

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
DE PRODUCTION
DES INFORMATIONS RELATIVES
À L'ACTIVITÉ MÉDICALE
ET À SA FACTURATION
EN MÉDECINE,
CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE
ET ODONTOLOGIE

Bulletin officiel
N° 2010/5 *bis*
Fascicule spécial

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION
DES INFORMATIONS RELATIVES
À L'ACTIVITÉ MÉDICALE ET À SA FACTURATION
EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE
ET ODONTOLOGIE**

Date de publication : février 2010

Directeur de la publication : François Carayon

Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : bureau de la politique documentaire

14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, tél. : 01-40-56-45-44

Le présent guide, applicable à partir du 1^{er} mars 2010, constitue l'annexe II de [l'arrêté du 30 novembre 2009](#) (NOR : SASH0928701A paru au *Journal officiel* du 9 décembre 2009) modifiant 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 la version précédente du *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie et obstétrique* ([Bulletin officiel spécial n° 2009/5 bis](#)).

Des informations complémentaires sont disponibles :

- dans le *Manuel des groupes homogènes de malades* ([Bulletin officiel spécial n° 2010/ 4 bis](#)) ;
- dans le [Guide de lecture et de codage](#) de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;
- dans le volume 2 de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM-10) ; OMS éd. ;
- sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

Il est en outre conseillé de se reporter en tant que de besoin aux textes officiels cités dans ce guide : codes de la santé publique et de la sécurité sociale, autres textes législatifs et réglementaires, circulaires et instructions.

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE 1

1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES INFORMATIONS D'ACTIVITÉ	2
1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS	2
1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION.....	3
1.3 SÉJOURS NE DEVANT PAS DONNER LIEU À LA PRODUCTION D'UN RUM	5
1.4 CAS PARTICULIER	5
1.5 DISTINCTION ENTRE SOINS EXTERNES ET HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL	5
2. CONTENU DES RECUEILS D'INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ	7
2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE	7
2.1.1 Informations relatives à l'identification du patient.....	7
2.1.2 Autres informations dites administratives.....	8
2.1.3 Informations de nature médicale.....	14
2.1.4 Informations relatives au recueil	17
2.2 LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ	18
2.3 LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME.....	19
2.4 FORMATS DES RÉSUMÉS	20
3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS.....	20
3.1 DÉFINITION	20
3.2 OBJECTIFS DU DISPOSITIF.....	21
3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF	21
3.3.1 Cas général	21
3.3.2 Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie.....	23

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE. 24

1. DISPOSITIF CIBLE.....	25
2. MESURES TRANSITOIRES	26
2.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>a, b</i> ET <i>c</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS.....	26
2.1.1 Conditions de production des informations de facturation.....	26
2.1.2 Le fichier VID-HOSP	26
2.1.3 Le recueil FICHCOMP	27
2.1.4 Le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes.....	28
2.1.5 Le recueil FICHSUP	29
2.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>d</i> ET <i>e</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	30
2.2.1 Conditions de production des informations de facturation.....	30
2.2.2 Contenu du résumé standardisé de facturation	31

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 32

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS	32
2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME.....	32
3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME.....	33
3.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>a, b</i> ET <i>c</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	33
3.1.1 Création du numéro anonyme du patient.....	33
3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation	34
3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation	34
3.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>d</i> ET <i>e</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	35
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME é-PMSI.....	35
4. CONFIDENTIALITÉ.....	35
5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS	36
6. CONSERVATION DES FICHIERS	37

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE 38

1. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE.....	38
1.1 LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL	38
1.2 LE DIAGNOSTIC RELIÉ.....	39
2. GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES.....	40
2.1 CAS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR DIAGNOSTIC	41
2.1.1 Le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale	41
2.1.2 Il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie	41
2.1.3 Cas particuliers	42
2.1.4 Situations équivalentes	43
2.2 CAS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR TRAITEMENT	45
2.2.1 Traitement répétitif	45
2.2.2 Traitement unique	47
2.2.3 Situations équivalentes	50
2.3 CAS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR SURVEILLANCE	50
2.3.1 Surveillance négative	51
2.3.2 Surveillance positive	52
2.3.3 Situations équivalentes	52
2.3.4 Remarque à propos de la notion de « bilan »	53
2.4 MALADIES CHRONIQUES ET DE LONGUE DURÉE	54
2.5 QUE FAIRE SI L'ANALYSE EN TERMES DE SITUATION CLINIQUE PROPOSE PLUS D'UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL ?.....	55
3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS.....	55
3.1 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS	55
3.2 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS PAR CONVENTION	57
4. LES ACTES.....	59
5. LES DONNÉES À VISÉE DOCUMENTAIRE	61

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES..... 62

1.	RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10.....	62
2.	LES SÉQUELLES	64
3.	LES COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX.....	65
3.1	LES CODES DU GROUPE T80–T88.....	66
3.2	LES CATÉGORIES « ATTEINTES [TROUBLES] [AFFECTIONS] DE L'APPAREIL... APRÈS UN ACTE À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, NON CLASSÉ[E]S AILLEURS ».....	66
3.3	LES CODES « HABITUELS » DE LA CIM-10.....	67
3.4	LES CIRCONSTANCES DE LA COMPLICATION SONT ENREGISTRÉES AVEC LE CHAPITRE XX DE LA CIM-10.....	68
4.	LES EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS.....	69
4.1	LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES ET VOLONTAIRES	69
4.2	LES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS	70
5.	LES ANTÉCÉDENTS	70
6.	L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE	71
6.1	CODAGE DES IVG.....	72
6.1.1	IVG non compliquée	72
6.1.2	IVG compliquée	72
6.1.3	Échec d'IVG.....	73
6.2	CODAGE DES IMG.....	73
7.	LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE	74
8.	LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	74
9.	LA VIOLENCE ROUTIÈRE.....	74
9.1	LA NATURE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES	74
9.2	LES CIRCONSTANCES DES LÉSIONS	75
9.3	FACTEURS FAVORISANTS AU MOMENT DE L'ACCIDENT	75
10.	EMPLOI DES CATÉGORIES O80 À O84 DU CHAPITRE XV DE LA CIM-10.....	75
11.	EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DU CHAPITRE XVI DE LA CIM-10	75
12.	ENFANTS SANS VIE	76
13.	EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM-10 (CODES « Z »).....	76
14.	AUTRES CONSIGNES DE CODAGE	86

VI. LES SÉANCES..... 90

1.	DÉFINITION	90
2.	LA DIALYSE RÉNALE EN SÉANCES	91
3.	LA CHIMIOTHÉRAPIE EN SÉANCES.....	92
3.1	LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR.....	92
3.2	LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR AFFECTION NON TUMORALE.....	93

4.	L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE	93
4.1	LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION	93
4.2	LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION	95
5.	LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES.....	97
6.	L'OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE EN SÉANCES.....	97
7.	LES APHÉRÈSES SANGUINES EN SÉANCES	97
	<u>INDEX ALPHABÉTIQUE</u>	98
	<u>INDEX DES RUBRIQUES ET CODES DE LA CIM-10 CITÉS.....</u>	103

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le **résumé de sortie standardisé** (RSS) et sur le traitement méthodique de ces données.

Dès lors qu'elle respecte les conditions exposées *infra* dans le point 1.5 de ce chapitre, toute hospitalisation dans le champ de MCO d'un établissement de santé, avec ou sans hébergement, doit donner lieu à la production d'un RSS constitué d'un ou de plusieurs **résumés d'unité médicale** (RUM)¹.

L'anonymisation du RSS est à l'origine du **résumé de sortie anonyme** (RSA) qui est transmis à l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement de santé.

À ces résumés s'ajoutent des recueils d'informations relatives :

- aux consommations des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- aux prélèvements d'organes ou de tissus qui ne figurent pas dans le RUM ;
- aux prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, concernant les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, les soins non programmés nécessitant le recours à l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, ainsi que les soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire² ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ;
- aux actes et consultations externes mentionnés à l'article [L. 162-26](#) du CSS.

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu des RUM, RSS et RSA. Les autres recueils seront présentés dans le chapitre II avec les informations relatives à la facturation de l'activité.

¹ Les rapports entre RUM et RSS sont exposés dans le point 2.2 de ce chapitre.

² [Arrêté du 7 janvier 1993](#) relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b), de ce même code.

1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES INFORMATIONS D'ACTIVITÉ

1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS

Le **champ de MCO** est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement de santé dispensant des soins en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

On désigne par **unité médicale** (UM) un ensemble individualisé de moyens assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé.

