



Nos données
au service
de la Santé

COMITÉ TECHNIQUE MCO

09 juillet 2025

ORDRE DU JOUR

1. Classification

2. Information médicale

CLASSIFICATION

1. Sévérité inter-champs
2. Travaux sur l'interventionnel :
travaux de refonte de la CMD 06

CLASSIFICATION

1. Sévérité inter-champs

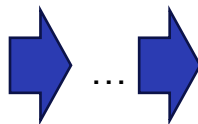
Vers un nouveau modèle de sévérité



Modèle de
Sévérité actuel



Un modèle avec
des limites



Nouveau modèle
de Sévérité

CMA simple
(dont certains
FSE et soins
palliatifs)

Effets ajoutés
Âge (en MCO)

4 niveaux en
MCO
2 niveaux en
SMR (avec/sans)

Une seule pathologie
prise en compte

Les Facteurs Socio-
Environnementaux (FSE)
sont placés au même
plan que les pathologies

Un niveau
supplémentaire serait-il
utile ?

Sévérité médicale

CMA multiples :
Le niveau dépend de l'ensemble
des pathologies du séjour

Effets ajoutés
Le niveau est majoré en présence
de certains FSE, de soins palliatifs,
ou en fonction de l'âge

4 ou 5 niveaux en MCO
2 ou 3 niveaux en SMR

Projet Sévérité



Un accueil très positif de la classification

- Une évolution majeure attendue depuis longtemps
- La polypathologie, un enjeu important
- Séparation pathologies / facteurs socio-environnementaux
- En MCO , un 5ème niveau permettant d'isoler les séjours très longs / coûteux

RSA 2023 - HC

niveau	%séjours			DMS		Coût moyen	
	actuel	nouv 4	diff rel.	actuel	nouv 4	actuel	nouv 4
1	55,9%	55,4%	-0,9%	2,2	2,2	2 059	2 031
2	20,6%	21,4%	3,9%	7,0	6,8	4 644	4 517
3	16,9%	15,4%	-8,9%	12,3	11,8	6 835	6 981
4	6,6%	7,9%	19,7%	20,4	21,0	15 026	15 604

niveau	%séjours		DMS		Coût moyen	
	actuel	nouv 5	actuel	nouv 5	actuel	nouv 5
1	55,9%	55,4%	2,2	2,2	2 059	2 032
2	20,6%	21,2%	7,0	6,8	4 644	4 515
3	16,9%	11,7%	12,3	10,8	6 835	6 578
4	6,6%	9,0%	20,4	16,3	15 026	9 922
5		2,7%		27,9		23 672

2025 : année pédagogique



De nombreuses présentations du projet :

EMOIS
Grand Sud
DIM de CHU
FHP SMR/MCO
FEHAP
AP-HP
HCL

Pour le MCO :

- Accueil globalement positif
- Questions / Remarques sur le processus
- « Quand ? »

Paramètres des modèles sur le site de l'ATIH

En MCO, pas de retours particuliers sur les niveaux des diagnostics

Dépôt des groupages sur la PDH
Mai 2025 : dépôt de groupage en v2024

Données analysées par certains établissements ou groupes d'établissements



Remarques sur le processus d'attribution du niveau de sévérité

Sur l'algorithme de sélection des DAS et ses paramètres

Rappels sur le processus

- DAS triés par niveau décroissant et par indice de priorité croissant
- Chaque DAS *exclu* par un autre DAS plus haut dans la liste (et lui-même non exclu) n'est pas retenu
- Après cette première sélection : on ne retient qu'un DAS par *dimension*
 - *Dimension* \approx 1 dimension / CMD (exception CMD 08 / 09 où il existe des subdivisions)

Questions

- Pourquoi l'indice de priorité ? Difficile à comprendre
 - Il faut pouvoir hiérarchiser les DAS de même niveau
 - Choix de se baser sur un proxy (discutable) de la « précision » et de « l'information » apportée par le code
 - Ouverts à d'autres alternatives (ordre alphabétique ?)
- Dimension « 05 » ne mériterait-elle pas d'être scindée en 2 => cardio et vasculaire ?
 - A étudier

Sur la présence des soins palliatifs en *effet ajoutés*

- Pourquoi les soins palliatifs sont en effet ajoutés et pas avec les autres diagnostics ?
 - Choix fait car difficile de classer les soins palliatifs dans une dimension et de leur attribuer des exclusions (il n'en existe pas aujourd'hui car non nécessaires)
 - Voir ce que donnerait leur réintégration en leur attribuant une dimension propre et pas d'exclusions

Sur les seuils 3/4/5 jours pour obtenir un niveau

- Sont-ils conservés ? Pourquoi ?
 - Oui / Pas dans le périmètre des travaux menés
 - Sujet de longue date

2025 : année pédagogique



Mise à disposition d'outils pour permettre aux **établissements** de s'approprier, tester et participer à l'amélioration des modèles

1/ Outil de groupage des séjours dans la nouvelle version de classification qui permette un retour au séjour

2/ Mise à disposition d'indicateurs globaux par établissement

Via un logiciel spécifique (« ALICE dédié sévérité »)
→ Fichier de groupage permettant un retour au séjour

Dans l'espace établissements (e-transfert)
→ Casemix avant / après incorporant les **2 nouveaux modèles (4 et 5 niveaux)**
→ Nécessité de disposer notamment d'indicateurs permettant à un établissement de se comparer à la moyenne nationale
→ ***Constitution d'une maquette qui sera envoyée aux participants du CT MCO en amont***

2025 : année pédagogique



Mise à disposition d'outils pour permettre aux **établissements** de s'approprier, tester et participer à l'amélioration des modèles

1/ Outil de groupage des séjours dans la nouvelle version de classification qui permette un retour au séjour

2/ Mise à disposition d'indicateurs globaux par établissement

Quand ?

- Octobre 2025 (données M8 2025)
- Février 2026 (données M12 2025)

2025 : année pédagogique



Mise à disposition d'outils pour permettre aux **établissements** de s'approprier, tester et participer à l'amélioration des modèles

1/ Outil de groupage des séjours dans la nouvelle version de classification qui permette un retour au séjour

2/ Mise à disposition d'indicateurs globaux par établissement

Webinaire dédié : octobre

2025 : année pédagogique



Organisation d'un GT : 1^{er} semestre 2026 pour capitaliser sur les premiers retours

2028 : Année cible ?



En MCO : choix déterminant pour la suite du nombre de niveaux retenu 4 ou 5

- Certaines fédérations se sont déjà prononcées sur un modèle préférentiel
- D'autres non
- Y a-t-il néanmoins un choix préférentiel prédéterminé ?
 - Y a-t-il des éléments qui aideraient au choix ? Lesquels ?

CLASSIFICATION

2. Travaux sur l'interventionnel : refonte de la CMD06

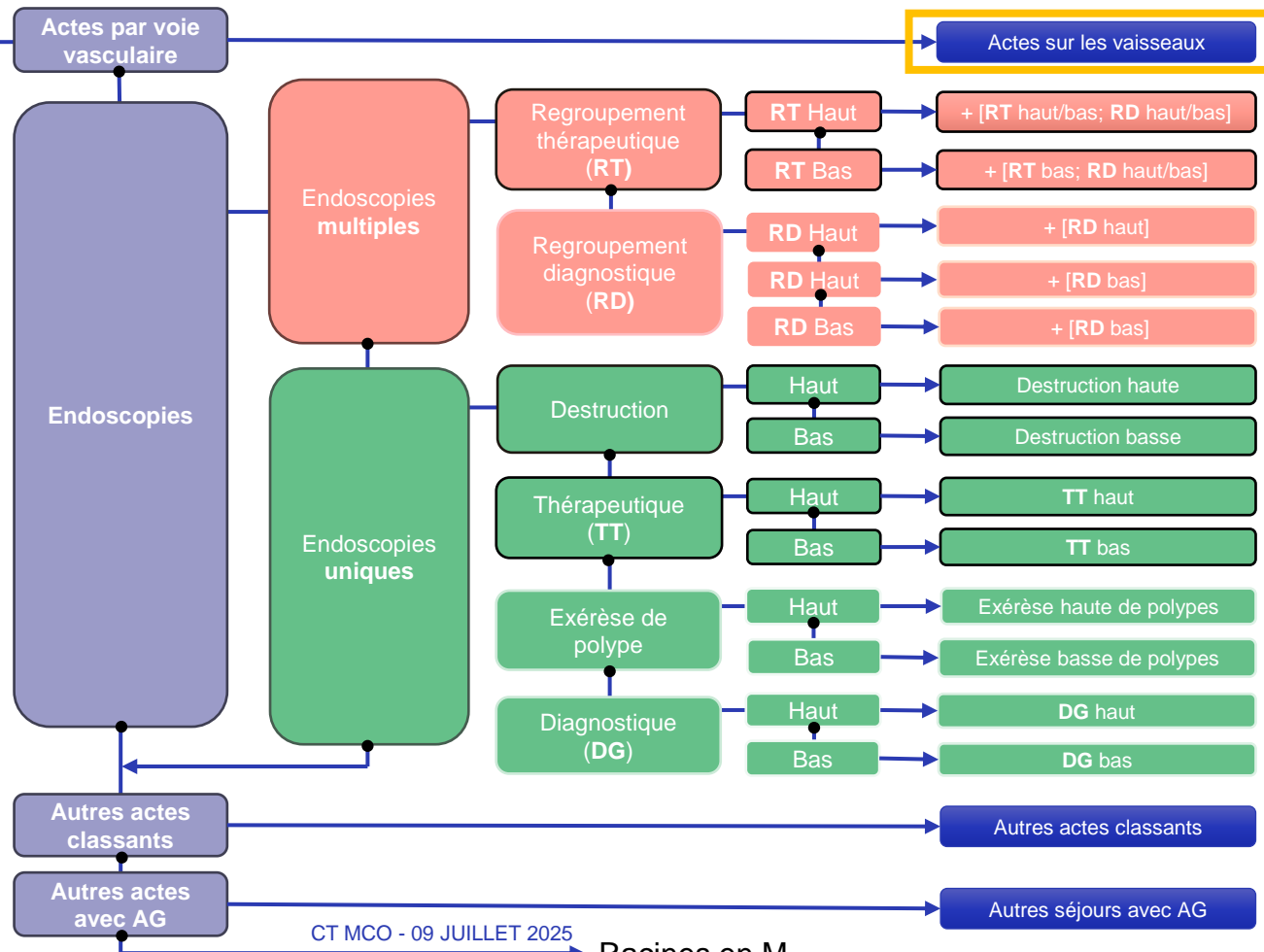


NAT		ENC	
Nb		Nb	Coût
1 253		164	2 961
11 289		964	2 071
63 832		5 151	1 313
14 431		1 167	1 686
597 545		45 564	952
8 002		857	1 220
4 229		501	2 107
54 517		4 865	1 026
21 678		2 738	1 411
5 019		488	1 207
7 369		486	718
289 916		27 849	675
308 446		17 334	740
447 135		40 259	626
6 704		836	1 161
4 825		571	1 352

