

SFMU

THESAURUS DE MEDECINE D'URGENCE MODE D'EMPLOI

Dr P.LESTAVEL- Dr N. SMAITI
Service d'accueil et de traitement des urgences
CHRU LILLE - Avril 2000

Pour la SFMU et la Commission d'Evaluation



DESCRIPTION DES OUTILS

1) THESAURUS MODE D'EMPLOI.doc

Mode emploi initial et de référence du thesaurus.

Modifications apportées aux versions antérieures (WORD).

2) THESAURUS PAR CLASSE ET PAR ARBRE DE CODAGE. xls

Ensemble du thesaurus présenté par classe et par " arbre de codage " (EXCEL)

3) Thésaurus global alphabétique.xls

Ensemble du thesaurus par ordre alphabétique des libellés et des codes (EXCEL)

4) Thésaurus principal alphabétique.xls

Thésaurus principal par ordre alphabétique des libellés et des codes (EXCEL)

5) Thésaurus complémentaire alphabétique.xls

Thésaurus complémentaire par ordre alphabétique des libellés et des codes (EXCEL)

6) Thésaurus par classe alphabétique.xls

Ensemble du thesaurus présenté par classe et par ordre alphabétique des libellés (EXCEL)

7) Modifications thésaurus 2000-1997.xls

Modifications apportées en 1997 et en 2000 au thésaurus diagnostique antérieur (EXCEL).

8) Diagnostics principaux interdits PMSI.xls

Liste des codes diagnostiques interdits comme diagnostic principal pour établir un RUM dans le cadre du PMSI (EXCEL)

9) Libellé exact CIM10

Correspondances des codes et des libellés du thesaurus et des libellés exacts utilisés par la CIM10. Les libellés qui diffèrent sont en gras (EXCEL)

PLAN

DESCRIPTION DU THESAURUS

A-Objectifs

- 1-La finalité du codage
- 2-La reproductibilité du codage
- 3-L'ergonomie
 - ?Taille du thesaurus
 - ?Présentation du thesaurus
 - ?Exploitation des données

B-Architecture du thésaurus

- 1-Le principe de deux thesaurus a été retenu...
 - 2-Le thesaurus principal
 - 3-Le thesaurus complémentaire

C-Validation et évolution du thesaurus

UTILISATION DU THESAURUS

A-Présentation globale des outils

- 1-Mode d'emploi du thesaurus
- 2-Thesaurus principal et complémentaire par classes diagnostiques
- 3-Thesaurus principal par ordre alphabétique et par code avec lettres-clé
- 4- Thesaurus complémentaire par ordre alphabétique et par code avec lettres-clé

B-Utilisation du thesaurus principal et complémentaire par classes diagnostiques

- 1-Nombre de classes diagnostiques
- 2-Par arbre de codage
- 3-Sous forme alphabétique

C-Utilisation du thesaurus principal dans sa présentation globale par ordre alphabétique

D- Utilisation du thesaurus complémentaire dans sa présentation globale par ordre alphabétique

E- Le codage du motif de recours

- 1-Définition
- 2-Choix des codes pour le motif de recours

F-Le codage du diagnostic principal

- 1-Définition
- 2-Choix des codes pour le diagnostic principal

G-Les codages complémentaires

- 1-Définition des codages complémentaires
- 2-Choix des codes pour le codage complémentaire

MODIFICATIONS1997 DU THESAURUS DE MEDECINE D'URGENCE SRLF-SFUM

A - Pourquoi une nouvelle version du thésaurus ?

B - Utilisation du thésaurus « PMSI » 1997

MODIFICATIONS 2000 DU THESAURUS DE MEDECINE D'URGENCE

- A - Pourquoi une nouvelle version du thésaurus ?
- B - Modifications du thesaurus de médecine d'urgence
- C -Pour rappel : le nouveau format du RUM en 2000

DESCRIPTION DU THESAURUS

A - Objectifs

1 - La finalité du codage diagnostique

Les objectifs prioritaires du thesaurus sont les suivants :

- Description des pathologies présentes aux Urgences et mise en évidence du travail diagnostique réalisé. Le motif de recours et le diagnostic principal doivent pouvoir être codés.
- Evaluation des filières de soins en fonction des diagnostics. L'information doit donc être suffisante pour expliquer le traitement et l'orientation du patient.