Le découpage en UM est en effet pour l'essentiel du ressort de l'établissement de santé. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), une UM ne peut pas être partagée entre deux SA³.

De plus, les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité ou d'une reconnaissance contractuelle pour une ou plusieurs des activités ci-dessous mentionnées doivent identifier les unités médicales concernées dans leur découpage. Cette obligation étant liée au modèle de financement, son respect fait l'objet de vérifications dans le cadre des procédures de contrôle prévues par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale. Cette identification doit être effective pour tous les établissements, y compris lorsqu'ils sont en attente d'autorisation ou de reconnaissance pour certaines activités. Les activités sont les suivantes :

- réanimation hors pédiatrie ;
- réanimation pédiatrique ;
- soins intensifs hors unité neurovasculaire ;
- soins intensifs en unité neurovasculaire ;
- unité neurovasculaire hors soins intensifs ;
- surveillance continue hors pédiatrie ;
- surveillance continue pédiatrique ;
- néonatalogie sans soins intensifs (type 2A) ;
- néonatalogie avec soins intensifs (type 2B) ;
- néonatalogie et réanimation périnatale (type 3) ;
- unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)⁴ ;
- soins palliatifs ;
- anesthésie ou chirurgie ambulatoire ;
- hospitalisation à temps partiel de jour hors unité gériatrique, ou de nuit ;

³ « Le découpage en sections d'analyse (SA) doit être cohérent avec le découpage en unités médicales pour rapprocher sans ambiguïté activité et moyens [...] pour rapprocher activités et dépenses, il faut être capable de superposer une section d'analyse (ou un regroupement de SA) avec une unité médicale (ou un regroupement d'unités médicales) » (*Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*, fascicule spécial n° 2004/4 bis du *Bulletin officiel*).

⁴ [Article D. 6124-22](#) du code de la santé publique.

- hospitalisation de jour gériatrique ;
- unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour ;
- unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air ;
- unité d'addictologie de recours et de référence ;
- centre d'hémodialyse pour adultes ;
- centre d'hémodialyse pour enfants ;
- unité d'hémodialyse médicalisée ;
- centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires ;
- centre identifié pour la pose de prothèses de valve aortique par voie artérielle transcutanée.

1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION

1.2.1 L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO est le facteur déclenchant de la production d'un résumé d'unité médicale (RUM). Dès lors qu'il respecte les conditions exposées dans le point 1.5 du présent chapitre, tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale **d'hospitalisation de MCO, y compris pour des prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire**, entraîne la production d'un RUM, établi à la fin du séjour dans l'unité.

Par **hospitalisation** on entend :

- l'hospitalisation complète (à temps complet) ou hospitalisation avec hébergement ;
- les alternatives à l'hospitalisation ou hospitalisation sans hébergement :
 - hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit,
 - anesthésie et chirurgie ambulatoires.

Par référence à la *statistique annuelle des établissements* (SAE), le champ de production d'un RUM en MCO inclut les *types d'activité* (TA) suivants :

- hospitalisation complète en fonctionnement permanent et de semaine : TA 03 et 20 ;
- hospitalisation à temps partiel de jour (TA 04) et de nuit (TA 05) ;
- anesthésie ou chirurgie ambulatoire : TA 23 ;
- traitements et cures ambulatoires (séances) : TA 19.

L'hospitalisation dans une **unité d'hospitalisation de courte durée** (UHCD) donne lieu à la production d'un RUM à condition que, à l'admission à l'issue du passage dans l'espace d'examen et de soins de la structure d'accueil des urgences, l'état de santé du patient :

- présente un caractère instable ou que le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques⁵.

⁵ Arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (arrêté « prestations »), téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, il ne doit pas être produit de RUM.

Le décès donne toujours lieu à la production d'un RUM ; dans son cas en effet une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du malade et son décès.

L'interruption de la grossesse, y compris l'interruption médicamenteuse de la grossesse, doit faire l'objet d'un RUM⁶.

Un RUM unique doit être réalisé pour l'IVG médicamenteuse. **Il doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales**, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge. Qu'elle ne soit pas allée au-delà de la consultation de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes (consultation de délivrance du médicament abortif, prise de prostaglandine et surveillance de l'expulsion, consultation de contrôle), le RUM produit doit par convention indiquer **une date de sortie égale à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif**.

1.2.2 Aux séjours ainsi définis s'ajoutent les suivants.

1) Ceux des **enfants nouveau-nés** : le nouveau-né fait toujours l'objet d'un RUM propre, y compris dans le cas habituel où il séjourne dans l'unité d'obstétrique (maternité) auprès de sa mère et où ce séjour n'a pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission (nouveau-né dit « non hospitalisé »). Le système d'information doit donc être en mesure de produire des résumés de séjour en l'absence d'ouverture de dossier administratif d'admission, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale.

NB : la salle de naissance (salle de travail) n'est pas une unité médicale d'hospitalisation, elle est considérée comme une structure médicotechnique. Par conséquent, en cas de transfert immédiat du nouveau-né après accouchement, le seul passage en salle de naissance (salle de travail) ne doit pas donner lieu à la production d'un RUM pour le nouveau-né⁷.

2) Ceux des **enfants nés sans vie** (« mort-nés ») : ils donnent lieu à la production d'un RUM lorsqu'un certificat médical d'accouchement est établi. Sont concernés :

- les enfants nés sans vie **à partir de quinze semaines révolues d'aménorrhée** ; antérieurement à ce délai, la production d'un RUM pour un enfant né sans vie n'est pas obligatoire, elle est laissée au choix des établissements de santé⁸ ;
- les produits d'interruption de grossesse **pour motif médical (IMG)** à partir de **vingt-deux semaines d'aménorrhée** révolues.

⁶ Pour le codage de l'interruption de la grossesse, voir le point 6 du chapitre V.

⁷ Si des actes médicotechniques ou soignants ont été réalisés, ils doivent être facturés comme des actes dispensés au bénéfice d'un patient externe.

⁸ « [...] les situations d'interruption volontaire de grossesse et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse, communément désignées par les praticiens comme les « interruptions du premier trimestre de la grossesse », survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée, ne répondent pas, en principe, aux conditions permettant l'établissement d'un certificat médical d'accouchement. » ([circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009](#)).

L'enregistrement du diagnostic principal⁹ des enfants nés sans vie emploie le code P95 *Mort fœtale de cause non précisée* de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies*.

3) **Les séances de radiothérapie et de dialyse rénale** : elles donnent lieu à la production d'un RUM, même s'il n'y a pas eu admission administrative dans une unité médicale¹⁰.

Sont exclus de cette obligation les établissements ayant pour activité le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse. À titre dérogatoire, ces établissements sont autorisés à ne transmettre que leurs informations de facturation, à l'exclusion des informations d'activité. Les informations de facturation sont transmises sous forme de résumés standardisés de facturation¹¹.

1.3 SÉJOURS NE DEVANT PAS DONNER LIEU À LA PRODUCTION D'UN RUM

À l'exception de celles citées au point 1.2.2, les activités n'ayant pas fait l'objet de l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale d'hospitalisation en MCO ne donnent pas lieu à la production d'un RUM. C'est le cas de l'hospitalisation à domicile (HAD)¹², des consultations externes et des actes médicaux et paramédicaux réalisés à titre externe.

1.4 CAS PARTICULIER

Le résumé standardisé de préparation à l'irradiation (RSP) n'est pas un RUM à proprement parler et suit des règles conventionnelles exposées dans le point 4.1 du chapitre VI.

1.5 DISTINCTION ENTRE SOINS EXTERNES ET HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

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

L'article [D. 6124-301](#) du code de la santé publique précise : « Les prestations délivrées [par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire] équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

Il est exclu qu'un établissement de santé puisse prétendre à un financement d'hospitalisation pour des prestations réalisables en soins externes.

⁹ La notion de diagnostic principal est développée dans le chapitre IV.

¹⁰ Les séances sont traitées dans le chapitre VI.

¹¹ Voir le chapitre II.

¹² Elle connaît un recueil d'informations, une classification médicoéconomique et une échelle tarifaire qui lui sont propres. Ils sont présentés sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Ce sujet, désigné par la notion de « frontière » entre prise en charge externe et hospitalisation à temps partiel de jour, fait l'objet de consignes publiées dans l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (« arrêté prestations »), téléchargeable sur [le site Internet de l'ATIH](#).