CT MCO - 09 JUILLET 2025

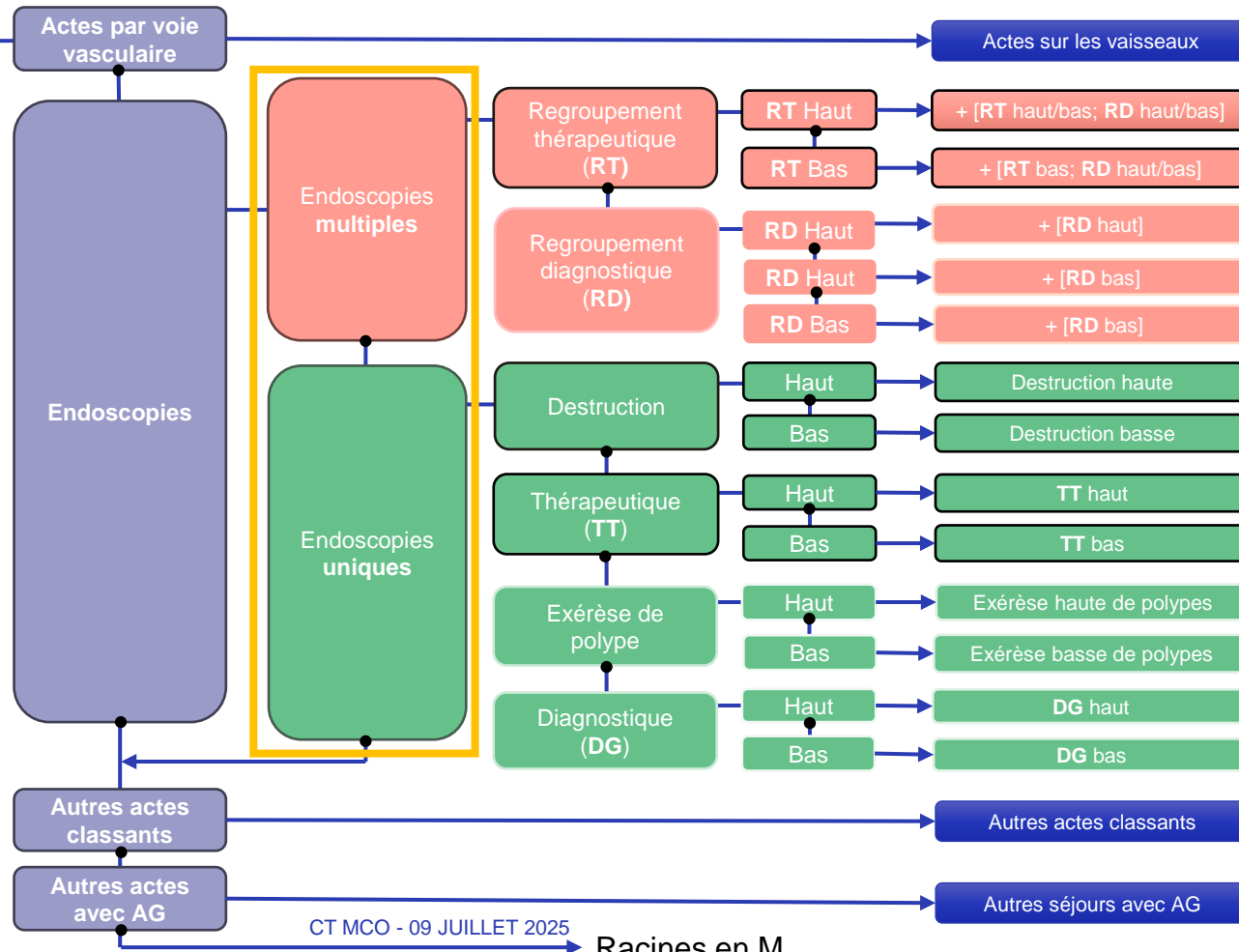
Racines en M

Retours positifs sur ...

