.6	16.3	9.9	6.3	4.5	4.1	4.0	3.9	4.0	4.0	3.9	4.3

On observe, pour chaque tranche de poids (exemple : entre 1000 et 1499g, entre 1500 et 1999g etc.), des durées classées dans au minimum 3 groupes de couleurs différentes, avec des variations très importantes. Ainsi, pour la tranche de poids entre 1000 et 1499g, les durées des séjours s'échelonnent entre 22,9 et 71,5 jours.

Au total 10 groupes de nouveau-nés sont créés (*cf.* annexe 3 du volume 1 du manuel des GHM) et symbolisés dans le graphique ci-dessous. Pour un classement optimum du séjour du nouveau-né, ils nécessitent la présence à la fois du poids à l'entrée de l'unité médicale (toujours exprimé en grammes) et de l'âge gestationnel (en SA) conformément aux règles précisées dans le *Guide méthodologique*. Un âge gestationnel manquant conduit l'algorithme à prendre pour le poids indiqué, l'âge gestationnel le plus fréquent et à affecter au séjour le groupe de nouveau-nés correspondant à cet âge gestationnel supposé (*cf.* colonne 99 dans le tableau de l'annexe 3 du volume 1 de ce manuel).

Groupes optimaux sur la durée



Les racines chirurgicales de la CM 15

Les racines chirurgicales utilisent le groupe de nouveau-nés pour l'orientation des séjours. Au total, la nouvelle CM 15 compte cinq racines chirurgicales construites selon deux axes différents : la nature de l'acte ou le profil de nouveau-né (poids, âge gestationnel). Il existe une racine chirurgicale pour le groupe de nouveau-nés 10 qui concerne les plus petits poids et âges gestationnels dans laquelle sont regroupés tous les séjours mentionnant un

acte opératoire. De la même façon, une racine chirurgicale pour les groupes de nouveau-nés 8 et 9 réunit aussi tous les séjours sur la présence d'un acte opératoire. Ces racines ne sont donc pas spécifiques d'une discipline chirurgicale mais se distinguent plutôt sur le caractère très particulier de la chirurgie liée aux tout petits poids de naissance.

À l'inverse, la chirurgie des plus gros poids de naissance et âges gestationnels proches du terme ou à terme rassemble l'ensemble des groupes de nouveau-nés de 1 à 7 et distingue trois groupes chirurgicaux :

- la chirurgie majeure cardiaque ;
- la chirurgie majeure digestive ;
- les autres chirurgies.

Les séjours avec acte opératoire et décès précoces ou tardifs, ou transferts précoces vers un établissement MCO sont classés dans ces racines.

Les racines médicales de la CM 15

Les racines médicales sont déclinées pour chaque groupe de nouveau-nés, soit au total dix racines.

La racine concernant les mort-nés reste inchangée. Pour être classé dans cette racine, il convient de mentionner un poids supérieur ou égal à 100g, un mode d'entrée *domicile*, un mode de sortie *décès*, une durée de séjour de zéro jour et un âge en jours à zéro. Si tel n'est pas le cas, un code-retour d'erreur sera retourné par la *fonction groupage* (*cf.* paragraphe 6.4).

Les séjours avec décès étaient auparavant classés dans 3 GHM différents selon le poids à l'entrée de l'unité médicale (15Z04E *Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés*, 15Z08E *Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés*, 15Z09E *Nouveau-nés de moins de 1000 g, décédés*). Ces trois GHM avaient tous une durée moyenne de séjour égale à 8,2 jours mais des couts différents. Il est apparu plus intéressant de séparer les séjours sans acte opératoire se terminant par un décès sur la précocité ou non de survenue de ces décès. Désormais, il existe deux racines : une concernant les décès précoces (en moins de 4 jours) et une pour les décès de survenue plus tardive. Les décès survenant au cours d'un séjour avec acte classant opératoire restent, eux, classés dans les racines chirurgicales.

La racine 15M02 *Transferts précoces vers un établissement MCO* est très proche de celle qui existait déjà dans la version 11c (15Z03Z) mais elle ne contient plus à présent que des séjours sans acte opératoire.

3.6.2.3 Les niveaux de sévérité de la CM 15

Dans cette catégorie majeure, comme dans les CMD 14 et 25, les niveaux de sévérité sont spécifiques de chaque racine mais sont construits selon la même méthodologie que celle employée pour la constitution des 4 niveaux de sévérité (*cf.* le paragraphe 3.6.1.1.) des CMD dites « standard » (CMD par appareil).

Comme dans les versions précédentes, l'ensemble des diagnostics mentionnés comme DP, DR et DA des CMD 14 et 15 sont utilisés pour le classement dans un niveau de complication spécifique.

Pour qu'une complication spécifique ait un effet « surclassant », il faut que le séjour du nouveau-né remplisse la condition de durée minimale, identique à celle existante pour les niveaux 2, 3 et 4 :

- 3 jours pour le niveau B ;
- 4 jours pour le niveau C ;
- 5 jours pour le niveau D.

Si la durée de séjour minimale pour le niveau théorique de la CMA n'est pas respectée, le RSS est groupé dans le niveau de sévérité **immédiatement inférieur** sous réserve du respect de la durée de séjour requise pour ce niveau.

À la différence des versions précédentes, les listes de complications spécifiques ne se différencient plus en listes communes à tous les nouveau-nés et en listes spécifiques par tranche de poids. Les listes rassemblent les problèmes communs aux nouveau-nés et les complications spécifiques de chaque groupe de nouveau-né. Ainsi, trois listes de complications sont créées pour les groupes 1 et 2 de nouveau-nés, deux listes pour les groupes de nouveau-nés 3 à 7 et une liste pour les groupes 8 à 10.

4. LA VERSION 11e DE LA CLASSIFICATION DES GHM

En 2013, les modifications dues à la **version 11e** de la classification des GHM portent sur :

- la révision de la liste des CMA, des listes d'exclusions et de l'effet âge ;
- la création de nouvelles racines chirurgicales dans le cadre des travaux sur la chirurgie ambulatoire et la suppression d'une racine ;
- la refonte de la racine 05K13 *Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans* ;
- l'introduction de nouvelles extensions de la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) ;
- d'autres nouveautés comme la modification de la confirmation de codage et les évolutions du GHM 09Z02Z *Chirurgie esthétique* ou les mises à jour des listes de complications spécifiques des CMD 14 et 15.

4.1 La révision de la liste des CMA, des listes d'exclusions et de l'effet âge

4.1.1 Révision de la liste des CMA

Dans la version **11e**, la liste des CMA a été revue selon les mêmes critères que ceux précédemment utilisés en V11a et en V11c[54].

La méthode adoptée pour la maintenance de la liste des CMA est identique à celle appliquée en 2011. Pour rappel, cette méthode consiste à :

- supprimer de la liste, les codes pour lesquels il n'est plus constaté d'effet CMA sur la période 2009-2012 et dont l'effectif du code ou du regroupement de codes est supérieur à 1000 cas dans la base nationale ;
- requalifier le niveau de sévérité des codes qui n'auraient plus le même effet CMA, (exemples : CMA passant du niveau de sévérité 3 au niveau 2 ou du niveau 3 au niveau 4) ;
- introduire, le cas échéant, de nouveaux codes qui auraient un effet CMA.

On constate une assez grande stabilité des effets CMA. Sur quelques 10790 codes CIM-10 à quatre caractères[55], quelques CMA nouvelles arrivent dans la liste (223 nouveaux codes CIM-10) et quelques CMA disparaissent (216 codes CIM-10), soit 4% des codes.

Cette stabilité d'ensemble de la liste des CMA est contrebalancée par une relative baisse de l'effet CMA de certains codes avec notamment le passage d'un certain nombre de codes de niveau 3 reclassés en niveau 2. Le tableau ci-dessous présente les mouvements.

---

[54] Se reporter au point 3.2.1.

[55] Est compté « 1 » chaque ensemble de triplets « diagnostic x niveau 11d x niveau 11e » dès lors que les codes des diagnostics ont les mêmes 4 premiers caractères.

Niveaux des CMA en V11e	Niveaux des CMA en V11d				
	1	**2**	**3**	**4**	**Total V11e**
1	**7628**	194	21	1	7844
2	216	**1878**	79	11	2184
3	7	36	**444**	34	521
4	.	9	38	**193**	240
Total V11d	7851	2117	582	239	**10789**

Parmi les nouvelles CMA, on peut citer : M03.0 *Arthrite post-méningococcique* (A39.8), B39.0 *Histoplasmose pulmonaire aiguë à Histoplasma capsulatum*, H45.0 *Hémorragie du corps vitré au cours de maladies classées ailleurs*.

Parmi celles qui disparaissent, on retrouve : A38 *Scarlatine*, E14.2 *Diabète sucré, sans précision, avec complications rénales*, F11.0 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : intoxication aiguë,* M83.0 *Ostéomalacie puerpérale,* P11.– *Autres lésions du système nerveux central dues à un traumatisme obstétrical,* P51.0 *Hémorragie ombilicale massive du nouveau-né.*

Les changements de niveaux de sévérité concernant les affections de la période périnatale sont en partie liés aux modifications de la CM 15 dans la version 11d.

4.1.2 Révision des listes d'exclusions

Les listes d'exclusions ont été revues pour tous les codes figurant dans la nouvelle liste des CMA. L'objectif était de conserver la stabilité de la liste des CMA mais aussi d'attribuer des exclusions à tout code nouvellement introduit.

Lorsqu'une baisse de l'effet CMA d'un code voire la disparition de cet effet était constatée, les exclusions ont systématiquement été revues de façon à dépister d'éventuelles anomalies liées aux listes d'exclusions ou de renforcer ces dernières de manière à conserver le code dans son niveau de sévérité. L'effet CMA de chacun des codes était ensuite revu avec trois possibilités :

- soit le code a pu être conservé dans son niveau de sévérité antérieur grâce au renforcement de ses exclusions;
- soit le code n'a pu être conservé dans son niveau de sévérité antérieur par baisse de son effet CMA malgré le renforcement de ses exclusions. Il a alors été déclassé dans un niveau de sévérité inférieur ;
- soit le code n'a pu être conservé dans son niveau de sévérité antérieur par perte de son effet CMA malgré le renforcement de ses exclusions. Il a alors été retiré de la liste des CMA.

De nouvelles listes d'exclusions, de portée plus générale, ont été créées. Elles concernent des exclusions entre un code CMA et un ensemble de racines, comme par exemple un code CMA et l'ensemble des racines de chirurgie. Pour consulter ces listes, il faut se reporter aux annexes 3 et 5 du volume 1 du manuel des GHM.

4.1.3 **Révision de « l'effet âge » comme équivalent de CMA**

La révision de la liste des CMA ainsi que la prise en compte des nouvelles exclusions nécessitent de revoir « l'effet âge » comme équivalent de CMA. En effet, ce dernier vient s'ajouter, comme marqueur de sévérité supplémentaire, au critère diagnostique chaque fois que, pour une racine donnée, la prise en compte de l'âge permettrait de classer plus adéquatement un séjour dans le niveau de sévérité supérieur en termes de durée et de couts.

On constate dans cette version 11e, une diminution du nombre de racines pour lesquelles il est nécessaire de tenir compte de cet « effet âge » puisque 378 racines n'avaient pas d'effet âge dans la version 11d contre 438 dans cette version 11e. Cette baisse de l'effet âge est liée à l'amélioration de l'exhaustivité du codage des diagnostics associés dans les séjours de ces patients âgés. La sévérité du séjour est ainsi directement captée par les diagnostics sans nécessité de rattrapage au moyen de l'effet âge.

4.2 Création et suppression de racines chirurgicales

Dans le cadre des travaux sur l'homogénéité des GHM, les 89 racines chirurgicales comportant un GHM de chirurgie ambulatoire (GHM en « J ») ont été étudiées. Il s'est agi d'analyser l'homogénéité en termes de durée et de couts, en s'intéressant, non seulement au niveau 1 qui montre l'activité standard de la racine mais aussi au niveau J.

L'objectif consiste à obtenir des racines plus homogènes regroupant des actes réalisés à la fois en chirurgie ambulatoire et dans des séjours plus longs du niveau 1 ou des racines comportant presqu'exclusivement des séjours de niveau 1 sans activité ambulatoire(ou très peu).

Sur ces 89 racines, seules 37 racines ont été jugées suffisamment hétérogènes en termes de durée et de couts et avec un impact sur certains établissements du fait de leur recrutement pour faire l'objet de modifications.

Trois mesures classificatoires ont été prises :

- l'une consistant à reclasser certains actes dans d'autres racines de façon à obtenir une meilleure homogénéité de durée et de couts, cela concerne 19 racines ;
- l'autre consistant à scinder une racine en 2 ou 3 parties pour distinguer des prises en charge pour des activités spécifiques avec un effectif suffisant. Au total, 17 racines sont concernées conduisant à la création de 18 nouvelles racines ;
- et la dernière consistant en la suppression de la racine 21C03 *Parage de plaies*. Les séjours sont regroupés, avec ceux de la racine 21C02 *Greffes de peau pour lésions autres que des brulures*, dans une nouvelle racine 21C06 *Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brulures*.

4.2.1 **Création de nouvelles racines**

Les 18 nouvelles racines créées par segmentation d'une racine existante sont les suivantes :

01C14 *Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien*

02C13 *Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans*
03C29 *Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes*
03C30 *Interventions sur l'oreille externe*
06C24 *Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans*
08C57 *Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied*
08C58 *Arthroscopies de l'épaule*
08C59 *Ténosynovectomies du poignet*
09C12 *Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles*
09C13 *Interventions pour condylomes anogénitaux*
09C14 *Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau, des tissus sous-cutanés ou des seins*
09C15 *Interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins pour lésions traumatiques*
11C10 *Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales*
11C11 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires*
11C12 *Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire*
13C19 *Interventions pour stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction*
13C20 *Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations*
21C06 *Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brulures*

4.2.2 Reclassement d'actes

Les racines concernées par le transfert d'actes sont listées dans le tableau ci-dessous. Ne sont mentionnés que les reclassements d'actes opérés dans le cadre du travail sur l'homogénéité des GHM visant à la meilleure prise en compte de la chirurgie ambulatoire.