Les objectifs non prioritaires sont les suivants :

- Evaluation des circonstances épidémiologiques conduisant à l'admission.
- Evaluation de la consommation des ressources en fonction de l'activité et des différents diagnostics.

2 - La reproductibilité du codage

Il est fréquent qu'une situation pathologique puisse être codée de plusieurs manières différentes. Dans ce cas, il est difficile d'analyser les flux de pathologies. Un des objectifs du thesaurus est de favoriser cette reproductibilité en limitant et guidant les choix pour chaque pathologie.

3 - L'ergonomie

• *Taille du thesaurus*

Un nombre important d'items a le mérite d'être exhaustif. Cependant l'expérience de différents utilisateurs prouve qu'un thesaurus trop vaste est d'utilisation pratique difficile. A l'inverse, un nombre trop restreint d'items ne permet pas de coder certaines situations cliniques.

Le codage proposé des motifs de recours et diagnostics principaux utilise un thesaurus comprenant un nombre limité de codes (592). Le choix des codes a été réalisé en fonction des objectifs décrits.

• *Présentation du thesaurus*

Le thesaurus a été établi à partir des situations cliniques et des motifs de recours. Cette méthode de travail permet la réalisation "d'arbres de codage" visualisant à partir d'un motif de recours les différents diagnostics retenus. Une telle arborisation du codage ne doit pas être assimilée à un arbre diagnostique. Cependant, l'analogie est évidente et doit permettre à l'utilisateur d'aboutir rapidement au codage à partir d'une situation clinique. Cette présentation permet d'homogénéiser et d'augmenter la reproductivité du thesaurus.

- *Exploitation des données*

La codification correspond à un code CIM 10 et à une lettre clé.

Le code doit être commun avec celui qui doit être utilisé pour les secteurs d'hospitalisation de courte durée des Urgences. L'utilisation de la C.I.M. 10 permet de n'utiliser qu'un seul système de codage dans le Service d'Urgence.

Une lettre-clé est associée à chaque code. A chaque lettre-clé correspond une classe diagnostique. Cette disposition donne la possibilité de grouper les diagnostics par classe et d'exploiter facilement les résultats. La lettre-clé peut être différente de la lettre du code CIM 10.

B - Architecture du thesaurus

1 - Le principe de deux thesaurus a été retenu

Les objectifs de codage peuvent être très variables et un seul thesaurus ne peut concilier plusieurs objectifs différents. Deux types d'objectifs doivent être distingués :

- **un objectif permanent** qui est le codage du motif de recours et du diagnostic principal avec un thesaurus limité et ergonomique :

le thesaurus principal.

- **des objectifs ponctuels** qui n'intéressent qu'une fraction des patients. Une analyse fine, clinique, épidémiologique ou économique, peut rendre nécessaire des codages précis par intérêt personnel ou scientifique (diagnostics précis, circonstances anamnestiques, antécédents) :

le thesaurus complémentaire

2 - Le thesaurus principal :

Le thesaurus principal a été établi par grandes classes diagnostiques. 17 classes ont été retenues et correspondent à une lettre clé spécifique.

Les codes permettent de coder des symptômes, des syndromes et des diagnostics précis. Il est utilisé pour coder le motif de recours et le diagnostic principal

3 - Le thesaurus complémentaire

Le thesaurus complémentaire a également été établi par grandes classes diagnostiques correspondant à la lettre clé de cette classe.

Le thesaurus complémentaire permet de saisir un autre diagnostic, une pathologie associée, un antécédent, une circonstance de survenue si elle n'est pas le motif de recours. **Le thesaurus complémentaire ne doit pas servir à coder le motif de recours et le diagnostic principal.** De principe il implique une ou des lignes de codages supplémentaires.