La facturation d'un *groupe homogène de séjours* (GHS)¹³, donc la production d'un RUM, n'est autorisée que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article [D. 6124-301](#) du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Le cadre ainsi défini a été précisé par la [circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376](#) du 31 août 2006 dite « circulaire frontière »¹⁴.

Tous les cas de figure ne pouvant pas être traités, le principe général qui doit dans tous les cas guider les établissements de santé lors de la production d'informations est reproduit ici :

« Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé.

Le cas "habituel" fait référence à la pratique communément admise par les professionnels de santé comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient.

Ce principe doit toutefois être nuancé au regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée "en externe" peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée.

Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indument des GHS à l'Assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent

¹³ Pour des précisions sur la notion de GHS, voir l'arrêté « prestations ».

¹⁴ *Bulletin officiel Santé* n° 06/09 du 15 octobre 2006. On se reportera aussi aux textes suivants. À propos de l'administration de médicaments de la *réserve hospitalière* (médicaments réservés à l'usage hospitalier) : [instruction d'avril 2007](#) de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux agences régionales de l'hospitalisation. À propos du bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH : [circulaire DHOS/M2A/DGS/RI2 n° 2007-415 du 19 novembre 2007](#).

de l'activité "externe", et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM¹⁵ ou de la NGAP¹⁶. »

2. CONTENU DES RECUEILS D'INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ

2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Le résumé d'unité médicale (RUM) contient un nombre limité de rubriques de natures administrative et médicale renseignées au moyen d'informations codées.

2.1.1 Informations relatives à l'identification du patient

☐ Identifiant correspondant à l'ensemble de l'hospitalisation dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie :

- de l'entité juridique, s'agissant des établissements de santé publics ;
- de l'établissement, s'agissant des établissements de santé privés.

Couramment dit **numéro de RSS**¹⁷, il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour (voir le point 2.1.2 suivant). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre ce numéro et le numéro de RSS.

Il est impératif d'attribuer un numéro de RSS unique par *séjour-patient* :

- au sein d'un même fichier, les RSS de patients distincts doivent comporter des numéros de RSS distincts ;
- dans le cas d'un séjour multiunité, les différents RUM constitutifs d'un RSS doivent comporter le même numéro de RSS ;
- en revanche, les RUM d'un même patient correspondant à des séjours distincts doivent comporter des numéros de RSS distincts.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique.

Si les deux parties du séjour se sont déroulées dans deux unités médicales différentes, le même numéro de RSS est attribué aux deux RUM produits (voir *infra* les consignes à propos des modes d'entrée et de sortie).

Si l'unité médicale de réadmission est la même que celle de sortie, il est produit un RUM unique, comme s'il n'y avait pas eu de sortie.

Exemple :

Entrée le 5 mars dans l'UM n° 1111 ; sortie le 9 mars de cette UM ; réadmission le 9 mars dans l'UM n° 1111 ; sortie de l'UM le 11 mars : il est produit un RUM unique au titre de l'UM n° 1111, dont la date d'entrée est le 5 et la date de sortie le 11 mars.

¹⁵ Classification commune des actes médicaux.

¹⁶ Nomenclature générale des actes professionnels.

¹⁷ Pour les rapports entre RUM et RSS, voir plus loin le point 2.2.

Date de naissance : jour, mois, année

Elle est recueillie en référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie. Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut le 1^{er} jour du mois (« 01 »). Si le mois n'est pas connu précisément, on enregistre par défaut le mois de janvier (« 01 »). Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie (par exemple, « 1950 »).

Sexe

Il est recueilli en référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie.

Code 1 *Masculin*

Code 2 *Féminin*

Code postal du lieu de résidence

Si le code postal précis est inconnu : le numéro du département suivi de 999

Si le patient réside en France mais que le département est inconnu : 99100

Pour les patients résidant hors de France : 99 suivi du [code INSEE du pays](#)

Si le pays de résidence est inconnu : 99999

Les codes postaux de type *CEDEX* ne doivent pas être utilisés. Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de noter le code postal de la commune de cet établissement.

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux articles [R. 1112-28](#) et [R. 1112-38](#) du code de la santé publique, les informations d'identification sont limitées à l'identifiant dit *numéro de RSS*, à l'année de naissance, au sexe et au numéro administratif de séjour (voir ci-dessous). Le code postal de résidence enregistré est « 99999 ».

2.1.2 Autres informations dites administratives

Numéro de l'établissement de santé dans le [fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS)

Il s'agit :

- du numéro FINESS de l'entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- du numéro FINESS de l'établissement (« numéro géographique ») pour les établissements de santé privés.

Numéro administratif de séjour

Il est habituellement attribué par les services administratifs de l'établissement de santé.

Il est couramment désigné par « numéro de séjour », « numéro d'admission », « numéro d'hospitalisation » ou « numéro d'entrée »¹⁸.

¹⁸ Il est propre au séjour. Il ne doit pas être confondu avec le numéro (identifiant) permanent du patient.

Le numéro administratif de séjour (NAS) doit être propre au séjour dans le champ de MCO. Lorsqu'un patient entre dans ce champ par mutation depuis un autre (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie... ; voir plus loin ce qui concerne les informations *Mode d'entrée* et *Provenance*) **un NAS différent du précédent doit être créé pour le séjour en MCO.** De même, lorsqu'un patient sort de MCO par mutation vers un autre champ (voir plus loin ce qui concerne les informations *Mode de sortie* et *Destination*), **un NAS différent de celui de MCO doit être créé pour le champ suivant.**

Lorsque numéro de RSS et NAS sont différents, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre eux.

La création d'un numéro administratif n'est pas réservée aux séjours d'hospitalisation. Elle concerne aussi les prestations sans admission en hospitalisation, notamment les séances de dialyse rénale et de radiothérapie citées *supra* au point 1.2.2.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, on n'identifie qu'un seul séjour. Le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour auquel est attribué un NAS unique.

☐ Numéro de l'unité médicale (UM)

Le numéro mentionné dans le RUM est celui de l'UM dans laquelle le patient est physiquement hospitalisé, y compris lorsque le médecin dispensant les soins est rattaché à une UM différente.

Exemple : faute de place dans une unité A, un patient est hospitalisé dans une unité B, mais la prise en charge médicale est assurée par A : le numéro d'UM qui doit être indiqué dans le RUM est celui de B.

Nouveau-nés : ils font toujours l'objet d'un RUM propre, y compris dans le cas habituel où ils ont séjourné dans l'unité d'obstétrique (maternité) auprès de leur mère et n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission (nouveau-nés dits « non hospitalisés »). Pour eux le numéro d'UM est celui de l'unité d'hospitalisation où ils sont physiquement présents, obstétrique ou néonatalogie.

Le numéro d'UM enregistré dans le RUM est conforme au fichier structure de l'établissement.

☐ Type d'autorisation de lit identifié dédié

Cette variable ne concerne actuellement que les soins palliatifs. Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé qui possède une reconnaissance contractuelle d'activité de soins palliatifs développe celle-ci, non pas au sein d'une unité médicale entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une ou plusieurs unités médicales développant par ailleurs un autre type d'activité. Le code à enregistrer dans ce cas est « 08 ».

En revanche, le type d'autorisation ou de reconnaissance contractuelle des unités médicales indiquées au point 1.1 n'est pas une information du RUM. Les modalités techniques de son enregistrement varient selon les systèmes d'information des établissements. La nomenclature de codage propre à ces unités est publiée sur [le site Internet de l'ATIH](#).

❑ Date d'entrée dans l'unité : jour, mois, année

Passage dans une structure d'accueil des urgences suivi d'hospitalisation : quand un patient est hospitalisé dans une unité médicale de MCO¹⁹ à l'issue d'un passage par la structure d'accueil des urgences du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle de l'arrivée du patient dans l'établissement.

Exemple : patient s'étant présenté aux urgences un jour J à 22 heures, admis dans une unité d'hospitalisation quelques heures plus tard, à J+1. La date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J.

Nouveau-nés : lorsqu'ils sont nés dans l'établissement de santé, leur date d'entrée est celle de leur naissance.

❑ Mode d'entrée dans l'unité

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 6 *Mutation*

Le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation :

- de la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- du même établissement (de la même entité géographique) pour les établissements de santé privés.