Transferts d'actes	N° racine	Libellés des racines
de	**03C16**	**Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou**
vers	03C09	Rhinoplasties
	03C17	Interventions sur la bouche
de	**05C10**	**Chirurgie majeure de revascularisation**
de	**05C11**	**Autres interventions de chirurgie vasculaire**
vers	05C18	Autres interventions sur le système circulatoire
de	**05C17**	**Ligatures de veines et éveinages**
vers	05C18	Autres interventions sur le système circulatoire
de	**05C18**	**Autres interventions sur le système circulatoire**
vers	05C10	Chirurgie majeure de revascularisation
	05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire
de	**06C14**	**Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales**
vers	06C07	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon

de	**06C19**	**Hémorroïdectomies**
vers	06C14	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales
de	**08C13**	**Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur**
vers	08C04	Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans
	08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans
	08C50	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans
de	**08C14**	**Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur**
vers	08C13	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur
de	**08C21**	**Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif**
vers	08C04	Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans
	08C31	Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans
	08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans
	08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans
	08C50	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans
de	**08C35**	**Interventions sur le bras, coude et épaule**
vers	08C25	Prothèses d'épaule
de	**08C38**	**Autres arthroscopies du genou**
vers	08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie
	08C53	Interventions sur le genou pour traumatismes
	08C54	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques
de	**08C39**	**Interventions sur l'avant-bras**
vers	08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous
de	**08C42**	**Interventions non mineures sur les tissus mous**
vers	08C46	Autres interventions sur les tissus mous
de	**08C46**	**Autres interventions sur les tissus mous**
vers	08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous
de	**13C04**	**Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin**
vers	13C17	Cervicocystopexie
de	**17C03**	**Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies**
vers	17C02	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies
	17C04	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus
de	**21C04**	**Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures**
vers	21C05	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte

de	21C05	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte
vers	21C04	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures

4.3 Refonte de la racine 05K13

Les techniques interventionnelles à visée thérapeutique sont réalisées de plus en plus fréquemment en remplacement de la chirurgie conventionnelle avec une très grande variété d'actes CCAM possibles. L'ensemble de ces prises en charge, quand elles ne concernent pas la pose d'endoprothèses, sont actuellement classées, selon l'âge, dans deux racines :

- la racine 05K12 *Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans* ;
- la racine 05K13 *Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans*.

Ces racines sont, par construction, hétérogènes vu la diversité des actes considérés. L'effectif des séjours côté adulte croît chaque année et le financement à la moyenne de prises en charge aussi diverses avec souvent la pose de dispositifs médicaux implantables (DMI) ou l'utilisation de consommables couteux nécessitent d'adapter la classification dans ce domaine d'activité.

C'est le cas, par exemple, des séjours pour poses de bioprothèses de valves aortiques ou de valves pulmonaires par voie vasculaire transcutanée qui, outre l'utilisation d'un dispositif couteux, ont actuellement les durées moyennes de séjours les plus longues de la racine 05K13.

Pour améliorer l'homogénéité de ces deux racines, il a été décidé de :

- ne pas modifier la racine 05K12, spécifique de l'enfant, qui regroupe les traitements pour malformations congénitales et ne présente pas le même degré d'hétérogénéité que la racine adulte ;
- scinder en 6 racines nouvelles, la racine 05K13 concernant les traitements par voie vasculaire transcutanée de l'adulte.

Les 6 racines sont listées ci-dessous :

05K21 *Poses de bioprothèses de valves cardiaques par voie vasculaire* ;

05K22 *Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du cœur, âge supérieur à 17 ans* ;

05K23 *Ablations, repositionnements et poses de sondes cardiaques supplémentaires par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans* ;

05K24 *Dilatations coronaires et autres actes thérapeutiques sur le cœur par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans* ;

05K25 *Actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans* ;

05K26 *Actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans*.

La pose des bioprothèses de valves cardiaques par voie vasculaire transcutanée crée une difficulté supplémentaire dans la classification. En effet, certains actes techniques

pratiqués en remplacement de la chirurgie conventionnelle semblent tout aussi complexes et lourds que ces actes dits classant opératoires. Pour la première fois dans la classification des GHM, il a été décidé de les tester, dans l'arbre de décision, au sein des actes classant opératoires de la CMD. Cela ne concerne pour le moment que les poses de bioprothèses de valves aortiques ou pulmonaires par voie vasculaire transcutanée.

Ce changement implique les conséquences suivantes :

1. ces actes ne sont toutefois pas considérés comme des actes classant opératoires, ils restent des actes classant non opératoires ;
2. la racine contenant ces séjours est positionnée dans l'arbre de décision au sein des racines chirurgicales selon la même méthodologie que celle utilisée lors de la création d'une nouvelle racine chirurgicale, à savoir selon la DMS et les couts de ses séjours ;
3. cette racine, bien que spécifique de la pose de bioprothèses de valves aortiques ou pulmonaires par voie vasculaire transcutanée peut contenir des actes classants opératoires réalisés au cours du même séjour ;
4. ces actes techniques interventionnels, s'ils sont associés à la réalisation d'un acte classant opératoire testé en amont de la racine 05K21 ne seront pas classés dans cette racine mais dans la racine chirurgicale dont dépend l'acte opératoire.

4.4 Les mises à jour de la CIM-10

La **version 11e** de la classification des GHM intègre, comme chaque révision de la classification, la création des nouvelles extensions de codes de la CIM–10 et les mises à jour de l'OMS.

4.4.1 Extensions créées par l'ATIH pour la version 11e

Parmi les extensions créées par l'ATIH, certaines sont plus destinées au codage des séjours en SSR qu'en MCO. Néanmoins, certains codes ont été intégrés dans les niveaux de sévérité comme leur code père, c'est le cas notamment des extensions de R40.2 et de R52.1, seul l'état paucirelationnel (R40.10) a été intégré dans la liste des CMA de niveau 3 comme l'état végétatif chronique (R40.20).

Codes	Nature de la modification	Libellés
E66.00	Modification de libellé	**Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité due à un excès calorique de l'enfant**
E66.01	Modification de libellé	**Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²**
E66.02	Modification de libellé	**Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²**
E66.03	Subdivision de libellé	**Surpoids dû à un excès calorique, de l'adulte ou de l'enfant**
E66.09	Modification de libellé	**Obésité due à un excès calorique de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé**
E66.10	Modification de libellé	**Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité médicamenteuse de l'enfant**
E66.11	Modification de libellé	**Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²**

E66.12	Modification de libellé	**Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²**
E66.13	Subdivision de libellé	**Surpoids médicamenteux de l'adulte ou de l'enfant**
E66.19	Modification de libellé	**Obésité médicamenteuse de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé**
E66.80	Modification de libellé	**Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou autres obésités de l'enfant**
E66.81	Modification de libellé	**Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²**
E66.82	Modification de libellé	**Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle égal [IMC] ou supérieur à 50 kg/m²**
E66.83	Subdivision de libellé	**Autres surpoids de l'adulte ou de l'enfant**
E66.89	Modification libellé	**Autres obésités de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé**
E66.90	Modification libellé	**Obésité sans précision de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité sans précision de l'enfant**
E66.91	Modification libellé	**Obésité sans précision de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²**
E66.92	Modification de libellé	**Obésité sans précision de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²**
E66.93	Subdivision de libellé	**Surpoids de l'adulte ou de l'enfant, sans précision**
E66.99	Modification de libellé	**Obésité sans précision de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé**
R40.10	Subdivision de libellé	**État paucirelationnel**
R40.18	Subdivision de libellé	**Stupeur, autre et sans précision**
R40.20	Subdivision de libellé	**État végétatif chronique**
R40.28	Subdivision de libellé	**Coma, autre et sans précision**
R48.10	Subdivision de libellé	**Hémiasomatognosie**
R48.18	Subdivision de libellé	**Agnosie, autre et sans précision**
R52.10	Subdivision de libellé	**Douleur neuropathique**
R52.18	Subdivision de libellé	**Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées**
Z47.80	Subdivision de libellé	**Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction**
Z47.88	Subdivision de libellé	**Autres soins de contrôle orthopédiques NCA**
Z95.80	Subdivision de libellé	**Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique**
Z95.88	Subdivision de libellé	**Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA**

4.4.2 Intégration des mises à jour effectuées par l'OMS

Les mises à jour de l'OMS, en dehors des modifications de notes d'inclusion et d'exclusion sont peu nombreuses. Néanmoins, l'arrivée des subdivisions de I70 sur la présence ou non d'une gangrène a nécessité de classer dans le même niveau de sévérité que R02 *Gangrène*, les codes I70.01, I70.21, I70.81 et I70.91 soit en niveau 3, C86.6 restant en niveau 2 de sévérité.

Codes	Nature de la modification	Libellés
C86.6	Modification de libellé	**Syndrome lymphoprolifératif cutané primitif à cellules T CD30 positives**
I70.00	Subdivision de libellé	**Athérosclérose de l'aorte, sans gangrène**
I70.01	Subdivision de libellé	**Athérosclérose de l'aorte, avec gangrène**
I70.20	Subdivision de libellé	**Athérosclérose des artères distales, sans gangrène**
I70.21	Subdivision de libellé	**Athérosclérose des artères distales, avec gangrène**
I70.80	Subdivision de libellé	**Athérosclérose d'autres artères, sans gangrène**
I70.81	Subdivision de libellé	**Athérosclérose d'autres artères, avec gangrène**
I70.90	Subdivision de libellé	**Athérosclérose généralisée et sans précision, sans gangrène**
I70.91	Subdivision de libellé	**Athérosclérose généralisée et sans précision, avec gangrène**
Z99.4	Création de sous-catégorie	**Dépendance envers un cœur artificiel**

4.5 Les autres modifications de la version 11e

Les autres modifications de cette version 11e portent essentiellement sur la création d'un niveau spécifique de complications pour la chirurgie esthétique, sur l'introduction d'une nouvelle confirmation de codage et sur la mise à jour des listes de complications spécifiques des CMD14 et 15.

4.5.1 La chirurgie esthétique

Les séjours de chirurgie esthétique sont classés dans un GHM spécifique 09Z02Z depuis la version 9 des GHM. Ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire sauf en cas de complications indépendantes de l'acte. Jusqu'à la version 11, si une complication sévère survenait au cours ou au décours de la chirurgie, elle était souvent codée en position de DP et le séjour orientait alors dans un GHM en rapport avec cette complication. Depuis la version 11, le changement de définition du DP conduit à coder systématiquement en DP la venue pour chirurgie esthétique. D'éventuelles complications

sévères, indépendantes de l'acte et survenant au cours ou au décours de cette chirurgie, lors du même séjour, ne peuvent figurer en position de DP. Or, depuis la version 11a, cette racine de GHM sans niveau de sévérité créait des difficultés pour la prise en charge de ces complications spécifiques rares. Dans la version 11e, la racine de GHM 09Z02 comporte désormais deux niveaux : un niveau A dit « sans complication » et un niveau B sur une liste restreinte de complications spécifiques. Seul le niveau B est pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

4.5.2 **La confirmation de codage**

Dans la version 11e de la classification des GHM, il est demandé désormais de confirmer l'ensemble des séjours d'une durée supérieure ou égale à 1 an. En effet, si ces longs séjours peuvent légitimement se justifier, nombre d'entre eux semblent comporter des erreurs sur les dates d'entrée ou de sortie. Une confirmation de ces séjours longs est donc demandée (*cf.* annexe 3 du volume 1 du manuel des GHM).

4.5.3 **La mise à jour des listes de complications spécifiques des CMD 14 et 15**

Dans la version 11d de la classification des GHM, lors de la constitution des différentes listes spécifiques de complications des CMD14 et 15, certains codes diagnostiques considérés comme codes « pères » car ayant des extensions figuraient dans les listes à l'inverse de leurs codes « fils » (codes étendus). Pour remédier à cette anomalie, une mise à jour des listes a été réalisée dans la version 11e.

5. LA VERSION 11f DE LA CLASSIFICATION DES GHM

En 2014, les modifications dues à la **version 11f** de la classification des GHM portent sur :

- la création d'une nouvelle racine de techniques interventionnelles dans la CMD 07 pour le traitement des affections malignes du foie ;
- la refonte des deux racines d'allergologie *;*
- la suppression d'un GHM d'ambulatoire et actes rendus classant dans la CMD 05 ;
- l'introduction de nouvelles extensions de la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) ;
- d'autres nouveautés comme la révision du classement des hydronéphroses avec obstruction calculeuse, la mise à jour de la liste concernant le post partum et le post abortum

5.1 La création et la refonte de racines médicales

5.1.1 **Création d'une racine en « K » pour le traitement des affections malignes du foie**

Pour réaliser la version **11f**, des analyses ont porté sur les séjours comprenant un traitement par radiofréquence de tumeurs hépatiques, qu'il s'agisse de tumeurs malignes, de métastases hépatiques ou d'autres tumeurs.

Dans la CCAM, il existe cinq actes de destruction de tumeur hépatique par radiofréquence. Trois actes CCAM sont non classant et orientent les séjours dans la racine médicale 07M06 *Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas*. Deux actes CCAM sont classant dans des racines chirurgicales en raison de leur réalisation par laparotomie ou cœlioscopie. Les séjours les comprenant sont correctement classés dans les racines chirurgicales attendues (racine 07C09 *Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes* principalement). Il n'en est pas de même des trois autres actes qui sont réalisés dans 70% des cas pour le traitement de tumeur hépatique, indication validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et dans 30% des cas pour des indications décrites dans la littérature mais pour le moment non validées par la HAS. Il s'agit des traitements de tumeurs du rein, du poumon ou des os.

L'analyse s'est donc focalisée sur les séjours comprenant un de des trois actes non classant et groupés dans des racines médicales de la CMD07 conformément à l'indication donnée par la HAS. Les séjours sélectionnés sont majoritairement classés dans la racine 07M06, qui dispose d'un GHM court (07M06T). Par rapport aux autres séjours de cette racine, les séjours sélectionnés ont moins souvent des niveaux de sévérités élevés (leur DMS dans la racine est inférieure à celle des autres séjours de la racine), par contre, très peu tombent dans le GHM court 07M06T, de sorte que sur l'ensemble [niveau T+1]. Ils sont plus chers.

Une racine en « K » est créée dans cette CMD de façon à regrouper les traitements par radiofréquence des tumeurs hépatiques. Il n'est pas exclu, à l'avenir, que d'autres techniques interventionnelles soient aussi classées dans cette racine.

De la même façon, il n'est pas exclu de créer dans d'autres CMD des racines de même type, une fois que la HAS aura validé d'autres indications et que la CCAM aura pris en compte ces différentes prises en charge par la création d'actes ou la modification du libellé de l'acte existant.