C - Validation et évolution du thesaurus

Une première version du thesaurus principal a été validée par un travail multicentrique, réalisé principalement dans le cadre de l'Association de Médecine d'Urgence Régionale Hospitalière et Préhospitalière du Nord Pas-de-Calais (A.R.M.U.H.P.). Le résultat de ce travail est présenté au congrès de la SFUM 1996. Cette première version permettait de coder 95% des patients. Le temps moyen de codage du motif de recours et du diagnostic principal était de 70 sec par patient.

Le thesaurus principal présenté est une deuxième version de ce thesaurus. Cette version a été modifiée après analyse des difficultés de codage rencontrées lors de l'étude multicentrique.

Le thesaurus complémentaire n'a pas été élaboré et validé par une étude multicentrique. Il n'engage que son auteur (Ph. LESTAVEL) et peut être complété à partir de la CIM10 selon les besoins de chaque service. Il n'est donné que pour faciliter la réalisation personnalisée du thesaurus complémentaire.

Il est souhaitable de faire évoluer ces thesaurus et éventuellement de les corriger. Une troisième version (dans 2 à 3 ans) ou des correctifs pourraient être diffusés. Merci de me faire part de vos remarques ou suggestions (pour la commission des urgences de la SRLF et la commission d'évaluation de la SFUM : Ph. LESTAVEL, service des Urgences, CHRU, 59037 LILLE Cedex)

UTILISATION DU THESAURUS

A - Présentation globale des outils - thesaurus première version

Le "Mode d'emploi du Thesaurus" et la présentation des thesaurus "Principal et "Complémentaire" figurent dans les pages suivantes du "Guide des Outils d'Evaluation aux Urgences".

L'ensemble des documents figurent dans la disquette jointe au guide.

1 - Mode d'emploi du Thesaurus

Sur disquette : Mode emploi (MAC) ou emploi.doc (PC)

2 - Thesaurus principal et complémentaire par classes diagnostiques

En tableau (regroupement par diagnostique)

Sur disquette : classes 1 (MAC) ou classes1.xls (PC)

Par ordre alphabétique

Sur disquette : classes 2 (MAC) ou classes 2.xls (PC)

3 - Thesaurus principal par ordre alphabétique et par code avec lettres-clé

Sur disquette : principal (MAC) ou principal.xls (PC)

4 - Thesaurus complémentaire par ordre alphabétique et par code avec lettres-clé

Sur disquette : complémentaire (MAC) ou complémentaire.xls (PC)

Le thesaurus a deux entrées :

Recherche d'un code dans la présentation par classes (a priori la plus rapide) :
document 2

Recherche d'un code dans la présentation globale :
document 3 (4 si codage supplémentaire)

B - Utilisation du thesaurus principal et complémentaire par classes diagnostiques

1 - Nombre de classes diagnostiques : 17

Une lettre clé par classe est indiquée en haut de chaque page

2 - Les codes sont présentés, par classe diagnostique, sous forme d'"**arbre de codage**"

Le thesaurus principal :

Les deux premières colonnes (motif de recours et diagnostic principal) composent le thesaurus principal.

Le thesaurus complémentaire

La troisième colonne compose le thesaurus complémentaire. Ces codes figurent en italique et ne doivent pas être utilisés pour coder motif de recours et diagnostic principal. Ils sont donnés par classe afin d'éclairer les choix qui ont été réalisés pour le thesaurus principal et d'éviter ainsi une recherche infructueuse.

ATTENTION :

Les "arbres de codage" ne sont pas des arbres diagnostiques et encore moins des arbres décisionnels. Ne pas utiliser le thesaurus comme aide diagnostique.

La séparation motif de recours et diagnostic principal n'est qu'une commodité de présentation et il est évident que pour un motif de recours la liste des diagnostics principaux n'est pas exhaustive.

Il est possible qu'un motif de recours soit trouvé dans une classe et que le diagnostic principal appartienne à une autre classe (les lettres clé sont alors différentes).

3 - Les codes sont aussi présentés, par classe diagnostique, sous **forme alphabétique.**

Dans sa conception, le thesaurus doit d'abord être utilisé dans sa présentation sous forme "d'arbre". Dans sa présentation pratique, pour son emploi quotidien, il peut être utile de faire figurer les deux présentations par classes en vis à vis. Cette présentation permet de s'assurer rapidement qu'un diagnostic est dans la classe concernée.