Une entrée en MCO depuis le domicile lorsque le patient y bénéficiait d'hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l'HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou au même établissement.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. En conséquence, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert normal*

Pour une hospitalisation à part entière – à distinguer de l'entrée pour prestation demandée par un autre établissement de santé, à coder « 0 » (voir ci-dessous le mode *transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*) –, le patient vient :

- d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Par « le patient vient » on entend que le patient était hospitalisé – il avait fait l'objet d'une admission dans une unité d'hospitalisation, y compris dans l'unité d'hospitalisation de courte durée – dans l'entité juridique ou l'établissement de santé de provenance. Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité juridique ou d'un autre

¹⁹ Unité d'hospitalisation de courte durée ou autre UM d'hospitalisation.

établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est *domicile*²⁰ (voir ci-dessous).

Une entrée en MCO depuis le domicile lorsque le patient y bénéficiait d'HAD est codée comme un transfert si l'HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à un autre établissement²¹.

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale²². Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique.

Le code « 8 » du mode d'entrée est celui enregistré par convention dans le RUM ouvert à la naissance d'un nouveau-né.

Code 0 *Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*

Voir plus loin le point 3 (*Prestations interétablissements*).

Provenance, si le mode d'entrée le nécessite ; son codage précise :

- en cas d'entrée par mutation ou transfert :

Code 1 *En provenance d'une unité de soins de MCO*

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. En conséquence, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation en provenance de MCO.

Code 2 *En provenance d'une unité de soins de suite et de réadaptation*

Code 3 *En provenance d'une unité de soins de longue durée*

Code 4 *En provenance d'une unité de psychiatrie*

Code 6 *En provenance d'hospitalisation à domicile*²³

- en cas d'entrée à partir du domicile :

Code 5 *Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement*

Afin de distinguer les passages dans la structure d'accueil des urgences relevant d'un mode particulier d'organisation (passage systématique) des passages réellement motivés par l'état du patient, ce code n'est à utiliser que :

- lorsque le patient s'est spontanément présenté dans cette structure ;
- lorsqu'il y a été adressé par un médecin extérieur à l'établissement de santé ;
- lorsque l'adressage a été le fait d'un SMUR ou d'un centre 15²⁴.

²⁰ Cette consigne est justifiée par une volonté de cohérence des bases de données. Si l'établissement de destination codait une admission par transfert, on chercherait en vain le séjour antérieur contigu.

²¹ Les structures d'hospitalisation à domicile sont juridiquement des établissements de santé.

²² Par exemple : établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), maison de retraite, section de cure médicale, logement-foyer, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

²³ C'est-à-dire en provenance du domicile où le patient était pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

²⁴ Y compris si le siège du SMUR ou celui du centre 15 est situé dans le même établissement que la structure d'accueil des urgences.

Le point essentiel conditionnant l'emploi du code de provenance « 5 » est l'utilisation non systématique de la structure d'accueil des urgences, fondée sur le problème du patient, réel ou ressenti. Le patient est pris en charge par les urgences non pas parce que « tous les entrants doivent (*a priori*) y passer » mais parce que son problème personnel, apprécié par lui-même, par son entourage ou par un médecin intervenu préalablement, justifie cette prise en charge.

Dans ces conditions le code de provenance « 5 » doit être enregistré dès lors qu'un hospitalisé a utilisé la structure d'accueil des urgences, quelle que soit l'unité médicale dans laquelle il est admis à l'issue, y compris s'il s'agit de l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale*²⁵

NB : lorsqu'un malade vient d'une structure d'hébergement médicosociale et passe par la structure d'accueil des urgences de l'établissement, il faut privilégier le code de provenance « 5 » aux dépens du code « 7 ».

Date de sortie de l'unité : jour, mois, année

En cas de décès la date de sortie enregistrée dans le RUM est celle du décès, y compris si des prélèvements d'organes ou de tissus²⁶ ont lieu le lendemain de celui-ci.

Mode de sortie de l'unité

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 6 *Mutation*

Le patient sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation :

- de la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- du même établissement (de la même entité géographique) pour les établissements de santé privés.

Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le malade y bénéficie d'hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l'HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou au même établissement.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. En conséquence, lorsque l'unité médicale de sortie est différente de celle de réadmission, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert normal*

Hospitalisé à part entière, le patient sort pour une hospitalisation à part entière – à distinguer de la sortie après prestation réalisée pour le compte d'un autre établissement de santé, à coder « 0 » (voir ci-dessous le mode *transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*) –, dans :

²⁵ Voir la note 22.

²⁶ Ou une autopsie médicale, dès lors que les actes en rapport seront inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux*.

- une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- une autre entité juridique ou un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie d'HAD est codée comme un transfert si l'HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à un autre établissement²⁷.

Code 8 *Domicile*

Le patient retourne à son domicile ou à son substitut (se reporter au mode d'entrée *domicile*).

Code 9 *Décès*

Le malade est décédé dans l'unité médicale.

Code 0 *Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*

Voir plus loin le point 3 (*Prestations interétablissements*).

Destination, si le mode de sortie le nécessite ; son codage précise :

- en cas de sortie par mutation ou transfert :

Code 1 *Vers une unité de soins de MCO*

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. En conséquence, lorsque l'unité médicale de sortie est différente de celle de réadmission, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation à destination de MCO.

Code 2 *Vers une unité de soins de suite et de réadaptation*

Code 3 *Vers une unité de soins de longue durée*

Code 4 *Vers une unité de psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*²⁸

- en cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*²⁹

Une absence provisoire du patient dite *permission* n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le RUM. Dans ce cas, les dates d'entrée et de sortie indiquées dans le RUM sont celles du début et de la fin du séjour dans l'unité médicale au cours duquel la permission a eu lieu. Sa durée maximale est de quarante huit heures³⁰.

Nombre de séances : voir le chapitre VI

²⁷ Voir la note 21.

²⁸ C'est-à-dire à destination du domicile où le malade sera pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

²⁹ Voir la note 22.

³⁰ [Article R. 1112-56](#) du code de la santé publique.

2.1.3 Informations de nature médicale

- Diagnostics : diagnostic principal et, s'il y a lieu, diagnostic relié, diagnostics associés

Leur définition et les règles présidant à leur choix sont précisées dans le chapitre IV.

Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé et selon les extensions nationales données dans la plus récente version du *Manuel des groupes homogènes de malades* publié au *Bulletin officiel* et téléchargeable sur le [site Internet de l'ATIH](#).

Les consignes de codage sont données dans les chapitres IV et V de ce guide.

- Actes médicaux techniques réalisés au cours du séjour

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'admission et de sortie, peuvent être enregistrés dans le RUM. Un acte réalisé avant une hospitalisation, ou bien programmé au cours d'une hospitalisation mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire ou en externe, par exemple), ne doit pas être enregistré dans la zone des actes du RUM du séjour³¹.

Cette règle connaît une exception : les prélèvements d'organes ou de tissus chez les patients décédés, auxquels s'ajoute par voie de conséquence l'acte *Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe* (code EQMF003). Dans leur cas, les actes effectués le lendemain du décès peuvent être enregistrés dans le RUM. En d'autres termes, pour un malade décédé le jour J – dont la date de sortie enregistrée dans le RUM est J –, des actes de prélèvement d'organes ou de tissus effectués à J+1 sont enregistrés dans le dernier RUM du séjour³².

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

Les règles d'utilisation de la CCAM sont précisées dans un [Guide de lecture et de codage](#) propre à cette nomenclature, publié au Bulletin officiel. La CCAM et son guide sont téléchargeables sur les sites Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH) et de [l'Assurance maladie](#).

Le codage d'un acte avec la CCAM associe les informations suivantes :

- son code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- la phase : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- l'activité : toujours codée « 1 » au minimum, mais, pour un acte donné, la saisie de tous ses codes d'activité est obligatoire³³ ;
- le nombre de réalisations de l'acte ;

³¹ Ce qui ne s'oppose pas à ce qu'il le soit éventuellement dans la zone des *données à visée documentaire*.

³² Il en sera de même pour l'autopsie médicale, dès lors que les actes en rapport seront inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux*.

³³ En effet, lorsqu'un acte a été réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale, la saisie du code d'activité « 4 » peut être indispensable au classement correct du RSS dans un *groupe homogène de malades* (GHM).

- la date de réalisation de l'acte ;
- une éventuelle extension documentaire.

L'enregistrement de la date de réalisation est obligatoire pour les actes d'accouchement.

Le nombre de réalisations de chaque acte pendant le séjour dans l'unité médicale doit être saisi dans le RUM car cette information peut être utilisée dans le cadre des procédures de financement de l'activité qui tiennent compte, pour certains actes (notamment ceux dits *de suppléance vitale*), de leur répétition³⁴.

En cas de renseignement de la variable « date de réalisation » :

- la variable « nombre de réalisations de l'acte » est égale à 1 à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;
- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant le séjour, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte », une par jour de réalisation de l'acte.