La racine créée 07K06 *Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire* ne comprend, dans cette version 11f, que les actes de radiofréquence. Elle possède 4 niveaux de sévérité.

5.1.2 **Refonte des racines médicales d'allergologie**

Les séjours relatifs à l'allergologie ont été étudiés en raison d'une hétérogénéité de codage entrainant une hétérogénéité de classement en GHM. Depuis la version 11a de la classification, il existe deux racines médicales spécifiques :

- 23M13 *Désensibilisations nécessitant une hospitalisation ;*
- 23M18 *Tests allergologiques nécessitant une hospitalisation.*

Par ailleurs, des séjours mentionnant en diagnostic principal des antécédents d'allergie médicamenteuse (catégorie Z88) sont classés dans une troisième racine 23M20 *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23.*

L'essentiel des séjours d'allergie traitent surtout des allergies alimentaires, plus rarement des allergies médicamenteuses. En moyenne, leurs durées de séjour sont très courtes (0,1 jour) mais il existe des séjours longs dans chacune des trois racines. L'analyse de ces séjours longs ne montre pas de différence notable en dehors de l'hétérogénéité des codes CIM-10 choisis en DP.

Il est donc décidé de regrouper tous les séjours pour désensibilisations, tests allergologiques et antécédents d'allergie dans une même racine qui ne comportera pas de niveau de sévérité mais comprendra un GHM de très courte durée, GHM en « T », réunissant les séjours de 0 jour (T0). L'ensemble des séjours longs sera donc classé dans le GHM sans niveau de sévérité, avec suffixe Z.

Les racines 23M13 *Désensibilisations nécessitant une hospitalisation* et 23M18 *Tests allergologiques nécessitant une hospitalisation* sont supprimées.

La racine 23M21 *Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation* est créée. Les antécédents d'allergie médicamenteuse (catégorie Z88) sont désormais classés dans cette nouvelle racine.

5.2 La suppression d'un GHM et actes rendus classant dans la CMD 05

Dans la version 11f, des travaux ont été menés sur les séjours pour traitement des varices. Ils ont abouti à la suppression du GHM 05K18J et ont rendu classant, dans la racine chirurgicale ad hoc, deux actes de traitement des varices par radiofréquence et par laser.

5.2.1 **Suppression du GHM 05K18J**

Lors des travaux en vue de la suppression de la CM 24, un GHM regroupant des séjours très courts pour traitement des varices autres que les ligatures et éveinages avait été créé. Il s'agissait du GHM05K18J *Varices avec acte autre que ligature et éveinage, en ambulatoire*, dont les effectifs avoisinaient les 3000 séjours dans la base nationale 2006. Les actes de sclérose de varices avaient été rendus classant uniquement pour des prises en charge de 0 jour. Depuis sa création en 2009, les effectifs n'ont cessé de décroître pour atteindre un nombre de 350 séjours en 2012. Ces actes de sclérose de varices sont massivement réalisés en ville et non dans le cadre d'une hospitalisation. A compter de la version 11f, ce GHM est supprimé, les actes, pour les séjours de 0 jour, sont rendus non classant. Les séjours seront classés dans la racine médicale correspondant à leur diagnostic principal.

5.2.2 **Traitement par radiofréquence ou laser de la veine saphène**

Deux actes actuellement non pris en charge par l'Assurance maladie concernant le traitement des varices par radiofréquence ou laser, EJSF901 *Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée* et EJSF900 *Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée*, sont non classants et les séjours normalement orientés dans la racine médicale 05M12 *Troubles vasculaires périphériques* quand le diagnostic principal est I83.– Varices.

Il s'avère que, dans la base nationale, les séjours comportant l'un de ces actes sont classés dans la racine chirurgicale 05C17 *Ligatures de veines et éveinages.* Ils sont donc associés à un acte classant opératoire de cette racine, le plus fréquemment avec EJFA002 *d'exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct* ou EJSA001 *Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct*.

Or ces deux actes ont une particularité d'écriture de leur libellé qui inclut, dans un acte dont la voie d'abord est transcutanée, des actes de chirurgie « classique » des varices :

- EJSF901 *Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée* ;

Avec ou sans : guidage échographique exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse ligature de veine perforante

- EJSF900 *Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée* ;

Avec ou sans : guidage échographique exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse, ligature de veine perforante

Le fait d'inclure des actes de chirurgie « classique » de varices au sein de ces deux actes rend cohérent le fait de les rendre directement classant opératoires dans la racine 05C17 *Ligatures de veines et éveinages,* ce qui limitera les erreurs de codage. En effet, ces deux actes incluant les actes sur les perforantes ou sur les branches de la grande veine ou de la

petite veine saphène, le codage seul de EJSF901 ou EJSF900 suffira pour l'obtention du GHM chirurgical.

A partir de la version 11f, ces deux actes sont rendus classant opératoires et orienteront dans la racine 05C17 *Ligatures de veines et éveinages*.

5.3 Les mises à jour de la CIM-10

La **version 11f** de la classification des GHM intègre, comme chaque révision de la classification, la création des nouvelles extensions de codes de la CIM–10 et les mises à jour de l'OMS.

5.3.1 Extensions créées par l'ATIH pour la version 11f

Dans la version 11f, les extensions créées par l'ATIH sont destinées à permettre le codage de brèche méningée postopératoire non consécutive à une rachicentèse.

Pour de plus amples informations sur cette mise à jour et pour les modifications de notes qui ne sont pas développées ici, il faut se reporter sur le site de l'ATIH à la page dédiée aux informations sur la CIM-10[56].

Codes	Nature de la modification	Libellés
G97.80	Subdivision de libellé	**Perforation et déchirure accidentelle des méninges après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse**
G97.81	Subdivision de libellé	**Perforation et déchirure accidentelle d'un autre organe du système nerveux après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse**
G97.88	Subdivision de libellé	**Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse**

5.3.2 Intégrations des mises à jour effectuées par l'OMS pour 2014

Les mises à jour de l'OMS, pour 2014, sont nombreuses. Elles concernent des modifications de libellés, des suppressions et créations de catégories, des modifications de notes, des modifications ou créations d'inclusions et d'exclusions et des subdivisions de libellés.

Dans le cadre des créations de catégories, l'OMS s'est réservé deux catégories dans les codes U, U06 et U07, pour des usages urgents ainsi que l'ensemble des sous-catégories correspondantes de .0 à .9. Les codes correspondant ont un statut spécial : ils sont déclarés autorisés en DP, DR ou DA, pour que les logiciels en permettent la saisie, mais ils provoquent un groupage en erreur tant que l'OMS n'a pas décidé de les utiliser (ce qui peut se réaliser en cours d'année, et qui nécessiterait un renvoi de nouvelles tables du groupeur)

[56] CIM-10 à usage PMSI

Des subdivisions de libellés ont été créées par l'OMS sur les codes de la catégorie J96 *Insuffisance respiratoire* et, de façon exceptionnelle, viennent s'ajouter aux extensions de codes créées par l'ATIH notamment pour les codes J96.1 *Insuffisance respiratoire chronique*. Les cinquièmes et sixièmes positions sont facultatives, pour l'OMS comme pour l'ATIH. Elles sont néanmoins très utiles et déjà très utilisées. Il est recommandé de les coder si l'on dispose de l'information.

Certains codes supprimés par l'OMS figuraient dans la liste des CMA. Pour les codes créés, plusieurs cas de figures : soit les codes sont subdivisés et les codes fils conservent le niveau CMA du code père, soit les codes n'ont pas de correspondance avec un code ancien et dans ce cas, aucun niveau de CMA ne peut être attribué la première année soit les codes remplacent plus ou moins complètement des codes supprimés et le niveau de CMA est conservé ou ajusté après avis des sociétés savantes (c'est le cas pour le groupe U82-U85, où les infectiologues ont apporté leur expertise pour la correspondance avec les anciens codes).

Pour de plus amples informations sur cette mise à jour et pour ce qui concerne les notes, les inclusions et exclusions qui ne sont pas développées ici, il faut se reporter sur le site de l'ATIH à la page dédiée aux informations sur la CIM-10 (cf. note de bas de page 56).

- Modifications et subdivisions de libellés

Codes	Nature de la modification	Libellés
C81.1	Modification de libellé	**Lymphome de Hodgkin (classique), sclérose nodulaire**
C81.2	Modification de libellé	**Lymphome de Hodgkin (classique), à cellularité mixte**
C81.3	Modification de libellé	**Lymphome de Hodgkin (classique), à déplétion lymphocytaire**
C81.4	Modification de libellé	**Lymphome de Hodgkin (classique), riche en lymphocytes**
C81.7	Modification de libellé	**Autres formes de lymphome de Hodgkin (classique)**
K30	Modification de libellé	**Dyspepsie fonctionnelle**
K43.0	Modification de libellé	**Éventration post-opératoire, avec occlusion sans gangrène**
K43.1	Modification de libellé	**Éventration post-opératoire, avec gangrène**
K43.9	Modification de libellé	**Hernie de la paroi abdominale antérieure autre et non précisée, sans occlusion ni gangrène**
O22	Modification de libellé	**Complications veineuses et hémorroïdes au cours de la grossesse**
O87	Modification de libellé	**Complications veineuses et hémorroïdes au cours de la puerpéralité**
Z45.0	Modification de libellé	**Ajustement et entretien de dispositifs cardiaques**
Z95.0	Modification de libellé	**Présence de dispositifs électroniques cardiaques**
J96.00	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire aigüe de type I [hypoxique]**
J96.01	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire aigüe de type II [hypercapnique]**

J96.09	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire aigüe, type non précisé**
J96.10	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique de type I [hypoxique]**
J96.100	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique obstructive de type I [hypoxique]**
J96.101	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique restrictive de type I [hypoxique]**
J96.11	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique de type II [hypercapnique]**
J96.110	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique obstructive de type II [hypercapnique]**
J96.111	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique restrictive de type II [hypercapnique]**
J96.19	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique, type non précisé**
J96.190	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique obstructive, type non précisé**
J96.191	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire chronique restrictive, type non précisé**
J96.90	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire sans précision, de type I [hypoxique]**
J96.91	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire sans précision, de type II [hypercapnique]**
J96.99	Subdivision de libellé	**Insuffisance respiratoire sans précision, type non précisé**

- Créations et suppressions de catégories

Codes	**Nature de la modification**	**Libellés**
I84	Suppression catégorie	**~~Hémorroïdes~~**
K64	Création catégorie	**Hémorroïdes et thrombose veineuse périanale** ***Comprend*** : varices de l'anus et du rectum ***À l'exclusion de*** : compliquant : • l'accouchement et la puerpéralité (O87.2) • la grossesse (O22.4)
U06	*Création catégorie*	***Usage urgent de U06*** *Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Dans les situations urgentes, les codes ne sont pas toujours accessibles dans les systèmes électroniques. La spécification de la catégorie U06, de la façon dont elle est construite ici, fait en sorte que cette catégorie et ses sous-catégories sont disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et qu'ils peuvent être utilisés, sans délai, selon les instructions de l'OMS.*
U07	*Création catégorie*	***Usage urgent de U07*** *Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Dans les situations urgentes, les codes ne sont pas toujours accessibles dans les systèmes électroniques. La spécification de la catégorie U07, de la façon dont elle est construite ici, fait en sorte que cette catégorie et ses sous-catégories sont disponibles dans tous les systèmes*

		électroniques à tout moment et qu'ils peuvent être utilisés, sans délai, selon les instructions de l'OMS.
U80	Suppression catégorie	**~~Agents résistant à la pénicilline et apparentés~~**
U81	Suppression catégorie	**~~Agents résistant à la vancomycine et apparentés~~**
U82	Création catégorie	**Résistance aux antibiotiques bétalactamines [bétalactames]**
U83	Création catégorie	**Résistance aux autres antibiotiques**
U84	Création catégorie	**Résistance aux autres antimicrobiens**
U85	Création catégorie	**Résistance aux médicaments antinéoplasiques**
U88	Suppression catégorie	**~~Agents résistant à de multiples antibiotiques~~**
U89	Suppression catégorie	**~~Agents résistant à des antibiotiques autres et non précisés~~**

- Créations et suppressions de sous-catégories

Codes	**Nature de la modification**	**Libellés**
I48.0	Création sous-catégorie	**Fibrillation auriculaire paroxystique**
I48.1	Création sous-catégorie	**Fibrillation auriculaire persistante**
I48.2	Création sous-catégorie	**Fibrillation auriculaire chronique [permanente]**
I48.3	Création sous-catégorie	**Flutter auriculaire typique**
I48.4	Création sous-catégorie	**Flutter auriculaire atypique**
I48.9	Création sous-catégorie	**Fibrillation et flutter auriculaires, sans précision**
I72.6	Création sous-catégorie	**Anévrisme et dissection de l'artère vertébrale**
K02.5	Création sous-catégorie	**Carie avec exposition de la pulpe**
K43.2	Création sous-catégorie	**Éventration post-opératoire, sans occlusion ni gangrène**
K43.3	Création sous-catégorie	**Hernie péristomiale, avec occlusion sans gangrène**
K43.4	Création sous-catégorie	**Hernie péristomiale, avec gangrène**
K43.5	Création sous-catégorie	**Hernie péristomiale, sans occlusion ni gangrène**
K43.6	Création sous-catégorie	**Hernie de la paroi abdominale antérieure autre et non précisée, avec occlusion sans gangrène**
K43.7	Création sous-catégorie	**Hernie de la paroi abdominale antérieure autre et non précisée, avec gangrène**