C - Utilisation du thesaurus principal dans sa présentation globale par ordre alphabétique

L'ensemble des codes du thesaurus principal (motif de recours et diagnostic principal) sont regroupés dans ce document par ordre alphabétique des termes et par ordre alphabétique des codes.

Si la recherche d'un code est infructueuse dans les classes diagnostiques, il est donc possible de rechercher rapidement dans l'ensemble du thesaurus principal.

D - Utilisation du thesaurus complémentaire dans sa présentation globale par ordre alphabétique

L'ensemble des codes du thesaurus complémentaire sont regroupés dans ce document par ordre alphabétique des termes et des par ordre alphabétique des codes.

Si la recherche d'un code est infructueuse dans les classes diagnostiques, il est donc possible de rechercher rapidement dans l'ensemble du thesaurus principal.

E - Le codage du motif de recours

1 - Définition

Le motif de recours est le diagnostic ou la symptomatologie motivant l'admission du patient aux urgences.

Il peut correspondre :

- Au diagnostic du médecin adressant le patient. Si plusieurs diagnostics sont évoqués par le médecin, choisir le plus sévère ou choisir un diagnostic d'orientation englobant les hypothèses formulées.
- A la principale plainte du patient en l'absence de prise en charge médicalisée préalable à l'admission.

2 - Choix des codes pour le motif de recours

Tous les codes du thesaurus principal peuvent être utilisés pour décrire le motif de recours qui peut être d'emblée un diagnostic précis.

ATTENTION : ne pas se limiter à la colonne motif de recours qui n'est qu'un mode de présentation ; ne pas utiliser le thesaurus complémentaire.

F - Le codage du diagnostic principal

1 - Définition

Le diagnostic principal est un choix qui doit être homogène entre utilisateurs.

Plusieurs situations peuvent présenter des difficultés s'il existe plusieurs diagnostics chez le même patient :

- *Les diagnostics sont très différents et ne relèvent pas de la même spécialité :*

Le critère de choix prioritaire est l'affection qui nécessite la poursuite immédiate des soins ou des investigations (en hospitalisation ou en consultation). Par conséquent c'est avant tout l'orientation des patients et la filière de soins en aval des urgences qui sera expliquée par le diagnostic principal.

- *Les diagnostics sont différents mais relèvent de la même spécialité ou classe diagnostique.*

Un diagnostic peut être une entité distincte mais témoignant d'une complication de la pathologie initiale. C'est alors le diagnostic qui a entraîné la consommation de ressource la plus importante au niveau des urgences qui sera choisi. Ce diagnostic doit rester cohérent avec la prise en charge ultérieure du patient.

Ce choix implique que la consommation de ressources peut ne pas être explicitée par le diagnostic principal (examen onéreux et finalement normal, justifié pour écarter une pathologie). Il est possible d'utiliser un codage complémentaire.

2 - Choix des codes pour le diagnostic principal

Tous les codes du thesaurus principal peuvent être utilisés pour décrire le diagnostic principal qui peut rester un symptôme ou un syndrome en l'absence de possibilité diagnostique aux urgences.

ATTENTION : ne pas se limiter à la colonne diagnostic principal qui n'est qu'un mode de présentation ; ne pas utiliser le thesaurus complémentaire

G - Les codages complémentaires

1 - Définition des codes complémentaires

- Anamnèse :

Le motif de recours peut être anamnestique (tentative d'autolyse, accident de la voie publique...) ou symptomatique (coma, douleurs abdominales...).

Le motif de recours pour une intoxication peut être le mode de survenue. Il est parfois un symptôme clinique si l'intoxication n'est pas connue. Il est difficile de préciser par un seul code la nature d'une intoxication, sa symptomatologie et son mode de survenue (il faudrait 3 ou 4 codes par toxique). Il faut alors utiliser un codage complémentaire pour disposer d'une épidémiologie exhaustive sur les modes d'intoxications (autolyse, accidentelle...).