L'ensemble des informations enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du format du RUM.

Passage dans une structure d'accueil des urgences suivi d'hospitalisation : quand un patient est hospitalisé dans une unité médicale de MCO à l'issue d'un passage par la structure d'accueil des urgences du même établissement, les actes réalisés dans cette structure sont portés dans le RUM de l'unité médicale où est hospitalisé le patient après sa prise en charge par les urgences³⁵.

Lorsqu'un patient a été provisoirement transféré d'un établissement demandeur [A] vers un établissement prestataire [B] pour la réalisation d'un acte ou d'une prise en charge facturée à [A] par [B]³⁶, [A] est autorisé à coder l'acte dans le RUM du séjour et il doit le faire s'il s'agit d'un acte dont la saisie est obligatoire³⁷.

Poids du nouveau-né

Poids en grammes à l'entrée dans l'unité médicale des enfants âgés de moins de 29 jours.

Le poids de naissance doit être enregistré dans le RUM des enfants nés sans vie.

Âge gestationnel

Il est exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée. Il est saisi :

- dans le RUM de la mère à la date de l'accouchement ;
- dans le RUM de l'enfant à la date de la naissance.

S'agissant de la mère, l'âge gestationnel doit donc être saisi dans le RUM dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement, et seulement dans celui-ci.

³⁴ Elle peut par ailleurs être mise à profit pour une utilisation interne aux établissements et pour servir des objectifs de santé publique.

³⁵ Il est rappelé que dans le cas d'un patient s'étant présenté un jour J dans la structure d'accueil des urgences, hospitalisé à J+1 depuis celle-ci dans une unité médicale de MCO du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J (voir *supra* les informations relatives à la date d'entrée du RUM).

³⁶ Voir le point 3 (*Prestations interétablissements*) de ce chapitre.

³⁷ Voir le point 4 (*Les actes*) du chapitre IV.

Par « RUM de l'enfant à la date de la naissance » on entend :

- dans le cas général, le RUM produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né (maternité, néonatalogie...) ³⁸ et seulement celui-ci ;
- dans le cas particulier des enfants nés sans vie, le RUM qui doit être produit pour eux ³⁹.

Dans le RUM de la mère, la saisie, en sus du code de l'acte d'accouchement, de sa date, permet le calcul de l'âge gestationnel à la date d'entrée. L'acte d'accouchement et sa date doivent donc être enregistrés dans le RUM de la mère (distinction entre âge gestationnel à l'accouchement et âge gestationnel à l'entrée est faite à la demande des médecins de la discipline.

- Indice de gravité simplifié (IGS II) : sa mention ne concerne que les malades hospitalisés dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue ⁴⁰.

En soins intensifs le clinicien apprécie si le recueil de l'IGS II est pertinent en fonction du malade ; dans le cas inverse il n'est pas recueilli. En réanimation et en surveillance continue, le recueil de l'IGS II est utilisé dans le cadre des procédures de financement de l'activité ⁴¹.

- Type de dosimétrie

Code 1 *Dosimétrie pour radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI]*

Code 2 *Tridimensionnelle avec histogramme dose-volume [HDV] sur les volumes cibles et les organes à risque*

Code 3 *Tridimensionnelle sans HDV sur les volumes cibles et les organes à risque*

Code 4 *Autres types de dosimétrie*

- Type de machine en radiothérapie

Code 1 *Machine de type Tomothérapie® ou Novalis® ou Cyberknife® ou protonthérapie*

Code 2 *Machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame, de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance*

Code 3 *Machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame, de système d'enregistrement et de contrôle, et sans module de repositionnement du malade à distance*

³⁸ On rappelle que la salle de travail (de naissance) n'est pas une unité médicale d'hospitalisation. L'accouchement ou la naissance ne peut donc pas donner lieu à la production d'un RUM au seul titre du passage dans cette salle.

³⁹ Se reporter au chapitre I.

⁴⁰ Des consignes pratiques de recueil sont disponibles sur le site Internet de la [Société française d'anesthésie et de réanimation](#) (SFAR).

⁴¹ Voir l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (« arrêté prestations »), téléchargeable sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Code 4 *Machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle*

Les variables *type de dosimétrie* et *type de machine* doivent être renseignées dans les RUM relatifs :

- aux séances d'irradiation (voir le chapitre VI) ;
- aux séjours hospitaliers au cours desquels une irradiation est réalisée.

Elles ne doivent pas être renseignées dans le résumé standardisé de préparation (RSP, voir le chapitre VI). Bien que la dosimétrie soit un temps de la **préparation** à l'irradiation, l'information *type de dosimétrie* est recueillie au cours des prises en charge pour **irradiation**. Lors de la production du RUM d'irradiation on s'assurera que l'information *type de dosimétrie* est cohérente avec le RSP du patient.

Nombre de faisceaux

Données à visée documentaire, s'il y a lieu⁴²

2.1.4 Informations relatives au recueil

Version du format du RUM

Les informations sur le format informatique du RUM sont données sur le [site Internet de l'ATIH](#).

Numéro de RUM

Le numéro de RUM identifie chacun des RUM d'un RSS. Les différents RUM d'un même RSS multiunité doivent donc posséder des numéros de RUM différents (en revanche, les mêmes numéros peuvent être employés dans des RSS distincts).

Les établissements de santé sont libres du choix de leur mode de numérotation. L'essentiel est qu'à l'intérieur d'un même RSS multiunité, chaque RUM ait un numéro différent.

Confirmation du codage du RSS

Dans certains GHM couteux, si la durée d'un séjour est courte alors que la sortie n'a eu lieu ni par décès ni par transfert vers MCO, le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé⁴³. L'information « Confirmation du codage du RSS » permet de le confirmer. Dans le cas d'un RSS multiunité la confirmation doit être enregistrée dans le dernier RUM, dans l'ordre chronologique, du RSS.

⁴² Voir le point 5 du chapitre IV.

⁴³ En l'absence de modification ou de confirmation le RSS serait classé dans un *groupe-erreur* au tarif nul. Les *groupes-erreurs* de la classification des GHM sont décrits dans la présentation générale du *Manuel des GHM*.

Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient⁴⁴. Cette obligation fait notamment référence à la tenue des contrôles prévus par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale.

La saisie de ces informations et la constitution des fichiers qui les contiennent doivent être effectuées dans le respect des formats informatiques décrits et mis à jour sur [le site Internet de l'ATIH](#).

2.2 LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ

La production des résumés de sortie standardisés (RSS) est assurée à partir des RUM, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale.

Le RSS est constitué de l'ensemble des RUM relatifs au même séjour hospitalier d'un patient dans le champ de MCO. Il comporte autant de RUM que le patient a fréquenté d'unités médicales pendant ce séjour.

Si le patient n'a fréquenté qu'une seule unité médicale, on parle de séjour mono-unité et le RSS équivaut au RUM : il ne comporte qu'un seul enregistrement (RSS « monoRUM »).

Si le patient a fréquenté plusieurs unités médicales on parle de séjour multiunité et le RSS est constitué par la suite des RUM résultant des séjours dans les différentes unités (« RSS multiRUM »). Cette suite est ordonnée chronologiquement sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale avant classement dans un *groupe homogène de malades* (GHM) ou *groupage*.

Le RSS ainsi constitué comporte un ensemble d'enregistrements jointifs possédant tous le même numéro de RSS. La date d'entrée du premier RUM du RSS est la date d'entrée dans le champ de MCO. La date de sortie du dernier RUM est la date de sortie du champ de MCO. La date d'entrée d'un RUM intermédiaire est égale à la date de sortie du RUM précédent. Les modes d'entrée et de sortie, ainsi que les codes de provenance et de destination doivent s'enchaîner avec cohérence. Le diagnostic principal du RSS multiunité est déterminé par un algorithme inscrit dans la procédure de groupage⁴⁵.

Le RUM-RSS groupé est un enregistrement enrichi des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement de santé, renseignés conformément au format informatique en vigueur. Le contenu exhaustif et le format du RUM-RSS groupé sont décrits sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Chaque mois, un fichier de RUM-RSS groupés doit être produit par l'établissement de santé sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est constitué par les RUM-RSS dont la date de sortie est comprise dans le mois civil considéré.

⁴⁴ Pour le contenu de ce dossier voir l'article [R. 1112-2](#) du code de la santé publique.

⁴⁵ Se reporter à la présentation générale du *Manuel des groupes homogènes de malades*, téléchargeable sur [le site Internet de l'ATIH](#).