K64.0	Création sous-catégorie	**Hémorroïdes du premier degré**
K64.1	Création sous-catégorie	**Hémorroïdes du deuxième degré**
K64.2	Création sous-catégorie	**Hémorroïdes du troisième degré**
K64.3	Création sous-catégorie	**Hémorroïdes du quatrième degré**
K64.4	Création sous-catégorie	**Thrombose veineuse périanale**
K64.5	Création sous-catégorie	**Cicatrices hémorroïdaires cutanées résiduelles**
K64.8	Création sous-catégorie	**Autres hémorroïdes précisées**
K64.9	Création sous-catégorie	**Hémorroïdes, sans précision**
R95.0	Création sous-catégorie	**Syndrome de la mort subite du nourrisson avec mention d'autopsie**
R95.9	Création sous-catégorie	**Syndrome de la mort subite du nourrisson sans mention d'autopsie**
U82.0	Création sous-catégorie	**Résistance à la pénicilline**
U82.1	Création sous-catégorie	**Résistance à la méthicilline**
U82.2	Création sous-catégorie	**Résistance par bétalactamases à spectre étendu [BLSE]**
U82.8	Création sous-catégorie	**Résistance à d'autres antibiotiques bétalactamines**
U82.9	Création sous-catégorie	**Résistance aux antibiotiques bétalactamines, non précisée**
U83.0	Création sous-catégorie	**Résistance à la vancomycine**
U83.1	Création sous-catégorie	**Résistance à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine**
U83.2	Création sous-catégorie	**Résistance aux quinolones**
U83.7	Création sous-catégorie	**Résistance à de multiples antibiotiques**
U83.8	Création sous-catégorie	**Résistance à un seul autre antibiotique précisé**
U83.9	Création sous-catégorie	**Résistance à un antibiotique non précisé**
U84.0	Création sous-catégorie	**Résistance aux médicaments antiparasitaires**
U84.1	Création sous-catégorie	**Résistance aux médicaments antifongiques**
U84.2	Création sous-catégorie	**Résistance aux médicaments antiviraux**
U84.3	Création sous-catégorie	**Résistance aux médicaments antituberculeux**
U84.7	Création sous-catégorie	**Résistance à de multiples médicaments antimicrobiens**

U84.8	Création sous-catégorie	**Résistance à un autre antimicrobien précisé**
U84.9	Création sous-catégorie	**Résistance à un antimicrobien non précisé**
I84.0	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes internes thrombosées**~~
I84.1	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes internes avec autres complications**~~
I84.2	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes internes, sans complication**~~
I84.3	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes externes thrombosées**~~
I84.4	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes externes avec d'autres complications**~~
I84.5	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes externes, sans complication**~~
I84.6	Suppression sous-catégorie	~~**Cicatrices hémorroïdaires cutanées résiduelles**~~
I84.7	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes thrombosées non précisées**~~
I84.8	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes non précisées avec d'autres complications**~~
I84.9	Suppression sous-catégorie	~~**Hémorroïdes sans complication, sans précision**~~
L41.2	Suppression sous-catégorie	~~**Papulose lymphomatoïde**~~
U80.0	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à la pénicilline**~~
U80.1	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à la méthicilline**~~
U80.8	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à d'autres antibiotiques apparentés à la pénicilline**~~
U81.0	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à la vancomycine**~~
U81.8	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine**~~
U89.8	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à un seul autre antibiotique précisé**~~
U89.9	Suppression sous-catégorie	~~**Agents résistant à un antibiotique non précisé**~~

5.4 Les autres modifications de la version 11f

5.4.1 **Les hydronéphroses en lien avec une obstruction calculeuse**

Pour la version 11f, une demande nous a conduit à réexaminer la pertinence du classement des codes d'hydronéphroses N13 et plus particulièrement du code N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale* dans la racine 11C13

Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques ce qui peut paraître surprenant. On s'attendrait, en raison du libellé, à un classement dans la racine 11C11 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires*.

L'examen des 5000 séjours concernés montrent qu'ils sont intermédiaires en termes de durée entre les deux racines. La PVE sur la durée est négative pour le public, positive pour le privé et légèrement positive dans la base nationale totale. Les séjours avec des diagnostics principaux (DP) en N13 comportent à la fois des actes portant sur le traitement de l'hydronéphrose et des actes portant sur celui des lithiases. Comme les séjours avec un DP en N13.2 comportent une proportion plus importante d'actes pour traitement des lithiases, il est proposé de classer le code N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale* dans la racine 11C11 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires.* Pour ce faire, le code est ajouté à la liste D-026 *Lithiases urinaires*.

Il est aussi décidé de ne pas changer le classement des autres séjours avec un DP en N13 car ce changement serait délétère en termes de PVE sur la durée et ce, pour les deux secteurs.

5.4.2 **Le post abortum**

Dans la version 11e de la classification des GHM, les séjours mentionnant un diagnostic en O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire* nécessitaient l'ajout d'un des codes spécifiques du post partum pour continuer à être classés dans la même racine que les séjours pour complications du post partum. En effet, dès lors qu'il s'agit d'un nouveau séjour, les complications du post abortum comme les complications du post partum ont des séjours qui se ressemblent et, pour cela, ont toujours été classés ensemble. Les travaux de refonte de la CMD 14 n'ont pas remis en cause ce classement mais les codes O08 n'ont pas été intégrés à la liste D14.08. Dans la version 11f, ces codes sont ajoutés à cette liste. Il n'est désormais plus nécessaire de coder, pour un séjour de post abortum, un code spécifique du post partum (catégorie Z39).

5.4.3 **Les listes d'exclusions**

Quelques maladies infectieuses rares ont été ajoutées. Dans le regroupage en version 11f de la base 2013, quelques 300 séjours ont été concernés par cette modification.

6. LA VERSION 11G DE LA CLASSIFICATION DES GHM

La version 11g sera utilisée du 1er mars 2015 au 29 février 2016

6.1 Mise à jour de la liste des complications et morbidités associées (CMA)

La mise à jour de la liste des CMA a été faite à méthodologie constante. L'effet mesuré est l'allongement de la durée moyenne de séjour (DMS).

L'ATIH a revu systématiquement tous les diagnostics dont le niveau de CMA était modifié sur le plan statistique, mais des arbitrages ont été faits pour certains diagnostics et une majorité de diagnostics éligibles à une évolution de niveau de CMA n'ont pas été modifiés. Ainsi sur 10,5% de diagnostics éligibles statistiquement à un changement de niveau de sévérité, seuls 1,9% ont eu une modification effective de niveau.

6.1.1 **Arbitrage sur l'évolution des niveaux de sévérité**

L'arbitrage peut se faire à deux niveaux : sur le plan méthodologique et sur le plan médical.

Par exemple, les résultats montrent globalement une perte d'effet des diagnostics de cancer lorsqu'ils sont placés en diagnostic associé. Il a été décidé de les maintenir à leur niveau car cette perte d'effet n'avait pas d'explication méthodologique ou médicale claire. Il sera nécessaire de réfléchir à une prise en compte des différents cas de figure (pathologie en cours de bilan, en traitement, en rémission, antécédent) liés à la prise en charge des patients atteints de cancer.

Certains diagnostics rares ont des effectifs faibles et un effet statistique variable et peu solide. Ces diagnostics ont le plus souvent été maintenus à leur niveau initial par manque de validité méthodologique.

Le codage des diagnostics doit être fait sur le plan médical avec le code le plus précis possible. Ainsi, il est décidé qu'un code imprécis, par exemple un diagnostic avec mention « Sans autre indication (SAI) », ne peut pas avoir un niveau de sévérité plus élevé qu'un diagnostic apparenté plus précis. Par exemple, dans le tableau 1, le code E46 qui était éligible à un niveau de sévérité 3 n'a pas été modifié car le code E441, médicalement plus précis conservait un niveau de sévérité 2.

Certains diagnostics d'obésité auraient été éligibles à une diminution de niveau de sévérité, mais le surcroit de ressources potentiellement mobilisés par la prise en charge de ces patients n'étant pas forcément capté par le seul critère de la DMS, il a été décidé de maintenir leur niveau de sévérité.

Tableau 1 = exemples d'arbitrages dans la détermination des niveaux de sévérité.

Code	Libellé	Niveau V11f	Niveau calculé	Evolution possible	Niveau retenu V11 g
E46	Malnutrition protéinoénergétique, sans précision	2	3	↗	→ **2**
E44.0	Malnutrition protéino-énergétique modérée	3	3	→	→ **3**
E44.1	Malnutrition protéino-énergétique légère	2	2	→	→ **2**
E66.01	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²	2	1	↘	→ **2**
E66.02	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²	3	2	↘	→ **3**
E66.81	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²	2	1	↘	→ **2**
E66.92	Obésité sans précision, de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²	3	2	↘	→ **3**
R26.30	Etat grabataire	3	2	↘	→ **3**

6.1.2 **Mise à jour des listes d'exclusion**

La procédure de révision des CMA prévoit de conserver le maximum de diagnostics ayant un effet CMA, mais l'analyse de chaque diagnostic montre que l'effet constaté n'est pas le même en fonction du DP avec lequel il est associé. Il est parfois nécessaire, pour conserver un effet CMA, d'exclure certains diagnostics principaux pour ne conserver que ceux pour lesquels l'effet est le plus important. Ainsi l'effet CMA persiste mais sur un nombre de séjours plus réduit.

De nombreuses exclusions supplémentaires ont été ajoutées. A l'heure actuelle près de 9 millions de couples d'exclusions existent et il est difficile de retranscrire de façon simple et accessible les modifications réalisées. Mais l'effet de l'ajout de ces exclusions est visible sur le nombre de séjours impactés par la révision des CMA : une grande partie des séjours modifiés le sont du fait du changement de niveau des diagnostics et le reste par l'effet des exclusions.

6.1.3 Nombre de diagnostics dont le niveau de sévérité a été modifié

Seuls 2% des diagnostics changent de niveau, le détail est présenté dans le tableau 2.

Tableau 2 = Effectifs et pourcentages des niveaux de sévérité des diagnostics de la V11g par rapport à la V11f.

11f	V11g					V11g				
	1	**2**	**3**	**4**	**total**	**1**	**2**	**3**	**4**	**total**
1	8844	110	-	-	8954	98.8	1.2	-	-	64.7
2	93	3414	22	-	3529	2.6	96.7	0.6	-	25.5
3	1	33	833	14	881	0.1	3.7	94.6	1.6	6.4
4	2	-	3	478	483	0.4	-	0.6	99.0	3.5
total	8940	3557	858	492	13847	64.6	25.7	6.2	3.6	100.0

Le bilan global est une légère baisse des niveaux 1 (de 64,7% à 64,6) et des niveaux 3 (de 6,4% à 6,2%), et une augmentation des niveaux 2 (de 25,5% à 25,7%) et des niveaux 4 (de 3,5% à 3,6%). Il n'y a que 3 changements qui concernent plus d'un niveau d'écart. Au total, 97 846 séjours changent de niveau de sévérité. Les modifications ayant l'impact le plus marqué sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 = Codes diagnostics modifiés ayant l'impact le plus important

Code	V11f	V11g	Variation	séjours impactés	Libellé
E10.9	2	1	↘	17 387	Diabète sucré de type 1, sans complication
K56.4	2	3	↗	6 752	Autres obstructions de l'intestin
R65.1	3	4	↗	6 072	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe
T81.38	2	2	Effet exclusions	5 332	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
E44.0	3	3	0	4 735	Malnutrition protéino-énergétique modérée
H35.3	2	1	↘	2 280	Dégénérescence de la macula et du pôle postérieur
E11.90	2	2	Effet exclusions	2 182	Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication
T81.4	3	3	Effet exclusions	1 846	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
Z29.0	2	2	Effet exclusions	1 840	Isolement

6.2 Mise à jour de l'effet âge

L'analyse de l'effet de l'âge sur la durée moyenne de séjour a été réalisée racine par racine, en calculant la PVE selon plusieurs effets et plusieurs niveaux d'âge. Le cas pour lequel la PVE est la meilleure est mis en œuvre dans la classification.

Au final, l'augmentation du niveau de sévérité pour les séjours chez les enfants de moins de deux ans a été ajoutée à 3 racines et retiré à 6. L'augmentation du niveau de

sévérité chez les adultes a été ajoutée à 16 racines et supprimé à 25. Pour 3 racines, les changements ont eu lieu pour les enfants et les adultes. Ces changements impactent 9 090 séjours hospitaliers.

En prenant en compte les changements de niveaux de sévérité des CMA, de l'âge et les exclusions, Il y a en tout 105 976 modifications de niveaux des séjours. Le nombre de séjours de niveaux 1 et 4 augmente, et le nombre de séjours de niveaux 2 et 3 diminuent (voir tableau 5).

Tableau 5 = Séjours en fonction des niveaux de sévérité de la V11g par rapport à la V11f.

11f	V11g				
	1	**2**	**3**	**4**	**total**
1	4 565 577	6 362	228	41	4 572 208
2	51 868	1 551 584	10 663	101	1 614 216
3	5 554	13 268	1 031 086	11 103	1 061 011
4	1 000	1 151	4 637	330 986	337 774
total	4 623 999	1 572 365	1 046 614	342 231	7 585 209

6.3 Ajustement de la liste des complications et morbidités associées (CMA) de la CMD14.

Lors de leur mise en place, en 2011, l'analyse des CMA de la CMD 14, s'est faite sur des données limitées, car peu de séjours possédaient l'information concernant l'âge gestationnel. De ce fait, faute d'information, un certain nombre de diagnostics n'ont pas de niveau de sévérité, ce qui a été signalé à plusieurs reprises par les établissements de santé.

Le traitement statistique des données des CMA de la CMD14 n'a pas été fait pour la campagne 2015. Toutefois, à l'occasion de la révision des CMA « générales », à partir de la liste des diagnostics ayant un niveau de sévérité 3 ou 4 dans les autres CMD, un niveau B a été attribué à 23 codes jusque-là sans niveau dans la CMD14. Ces choix seront affinés et complétés lors d'une campagne ultérieure par une analyse des données disponibles plus complètes.

6.4 Refonte de la CMD17.

Cette CMD contient des diagnostics hétérogènes et représente un peu plus de 300 000 séjours. La refonte de la CMD17 a été mise en œuvre suite à la modification des diagnostics d'hématologie dans la CIM-10 et aux retours des établissements de santé signalant la mauvaise classification de certains diagnostics.

Le travail s'est appuyé sur deux éléments : une expertise métier via une saisine de la Fédération des spécialités médicales (SFM) qui a désigné un groupe d'experts et une analyse médicale et statistique des séjours. Cette analyse a permis de déterminer 4 axes d'amélioration.

6.4.1 Redirection de certains séjours vers des CMD d'organes

Pour une amélioration sur un plan médical et classificatoire il a été décidé de grouper les actes réalisés à titre prophylactique avec les mêmes actes réalisés à titre thérapeutique. De la même façon, certains diagnostics peu précis l'étaient suffisamment pour être redirigés dans une CMD d'organe.

Le codage du diagnostic Z40.0 « opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne » a été modifié en ajoutant une extension sur la quatrième position, extension permettant d'identifier l'organe opéré. Ce codage permet de définir d'emblée la CMD dans laquelle est dirigé le séjour concerné par l'opération prophylactique. Les effets de cette redirection ont été testés en s'appuyant sur les actes réalisés dans les séjours et la qualité de la classification est maintenue.