Les mêmes remarques s'appliquent aux circonstances de survenue d'un traumatisme.

- Diagnostics précis :

En raison du nombre limité de codes dans le thesaurus principal, certains diagnostics réalisés aux urgences ne peuvent être codés en diagnostic principal. Il faut alors trouver un code moins précis englobant le diagnostic et réserver le diagnostic précis en codage complémentaire (si nécessaire).

- Comorbidité et antécédents :

Le thesaurus complémentaire permet de coder des pathologies associées et les antécédents qui peuvent être intéressants pour expliquer l'orientation du patient ou des consommations de ressources.

- Cas particulier :

Il n'est pas possible avec le thesaurus principal de coder la profondeur et la surface d'une brûlure (thesaurus complémentaire). Il faut noter que l'utilisation des codes par pourcentage de surface brûlée est une utilisation limitée de la CIM10 (cf les remarques sur les codes). Par contre, le codage du caractère ouvert ou fermé d'une fracture est possible.

2 - Choix des codes pour codage complémentaire

Tous les codes du thesaurus complémentaire et du thesaurus principal peuvent être utilisés.

Remarques sur les codes en CIM 10

Présentation des codes CIM10 :

- Ils comportent obligatoirement et au minimum une lettre du code suivie de 2 chiffres ; exemple : J40

- Pour certains codes, 1 ou 2 chiffres sont associés après un point ;

exemple : I50.1

ATTENTION :

- Pas d'espace entre les caractères du code ; (problème de traitement informatique secondaire)

- La lettre-clé est parfois différente de la lettre du code ; exemple : douleur abdominale R10, lettre-clé : K (gastro)

Utilisation de la CIM10

Les principales difficultés rencontrées lors de la transcription des codes relèvent du fait que les affections codées dans la C.I.M. 10 sont souvent très précises. Certains codes utilisés dans les thésaurus ne correspondent pas exactement à leur intitulé dans la CIM10. L'appellation du code est parfois modifiée pour être plus facile à retrouver ou par nécessité pour disposer d'un code dans un sens élargi. Le code est cependant toujours cohérent avec son intitulé en CIM10.

Une exception : Le code R42 est utilisé pour malaise vagal (n'existe pas dans la CIM10).

Saisir pour chaque code :

- La lettre clé permettant de grouper secondairement les codes (indispensable) ; la lettre clé est indiquée en haut de chaque page.
- Le code CIM 10

Abbreviations :

Dans la version du guide, un certain nombre d'abréviations ont été supprimés pour la facilité de la lecture. Elles persistent dans la version disquette dans chacun des thésaurus.

SP	: sans précision
A	: aigu
chr	: chronique
Tr	: Troubles
Sd	: Syndrome
Path	: Pathologie
Patho	: Pathologique
ATCD	: Antécédents
AEG	: Altération de l'état général
Trauma	: Traumatisme
Vx	: Vaisseaux
Inf	: Infection
Aff	: Affection
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
CIVD	: Coagulation Intravasculaire Disséminé
GR	: Globules Rouges
GB	: Globules Blancs
AVK	: Anti-Vitamine-K
TA	: Tentative d'Autolyse

MODIFICATIONS 1997 DU THESAURUS DE MEDECINE D'URGENCE SRLF - SFUM version "PMSI" 1997

A - Pourquoi une nouvelle version du thésaurus ?

La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Société Francophone des Urgences Médicales (SFUM) ont élaboré un thésaurus diagnostique de médecine d'urgence.

Lors de son élaboration, les règles PMSI d'utilisation de la CIM10 n'étaient pas publiées.

Le Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) a diffusé récemment la table des libellés des diagnostics, adaptée de la CIM10 (Fichier LIBCIM10.96A). Elle tient compte des codes développés par le Pôle d'Expertise et de Référence Nationale des Nomenclatures de Santé (PERNNS). Elle permet de distinguer les codes autorisés dans les RUM et ceux qui sont interdits.