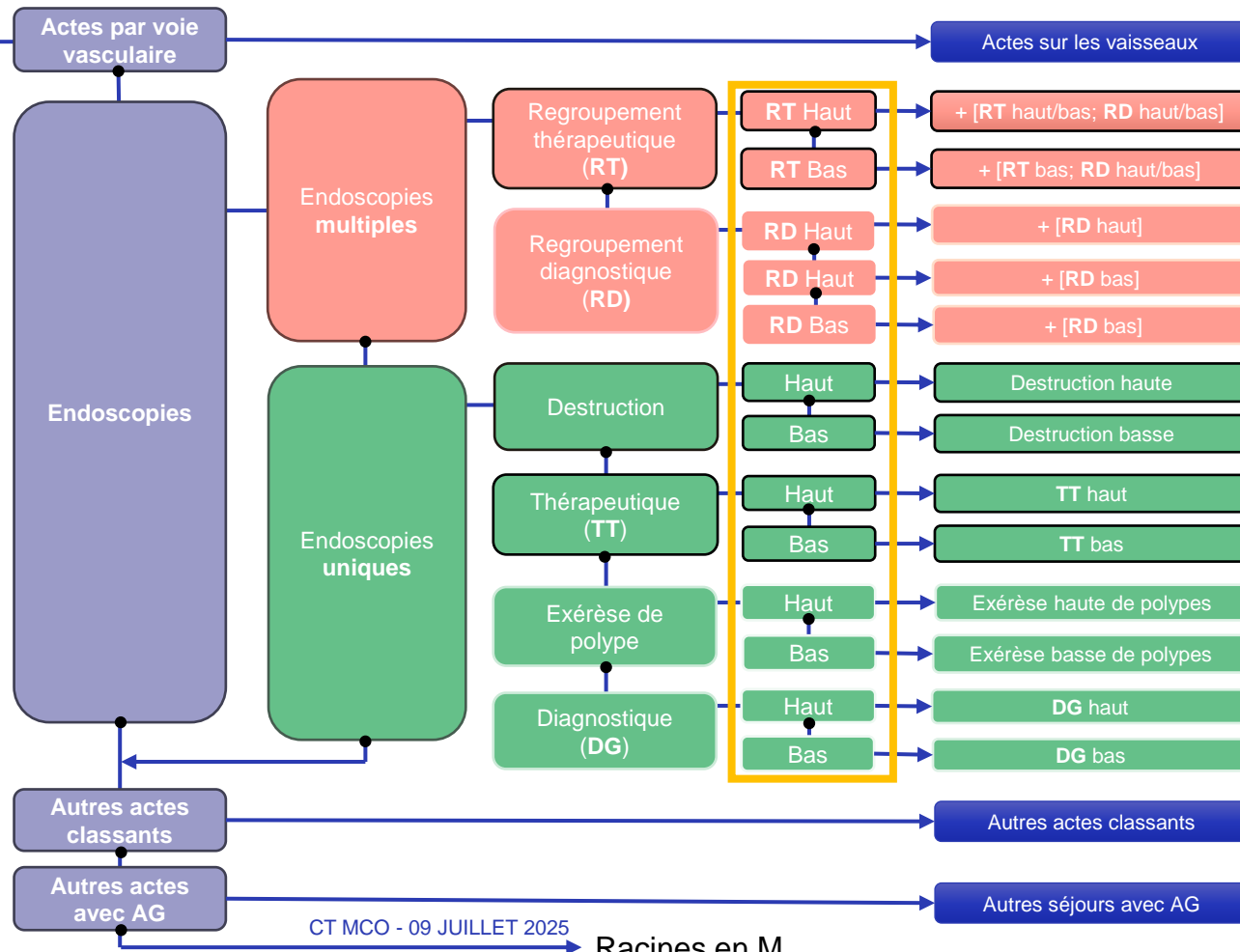


- La racine d'actes réalisés par voie vasculaire

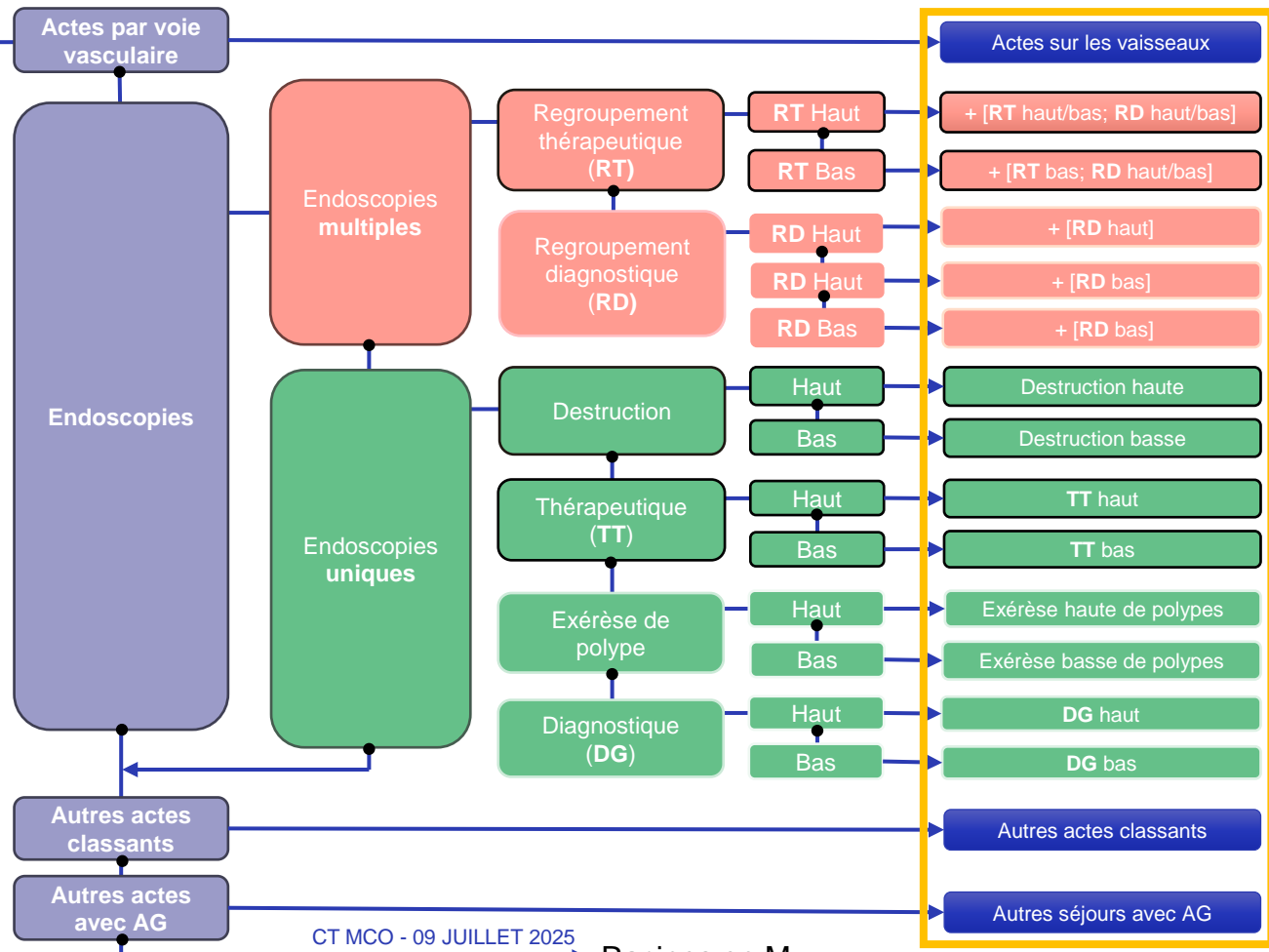
Retours positifs sur ...



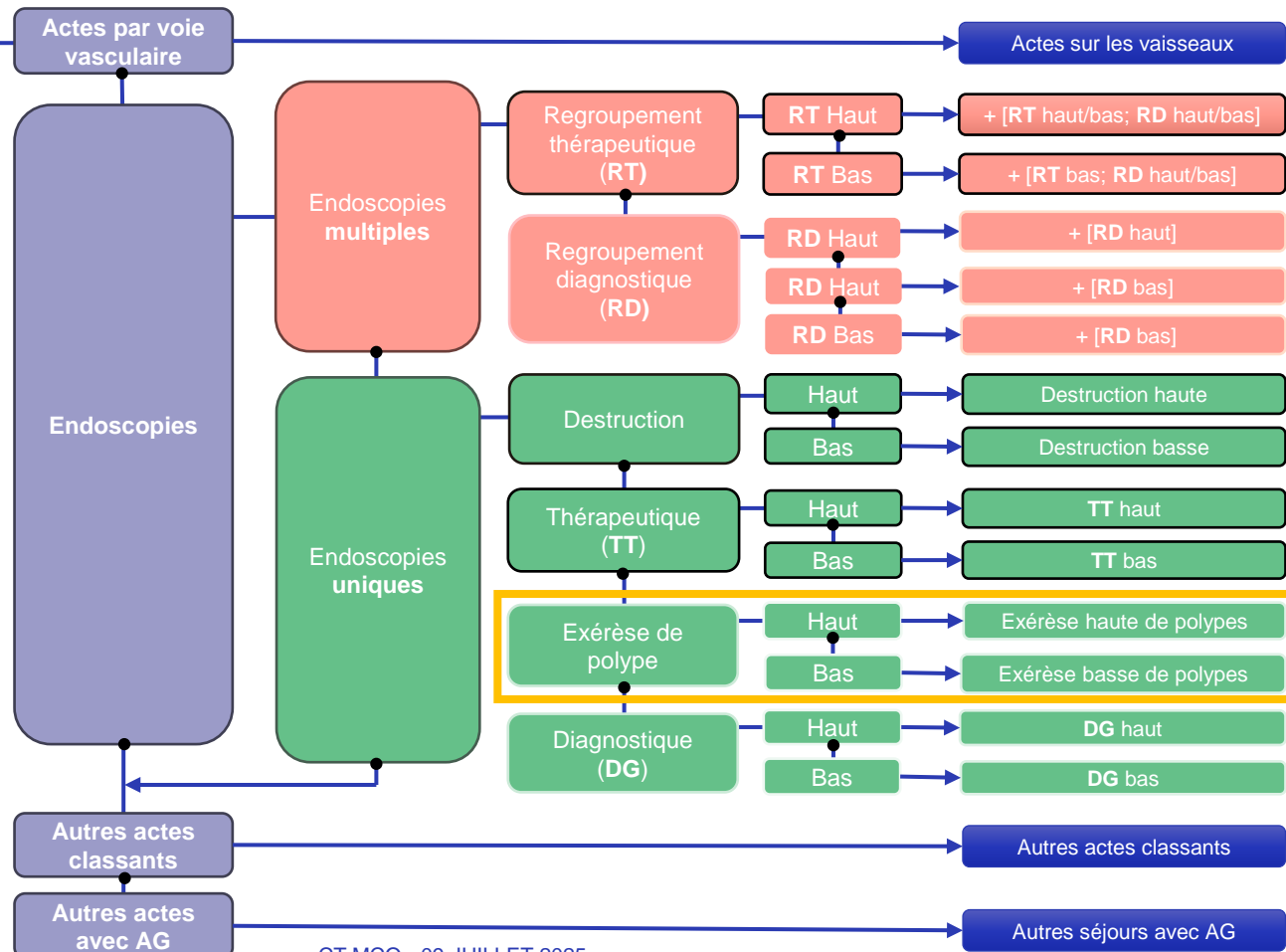
- La racine d'actes réalisés par voie vasculaire
- La prise en compte de la réalisation de plusieurs endoscopies



- La racine d'actes réalisés par voie vasculaire
- La prise en compte de la réalisation de plusieurs endoscopies
- La séparation entre endoscopies hautes et basses