De la même façon, les séjours avec un diagnostic de tumeur solide relativement précis sur la localisation sont redirigés vers une CMD d'organe. Cette procédure concerne 9 diagnostics (par exemple C76.1 « Tumeur maligne de siège mal défini du thorax »). Les effets de cette redirection ont été testés en s'appuyant sur les actes réalisés dans les séjours et la qualité de la classification est maintenue.

6.4.2 Constitution des racines médicales à dire d'experts

L'analyse initiale montrait une certaine hétérogénéité des diagnostics contenus dans les racines, mais aussi que ce contenu était moins discriminant que leur niveau de sévérité. Le nombre et le contenu des racines pouvaient donc être revus avec une certaine liberté. Les experts ont été réunis à deux reprises : la première réunion avait pour objectif de présenter le projet et de définir les actions à mener et la seconde a permis de recueillir l'avis final des participants qui s'étaient concertés entre temps. Une dernière réunion téléphonique a permis de finaliser les travaux.

La synthèse des modifications réalisées est présentée dans le tableau 6.

Tableau 6 = Changements des racines médicales de la CMD17.

V11f	**V11g**	**Diagnostics exclus**	**Diagnostics ajoutés**
17M08 et 17M09 Leucémies aigües	**17M08 et 17M09** Leucémies aigües	0	7
17M11 Autres leucémies	*Liste supprimée*	Tous	0
17M12 Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques	**17M15** Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes	0	12
17M13 Polyglobulies	**17M16** Hémopathies myéloïdes chroniques	4	20
17M07 Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	**17M17** Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus	21 dont 9 diagnostics redirigés (axe 1)	0

6.4.3 Création de racines chirurgicales sur la base de la « lourdeur » des actes

Les analyses des quatre racines chirurgicales initiales montrent que, pour un acte donné, la DMS est la même quel que soit le diagnostic. C'est donc l'acte qui est discriminant et rend le séjour homogène, et non la pathologie. Il est pertinent de créer les racines chirurgicales en s'appuyant sur les caractéristiques des actes et plus particulièrement sur leurs DMS et leur description médicale. Une analyse statistique complexe a permis de conclure à la constitution de 3 racines chirurgicales selon 3 classes de DMS :

- La racine 17C06 « Interventions majeures de la CMD17 » contient les séjours comprenant un acte ayant une DMS supérieure à 5,2 jours ;
- La racine 17C07 « Interventions intermédiaires de la CMD17 » contient les séjours comprenant un acte ayant une DMS entre 3 et 5,2 jours ;
- La racine 17C08 « Interventions mineures de la CMD17 » contient les séjours comprenant un acte ayant une DMS entre 0 et 3 jours.

Les listes d'actes réalisées en fonction de leur DMS ont été validées médicalement.

6.4.4 Segmentation d'une racine interventionnelle

L'analyse de la racine17K06 « autres curiethérapies et irradiations internes » montre une hétérogénéité des DMS et des coûts en fonction des actes. Il a été décidé de segmenter la racine 17K06 en deux : une racine avec les actes de curiethérapie (hors implants permanents pour la prostate qui sont dans une racine spécifique) et une racine avec les actes d'irradiation interne :

- 17K08 = « Autres curiethérapies »
- 17K09 = « Irradiations internes »

La racine 17K04, elle aussi, était hétérogène en termes de DMS et de coûts en fonction des actes réalisés, mais cette diversité de pratique était déjà prise en compte sous forme de GHS et aucune modification de la classification n'a été mise en œuvre.

6.5 Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13Z.

La racine 10M13Z « Exploration et surveillance de la CMD 10 » groupait les séjours d'exploration et surveillance de la CMD 10 des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles dont les explorations et surveillances de diabète, séjours avec un diagnostic principal de la liste D-057 « Explorations et surveillance ».

L'analyse a montré que, si 90 % de séjours étaient des séjours d'une durée de 0 ou 1 jour, 10%, des séjours étaient d'une durée de 2 jours et plus dont des séjours de 4 jours. Tous ces séjours étaient groupés dans le même GHM ce qui pouvait être considéré comme pénalisant pour les séjours les plus longs. Pour une meilleure prise en compte de ces séjours plus longs, un GHM en T1 a été créé dans cette racine afin d'accueillir les séjours courts et de réserver le GHM en Z aux séjours plus longs.

Des experts ont également été sollicités pour préciser certaines définitions et situations cliniques dans le cadre du suivi du diabète afin de clarifier les consignes de codage du guide méthodologique.

6.6 Subdivision de la racine des infections ostéo-articulaires (IOA)

Les infections ostéo-articulaires complexes (IOAC) donnent lieu à un GHS majoré dès lors que le séjour est classé dans la racine 08C56, que l'établissement est un établissement de référence ou associé pour les IOA, et que le RSS présente le code Z76.800 « Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéo-articulaire ». Mais des séjours comprenant le code Z76.800 existent en dehors de cette racine, essentiellement dans la partie médicale de la CMD 08, mais également dans de nombreuses autres CMD. Il était donc nécessaire de vérifier la nécessité de valoriser des séjours d'IOAC en dehors de leur racine spécifique.

Si l'on prend comme critère la durée de séjour, la prise en compte des IOAC n'est pertinente que dans la chirurgie de la CMD 08, pour les séjours actuellement classés en 08C56. Dans les autres séjours, la présence d'IOAC soit a un effet négligeable ou négatif, soit n'intervient que pour des effectifs très faibles. Ceci a conduit à ne maintenir le financement particulier des IOAC que dans la racine 08C56. Toutefois, cette racine est hétérogène par construction puisqu'elle regroupe toutes les IOA, et ceci quelle que soit la localisation et donc l'importance de l'atteinte et la lourdeur de la prise en charge. Le découpage de cette racine a été décidé. Deux racines ont été créées, reposant sur la lourdeur des actes :

- 08C61 « Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires » pour les actes orientant dans les GHM ayant une durée moyenne de séjour supérieure à 3 jours ;
- et 08C62 « Autres interventions pour infections ostéoarticulaires » pour les actes orientant dans les GHM de moindre DMS.

6.7 Autres modifications

6.7.1 **Orientation des actes de chimio-embolisation dans la racine 07K06**

Suite à la demande d'Unicancer d'orienter dans la racine interventionnelle 07K06 « Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire » les séjours pour chimio-embolisation hépatique actuellement classés dans la 07M06 « Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas », une analyse a été menée. Elle montre que les DMS sont un peu hétérogènes entre les deux racines pour les séjours de niveau 2 et plus. La comparaison des coûts montre que le rapprochement était pertinent. La réalisation d'un des deux actes EDLF016 « Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée » ou EDLF017 « Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée » conduisent à présent dans la racine 07K06.

6.7.2 **Mise du diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort » dans la CMD 12**

Le diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort » ne classait que dans la CMD13 « Affections de l'appareil génital féminin ». A la demande de plusieurs cliniciens, via AGORA notamment, cette pathologie a été incluse dans la CMD 12 « Affections de l'appareil génital masculin ». Les séjours médicaux seront classés dans la racine 12M09 « Symptômes et

autres recours aux soins de la CMD 12 ». Les actes en rapport avec cette pathologie chez l'homme sont principalement dans la liste A-105 « Autres interventions sur l'appareil génital masculin » conduisant à la racine 12C10 « Autres interventions pour affections non malignes de l'appareil génital masculin ».

6.7.3 Augmentation de la liste des actes chirurgicaux de prise en charge de la GEU

La liste des actes de traitement chirurgical des GEU ne contenait que 7 actes ciblés spécifiquement pour cette pathologie, mais les établissements de santé signalaient que de nombreux autres actes peuvent être réalisés (exploration abdominales, etc.). La liste A-326 « Interventions pour GEU » a été complétée par l'ajout de nombreux actes issus des listes d'actes chirurgicaux de la CMD13.

6.7.4 Modifications mineures

Quelques modifications complémentaires ont été réalisées :

- Harmonisation du contenu des listes : D-064 « AVC non transitoires » avec D-0118 « AVC non transitoires » et D-327 « tumeurs malignes ORL » avec D-0305 « Tumeurs malignes ORL » ;
- Harmonisation du contenu des listes de chirurgie des 2 CMD (CMD09 et CMD13) avec les actes classants dans chacune des CMD ;
- Ajouts de caractéristiques à certains diagnostics.

6.8 Introduction de nouvelles modifications de la CIM–10

La **version 11g** de la classification des GHM intègre, comme chaque révision de la classification, la création des nouvelles extensions de codes de la CIM–10 et les mises à jour de l'OMS.

6.8.1 Extensions ATIH

L'ATIH a travaillé sur des extensions de codes dans 3 situations : l'infectiologie, les actes prophylactiques chez les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer et la précarité.

Concernant l'infectiologie, il s'agissait de

- Proposer des codes pour les bactéries émergentes ;
- Faire la distinction entre les patients infectés et les porteurs sains pour certaines bactéries et dans les situations de résistance aux antibiotiques ;
- Certains codes créés ayant immédiatement des codes-fils sont interdits d'emblée au codage : en rouge dans le tableau.

Concernant les opérations prophylactiques, elles étaient repérées par le codage du code Z40.0 « opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne ». La refonte de la CMD17 a redirigé ses séjours dans la CMD où l'acte réalisé (ovariectomie, mastectomie, etc.) était groupé le plus fréquemment. La procédure courante de groupage ne peut pas s'appuyer en routine sur des redirections d'actes, une extension du code Z40.0 sur la

quatrième position a donc été réalisée pour permettre d'identifier l'organe opéré. Ce codage permet de définir d'emblée la CMD où sera dirigé le séjour concerné par l'opération prophylactique.

Concernant la précarité, certains codes existants ont été subdivisés pour mieux rendre compte des situations rencontrées.

En complément, les extensions des codes de fractures signalant le caractère ouvert ou fermé de l'atteinte sont devenues obligatoires : de ce fait, les codes pères « facture de.. » sont devenus interdits au codage.

Codes	**libellé**
B96.80	Acinetobacter (A. baumannii), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B96.81	Citrobacter, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B96.88	Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.0+0	Résistance à la pénicilline, situation d'infection
U82.0+1	Résistance à la pénicilline, situation de portage sain
U82.10	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM]
U82.100	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM], situation d'infection
U82.101	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM], situation de portage sain
U82.18	Staphylocoques, autres et non précisés, résistants à la méthicilline
U82.180	Staphylocoques, autres et non précisés, résistants à la méthicilline, situation d'infection
U82.181	Staphylocoques, autres et non précisés, résistants à la méthicilline, situation de portage sain
U82.2+0	Résistance par bétalactamases à spectre étendu [BLSE], situation d'infection
U82.2+1	Résistance par bétalactamases à spectre étendu [BLSE], situation de portage sain
U82.8+0	Résistance à d'autres antibiotiques bétalactamines, situation d'infection
U82.8+1	Résistance à d'autres antibiotiques bétalactamines, situation de portage sain
U82.9+0	Résistance aux antibiotiques bétalactamines, non précisée, situation d'infection
U82.9+1	Résistance aux antibiotiques bétalactamines, non précisée, situation de portage sain
U83.0+0	Résistance à la vancomycine, situation d'infection
U83.0+1	Résistance à la vancomycine, situation de portage sain
U83.1+0	Résistance à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine, situation d'infection
U83.1+1	Résistance à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine, situation de portage sain
U83.2+0	Résistance aux quinolones, situation d'infection
U83.2+1	Résistance aux quinolones, situation de portage sain
U83.70	Bactérie hautement résistante émergente [BHRe]
U83.700	Bactérie hautement résistante émergente [BHRe], situation d'infection
U83.701	Bactérie hautement résistante émergente [BHRe], situation de portage sain
U83.71	Bactérie multirésistante [BMR]
U83.710	Bactérie multirésistante [BMR], situation d'infection
U83.711	Bactérie multirésistante [BMR], situation de portage sain

U83.78	Autres résistances à de multiples antibiotiques
U83.780	Autres résistances à de multiples antibiotiques, situation d'infection
U83.781	Autres résistances à de multiples antibiotiques, situation de portage sain
U83.8+0	Résistance à un seul autre antibiotique précisé, situation d'infection
U83.8+1	Résistance à un seul autre antibiotique précisé, situation de portage sain
U83.9+0	Résistance à un antibiotique non précisé, situation d'infection
U83.9+1	Résistance à un antibiotique non précisé, situation de portage sain
Z40.00	Ablation prophylactique de sein
Z40.01	Ablation prophylactique d'organe de l'appareil génital féminin
Z40.02	Ablation prophylactique d'organe de l'appareil digestif
Z40.08	Ablation prophylactique d'autres organes
Z55.00	Analphabétisme et illettrisme
Z55.08	Faibles niveaux éducatifs, autres et sans précision
Z59.10	Logement insalubre ou impropre à l'habitation
Z59.11	Logement sans confort
Z59.12	Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne
Z59.13	Logement en habitat temporaire ou de fortune
Z59.18	Logements inadéquats, autres et non précisés
Z59.50	Absence totale de revenu, d'aide et de prestation financières
Z59.58	Situations de pauvreté extrême, autres et sans précision
Z59.60	Bénéficiaires de la CMUc
Z59.61	Bénéficiaires de l'AME
Z59.62	Bénéficiaires de minima sociaux
Z59.68	Faibles revenus, autres et non précisés
Z59.70	Absence de couverture sociale
Z59.78	Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés
Z60.20	Personne vivant seule à son domicile
Z60.28	Solitudes, autres et non précisées
Z60.30	Difficultés liées à la langue
Z60.38	Difficultés d'acculturation, autres et non précisées

6.8.2 **Modifications OMS**

Les modifications OMS concernent les notices et sont visibles dans la CIM-10 publiée sur le site de l'ATIH.

6.9 Synthèse des modifications de la classification V11g

- Révision de la liste des CMA selon la méthode habituelle ;
- Mise à jour de la liste des exclusions ;
- Révision de l'effet âge selon la méthode habituelle ;
- Ajustement de la liste des complications et morbidités associées (CMA) de la CMD14 ;
- Refonte complète de la CMD17 ;
- Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13Z ;

- Subdivision de la racine spécifique des infections ostéo-articulaires (IOA) ;
- Orientation des actes de chimio-embolisation dans la racine 07K06 ;
- Mise du diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort » dans la CMD 12 ;
- Augmentation de la liste des actes chirurgicaux de prise en charge de la GEU ;
- introduction de nouvelles modifications de la CIM–10.