2.3 LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME

La production du résumé de sortie anonyme (RSA) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir du RUM-RSS groupé. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH, nommé :

- GENRSA (pour « générateur de RSA ») dans les établissements de santé publics et privés visés au *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale ;
- AGRAF-MCO (pour « Anonymisation et Groupage des Résumés de sortie standardisés Associés aux Factures ») dans les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article.

Le RSA est toujours un enregistrement unique, y compris dans le cas d'un RSS multiunité. Dans ce cas :

- le mode d'entrée du RSA est celui de la première unité médicale fréquentée dans l'ordre chronologique, le mode de sortie est celui de la dernière ;
- le diagnostic principal du RSA est choisi parmi les diagnostics principaux des RUM constituant le RSS, selon l'algorithme évoqué ci-dessus à propos du RSS multiunité, appliqué par GENRSA ou AGRAF-MCO.

Le RSA comporte l'ensemble des informations du RSS, à l'exception des suivantes qui sont ignorées ou transformées afin d'assurer l'anonymat :

- numéro de RSS ;
- numéro administratif de séjour ;
- date de naissance, remplacée par l'âge calculé à la date d'entrée (en jours pour les enfants de moins de un an à cette date) ;
- numéro(s) d'unité médicale ; seul figure le nombre de RUM composant le RSS d'origine ;
- code postal, remplacé par un code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- dates d'entrée et de sortie, remplacées par la durée de séjour, le mois et l'année de sortie ;
- date de réalisation des actes, remplacée par le délai en jours par rapport à la date d'entrée.

En outre, les données à visée documentaire, destinées à l'usage interne des établissements de santé, sont exclues.

En revanche, le RSA comporte des informations supplémentaires, en particulier :

- le numéro d'index servant au chaînage anonyme⁴⁶ ;
- le résultat du groupage effectué par la *fonction groupage* officielle ;
- en cas de prestation interétablissement (voir le point 3 de ce chapitre), si le séjour du RSA est celui de l'établissement demandeur ou celui du prestataire ;
- le numéro du *groupe homogène de séjours* (GHS)⁴⁷ ;

⁴⁶ Voir le chapitre III.

- le nombre éventuel de suppléments liés au séjour dans une unité médicale identifiée comme étant de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ;
- la situation de l'hospitalisation par rapport à la borne extrême basse (type de minoration, nombre de journées entre la borne et la durée du séjour) ou le nombre de journées au delà de la borne extrême haute ;
- le nombre éventuel de suppléments pour hémodialyse, entraînement à la dialyse et oxygénothérapie hyperbare hors séances ;
- le nombre d'actes de radiothérapie ;
- les actes de prélèvement d'organes ou de tissus enregistrés dans le RUM⁴⁸ ;
- le séjour dans un lit identifié dédié aux soins palliatifs ;
- le numéro du RUM ayant fourni le DP du séjour.

Le contenu exhaustif et le format du RSA sont décrits sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Le RSA est transmis à l'agence régionale de santé.

2.4 FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des résumés d'activité est disponible sur [le site Internet de l'ATIH](#). Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité sont également indiquées.

Les établissements de santé doivent veiller au strict respect de ces normes et formats, faute de quoi les données ne pourraient pas être prises en compte lors des différents traitements.

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS

3.1 DÉFINITION

On désigne par « prestation interétablissement » une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même.

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

- un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur [A] vers un établissement de santé prestataire [B] pour la réalisation d'un acte medicotechnique ou d'une autre prestation (par exemple, un séjour en soins intensifs) ;

⁴⁷ Pour des précisions sur la notion de GHS et les informations suivantes, voir l'arrêté « prestations ».

⁴⁸ Voir la note 7 du chapitre II.

- le séjour du patient en [B] dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de [A]).

Dans ces conditions, le séjour en [A] n'est pas clos administrativement, il est *suspendu*. En d'autres termes, la réalisation de l'acte en [B] intervient sans interruption administrative de l'hospitalisation en [A].

3.2 OBJECTIFS DU DISPOSITIF

Ils sont au nombre de trois :

- faire en sorte que les séjours au cours desquels un acte est réalisé à l'extérieur mais financièrement supporté par l'établissement demandeur [A] soient justement renseignés sur le plan médical et correctement classés dans les *groupes homogènes de malades* si l'acte concerné est classant ;
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer dans les RSA produits par [A] des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation) ou pour lesquels il n'est pas équipé ; telle est la fonction principale du code de la *Classification internationale des maladies* étendu pour la circonstance : Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* ;
- permettre à l'établissement prestataire [B] de faire valoir, dans la base régionale du PMSI, l'ensemble de l'activité qu'il a réalisée au bénéfice de patients hospitalisés dans ses murs, alors même que la logique financière ne l'autorise pas à produire de RUM pour une activité qui lui est payée par un autre établissement.

3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

On distinguera le cas général et celui de certaines séances.

3.3.1 Cas général

1°) L'établissement de santé prestataire [B]

Si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, [B] produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (*transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*). La prestation de [B] n'est pas facturée à l'Assurance maladie puisque c'est à [A] que [B] facture celle-ci).

Les dates d'entrée et de sortie correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'une seule journée.

Si le patient n'est pas hospitalisé, c'est-à-dire si l'activité est réalisée à titre externe, aucun RSS ne doit être produit par [B] et la prestation, facturée à [A], ne doit pas l'être à l'Assurance maladie. En particulier, lorsque [B] est un établissement de santé visé aux *a*, *b* et *c* de l'[article L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale, la consultation ou les actes donnent

lieu à la production d'un résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE)⁴⁹ non facturable à l'Assurance maladie.

La non facturation de la prestation de [B] à l'Assurance maladie résulte des informations enregistrées, selon le cas, dans le fichier VID-HOSP ou dans l'enregistrement A (*début de facture*) du RSF-ACE, décrits dans le chapitre II L'information « séjour facturable à l'Assurance maladie doit être codée « 0 » : *non* (*i.e.* séjour non facturable à l'Assurance maladie) et l'information « motif de non facturation à l'Assurance maladie » doit être codée « 5 » *patient hospitalisé dans un autre établissement*.

NB : si la durée d'hospitalisation en [B] est de plus de 2 journées civiles – plus d'une nuit – hors de [A], le régime de suspension de séjour et les consignes rappelées ci-dessus ne peuvent pas s'appliquer. La situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes rejoignant le cas général, avec leurs RSS respectifs également distincts.

2°) L'établissement de santé demandeur [A]

Il fait figurer dans le RUM :

- la prestation effectuée en [B] dont il assume la charge financière, notamment le code de l'acte s'il s'agit d'un acte médicotechnique inscrit à la *Classification commune des actes médicaux* ;
- et le code Z75.80 en position de diagnostic associé⁵⁰ pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Il est recommandé de ne produire qu'un seul RUM englobant la période de suspension de l'hospitalisation.

Toutefois, l'établissement [A] peut être amené à réaliser deux RUM (pré- et post-prestation) soit en raison de contraintes dues à son système d'information, soit en raison du retour du patient dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti. Dans ce cas les deux RUM doivent comporter le même numéro de RSS. Les modes de sortie et d'entrée encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RUM (début de la suspension de l'hospitalisation, départ vers [B]) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte) et le mode d'entrée du second RUM (fin de suspension de séjour, retour de [B]) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire après réalisation d'un acte). La destination doit être codée dans le premier RUM et la provenance dans le second.

Les dates de départ vers [B] et de retour de [B] correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'une seule journée.

Lorsque ces conditions sont respectées les deux RUM pré- et post-prestation sont considérés par la *fonction groupage* comme constituant un RSS unique.

⁴⁹ Le RSF-ACE est décrit dans le point 2.1.4 du chapitre II.

⁵⁰ La notion de diagnostic associé est développée dans le point 3 du chapitre IV.

3.3.2 Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie

1°) L'établissement de santé prestataire [B]

Il produit toujours un RSS-séance(s) conformément aux consignes données dans le chapitre VI de ce guide. Les modes d'entrée et de sortie de ce RSS sont toujours codés « 0 ». Cette règle s'applique quel que soit le champ d'hospitalisation du patient en [A] : MCO, soins de suite et de réadaptation ou psychiatrie.