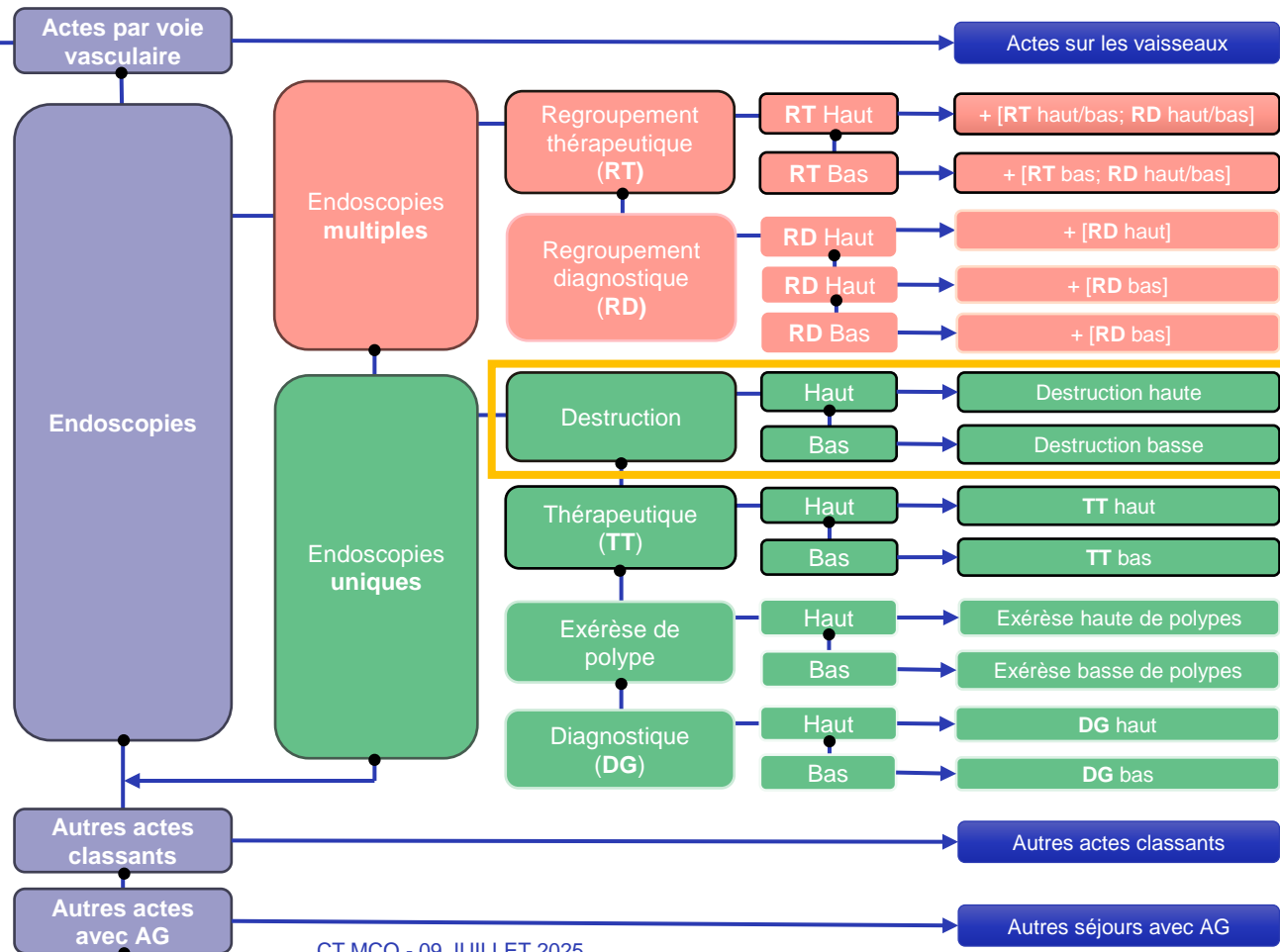


- La racine d'actes réalisés par voie vasculaire
- La prise en compte de la réalisation de plusieurs endoscopies
- La séparation entre endoscopies hautes et basses
- La proposition de nouvelles bornes de durée de 0, 1 ou 2 nuits

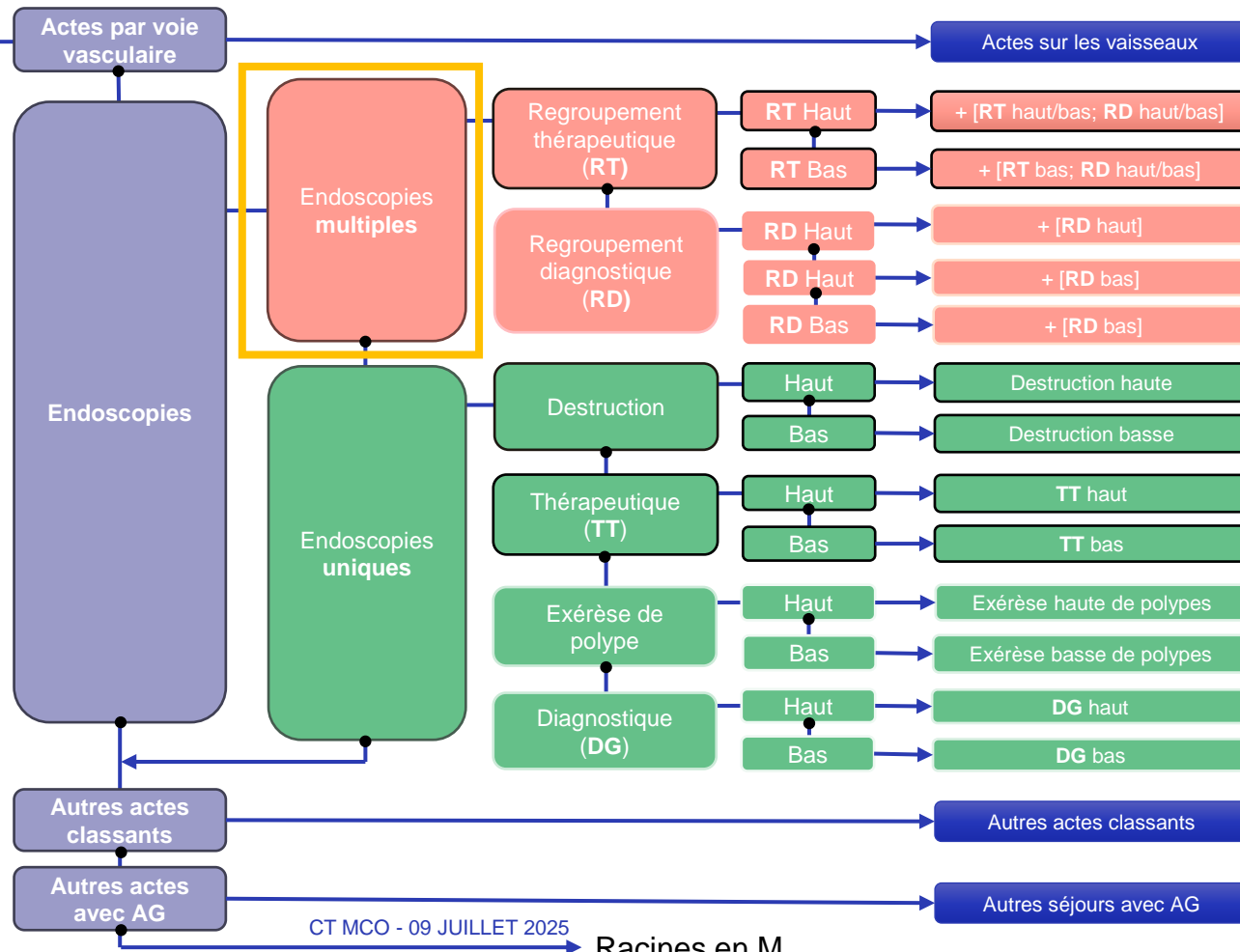


- [ablations de polype et résections]
→ Résections

À noter : Ablation de polype < Mucosectomie < Dissection sous muqueuse

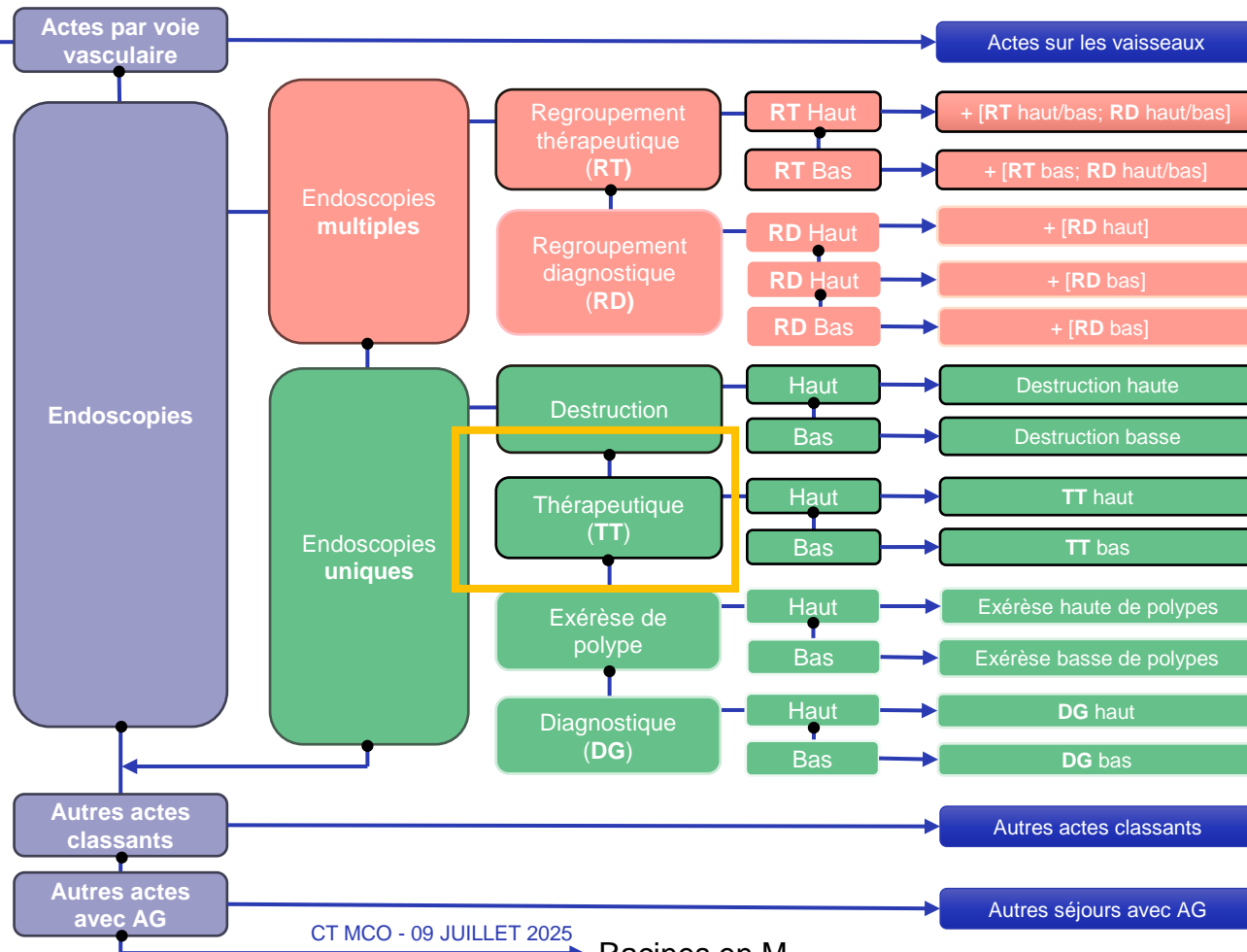


- [ablations de polype et résections]
→ Résections
- Actes de destruction ≠ résections