7. LA FONCTION GROUPAGE

Depuis 1990, le ministère de la santé met à la disposition des intégrateurs informatiques le noyau de programmation nécessaire au groupage, sous la forme d'une librairie informatique complétée de tables, l'ensemble étant appelé fonction groupage (FG). En 1996, le ministère de la Santé introduisit une nouveauté, en mettant le programme source de cette FG à la disposition des intégrateurs.

Les informaticiens peuvent donc l'intégrer dans leurs logiciels groupeurs, ce qui leur permet d'obtenir un groupage conforme à la description du manuel des GHM. Aucune obligation ne leur est faite cependant d'avoir recours à la FG, et certains choix de développement conduisent des informaticiens à développer leur propre moteur de groupage.

Pour l'utilisateur final, qui continue de recevoir gratuitement la version annuelle de GENRSA ou son équivalent intégré dans le logiciel AGRAF pour les établissements privés, la garantie d'un groupage conforme est fournie par les vérifications que réalise ce programme, puisque GENRSA (AGRAF) intègre lui-même la FG : pour produire des RSA, GENRSA (AGRAF) lit un fichier de RSS groupés, c'est-à-dire un fichier de RSS déjà traités par le groupeur de l'utilisateur, et outre le fichier de RSA produit en sortie, il établit un rapport d'exécution dans lequel l'analyse de la conformité de groupage est détaillée.

Cependant, la FG a suivi les évolutions de la classification des GHM, et s'est adaptée aux besoins nouveaux (contenu du RUM en particulier), de sorte que plusieurs versions successives ont été diffusées depuis 1990. Le tableau ci-dessous récapitule d'une manière synthétique ces différentes versions, indiquant notamment leur date de mise en service, les nomenclatures reconnues – *Classification internationale des maladies* (CIM)*, Catalogue des actes médicaux* (CdAM)*, Classification commune des actes médicaux* (CCAM) –, la version de la classification correspondante (c'est-à-dire la version des tables), et le format de RUM reconnu.

Ce tableau emploie une normalisation de la désignation de la FG : FG *a.b*, dans laquelle *a* représente le numéro de version du moteur de groupage, et *b* le numéro de version des tables.

Intitulé	**Version du moteur de groupage**	**Version de la classification des GHM (tables)**	**CIM**	**CdAM**	**CCAM**	**Format de RUM**	**Date de mise en service**	**GENRSA** (ou remarque)
FG0.0	0	0	9	1985 à 1987	-	86 car	1990	(diffusion restreinte)
FG 1.1	1	1	9	1985 à 1991	-	86 car	février 1992	GENRSA 1
FG 1.2	1	2	9	1985 à 1991	-	86 car	1993	(Languedoc-Roussillon uniquement)
FG 2.2	2	2	9	1985 à 1994	-	86 car format 002 format 003	février 1994	GENRSA 2
FG 2.3	2	3	9 et 10	1985 à 1995	-	86 car format 002 format 003	juillet 1995	GENRSA 3.3b
FG 3.4	3	4	10	1985 à 1996	-	format 003 format 004 format A04	janvier 1997	GENRSA 4
FG 4.5	4	5	10	1985 à 1997	-	format 003 format 004 format A04	janvier 1998	GENRSA 4.5
FG 5.6	5	6	10	1985 à 2000	-	format 004 format A04 format 005 format A05	janvier 2000	GENRSA 5.6
FG 6.7	6	7	10	1985 à 2002	Version 0 (2002)	format 007 format 008	janvier 2002	GENRSA 6.7
FG 6.8	6	8	10	1985 à 2002	Version 0bis (2003)	format 007 format 008	janvier 2003	GENRSA 6.8
FG 7.9	7	9	10	1985 à 2002	Version 0bis (2003)	format 007 format 008	janvier 2004	GENRSA 7.9
FG 8.9	8	9	10	1985 à 2002	Version 0bis	format 007 format 008	octobre 2004	GENRSA 8.9
FG 9.9	9	9	10	1985 à 2002	Version 0bis et 1	format 011 format 012	mars 2005	GENRSA 9.9
FG 10.10	10	10	10	-	Version 2 à 8	format 011	février 2006	GENRSA 10.1.2
FG 10.10b	10b	10	10	-	Version 2 à 8	format 011	février 2007	GENRSA 10.4.1
FG 10.10c	10c	10	10	-	Version 9 à 10	format 013	mars 2008	GENRSA 10.5..8
FG 11.11	11	11	10	-	Version 15 à 19	format 014	mars 2009	GENRSA 10.9

FG 12.11b	12	11b	10	-	Version 19 à 22	format 015	mars 2010	GENRSA
FG 13.11c	13	11c	10	-	Version 23	Format 016	mars 2011	GENRSA
FG 13.11d	13	11d	10		Version 24	Format 016	mars 2012	GENRSA
FG 13.11e	13	11e	10		Version 29	Format 016	mars 2013	GENRSA
FG 13.11f	13	11f	10		Version 31	Format 016	mars 2014	GENRSA
FG 13.11g	13	11g	10		Version 38	Format 017	mars 2015	GENRSA

7.1 Lecture des diagnostics

Le format de RUM applicable à compter du 1er janvier 2000 prévoit huit positions par code de diagnostic, afin de permettre la saisie de codes ayant reçu des extensions sur les positions 7 et 8 par les sociétés savantes. Cette disposition particulière entraine les deux conséquences suivantes dans la FG.

Troncature après le sixième digit

La saisie des extensions à 8 positions n'étant que facultative, la FG pourrait avoir à traiter des RUM dont les uns indiqueraient par exemple S37800 (code S37.800 de Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie intra-abdominale) tandis que d'autres préciseraient S37800XC pour donner une précision qu'une société savante (fictive ici) aurait recommandé de coder avec l'extension XC ; le groupage devrait pourtant dans les deux cas être le même.

Aussi la première opération effectuée par la FG, avant de les traiter, est-elle de « tronquer » les codes des diagnostics lus sur le RUM pour n'en conserver que les six premières positions.

Suppression par la droite des « + de remplissage »

Cependant, dans la plupart des cas où de telles extensions existent - ou existeront – il y a fort peu de chances que les positions 5 et 6, réservées aux extensions nationales officielles, soient déjà occupées, l'exemple de S37.800XC ci-dessus ayant précisément été construit pour la compréhension de la démonstration, mais réalisant une exception notable.

Un problème pratique se posait donc pour éviter une confusion de lecture aux opérateurs de saisie qui, dans les services recueillent les RUM, problème résolu par la généralisation du principe de « comblement des espaces » déjà appliqué pour les positions 4 et 5 : le symbole « + » est employé comme symbole de remplissage, ce qui par exemple donne actuellement S47.+0, et pourrait donner S49.7++8A pour l'extension 8A imaginaire qu'une société savante fictive aurait créée au code S49.7.

Pour permettre un résultat de groupage cohérent, il faut alors que pour la saisie S497++8A la troncature mentionnée plus haut aboutisse non pas à S497++ mais bien à S497, tandis que S47+0 doit rester inchangé et ne pas aboutir à S470.

C'est pourquoi, en complément à la troncature après la sixième position, la FG procède-t-elle ensuite à l'élimination, de la droite vers la gauche, de tous les caractères « + » qu'elle

rencontre dans un code de diagnostic, et interrompt cette opération dès qu'elle rencontre un caractère autre que « + ».

Par ailleurs, les *données à visée documentaire* (DAD) n'interviennent en aucune manière sur le groupage puisqu'elles ne figurent pas dans le RSA ; elles sont tout simplement ignorées par la FG, qui peut procéder aux opérations de contrôles du moment que la longueur du RUM est en cohérence avec les nombres de DA, DAD et actes mentionnés. Si tel n'est pas le cas, la FG interrompt le groupage en mentionnant une erreur de format.

7.2 Prise en compte des actes de la CCAM

La *fonction groupage* intègre un mécanisme permettant de traiter les nouveaux actes ou les actes supprimés lors d'une modification de la nomenclature en cours. Ce mécanisme est basé sur des dates d'effet. Il fonctionne de la manière suivante : chaque acte a une date de début d'effet et une date de fin d'effet.

La date de début d'effet correspond à la date à partir de laquelle un acte de la CCAM peut être utilisé. La date de fin d'effet correspond à la date à partir de laquelle un acte de la CCAM ne peut plus être utilisé.

Deux contrôles bloquants ont été créés pour prendre en compte ce problème :

078 DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM

La FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est supérieure à la date de fin d'effet d'un acte de la CCAM.

079 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM

La FG considère comme erroné un RUM dont la date de sortie est inférieure à la date de début d'effet d'un acte de la CCAM.

Attention : si la date de réalisation de l'acte n'est pas comprise entre ses dates de début et de fin d'effet dans la CCAM, il n'est pas pris en compte pour le groupage.

7.3 Algorithme de détermination du diagnostic principal pour les RSS multiunité

Dans un grand nombre de cas le RSS est composé de plusieurs RUM et l'on parle alors de RSS multiunité.

Il arrive, de manière non exceptionnelle, que les diagnostics principaux des différents RUM d'un tel RSS ne soient pas tous identiques. Cette situation peut également affecter non plus le diagnostic principal, mais le diagnostic relié. La FG emploie, dans ces deux cas, un algorithme, détaillé ci-dessous, pour déterminer quel RUM comporte le diagnostic principal et le diagnostic relié à retenir pour le RSA. On note que le type d'autorisation du RUM intervient également dans la détermination de certains GHS,

Le changement de définition du diagnostic principal en **version 11** de la classification des GHM impose un changement de l'algorithme du choix du RUM principal en cas de RSS

multiunité. Le DP ne pouvant plus être une complication se produisant au cours du séjour, l'idée générale est de prendre le premier RUM, en cherchant à éviter néanmoins ceux qui ont un diagnostic imprécis ou de type symptôme, ou les RUM très courts (0 ou 1 jour). On va présenter tout d'abord l'algorithme en termes de résultat, puis on en présentera une implémentation informatique.

L'algorithme consiste à parcourir tous les RUM pour affecter à chacun un *score*, et à déterminer à la fin le RUM ayant le score le plus faible.

Pour chaque RUM, ce score est déterminé en fonction :

- de son rang ;
- de la durée ;
- de la nature du DP ;
- du DP et de la durée du RUM précédent ;
- des actes classants.

On peut aussi traduire le début de cet algorithme sous la forme de **priorités de choix**, avec 4 listes (elles figurent dans le volume 1 du manuel des GHM : listes 2, 3 et 4 dans l'annexe 12, la liste 1 concernent la somme des actes classants opératoires dans toutes les CMD à l'exclusion de la liste des actes mentionnés dans l'annexe 11) :

- liste 1 : actes classants opératoires non mineurs ;
- liste 2 : actes classants « non opératoires thérapeutiques » ;
- liste 3 : actes classants des GHM avec « non opératoires de moins de 2 jours » ;
- liste 4 : autres actes classants des GHM avec actes classant non opératoires.

1. Recherche d'un acte de la liste 1.

Le premier RUM avec un acte de la liste 1 est retenu. Ce choix est identique à l'ancien algorithme pour les séjours n'ayant qu'un seul RUM avec acte opératoire.

2. Sinon, recherche d'un RUM avec un DP codé Z51.5 ou Z50.2 ou Z50.3.

Si un RUM possède un DP Z51.5 *Soins palliatifs*, Z50.2 *Sevrage d'alcool* ou Z50.3 *Rééducation des drogués et après abus de médicaments,* et a la durée de séjour la plus longue, il est retenu. S'il y a des *ex æquo*, on retient le premier RUM parmi ceux qui ont les durées de séjour les plus longues. Dans ces séjours pour soins palliatifs ou sevrage d'alcool ou de drogue, la priorité des premiers RUM n'est pas recherchée.

3. Sinon, recherche d'un RUM avec un acte de la liste 2.

Le premier RUM avec un acte classant de la liste 2, tel un acte de la racine *Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans* est retenu. À partir de la version 11f, les actes d'accouchements par voie basse sont ajoutés à la liste 2.

4. Sinon, recherche d'un RUM avec un acte de la liste 3.

Si la durée de séjour est de 0 ou 1 jour, le premier RUM avec un acte de la liste 3, tel un acte de la racine *Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours,* est retenu.

5. Sinon, recherche d'un RUM avec un acte de la liste 4.

Si la durée de séjour est de 0 jour, le premier RUM avec un acte de la liste 4, par exemple, un acte de la racine *Séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire,* est retenu.

6. Sinon, suivre l'algorithme suivant, basé sur les points de pénalités (le score sus-cité), sachant que le RUM retenu est celui qui possède le moins de pénalités (dont le score est le plus faible). L'algorithme attribue les points :
   - selon le rang du RUM : le premier RUM ne reçoit pas de points, le second 100, le troisième 200 etc… Chaque RUM ajoute 100 points au score, sauf s'il a moins de 2 jours ou s'il a un DP Z ou de type symptômes (code R) – dans ces cas il ne reçoit pas de points – ce qui permet d'assurer la priorité aux premiers RUM ;
   - selon la durée de séjour : 2 points si elle est de 0 jour, 1 point si elle est de 1 jour ;
   - selon le DP : 150 points si le DP du RUM est un code Z ou un code R de symptômes, 201 points s'il est imprécis[57].
7. Dans le cas particulier où tous les RUM possèdent un DP avec un code S (lésions traumatiques récentes), on choisit celui dont la durée est la plus grande, dans la séquence consécutive de RUM contenant les codes S.

Devenir des autres diagnostics, élimination des doublons de diagnostics

Le RUM que cet algorithme identifie comme porteur du DP unique est considéré comme porteur également du DR unique. Il est donc à noter que la zone DR peut être « à blanc » (vide).

Tous les diagnostics non retenus dans ce processus comme DP unique sont considérés comme diagnostics associés (DA). Il en est de même pour tous les diagnostics non retenus comme DR unique. En effet, ces DR complètent des DP codés avec le chapitre XXI de la CIM–10 *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé,* codes Z) qui ont donc toutes chances d'être éliminés lors de la détermination du DP unique, alors qu'ils témoignent d'affections prises en charge au cours du séjour.

La FG élimine alors de la liste des diagnostics associés tous ceux qui font doublon avec le DP unique retenu, car un diagnostic ne saurait constituer une complication de lui-même. Pour les mêmes raisons, la FG élimine tout DA qui ferait doublon avec le DR et enfin elle met « à blanc » un DR qui ferait double emploi avec le DP.