Toutefois, lorsque la prestation de [B] est une séance de **dialyse rénale**, de **radiothérapie** ou de **chimiothérapie** pour tumeur ou pour maladie non tumorale, la facturation de la séance s'effectue comme si le patient n'était pas hospitalisé en [A] :

- dans les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'[article L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS), les séances effectuées dans le cadre des prestations interétablissements donnent lieu à la facturation par [B] du *groupe homogène de séjours* correspondant ; le cas échéant, [B] enregistre donc dans FICHCOMP les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'[article L. 162-22-7](#) du CSS⁵¹ ;
- les établissements de santé visés aux *d* et *e* du même article facturent directement leurs prestations à l'Assurance maladie.

2°) L'établissement de santé demandeur [A]

La séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie ne figure pas dans le RUM puisque [A] n'en assure pas la charge financière. Les éventuelles spécialités pharmaceutiques consommées au cours des séances effectuées en [B] ne sont pas enregistrées dans le fichier FICHCOMP de [A].

⁵¹ Voir le point 2.1 du chapitre II.

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé décrit dans l'arrêté du 22 février 2008 modifié dit *arrêté PMSI-MCO*¹ a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de MCO, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

En ce qui concerne l'activité médicale, toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations² transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé de sortie anonyme³. En revanche, seuls les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS) produisent aujourd'hui un recueil d'informations relatives à la facturation des séjours, **le résumé standardisé de facturation** (RSF), transmis à l'agence régionale de santé après anonymisation sous la forme d'un *résumé standardisé de facturation anonyme*. Les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* produiront un RSF lorsqu'ils factureront directement leur activité à l'Assurance maladie. Dans cette attente le dispositif décrit dans l'arrêté PMSI-MCO constitue un objectif à la date d'application du présent guide et certaines dérogations sont reconnues à titre transitoire.

Ce chapitre décrit l'objectif, sous l'appellation de dispositif cible, et les mesures transitoires, notamment celles instituées dans l'attente de la facturation directe de leur activité à l'Assurance maladie par les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS.

Comme tous les établissements publics de santé, les hôpitaux locaux sont tenus de produire les informations relatives à leur activité, décrites dans le chapitre I. En revanche, n'étant pas soumis à la tarification à l'activité, la production des informations relatives à la facturation de leurs prestations est, pour eux, simplifiée. Les établissements de santé publics de Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon sont dans le même cas.

¹ Arrêté 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.

² Depuis 1994 pour les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale, depuis 1997 pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article.

³ Se reporter au chapitre I.

1. DISPOSITIF CIBLE

En même temps que des résumés de sortie standardisés (RSS)³ les établissements de santé publics et privés produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

Le RSF doit être produit pour l'ensemble des prestations hospitalières :

- prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article [R. 162-32](#) du CSS et nécessitant une hospitalisation, y compris les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;
- spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) du CSS⁴ ;
- prestations de prélèvement d'organes ou de tissus ;
- prestations relatives à l'interruption volontaire de la grossesse ;
- prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article [R. 162-32](#) du CSS ; elles concernent les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, les soins non programmés nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, ainsi que les soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ;
- actes et consultations externes mentionnés à l'article [L. 162-26](#) du CSS.

Toutefois, le recueil des actes et consultations externes ne s'impose qu'aux établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS. En effet, ils ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e*.

Il est produit un RSF par hospitalisation et un RSF correspond donc à un RSS. La liaison entre eux est assurée par le numéro de RSS du séjour, information commune aux deux résumés. Les conditions de production du RSF sont identiques à celles des informations d'activité décrites dans le point 1 du chapitre I. En conséquence, les prestations ne nécessitant pas l'hospitalisation (deux derniers points *supra*) ne donnent lieu qu'à la production d'un RSF, il n'est pas produit de RSS dans leur cas.

Le RSF reproduit le contenu de la facture transmise par les établissements de santé aux organismes d'assurance maladie. Il est un support destiné à fournir à l'État ces informations de facturation.

L'anonymisation du RSF est à l'origine du résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA) élaboré de façon concomitante au résumé de sortie anonyme (RSA).

Le fichier de RSFA, comme le fichier de RSA, est élaboré sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement, et tous deux sont transmis à l'agence régionale de santé.

⁴ Les produits et prestations sont ceux mentionnés à l'article [L. 165-1](#) du CSS, dits *dispositifs médicaux implantables*. La liste des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations concernés est tenue à jour sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

2. MESURES TRANSITOIRES

2.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a*, *b* ET *c* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

2.1.1 Conditions de production des informations de facturation

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS ne sont pas soumis à la production de RSF pour les prestations suivantes :

- prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article [R. 162-32](#) du CSS et nécessitant une hospitalisation ;
- spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) du CSS ;
- prestations de prélèvement d'organes ou de tissus ;
- prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse.

Pour le financement de ces prestations, dans l'attente de la facturation de leur activité directement à l'Assurance maladie, ces établissements produisent des recueils nommés VID-HOSP, FICHCOMP et FICHSUP.

Pour les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS, la production d'un RSF ne concerne actuellement que :

- les prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article [R. 162-32](#) du CSS ; il s'agit des soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, des soins non programmés nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, ainsi que des soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ;
- les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;
- les actes et consultations externes.

Ils produisent au titre de ceux-ci un RSF qui leur est propre : le *résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes* (RSF-ACE).

2.1.2 Le fichier VID-HOSP

Il est produit par les services administratifs (bureau des admissions ou des frais de séjour) sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes nécessaires à la génération du numéro de chaînage des résumés de sortie anonymes (voir le chapitre III)⁵.

⁵ Ces « variables identifiantes » sont à l'origine de l'abréviation « VID ».

Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour⁶ est assuré par le numéro administratif de séjour⁶.

VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » (*Début de facture*) produit par les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS (voir *infra* le point 2.2).

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera au *Manuel d'utilisation de MAGIC* (voir le chapitre III) téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

2.1.3 Le recueil FICHCOMP

FICHCOMP (pour fichiers complémentaires) enregistre les prestations suivantes :

- spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) du CSS y compris, dans le cadre des prestations interétablissements, s'agissant de l'établissement demandeur, ceux payés par lui au prestataire ;
- certains prélèvements d'organes ou de tissus qui ne figurent pas dans le RUM⁷ ;
- prestations interétablissements correspondant à des séjours dans des unités médicales soumises à autorisation donnant lieu au paiement de suppléments journaliers : réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie ;
- dialyses péritonéales réalisées en cours d'hospitalisation⁸.

En outre, il est ajouté en 2010 dans le recueil FICHCOMP une nouvelle variable « validation de la prescription initiale *oui, non* » relative aux « **médicaments orphelins** ». En effet, conformément à l'article [L. 162-22-7](#) du CSS « la prise en charge des "médicaments orphelins" est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés ».

Les hôpitaux locaux ne sont pas tenus de produire FICHCOMP.

Il est produit un recueil FICHCOMP par *séjour-patient*. Il contient les données relatives aux mêmes séjours que ceux contenus dans le fichier de RSS et chaque recueil FICHCOMP est lié au RSS correspondant par le numéro administratif de séjour (se reporter au point 2.1.2 du chapitre I).

⁶ L'abréviation « HOSP » est relative à ce numéro.

⁷ Les forfaits dénommés « prélèvements d'organes » sont de deux sortes : d'une part ceux qui sont facturables par l'établissement siège du prélèvement, d'autre part ceux qui le sont par l'établissement dont dépend le chirurgien préleveur. Les premiers, à l'exception des prélèvements avec cœur arrêté, sont enregistrés en tant qu'actes dans le RUM du donneur au moyen de codes de la *Classification commune des actes médicaux*. Les prélèvements avec cœur arrêté et ceux facturables par l'établissement dont dépend le chirurgien préleveur sont enregistrés dans FICHCOMP (pour plus d'informations sur les forfaits de prélèvements d'organes on se reportera à l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dit arrêté « prestations »).

⁸ Dans le respect des conditions de leur facturation stipulées dans l'arrêté « prestations ».

L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine de FICHCOMPA. La production de FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même module logiciel – GENRSA - qui est à l'origine du *résumé de sortie anonyme* (se reporter au point 2.3 du chapitre I).

Le recueil FICHCOMP comprend de plus un fichier facultatif, dit *fichier des diagnostics à visée d'enquête*, qui permet la transmission à l'agence régionale de santé, de codes de la CIM-10 recueillis aux fins d'enquêtes particulières.

Les contenus et formats de FICHCOMP et FICHCOMPA sont publiés sur [le site Internet de l'ATIH](#).

FICHCOMPA est transmis à l'agence régionale de santé.