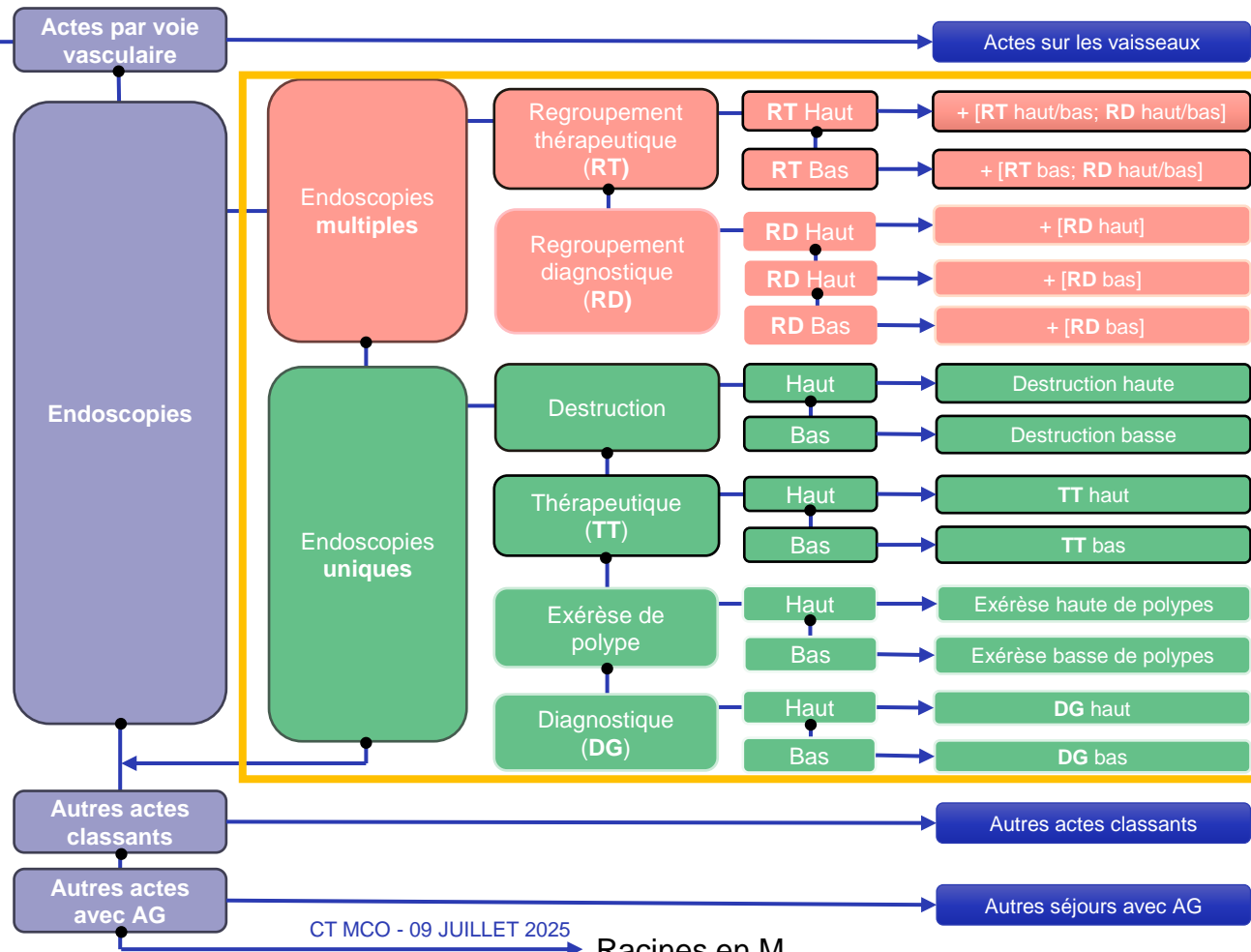
- [ablations de polype et résections] → Résections
- Actes de destruction ≠ résections
- Possibilité d'isoler les actes de la CMD07K ?
 - Et analyser l'impact de leur présence dans la hiérarchisation (haut/bas) des groupes

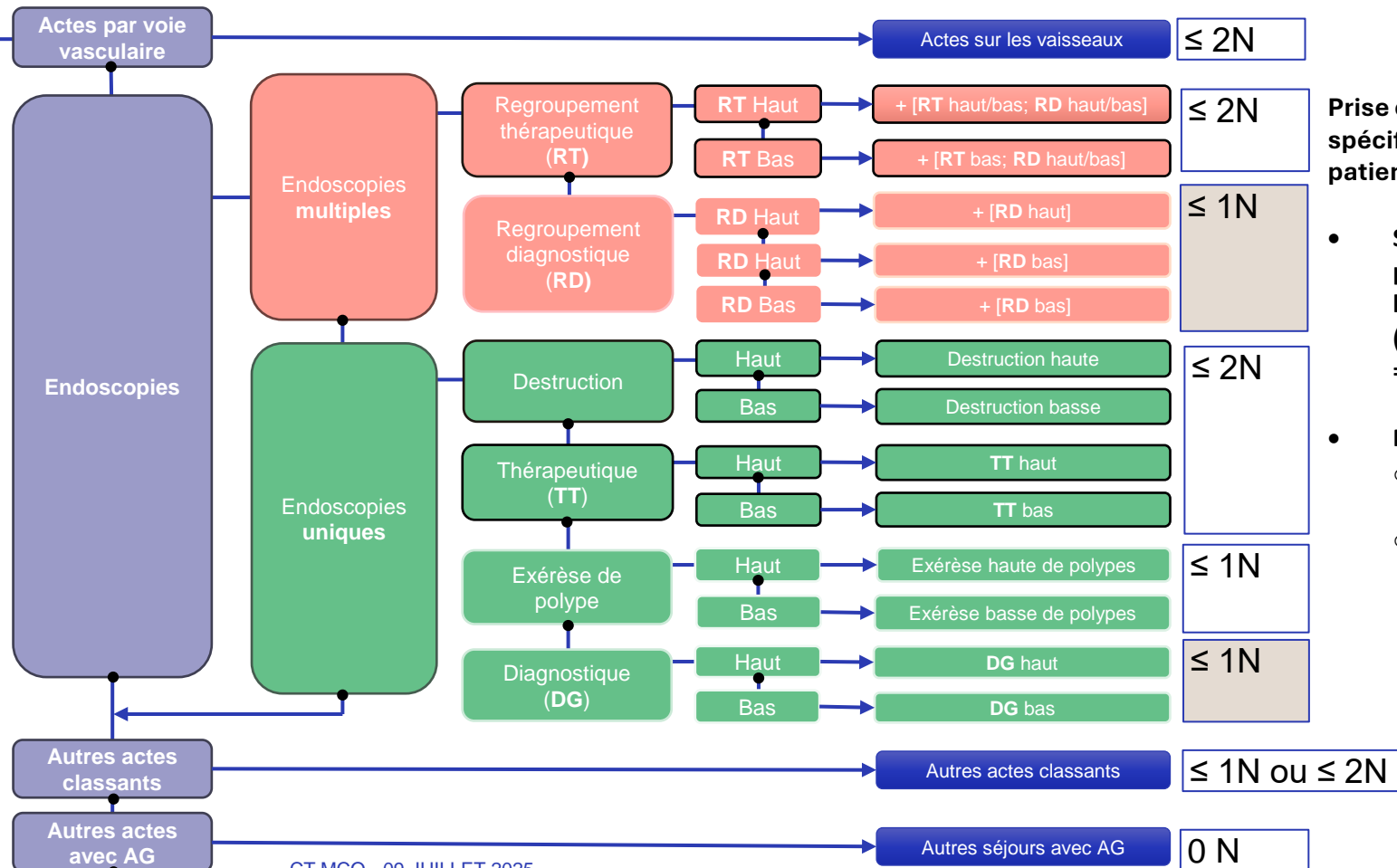
À noter: Coloscopies ou fibroscopies < cholangiopancréatographies rétrogrades endoscopiques < myotomies endoscopiques ou dissections sous muqueuse



Racines en M

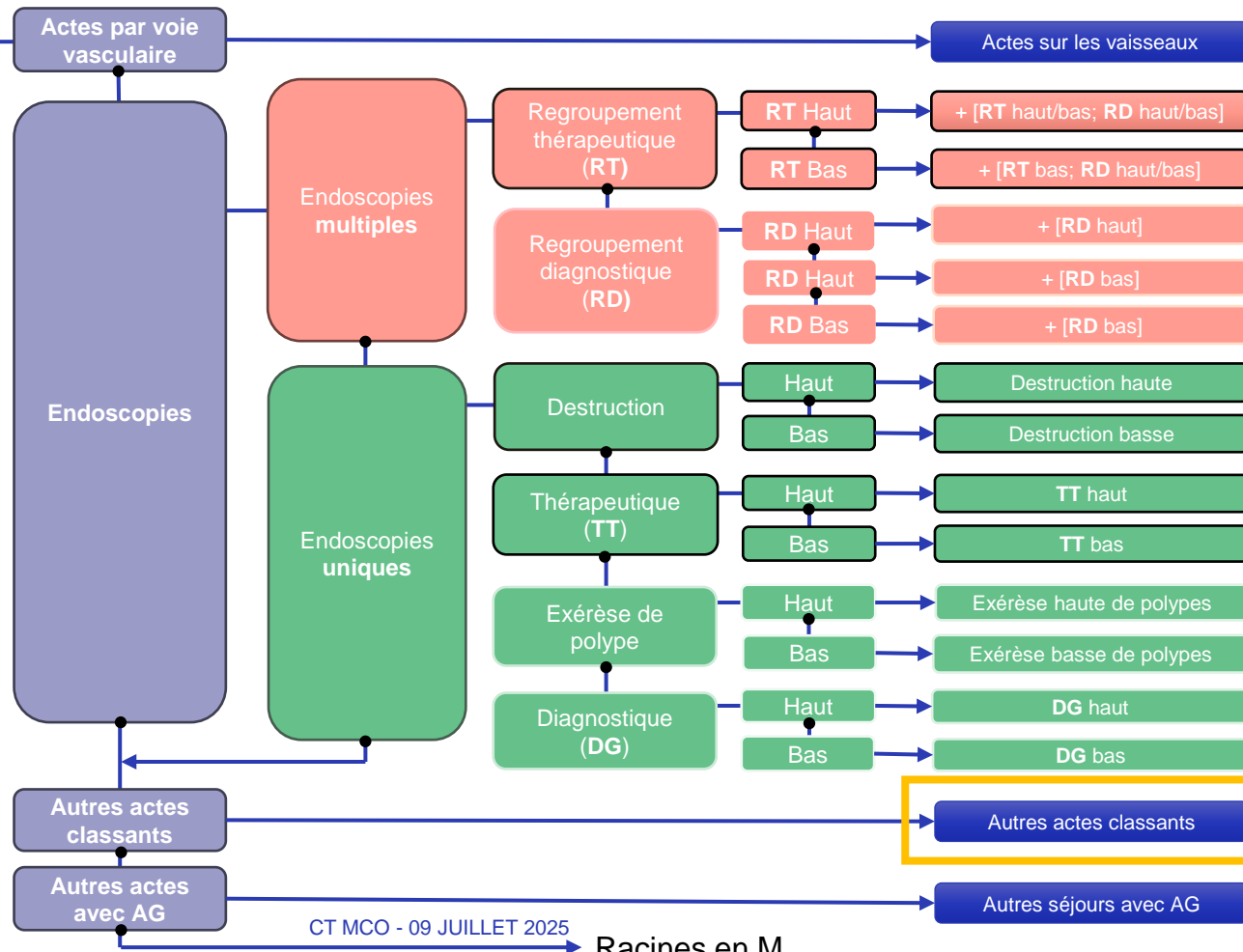
- [ablations de polype et résections] → Résections
- Actes de destruction ≠ résections
- Possibilité d'isoler les actes de la CMD07K ? Possibilité d'isoler les actes de la CMD07K ?
 - ☐ Et analyser l'impact de leur présence dans la hiérarchisation (haut/bas) des groupes
- En endoscopies thérapeutiques, les professionnels proposent que certains types d'actes puissent également être regroupés et/ou isolés : par exemple les dilatations.
 - Le groupe « général » serait ainsi constitué majoritairement d'actes moins fréquents (ex-exsufflation ; détorsion) et/ou moins spécifiques.