Pour le groupage, les diagnostics associés des différents RUM sont ensuite réorganisés pour qu'un code donné ne subsiste qu'une seule fois, même dans des RUM distincts.

Pour la constitution du RSA, l'élimination des doublons s'effectue par RUM.

7.4 Les erreurs détectées par la *fonction groupage*

La constitution des RSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire. Ces erreurs peuvent être de plusieurs ordres : erreur de codage, erreur de hiérarchisation, erreur de saisie, problème matériel, etc. Elles peuvent se traduire par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la

[57] La liste des codes imprécis est donnée dans l'annexe 12 du volume 1 du manuel des GHM.

détermination du GHM (par exemple, l'absence du DP) ou n'être que l'indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. Elles peuvent aussi traduire un dysfonctionnement matériel ou logiciel sans rapport avec le RSS traité.

C'est pourquoi la FG ne fournit pas seulement en retour la valeur du GHM correspondant au RSS groupé, mais aussi un code, dit code-retour, dont la valeur permet de savoir si une erreur a été détectée. Si plusieurs erreurs sont détectées par la *fonction groupage* dans le même RSA, elles sont énumérées dans un fichier « .leg ». Les erreurs détectées sont classées en trois catégories :

- les erreurs d'implémentation ;
- les erreurs détectées par les contrôles ;
- les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage.

Les erreurs peuvent être *bloquantes* (ce qui signifie que le groupage n'a pas pu être entièrement effectué) ou *non bloquantes* (simplement des alertes). Pour savoir si une erreur est bloquante ou non, il suffit de parcourir la liste contenant les numéros des erreurs bloquantes et de regarder si le code retenu s'y trouve.

La valeur du code-retour 000 quant à elle, signifie que le groupage s'est bien déroulé.

Ces choix sont des conventions, et l'on pourrait en justifier d'autres. Cependant, étant donné que la FG fournit un code-retour convenu dans une situation déterminée, et que ce code-retour est recopié dans le RSS groupé puis dans le RSA, il est indispensable pour les développeurs informatiques de respecter ces choix s'ils souhaitent réaliser des groupeurs conformes sans employer la FG (tout autre décision serait détectée par GENRSA ou AGRAF comme une différence de groupage).

Notons enfin que la FG fournit les codes-retour sous deux formes distinctes et simultanées, auxquelles a accès tout programme groupeur intégrant la FG :

- trois *vecteurs de codes-retour*, récapitulant la totalité des erreurs détectées dans le RSS pour chacune des trois catégories. Ces vecteurs sont riches d'information, mais ils ne sont pas *normalisés* ; ils peuvent être exploités de différentes manières par le programme groupeur, voire être complètement ignorés. GENRSA (ou AGRAF) ne teste leur conformité en aucune façon ;
- un code-retour unique, qui doit impérativement être exploité par le programme groupeur, et que GENRSA ou AGRAF retrouvera identique si le RSS n'est pas modifié.

À noter que la seule analyse du code d'erreur ne permet pas de conclure à l'échec du groupage. En effet, un classement dans un GHM hors de la CM 90 avec un code-retour correspondant à une erreur non bloquante signifierait que le groupage a été correctement réalisé mais qu'une ou plusieurs erreurs non bloquantes ont été détectées.

7.4.1 Les erreurs d'implémentation

Il s'agit des erreurs provoquées par un dysfonctionnement matériel ou logiciel, comme par exemple la détection d'une capacité de mémoire vive insuffisante, l'absence d'une table nécessaire au groupage, etc. Bien entendu, la détection d'une telle erreur interdit au groupage de se poursuivre.

004 : TABLES ENDOMMAGÉES
008 : CORRUPTION D'UNE TABLE

009 : TABLE INTROUVABLE
500 : FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ
501 : FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU
502 : DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage 90Z03Z.

Si plusieurs erreurs de cette catégorie sont détectées, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la* fonction groupage*.

La plupart du temps, l'utilisateur confronté à ce type d'erreur devra se tourner vers son fournisseur informatique pour en trouver l'explication et la solution.

7.4.2 Les erreurs détectées par les contrôles

Il s'agit des erreurs mises en évidence par la *fonction groupage* à la lecture des RUM. La détection de telles erreurs, si elles sont bloquantes, interdit la poursuite du groupage mais autorise la poursuite de la détection d'autres erreurs, afin d'effectuer un diagnostic complet de la validité du RSS traité.

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage 90Z00Z.

Si plusieurs erreurs de cette catégorie sont détectées, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la* fonction groupage*.

En règle générale, c'est la documentation de la *fonction groupage* (reproduite ici même) qui permet à l'utilisateur confronté à ce type d'erreur de savoir quelle conduite tenir. En dernier recours, il s'adressera à l'ATIH, développeur de la FG, pour obtenir les précisions nécessaires.

<u>Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)</u>

Les codes correspondant aux erreurs bloquantes sont les suivants:

010 RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
011 NUMÉRO DE RSS ABSENT
013 DATE DE NAISSANCE ABSENTE
014 DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
015 DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
016 CODE SEXE ABSENT
017 CODE SEXE ERRONÉ
019 DATE D'ENTRÉE ABSENTE
020 DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
021 DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
023 RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
024 MODE D'ENTRÉE ABSENT
025 MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
026 MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
027 RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
028 DATE DE SORTIE ABSENTE
029 DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
030 DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
032 RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE DATE D'ENTRÉE
033 MODE DE SORTIE ABSENT
034 MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
035 MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
036 NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
037 RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
039 DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE

040 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
041 CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
042 CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
043 CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
045 RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
046 RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
049 RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
050 DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT
051 CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
052 NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
053 PROVENANCE ABSENTE
054 DESTINATION ABSENTE
055 NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
056 NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
057 NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
058 NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
059 FORMAT DE RUM INCONNU
067 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
068 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
070 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
071 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
073 ACTE N'AYANT JAMAIS EXISTE DANS LA CCAM
078 DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
079 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
082 POIDS D'ENTREE NON NUMÉRIQUE
094 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
095 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
103 CODE D'ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
110 ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM
113 CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS
114 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
115 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
116 CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS
117 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
118 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
119 CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
120 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE
124 CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE
125 AGE GESTATIONNEL NON NUMERIQUE
126 AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT
127 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT
128 POIDS D'ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE
129 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTREE
130 DP EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
131 DR EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
132 DA EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
133 DP EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
134 DR EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
135 DA EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
142 DATE DE REALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE
143 MODE DE SORTIE INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP
145 NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES
147 DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95
149 ACTE INCOMPATIBLE AVEC L'AGE INDIQUÉ
150 DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ
160 DATE DES DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE
161 DATE DES DERNIERES REGLES INCOHERENTE
162 DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE
163 DATE DES DERNIERES REGLES INCONSTANTE
167 ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
168 POIDS D'ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L'AGE
169 IGS NON NUMÉRIQUE
173 EXTENSION DOCUMENTAIRE D'UN ACTE CCAM ERRONEE
174 AGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT PAR RAPPORT À LA PRÉSENCE D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
180 DP AYANT UN CODE OMS RESERVE POUR USAGE URGENT
181 DR AYANT UN CODE OMS RESERVE POUR USAGE URGENT
182 DA AYANT UN CODE OMS RESERVE POUR USAGE URGENT

Contrôles facultatifs (erreurs non bloquantes)

L'attribution d'un code-retour unique en cas d'absence d'erreur bloquante nécessite la définition d'un ordre de choix lorsque plusieurs erreurs non bloquantes

ont été détectées par la* fonction groupage*. Cet ordre suit la logique générale de groupage : la priorité va d'abord aux erreurs concernant le diagnostic principal. Sont ensuite recherchées les erreurs concernant les actes, puis les erreurs concernant les diagnostics associés, puis les erreurs concernant le diagnostic relié, enfin les erreurs relatives aux types d'autorisation. Pour chaque catégorie c'est le code de la valeur la plus faible qui est retourné en cas* d'ex æquo*.

Voici la liste des codes correspondant aux erreurs de contrôles non bloquantes, avec en gras ceux pouvant être affectés au code-retour de la *fonction groupage*.

062 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
064 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
065 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
066 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
076 NUMÉRO FINESS DE FORMAT INCORRECT
077 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
080 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
081 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
083 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
084 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
085 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
086 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
087 DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
088 CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
090 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
091 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
092 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
093 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
096 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
097 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
098 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
099 DIAGNOSTIC RELÉ IMPRÉCIS
100 TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE
101 TYPE D'AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE
102 DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE
111 CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM
112 GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
121 CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT
122 CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT
123 CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT
145 NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES
146 NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR
148 ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
164 DATE DES DERNIERES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUE
165 DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
166 DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
170 EXTENSION DOCUMENTAIRE OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
223 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE

7.4.3 Les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage

Il s'agit des erreurs mises en évidence pendant la phase de groupage proprement dite. Dans deux cas, il s'agit d'un indicateur et non d'une erreur à proprement parler (codes 080 et 222).

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : groupe 90Z01Z, ou 90Z02Z selon le cas.

En règle générale, c'est le manuel de la classification des GHM qui permet à l'utilisateur confronté à ce type d'erreur de savoir quelle conduite tenir. En dernier recours, il s'adressera à l'ATIH, développeur de la classification, pour obtenir les précisions nécessaires.

Erreurs bloquantes

Le code-retour prend une valeur dans la liste suivante :

002 INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL
003 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
004 TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE
005 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
006 NOMBRE DE SEANCES > 0 ET DP N'EST PAS UN MOTIF DE SEANCES
007 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
200 ERREUR TABLES : ACTE NON TROUVÉ
201 ERREUR TABLES : DIAGNOSTIC NON AFFECTÉ À UNE RACINE MÉDICALE
202 ERREUR TABLES : AUTRE
203 DIALYSE PÉRITONÉALE AVEC UNE DURÉE DE SÉJOUR DE 0 JOUR
204 DP D'ACCOUCHEMENT HORS D'UN ÉTABLISSEMENT INCOMPATIBLE AVEC MENTION D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
205 DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT SANS ACTE D'ACCOUCHEMENT
206 ACTE D'ACCOUCHEMENT SANS DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT
207 ACTE D'AVORTEMENT SANS DIAGNOSTIC EN RAPPORT
208 DIAGNOSTIC D'ENTRÉE D'ANTE PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT LE POST PARTUM
209 DIAGNOSTIC D'ENTRÉE DU POST PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT L'ANTE PARTUM
210 AUCUN DES DIAGNOSTICS NE PERMET DE GROUPER
211 DP DE LA PÉRIODE PÉRINATALE, INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE OU LE MODE D'ENTRÉE
212 DP DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION AVEC UN NOMBRE DE SÉANCE À 0
213 INCOMPATIBILITÉ POIDS À L'ENTRÉE DANS L'UNITÉ MÉDICALE ET ÂGE GESTATIONNEL
214 MANQUE ACTE DE DIALYSE OU EXTENSIONS DES CODES DIAGNOSTIQUES
215 MANQUE ACTE DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION
216 MANQUE ACTE D'IRRADIATION

Alertes (non bloquants)

Le code-retour prend une valeur dans la liste suivante :

080 SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
222 SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL

7.4.4 **Détail des contrôles concernant les données obstétricales et néonatales**

7.4.4.1 Contrôles pour l'âge gestationnel

L'erreur 126 se produit si l'âge gestationnel (AG) n'est pas renseigné :

- dans le RUM du nouveau-né alors que la date d'entrée est égale à la date de naissance ;
- dans le RUM de la mère alors qu'au moins un acte d'accouchement ou au moins un DA commençant par Z37 est présent dans le RUM.

L'erreur 127 se produit si l'AG est supérieur à 44 SA ou, si l'AG < 22 SA avec un âge en année égal à 0 et un mode de sortie différent de 9.

L'erreur 129 se produit :

- si AG ≥ 37 SA et poids à l'entrée dans l'UM < 1000g,
- ou si AG ≤ 32 SA et poids à l'entrée dans l'UM > 4000g,
- ou si AG ≤ 28 SA et poids à l'entrée dans l'UM > 2500g.

7.4.4.2 Contrôles pour la date des dernières règles

L'erreur bloquante 162 est identifiée quand la date des dernières règles (DDR) est absente et que :

- au moins un acte d'accouchement ou au moins un code de DA Z37.– est présent dans le RSS ;
- ou que le séjour est classé dans la CMD 14 sauf les racines 14C04 et 14M02.

7.4.4.3 Autres contrôles

On peut citer à titre d'exemple :

- un poids à l'entrée dans l'UM sur deux caractères conduit à une erreur bloquante 128 ;
- un poids à l'entrée dans l'UM non renseigné alors que l'âge est < 29 jours mène à une erreur bloquante 168 ;
- les diagnostics commençant par la lettre O (chapitre XV de la CIM–10) ne sont autorisés que si l'âge de la patiente est strictement supérieur à 10 ans ;
- les diagnostics commençant par la lettre P (chapitre XVI de la CIM–10) ne sont autorisés que si l'âge de l'enfant est strictement inférieur à 2 ans.