Le thésaurus a été adapté à ces règles. A l'aide du DIM du CHRU de LILLE tous les codes ont été revus afin qu'ils puissent être utilisés pour établir les RUM des patients hospitalisés au SAU :

- Les codes de catégories à 3 caractères sont interdits si la catégorie est non vide (4^{ème} caractère disponible). Un quatrième caractère est alors obligatoire (Exemple, E14 doit devenir E14.9).
- Il est souhaitable de préciser le caractère fermé ou ouvert des lésions traumatiques.
- Certains codes de symptômes et circonstances sont refusés comme diagnostic principal par les groupeurs et ne peuvent être utilisés qu'en motif de recours. Ils sont signalés dans le nouveau thésaurus par un astérisque.
- Quelques erreurs ont été corrigées, certains libellés précisés. Une table est fournie permettant de visualiser les libellés du thésaurus qui diffèrent du libellé exact de la CIM10 (sens plus restrictif ou plus large, à l'exception de malaise vagal).

Le travail réalisé, le choix des items et la présentation ne sont pas remis en question mais **dans sa première version le thésaurus ne peut plus être utilisé que pour codifier l'activité d'accueil.**

Si la première version était utilisée pour établir des RUM, un certain nombre de codes serait refusé par les groupeurs.

B – Utilisation du thésaurus « PMSI » 1997

- **L'Architecture du thésaurus est conservée**

- Un thésaurus principal
 - 589 codes en CIM10 en 17 classes (une lettre-clé par classe)
 - Codage du motif de recours et du diagnostic principal
- Un thésaurus secondaire
 - 543 codes en CIM10 en 17 classes (une lettre clé par classe)
 - Codage plus précis et du diagnostic complémentaire
- Des présentations identiques, par “ arbre de codage ” ou par ordre alphabétique.
- Un mode de saisie identique associant deux saisies, d'une part le code CIM10 et d'autre part la lettre clé du libellé
Exemple :
 - Fracture méta fermée : saisir S62.80 (code CIM10) et S (lettre-clé traumatisme)
 - Polytraumatisme : saisir T07 (code CIM10) et S (lettre-clé traumatisme)La lettre-clé doit être saisie dans un champ différent du code CIM10.
Elle permet de regrouper les diagnostics par classes lors de l'exploitation des résultats.

- **La saisie des motifs de recours et diagnostics principaux pour l'activité d'accueil est inchangée (hors PMSI)**

- **Le choix du diagnostic principal pour établir un RUM est différent**

- **Des codes sont interdits en diagnostic principal** et sont rejetés par les groupeurs du PMSI. Ces codes ne peuvent servir qu'en motif de recours ou en diagnostic complémentaire. Ils sont signalés par un astérisque placé avant le libellé du code.

- **La logique du codage PMSI est différente de celle prévue par le thésaurus :**

Pour l'activité d'accueil, l'objectif est de disposer de données descriptives permettant d'individualiser les flux de pathologies et les filières de prise en charge. Il est intéressant d'avoir un thésaurus limité en taille (thésaurus principal) et ergonomique. Le diagnostic peut être précisé (intérêt scientifique ou épidémiologique particulier) par un codage complémentaire d'un ou de plusieurs diagnostics complémentaires.

Pour établir un RUM, le diagnostic doit être *le plus précis possible*. Il a en effet pour objectif de valoriser l'activité diagnostique (groupage en CMD, et attribution de points ISA). *Il peut parfois être intéressant dans cette logique d'utiliser tous les codes disponibles qu'ils soient dans le thésaurus principal ou dans le thésaurus complémentaire*. Les diagnostics associés n'ont pas le plus souvent pour but de préciser le diagnostic principal mais celui de lui associer une comorbidité ou des complications.

MODIFICATIONS 2000 DU THESAURUS DIAGNOSTIQUE DE MEDECINE D'URGENCE

A - Pourquoi une nouvelle version du thésaurus ?

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la mission PMSI du ministère précise que certains codes imprécis de la CIM 10 ne peuvent plus être utilisés pour le codage du diagnostic principal dans l'élaboration des RUM.

Il a donc été établi une liste de codes diagnostiques interdits pour le codage du diagnostic principal(DP).