Prise en compte de spécificités liées aux patients et aux gestes :

- Si la préparation est proche de l'hospitalisation (préparation fractionnée = bonnes pratiques)
- Pour surveillance
 - patients âgés ou fragiles
 - et/ou pour certains gestes thérapeutiques (actes « lourds »)



Demande de reconnaissance pour certains actes dont, en particulier, les actes de radiologie interventionnelle. Ces actes permettent d'éviter des gestes plus lourds et nécessitent l'utilisation de plateaux techniques : (ne nécessitent pas d'AG)

- Les biopsies profondes
- Les actes thérapeutiques percutanés avec guidage :
 - Ablation par radiofréquence, cryothérapie, microondes
 - Infiltration ou injection
 - gastrostomie

Légende :

Suivi



Nouveau



Focus en CT



Sujet phare

INFORMATION MÉDICALE

▪ Recueil

- *ADNP, Passage par une SU*
- Art 51 
- Chir onco complexe 
- *MRC | Maintenance*
- MRC | Simplification
- Urgences | PTS-AD
- Urgences | RPU, RPIS




▪ Recueil | Réforme financement

- Soins Critiques
- Dialyse 
- Radiothérapie 



▪ Nomenclatures

- Refonte CCAM 
- Révision des ICR

▪ Pilotage et modernisation des systèmes d'information médicale

- DRUIDES
- E-PMSI 
- EvalSanté
- Programme Nouveaux Recueils
 - Gouvernance
 - Cartographie DSH 
 - Stratégie d'automatisation / IA 
 - Stratégie de concentration
- Déploiement CIM-11
 - Gouvernance et feuille de route

▪ Expérimentation

- PP CIM-11 
- PP PNR (Méd) 

INFORMATION MÉDICALE

1. Réforme du financement de la dialyse

Vecteurs et modalités de recueil unifiés



Convergence de tous vers la transmission de RSS au 1er janvier 2027

Toutes les prises en charge en dialyse donnent lieu à un GHS au 1er janvier 2026

- ⇒ Intégration de la fonction de groupage pour tous au 1er janvier 2026
- ⇒ Tous les types d'unité de dialyse sont concernés
- ⇒ Abandon de tous les forfaits en D
- ⇒ Remplacement des GHS d'entraînement et de dialyse en séance et ambulatoire
- ⇒ Abandon du déclenchement de suppléments par actes ou FICHCOMP DIP (substitué par les forfaits hebdomadaires sur des RSS dédiés)
- ⇒ Abandon de certaines règles associées et notamment concernant les modalités de facturation en externe de certains forfaits D en exDG
- ⇒ Maintien des règles pour les PIE et PIA notamment avec le SMR et l'HAD

Forfaitisation à la semaine



Un forfait par semaine calendaire (lundi → dimanche)

- ⇒ Pour toutes les prises en charge de dialyse chronique (toutes techniques et toutes unités)
- ⇒ Un seul "GHS de forfait hebdomadaire de dialyse" doit être facturé pour une même semaine dans une même structure (tous les actes de dialyse réalisés dans une semaine sont à regrouper dans un même RSS avec date de début = 1er acte et date de fin = dernier acte de la semaine calendaire)
 - ⇒ Au cas où plusieurs GHS sont transmis sur une même semaine-structure-patient, ne sera retenu que celui avec le plus d'actes, puis celui dont l'UM est plus lourde, puis selon la technique, puis selon l'horaire.

Forfait hebdomadaire plein ou partiel

- ⇒ Définit selon le nombre de séances de la semaine : partiel si ≤ 2 , complet si > 2

Maintien des règles de concomitance de prise en charge

- ⇒ Des GHS de forfait hebdomadaire complet ou partiel peuvent être facturés en sus d'une prise en charge différente dans une même structure (production de deux RSS nécessaire ici)
- ⇒ Des GHS partiels ou complets peuvent être déclarés sur deux établissements différents pour une même semaine calendaire

Consignes particulières



Variable à valence hebdomadaire

- ⇒ Score de complexité : le **score de complexité de la semaine est celui déterminé lors de la première séance et s'applique pour toute la semaine**. Un éventuel changement du score et du niveau de supplément correspondant ne sera appliqué que la semaine suivante.
- ⇒ Le diagnostic du RSS associé au forfait hebdomadaire est le motif de venue du patient. Dans le cas de plusieurs motifs de venue sur une même semaine, le **diagnostic principal** du RSS associé au forfait hebdomadaire est le **motif de venue du patient lors de sa 1ère séance de dialyse de la semaine**.

En l'absence d'acte CCAM différenciant les séances de DPA et DPCA, toute évolution infra-hebdomadaire éventuelle d'une de ces techniques pour l'autre ne sera renseignée que la semaine suivante (grâce aux DP).

Les actes sont utilisés de manière descriptive pour préciser les techniques utilisées, les notes de codage CCAM ne sont donc pas applicables.

Recueil attendu



Variables attendues par la fonction de groupage (nouvelles)

- Niveau de complexité patient (niveau 1 / niveau 2) [une valeur par RSS]
- Diagnostic principal [une valeur par RSS]
- Blocs « Acte » [plusieurs occurrences possibles par RSS]
 - Acte CCAM dialyse (JVRP004, JVJF004, JVJF008, JVJB001, JVRP007, JVRP008)
 - Date des actes de dialyse
 - Horaires de début des actes de dialyse (jour / soirée / nuit)
 - Typologie de modalité autorisée de réalisation des actes (centre, centre enfant, udm, uad, domicile)

Variables non groupantes

- Temps total hebdomadaire de dialyse réalisée
- Nombre hebdomadaire de consultations de réévaluation
- Valeur exacte du score de complexité patient