Depuis la version 11e, un assouplissement a été apporté au codage des codes P, certains sont autorisés à être codés au-delà des 2 ans. La liste a été établie et validée avec la Société française de pédiatrie et la Société française de néonatologie.
Les codes autorisés au-delà des 2 ans sont les suivants :

Codes CIM	**Libellés**
P05.0	Faible poids pour l'âge gestationnel
P05.1	Petite taille pour l'âge gestationnel
P07.0	Poids extrêmement faible à la naissance
P07.1	Autres poids faibles à la naissance
P07.2	Immaturité extrême
P07.3	Autres enfants nés avant terme
P11.1	Autres lésions cérébrales précisées, dues à un traumatisme obstétrical
P11.2	Lésion cérébrale non précisée, due à un traumatisme obstétrical
P11.3	Lésion du nerf facial due à un traumatisme obstétrical
P11.4	Lésion des autres nerfs crâniens due à un traumatisme obstétrical
P11.5	Lésion du rachis et de la moelle épinière due à un traumatisme obstétrical
P14.0	Paralysie de Duchenne-Erb due à un traumatisme obstétrical
P14.1	Paralysie de Dejerine-Klumpke due à un traumatisme obstétrical
P14.2	Paralysie du nerf phrénique due à un traumatisme obstétrical
P14.3	Autres lésions du plexus brachial dues à un traumatisme obstétrical
P14.8	Lésions d'autres parties du système nerveux périphérique dues à un traumatisme obstétrical
P25.0	Emphysème interstitiel survenant pendant la période périnatale
P27.1	Dysplasie broncho-pulmonaire survenant pendant la période périnatale
P27.8	Autres maladies respiratoires chroniques survenant pendant la période périnatale
P28.3	Apnée (primitive) du sommeil chez le nouveau-né
P29.0	Insuffisance cardiaque néonatale
P29.1	Arythmie cardiaque néonatale
P29.8	Autres affections cardio-vasculaires survenant pendant la période périnatale
P35.0	Syndrome de rubéole congénitale
P35.1	Infection congénitale à cytomégalovirus
P35.2	Infection virale congénitale herpétique [herpes simplex]
P35.3	Hépatite virale congénitale
P35.8	Autres maladies virales congénitales
P37.0	Tuberculose congénitale

P37.1	Toxoplasmose congénitale
P52.2	Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 3, du fœtus et du nouveau-né
P52.4	Hémorragie intracérébrale (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né
P52.6	Hémorragie cérébelleuse et de la fosse postérieure (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né
P54.4	Hémorragie surrénalienne néonatale
P57.0	Ictère nucléaire dû à une iso-immunisation
P57.8	Autres formes précisées d'ictère nucléaire
P75	Iléus méconial dans la fibrose kystique (E84.1+)
P77	Entérocolite nécrosante du fœtus et du nouveau-né
P83.5	Hydrocèle congénitale
P91.2	Leucomalacie cérébrale néonatale
P91.6	Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né
P91.8	Autres affections cérébrales précisées du nouveau-né
P94.1	Hypertonie congénitale
P94.2	Hypotonie congénitale
P96.0	Insuffisance rénale congénitale

7.4.5 **Détail des contrôles pour les actes CCAM**

Dans la version 11d un nouveau contrôle sur le codage des actes CCAM est introduit : si l'âge du patient est >= 29 jours et si au moins un acte réservé aux patients dont l'âge est inférieur à 29 jours est mentionné dans le RUM, alors une erreur bloquante 149 est identifiée.

7.4.6 **Modalités de sélection du code-retour par la FG lorsque plusieurs erreurs sont détectées**

Si plusieurs erreurs d'implémentation sont détectées, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la *fonction groupage*. Elle s'accompagne du classement dans le groupe 90Z03Z, et l'emporte sur les erreurs de groupage ou de contrôle.

Si plusieurs erreurs bloquantes ont été détectées par les contrôles, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la *fonction groupage*. Elle s'accompagne du classement dans le groupe 90Z00Z et l'emporte sur les erreurs de groupage.

Si le groupage parvient à se dérouler, c'est-à-dire si aucune erreur d'implémentation ni aucune erreur de contrôle bloquante n'a été détectée, alors la *fonction groupage* retourne, selon le cas :

- 000 pour signaler un groupage correct ;
- un code > 0 pour signaler un GHM obtenu malgré la présence d'une erreur non bloquante de contrôle ou de groupage ;
- un code selon la liste citée ci-dessus (paragraphe 6.4.3) en cas d'erreur bloquante de groupage lors du parcours de l'arbre de décision.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

A, lettre – dans un numéro de GHM.....10
Accouchement.....7, 21, 72, 75
avec autre intervention..... 73
hors d'un établissement de santé..... 73
Acte médical
catalogue..... 5, 7, 114
classification commune 2, 7
indice de cout relatif 5, 15
marqueur de suppléance vitale (réanimation) .. 17
nombre (saisie dans le RUM)..... 7
sans relation avec le diagnostic principal 7, 9, 15, 29
Acte médical classant.....3, 4, 14
anesthésie..... 7, 10, 16
caractéristique..... 4, 14
hiérarchie 15
non opératoire 3, 9, 16
opératoire..... 3, 9
reclassant (dans un groupe médical) 7, 15
sans relation avec le diagnostic principal 7, 9, 15, 29
Acte médical non classant.....17
Activité ambulatoire 28, 38, 39, 44, 47, 49
Âge 3
équivalent de complication ou morbidité associée 33, 85
équivalent de niveau de sévérité..... 33
gestationnel.....21, 23, 69, 70, 74, 78, 124
Âge gestationnel équivalent de complication ou morbidité associée.....74
AGRAF (logiciel –).....113
Algorithme
de choix du diagnostic principal 117
de la classification..... 2, 3
Allergie.....94
Allergie alimentaire 94
Allergie médicamenteuse 94
Allergologie .....Voir aussi
Ambulatoire
activité.....28, 38, 39, 44, 47, 49
chirurgie 6, 28, 38, 39, 47, 49, 50, 85, 86, 95
Anesthésie.....7, 10, 16
Antepartum 21, 74, 75, 76
Arbre de décision..... *Voir* Algorithme, de la classification

B

B, lettre – dans un numéro de GHM.....10
Bioprothèse valvulaire 89
Brèche méningée 96

C

C, lettre – dans un numéro de GHM 9, 10
Caractéristique
d'acte médical 4, 14
de diagnostic..... 4
Catalogue des actes médicaux..... 5, 7, 114
Catégorie de diagnostic 3, 13
Catégorie majeure 2, 3
n°15..... 22, 43, 77, Voir aussi Nouveau-né
n°24.....4, 8, 11, 23, 28
n°27.....5, 10, 24
n°90..... 9
Catégorie majeure de diagnostic 2, 3
n°08..... 29
n°14..... 21, 43, 72, *Voir aussi* Accouchement, Grossesse
complication spécifique.....73, 74, 92
n°15..... 22, 43, 77, Voir aussi Nouveau-né
complication spécifique.....77, 81, 92
n°17..... 106
n°25.....5, 10, 24, 43
n°26.....5, 10, 24
n°28..... 11, 71
CCAM.. *Voir Classification commune des actes médicaux*
CdAM ..... *Voir Catalogue des actes médicaux*
Chirurgie ambulatoire. 6, 28, 38, 44, 50, 85, 86, 95
Chirurgie esthétique..... 92
CIM..... *Voir Classification internationale des maladies*
Classification commune des actes médicaux 2, 7
Classification des groupes homogènes de malades
version 1 ..... 4, 23
version 10 .....10, 23, 24, 25
version 10b 11
version 10c..... 11
version 2 4
version 3 5
version 4 .....5, 19, 20, 23, 24
version 5 6
version 6 6
version 7 .....7, 19, 22
version 8 8
version 9 .....8, 19, 24
versions 11..... 25
Classification internationale des maladies..... 2
code à 8 caractères..... 6
code étendu, extension de code ..5, 6, 53, 54, 58, 60, 89, 96
code imprécis..... 17
code interdit comme diagnostic principal 7, 17
mise à jour ..53, 54, 58, 60, 61, 63, 66, 67, 89, 96
neuvième révision 5
CM, CMD ... *Voir* Catégorie majeure, Catégorie majeure de diagnostic
CMA ..*Voir* Complication ou morbidité associée
CMAS..... *Voir* Complication ou morbidité associée:sévère
CMAS-NT..... *Voir* Complication ou morbidité associée, sévère, non traumatique

Code
à 8 caractères (CIM–10)..... 6
à usage réservé (CIM–10)..... 96
accouchement (CIM–10)..... 21
antepartum..... 21, 74, 76
étendu (CIM–10) 5, 6, 53, 54, 58, 60, 89, 96
imprécis..... 17
interdit comme diagnostic principal 7, 17
P (CIM–10)..... 125
postpartum..... 76
Code-père.....30
Complication ou morbidité associée.....8, 9, 10, 18, 19, 26, 27, 31, 35, 83, 103
équivalence de l'âge..... 33, 85
équivalence de l'âge gestationnel 74
équivalence du décès 34
liste d'exclusion 6, 20, 27, 31, 84
niveau de sévérité 10, 27, 30, 32, 34, 43, 103
sévère 5, 10, 19, 26
sévère non traumatique..... 6
Complication spécifique
CMD 14..... 73, 74, 92
CMD 15..... 81, 92
Confirmation de codage du RSS.....68, 69, 92
Contrôles de cohérence 69, 70
Courte durée, séjour de –28, 38, 39, 44, 47, 49

D

D, lettre – dans un numéro de GHM 10
DA..... Voir Diagnostic associé
DAD ..... *Voir* Donnée à visée documentaire
Date des dernières règles 70, 125
Décès..... 10, 20, 40, 44
équivalent de complication ou morbidité associée 34
équivalent de niveau de sévérité..... 34
nouveau-né 81
Définition du diagnostic principal.....27
Diagnosis Related Groups.....4
Diagnostic
caractéristique..... 4
catégorie 3, 13
Diagnostic associé.....3
(à visée) documentaire..... *Voir* Donnée à visée documentaire
significatif 6, 19, 119
Diagnostic principal 3, 13, 38
acte sans relation avec –..... 7, 9, 15, 29
algorithme de choix..... 117
code interdit..... 7, 18
définition..... 27
Diagnostic relié 6, 29, 41, 119
Donnée à visée documentaire.....6, 116
DRG.....*Voir Diagnosis Related Groups*
Durée, séjour de courte –28, 38, 39, 44, 47, 49

E

E, lettre – dans un numéro de GHM.....10, 44
Erreur de groupage 9, 119
Exclusion de complication ou morbidité associée, liste 6, 20, 27, 31, 84
Exploration et surveillance, séjour pour – 41
Extension de code (CIM–10) ... 5, 6, 53, 54, 58, 60, 89, 96

F

Fonction groupage 113
version 0.0 114
version 1.1 114
version 1.2 114
version 10.10 10
version 10.10b 11
version 10.10c..... 11
version 2.2 114
version 2.3 ..... 5, 114
version 3.4 ..... 5, 114
version 4.5 ..... 6, 115
version 5.6 ..... 6, 115
version 6.7 ..... 7, 115
version 6.8 8
version 7.9 ..... 8, 115
version 8.9 ..... 8, 10
version 9.9 ..... 8, 10
Format du résumé d'unité médicale 113

G

Générateur de RSA (GENRSA)..... 113, 114
Gériatrie (groupe homogène de malades)..... 6
GHM..... *Voir* Groupe homogène de malades
Grossesse..... 7, 21
âge gestationnel.....21, 23, 69, 70, 74, 124
Groupage 2
erreur 9, 119
Groupe
de nouveau-nés 78
d'erreurs..... 9
Groupe homogène de malades
chirurgical..... 3, 26
gériatrique 6
indifférencié..... 9, 16
médical..... 3, 26
numérotation 9
racine 42

H

Hospitalisation de jour..... 28, 38, 39, 44, 47, 49

I

IMG ....*Voir* Interruption médicale de grossesse
Indice de cout relatif [ICR] 5, 15
Indifférencié (groupe homogène de malades)9, 16
Infection par le VIH 5
Interruption médicale de grossesse..... 59
Irradiation ..... *Voir* Radiothérapie

J

J, lettre – dans un numéro de GHM..... 44
Jour, hospitalisation de – 28, 38, 39, 44, 47, 49

K

K, lettre – dans un numéro de GHM 9

L

Laser
veine saphène 95
Liste d'exclusion de complication ou morbidité associée..... 6, 20, 27, 31, 84

M

M, lettre – dans un numéro de GHM 9
Mode de sortie 20
Mono-unité [monoRUM], séjour.....3
Mort-né ..... *Voir* Nouveau-né:sans vie
Multiunité [multiRUM], séjour.....3, 117

N

Niveau de sévérité ... 10, 27, 30, 32, 34, 43, 73, 81, 103
équivalence de l'âge..... 33, 85
équivalence du décès 34
soins palliatifs..... 43
Nombre d'actes (saisie dans le RUM) 7
Nouveau-né 7, 22
âge gestationnel.....21, 23, 69, 70, 74, 78, 124
groupe de – 78
poids..... 6, 22, 78
sans vie 45, 81
séjour multiunité 23
Numéro de GHM
lettre A..... 10
lettre B..... 10
lettre C..... 9, 10
lettre D..... 10
lettre E..... 10, 44
lettre J 44
lettre K..... 9
lettre M 9
lettre S..... 10
lettre T 28, 40, 44, 47
lettre V..... 9
lettre W..... 10
lettre Z 9, 10, 17, 42, 44
Numérotation des groupes homogènes de malades 9

O

Organisation mondiale de la Santé [OMS] 2

P

Poids du nouveau-né.....6, 22, 78
Postpartum 75, 76
Prothèse valvulaire 89

R

Rachicentèse 96
Racine de groupes homogène de malades...42
Radiofréquence
grande veine saphène..... 95
tumeurs hépatiques..... 93
Radiothérapie
irradiation 45, 46, 51, 52
nombre de faisceaux..... 52
préparation 46, 51, 52
séance 7, 52
Réanimation (acte marqueur de suppléance vitale)..... 17
Reclassement dans un groupe médical.... 7, 15
Règles, date des dernières –..... 70, 125
Relation avec le diagnostic principal, acte sans – 7, 9, 15, 29
Résumé
de sortie anonyme..... 114
de sortie standardisé..... 2
de sortie standardisé multiunité [multiRUM]3, 117
d'unité médicale 2, 3
formats..... 114
RSA.....*Voir* Résumé de sortie anonyme
RSS.....*Voir* Résumé, de sortie standardisé
RUM ..... *Voir* Résumé, d'unité médicale
Rythmologie interventionnelle..... 46

S

S, lettre – dans un numéro de GHM 10
Séance 23, 71
radiothérapie 7
Séjour
mono-unité [monoRUM] 3
multiunité [multiRUM] 3, 117
Séjour de courte durée ... 28, 38, 39, 44, 47, 49
Sévérité, niveau (CMA) .. 10, 27, 30, 32, 34, 43, 103
Signe (symptôme), séjour pour –..... 13
Sortie, mode de –..... 20
Sous-CMD 19
Surveillance et exploration, séjour pour – 41
Symptôme, séjour pour –..... 13, 41

T

T, lettre – dans un numéro de GHM 28, 40, 44, 47
Tarification à l'activité [T2A] 8
Transfert..... 20, 40
Transplantation d'organe 5
Traumatisme multiple grave 5
Trouble du rythme cardiaque..... 46

U

Unité médicale (UM) 2

V

V, lettre – dans un numéro de GHM 9
Virus de l'immunodéficience humaine [VIH] . 24

W

W, lettre – dans un numéro de GHM 10

Z

Z, lettre – dans un numéro de GHM .. 9, 10, 16, 42, 44