La liste des codes interdits en DP nous est fournie par le Département de l'Information Médicale du CHRU de LILLE avec pour chaque code la fréquence d'utilisation dans notre service pour les années 1998 et 1999.

La liste des diagnostics du thésaurus de médecine d'urgence (version 1997, SFUM-SRLF) interdits pour le codage du diagnostic principal se trouve en annexe (fichier Dpinter.xls).

B - Modifications du thésaurus de médecine d'urgence

? Méthode

57 codes diagnostiques du thésaurus de médecine d'urgence version 1997 ne peuvent plus être utilisés pour le codage du diagnostic principal.

Parmi ces diagnostics, un peu plus de la moitié a été utilisée moins de 10 fois pour l'élaboration des RUM sur une période de 2 ans au Service des Urgences du CHRU de LILLE.

Ces codes, peu ou pas utilisés, ont donc été supprimés du thésaurus.

Les autres diagnostics plus souvent utilisés et interdits en DP pour le codage sont

- soit supprimés du thésaurus et remplacés par un voire plusieurs codes plus précis et non interdits en DP : ce sont des codes faisant partie du thésaurus complémentaire ou des nouveaux codes qui ont été ajoutés au thésaurus initial.
- soit conservé dans le thésaurus principal (souvent afin de préserver l'architecture des arbres de codages) et dans ce cas ils sont précédés d'un astérisque signifiant qu'ils ne peuvent pas être utilisés pour coder le diagnostic principal.

? L'ensemble de ces modifications se trouve ci-joint en annexe
(fichier modif2000.xls).

? L'Architecture du thésaurus est bien sûr conservée

- Un thesaurus principal
 - 604 codes en CIM10 en 17 classes (une lettre-clé par classe)
 - Codage du motif de recours et du diagnostic principal
- Un thesaurus secondaire
 - 511 codes en CIM10 en 17 classes (une lettre clé par classe)
 - Codage plus précis et du diagnostic complémentaire
- Des présentations identiques, par “ arbre de codage ” ou par ordre alphabétique.

C -Pour rappel : le nouveau format du RUM en 2000

? Forme

Des codes passent de 6 à 8 caractères : les 6 premiers caractères sont donc suivis d'une extension (extensions définies par le PERNNS) d'où de nouveaux codes à 8 caractères dans le thesaurus

Par exemple : K66.1/001 hématome rétro-péritonéal non traumatique

Néanmoins, pour le groupage seul le code à 6 caractères est pris en compte.

? Contenu RUM

1-Le diagnostic principal : pas de modifications

C'est la pathologie qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour du patient dans l'unité médicale

2-les diagnostics associés

Ils se décomposent en :

- diagnostic associé relié (DR)
- diagnostics associés significatifs(DAS)
- diagnostics associés documentaires(DAD)

le diagnostic significatif relié

- ?? DR = tout diagnostic permettant d'éclairer le contexte pathologique codé en diagnostic principal(DP) exemple code en Z
- ?? correspond le plus souvent à la maladie causale
- ?? il n'y a pas lieu de chercher à remplir le DR systématiquement
- ?? il sert à préciser le DP quand il n'est pas évocateur de la pathologie prise en charge
- ?? il y a un lien obligatoire entre DP et DR

les diagnostics associés significatifs+++

- ?? qualifient le séjour du patient
- ?? nécessaires à la classification
- ?? significatifs d'une majoration d'un effort de soins ou de consommation de ressources
- ?? est considéré comme DAS
 - o une affection nouvelle
 - o évolution d'une affection connue
 - o décompensation d'une altération organique
 - o affection aiguë intercurrente
 - o affection chronique en cours de traitement
- ?? ne doivent pas être codés comme DAS
 - o les antécédents guéris
 - o les maladies stabilisées ne justifiant d'aucune prise en charge
 - o les symptômes ou les résultats anormaux d'examens relatifs à une maladie codés par ailleurs

les diagnostics associés documentaires

- o qualifient uniquement le patient et non le séjour
- o ne font pas l'objet d'une mobilisation d'effort de l'équipe médicale ou soignante en terme de consommation de ressources