Classification 2026

Nb d'actes



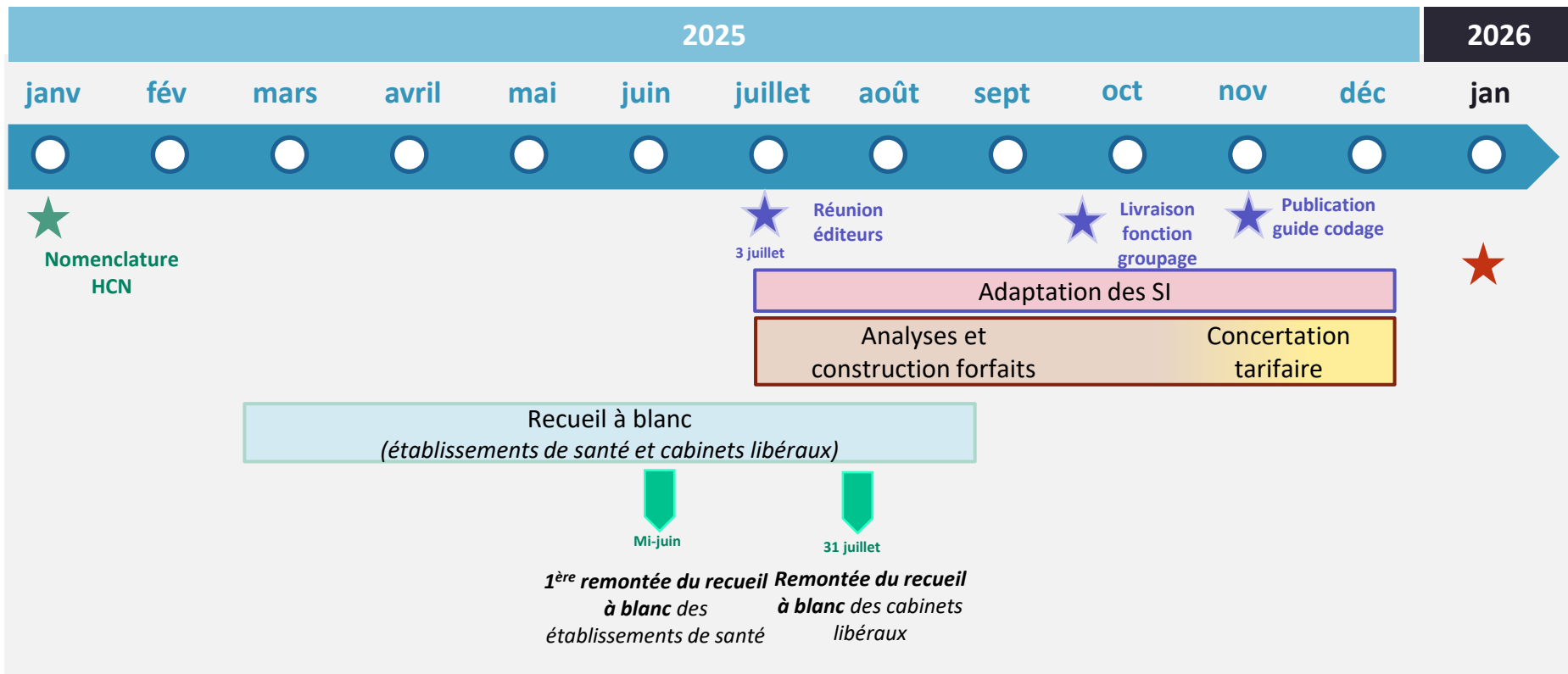
Chaque
semaine

GHM (6 possibles)	GHS		SUPPLEMENTS	
Entrainement HD DP + JVRP004 Entrainement DPA DP + JVRP007 Entrainement DPCA DP + JVRP008 Traitement HD/HDF DP + JVJF004 ou JVJF008 Traitement DPA DP + JVJB001 Traitement DPCA DP + JVJB001	Centre UM = 21	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
		Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Nuit	Complet Partiel
	Centre enfant UM = 22	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
		Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Nuit	Complet Partiel
	UDM UM = 23	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
		Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Nuit	Complet Partiel
	UAD UM = 34	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
		Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Nuit	Complet Partiel
	Domicile UM = 35 ou 36	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
		Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Nuit	Complet Partiel

INFORMATION MÉDICALE

2. Réforme du financement de la radiothérapie

Nous nous mettons en ordre de marche pour l'application de la loi au 1^{er} janvier 2026



Une architecture simple sera mise en œuvre en 2026 pour permettre le démarrage des travaux d'évolution des SI dès maintenant

- Mise en place de la réforme avec un **schéma simple** en 2026, prenant en compte :
 - la **technique d'irradiation** (selon redescription HCN)
 - La **notion de patient complexe** (dont les critères à retenir pourront être discutée à l'automne avec les résultats du recueil à blanc)

1 Forfait = tarification sur l'ensemble de l'épisode de soins (préparations, séances) pour la combinaison d'une **localisation** (type de tumeur) et d'une **technique**

Deux types de variables seront prises en compte pour le groupage

Technique

(hors RT adaptative)

Radiothérapie
« tous organes »
98 % des séances du secteur ex-DG

RT en condition stéréotaxique

RCMI

RC3D

Radiothérapie de recours
Réalisée dans le secteur ex-DG et mal
rémunérée

ICT

ECT

Irradiation cranio spinale

Basse énergie

Curiethérapie

Protonthérapie

Complexité du patient

Oui/Non



RECUEIL À BLANC - ETABLISSEMENTS

Etat des transmissions au 15 juin 2025

- 18 établissements ont transmis un FICHCOMP Radiothérapie
 - 4 CH sur les 11 déclarés volontaires en mars, 3 CH supplémentaires = 7 CH au total
 - 5 CHU sur les 11 déclarés volontaires en mars
 - 6 CLCC sur les 12 déclarés volontaires en mars (dont ICANS)

Nombre de traitements déclarés au 15 juin

- 1314 traitements déclarés
 - 174 en CH
 - 575 en CHU (dont 533 CHU de Tours)
 - 565 en CLCC



RECUEIL À BLANC – ETABLISSEMENTS

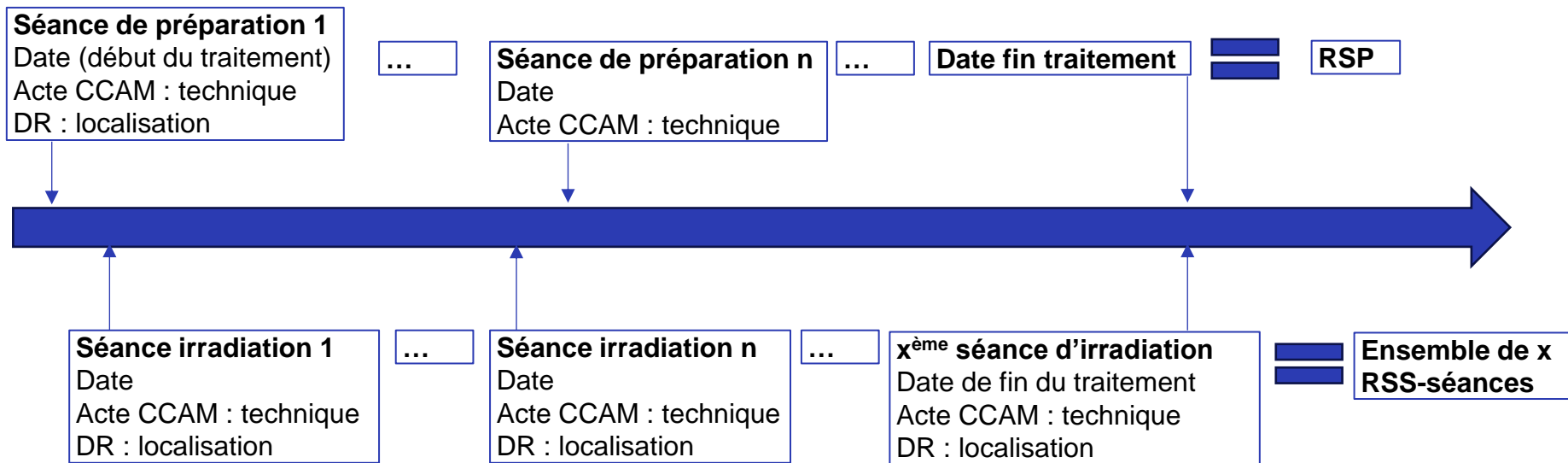
Pour 2026, l'analyse du recueil à blanc permettra de définir les tarifs associés aux forfaits

	Pour 2026	A partir de 2027
Objectif	Définir les tarifs des forfaits "simples"	Affiner les forfaits afin de mettre en œuvre le modèle cible
Sources	Résultats du recueil à blanc	<ul style="list-style-type: none">• Résultats du recueil à blanc• Données PMSI 2026
Analyses réalisées	<ul style="list-style-type: none">• Répartition des traitements par technique• Dispersion des séances par bloc et par technique• Identification des critères de complexité par type de traitement à retenir	<ul style="list-style-type: none">• Identification d'autres variables impactant le nombre de séances pour une même technique (repositionnement surfacique, hypofractionnement, ré-irradiation etc...)

Rappel de l'existant

Deux types de RSS particuliers :

- RSP : financement GHM de préparation
- RSS-séances : financement à la séance





Support de recueil des forfaits radiothérapie

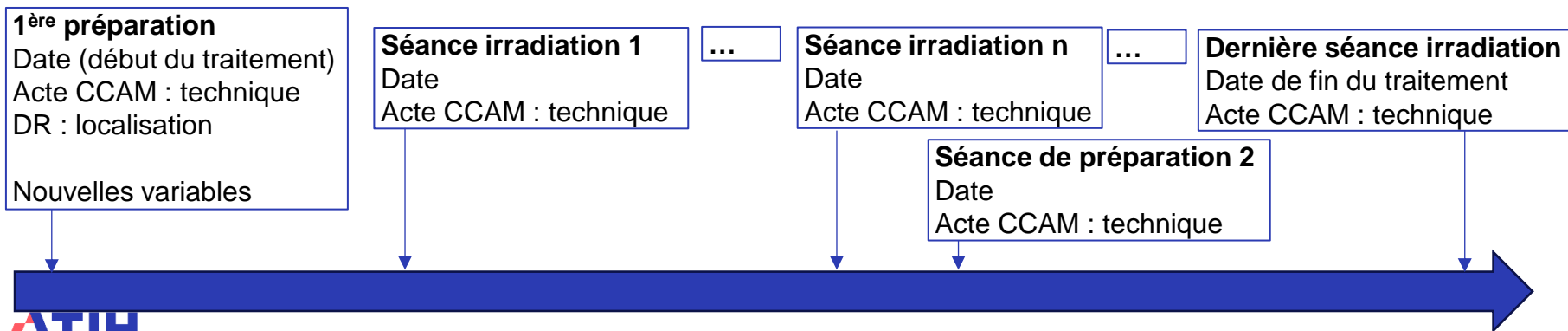
Fin du système actuel RSP et RSS-séances

1 RSS pour un traitement = 1 GHS = 1 forfait

Tous les actes réalisés codés dans ce RSS : préparation(s) + irradiations + autres actes et autres informations

Fonction groupage livrée fin septembre aux éditeurs

Possibilité de produire plusieurs RSS simultanés si plusieurs traitement/forfaits





Recueil attendu dès 2026

Informations via des variables déjà existantes

- **Date de naissance / sexe**
- **DP / DR / DAS** : consignes de codage (guide méthodologique) pour certains suppléments ou modulateurs identifiés
- **Actes** : précise la technique utilisée + nombre d'actes et dates de réalisation
Référentiel dédié à venir : liste d'actes en CCAM descriptive, sur la base des travaux de redescription réalisés par le comité clinique radiothérapie du HCN
- **Dates de début et fin de traitement**

Nouvelles variables du RSS

- Patient complexe oui/non (selon liste de critères)
- Nombre de tumeurs traitées
- Radiothérapie adaptative
- Hypofractionnement

INFORMATION MÉDICALE

3. Expérimentation CIM-11



Chronologie

2025 : Préparation du déploiement

« Gouvernance et actions transversales et de soutien au projet de déploiement »

2025 – 2027 : Phase 1

« Informer, outiller, expérimenter »

2027 : Phase 2

« Consolider le plan de déploiement »

2028 – 2031 : Phase 3

« Accompagner la transition »

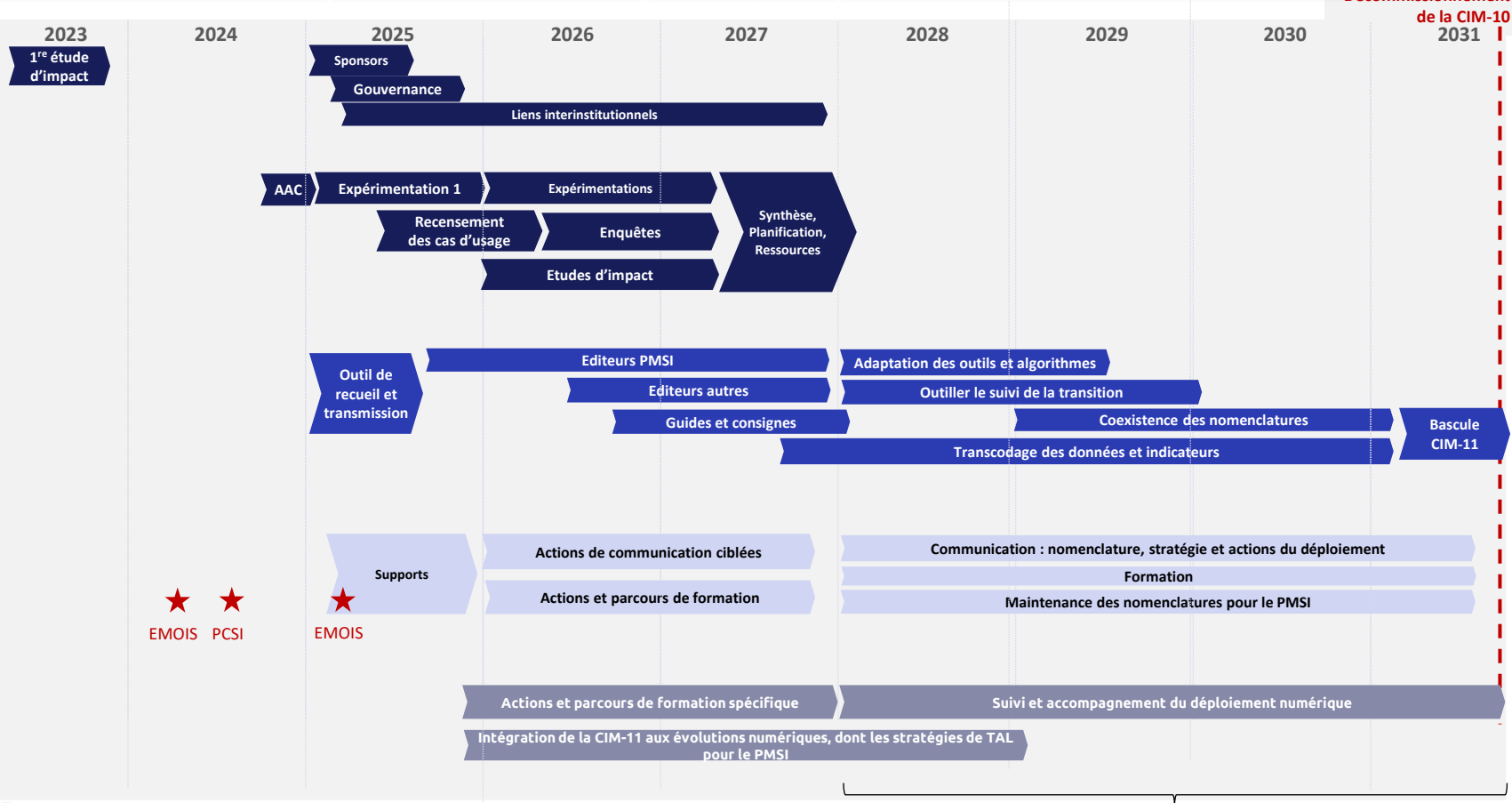
Actions transversales et de soutien

Expérimentation
Etudes d'impact

Outiller

Communication
Formation

Accompagner le volet numérique





Objectifs de l'expérimentation

Objectif primaire

- Identifier les problématiques pratiques liées au codage de la CIM-11 par les professionnels du codage du PMSI en termes d'organisation humaine et d'adaptation des outils.

Objectifs secondaires

- Préciser les points critiques du déploiement de la CIM-11 en établissement **en-dehors du circuit PMSI** strict
- Identifier les **risques de ruptures** dans le circuit des données PMSI introduites par la transition CIM-10/CIM-11
- Comparer la CIM-11 à la CIM-10 en termes de **concordance et précision** des diagnostics et identifier les facteurs influençant des différences observées
- Tester les **méthodes et objectifs prioritaires** pour l'élaboration des futurs projets pilotes concernant la CIM-11
- Identifier les éléments structurants pour la **conduite du changement** dans ce cadre



Principaux éléments du projet pilote

Travaux préparatoires incluant formation et modalités de recueil

Phase active de recueil :

- 500 à 1000 séjours par établissement MCO codés en CIM-10 et CIM-11
- Large périmètre de séjours représentés (complexes et >90% d'HC)
- Annotation des expériences de codage pour analyses qualitatives
- Suivi et coordination ATIH avec renfort d'établissements volontaires

Transmission des données à l'ATIH

Analyses qualitatives et quantitatives des données transmises



Processus de candidature

- **Appel à candidature** publié sur le site de l'ATIH le 29 avril
- Formulaire de candidature pour dépôt avant le 10 juin
- Evaluation des candidatures conjointement à des experts externes
- **27 établissements répondeurs éligibles :**
 - 20 publics et 7 privés
 - 22 départements et 11 régions représentés



Déroulé de l'expérimentation

- **Début juillet** : communication de **sélection** aux candidats
- **9 juillet** : **webinaire 1 de formation** des équipes
- **Juillet à Septembre** : mise en production de l'outil d'aide au recueil et **entrainement** au codage via la plateforme dédiée
- **Septembre** : signature des **conventions** et **webinaire 2 de formation**
- **Octobre à Mars** : phase active de **recueil et analyses** intermédiaires
- **Avril à Juin** : **analyse** de données et publication des **résultats**



Ressources mises à disposition

- **Page CIM-11 dédiée sur le site de l'ATIH** : ressources informationnelles et éléments pédagogiques avec plateforme de cas pratiques de codage
- **Outil de recueil** pour les participants non accompagnés par leur éditeur
- **Outils de transmission** de données dédiés pour intégration aux séjours transmis en routine
- **Outils de communication** dédiés à l'expérimentation
- **Matériel pédagogique** pour accompagner les expérimentateurs

INFORMATION MÉDICALE

4. Chirurgie oncologique complexe



Repérer la chirurgie oncologique complexe

- **Demande DGOS pour identifier :**
 - Récidive de chirurgie sur une zone déjà opérée auparavant
 - Chirurgie sur zone irradiée
 - Chirurgie multidisciplinaire



Nos données
au service
de la Santé

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION !**

ANNEXES

Augmenter le nombre de diagnostics pris en compte tout en s'assurant de leur complémentarité



1. Supprimer la redondance d'information (exclusions)

1

Tri des DAS par
- niveau
- puis par priorité

DAS	niveau du diagnostic	indice priorité
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	1
R64 – Cachexie	3	2
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	3
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	4
E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	3	5
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	1
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	2
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	3
R33 – Rétention d'urine	2	4
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	5
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	6
R41.0 – Désorientation, sans précision	2	7

2

Exclusions DAS/DAS : **redondance d'information**

-Chaque DAS qui est exclu par un DAS (non exclu) plus haut dans la liste est retiré des diagnostics utilisés pour donner un niveau au séjour

	niveau du diagnostic	indice priorité	exclu par
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	1	
R64 – Cachexie	3	2	
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	3	
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	4	
E43 – Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	3	5	R64 – Cachexie
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	1	
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	2	
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	3	
R33 – Rétention d'urine	2	4	
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	5	
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	6	
R41.0 – Désorientation, sans précision	2	7	R44.1 – Hallucinations visuelles

3

Sélection des DAS « complémentaires » :
le DAS de niveau maximum par dimension

DAS	niveau du diagnostic	Dimension
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3	04 – Pneumo
J15.9 – Pneumopathie bactérienne, sans précision	3	
J90 – Epanchement pleural, non classé ailleurs	2	
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2	05 – Cardio
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2	06- Gastro
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2	10-Endocrino
R33 – Rétention d'urine	2	11 – Uro
R44.1 – Hallucinations visuelles	2	19 – Psy
R64 – Cachexie	3	23 – Autres
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3	09b - Peau

4

Liste des DAS retenus pour attribution du niveau de sévérité « médical »

DAS	niveau du diagnostic
J96.00 – Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	3
R64 – Cachexie	3
L89.1 – Ulcère de décubitus de stade II	3
I48.0 – Fibrillation auriculaire paroxystique	2
K56.4 – Autres obstructions de l'intestin	2
E87.08 – Hyperosmolarités et hypernatrémies	2
R33 – Rétention d'urine	2
R44.1 – Hallucinations visuelles	2

2 Sélectionner 1 DAS par dimension
Pour
S'assurer de la complémentarité des DAS retenus