2.1.4 Le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes

À la date d'application du présent guide, le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) est un recueil par patient propre aux établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS. On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : RSF-ACE « A » *Début de facture*, "RSF-ACE « B » *Prestations hospitalières*, RSF-ACE « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, RSF-ACE « C » *Honoraires*, RSF-ACE « M » *CCAM*⁹.

Le RSF-ACE « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme (voir le chapitre III). Les autres enregistrements le sont ou non selon les prestations dispensées.

Les RSF-ACE « B », « C », « H » et « M » enregistrent notamment :

- les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* ;
- les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article [L. 162-22-7](#) du CSS ;
- les actes médicaux techniques codés selon la *Classification commune des actes médicaux* ;
- les forfaits¹⁰ :
 - « accueil et traitement des urgences » (ATU),
 - « forfait de petit matériel » (FFM),
 - « sécurité et environnement hospitalier » (SE), relatifs aux soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ;
- les forfaits techniques liés aux actes de scanographie, remnographie et tomographie à émission de positons ;
- les forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (D).

⁹ *Classification commune des actes médicaux*.

¹⁰ Pour une information sur ces forfaits, se reporter à l'arrêté « prestations ».

Les hôpitaux locaux ne sont pas tenus de produire le RSF-ACE.

L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié¹¹ »). La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé PREFACE (pour « production des résumés enchaînés de facturation des actes et consultations externes ») fourni par l'ATIH.

Le contenu et le format du RSF-ACE et du RAFAEL sont publiés sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Le RAFAEL est transmis à l'agence régionale de santé.

2.1.5 Le recueil FICHSUP

FICHSUP (pour fichiers supplémentaires) est un recueil mensuel qui n'est produit que dans trois circonstances.

1) FICHSUP est produit par les établissements de santé bénéficiant d'un financement au titre des missions d'intérêt général pour les activités de génétique et la production de lettres-clés B (biologie) et P (anatomie et cytologie pathologiques)¹² hors nomenclature (BHN et PHN).

2) Les établissements consommateurs de lait maternel provenant d'un lactarium doivent renseigner FICHSUP en indiquant :

- pour les producteurs : le nombre de litres de lait maternel produits pendant la période considérée, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé ;
- pour les consommateurs : le nombre de litres de lait maternel consommés pendant la période considérée, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé.

Un établissement producteur de lait maternel (lactarium) étant également consommateur de ce produit pour ses besoins internes, renseigne donc les deux versants du fichier, en tant que producteur et en tant que consommateur.

3) FICHSUP est produit par les hôpitaux locaux s'ils n'utilisent pas les autres recueils d'informations. Il constitue alors le seul recueil obligatoire d'informations relatives à la facturation de l'activité.

Le contenu et format de FICHSUP sont publiés sur [le site Internet de l'ATIH](#).

FICHSUP est transmis à l'agence régionale de santé.

En conclusion, les informations transmises à l'ARH par les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS comprennent aujourd'hui les fichiers de RSA, RAFAEL, FICHCOMPA – et le cas échéant FICHSUP – auxquels

¹¹ Le mot « lié » est en rapport avec le résumé. Il est justifié par les informations de chaînage anonyme (voir le chapitre III) contenues dans le RAFAEL.

¹² Lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) de l'Assurance maladie.

s'ajoute un fichier nommé ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chaînage anonyme (voir le chapitre III).

2.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

2.2.1 Conditions de production des informations de facturation

Pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS), la production du RSF concerne actuellement :

- les prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article [R. 162-32](#) du CSS et nécessitant une hospitalisation, y compris les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;
- les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) du CSS ;
- les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus ;
- les prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article [R. 162-32](#) du CSS ; elles concernent les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, les soins non programmés nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, ainsi que les soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ;
- les prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse.

À l'exception des prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient mentionnées au quatrième point *supra*, il est produit un RSF par séjour. Le lien entre le RSF et le RSS est assuré par le numéro de RSS, information commune aux deux résumés.

La correspondance entre RSS et RSF est respectée dans le cas de l'accouchement. Les séjours de la mère et du nouveau-né étant payés par un forfait global d'accouchement, il est produit une facture unique pour deux RSS (celui de la mère et celui de l'enfant). La correspondance entre RSS et RSF est assurée par la production de deux RSF : l'un au titre de la mère, correspondant à la facture adressée à l'Assurance maladie, l'autre au titre du nouveau-né, ne contenant pas de données de facturation, dit « RSF à zéro ».

En revanche, pour les prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article [R. 162-32](#) du CSS, l'établissement n'est tenu de ne produire qu'un RSF¹³.

Les actes et consultations externes n'étant pas des prestations hospitalières dans les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS, ils ne sont pas soumis à la production de RSF.

¹³ La production d'un RSS, vide dans ce cas (dit « RSS à blanc ») est facultative. En son absence, le logiciel AGRAF-MCO crée automatiquement un tel RSS et l'associe au RSF.

2.2.2 Contenu du résumé standardisé de facturation

Le RSF contient d'une part des informations communes au RSS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RSS (numéro FINESS, numéro de RSS, sexe, date de naissance) respectent les définitions qui ont été données dans le chapitre I.

Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie.

L'appellation RSF désigne un ensemble de sept enregistrements : RSF « A » *Début de facture*, RSF « B » *Prestations hospitalières*, RSF « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, RSF « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, RSF « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, RSF « C » *Honoraires*, RSF « M » *CCAM*.

Le RSF « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme (voir le chapitre III). Les autres enregistrements le sont ou non selon les soins dispensés. Ils permettent la saisie des prestations indiquées *supra* dans le point 1 (*Dispositif cible*) à l'exception des actes et consultations externes qui ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS.

Leur contenu et leur format sont conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'Assurance maladie.

Le RSF anonymisé est le *résumé standardisé de facturation anonyme* (RSFA). La production du RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même module logiciel – AGRAF-MCO – qui est à l'origine du *résumé de sortie anonyme* dans les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé.

Pour davantage d'informations sur le contenu et le format des enregistrements du RSF et du RSFA on se reportera :

- au *Manuel d'utilisation de AGRAF-MCO*, téléchargeable sur [le site Internet de l'ATIH](#) ;
- au cahier des charges interrégime des normes B2 accessible sur [le site Internet de l'Assurance maladie](#).

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles [L. 6113-8](#) et [R. 6113-10](#) du code de la santé publique et à l'arrêté du 22 février 2008 modifié, les établissements de santé publics et privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale, hors les hôpitaux locaux : fichiers de RSA¹, FICHCOMPA, RAFAEL, ANO et le cas échéant FICHSUP² ;
- établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article : fichiers de RSA et de RSFA².

La transmission est mensuelle et cumulative. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement de santé producteur.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la [circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004](#) relative à l'organisation des droits d'accès à [la plate-forme d'échange é-PMSI](#).

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

Un chainage anonyme des résumés de séjour est mis en œuvre depuis 2001 ([circulaire DHOS-PMSI-2001 n°106 du 22 février 2001](#)). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation (SSR) ou psychiatrie. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel fourni par l'ATIH qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe. Les hospitalisations d'une même personne peuvent ainsi être reconnues et « chaînées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de « remonter » du numéro au patient).

¹ Se reporter au chapitre I.

² Se reporter au chapitre II.

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d'un patient donné – *i.e.* pour des variables identifiantes identiques – c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé.

Le chaînage anonyme s'est appliqué en 2001 aux RSA et RSFA. Il a été étendu aux autres recueils relatifs à la facturation (FICHCOMPA, RAFAEL) à mesure de leur création. En MCO le chaînage anonyme s'applique aujourd'hui à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements de santé publics et privés visés à l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS).

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a*, *b* ET *c* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

À titre transitoire, jusqu'à ce que les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS) facturent leur activité directement à l'Assurance maladie au titre du dispositif cible décrit dans le chapitre II, la procédure de chaînage anonyme comporte les étapes suivantes :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement de santé ; il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme ; ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- lorsque NAS et numéro du résumé de sortie standardisé (RSS) sont différents, le médecin responsable de l'information médicale produit un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro du RSS du séjour³ ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de RSS et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de RSS ou le NAS (RSS, RSF-ACE et FICHCOMP) un lien est ainsi établi entre l'enregistrement anonymisé et le numéro anonyme.

3.1.1 Création du numéro anonyme du patient

La première étape consiste en la création du numéro anonyme par les services administratifs de l'établissement de santé – bureau des admissions ou des frais de séjour – à partir de *variables identifiantes* : numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), date de naissance et sexe.

³ Se reporter au point 2.1.1 du chapitre I : « le numéro de RSS est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour. S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre ce numéro et le numéro de RSS ».

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP⁴ décrit au point 2.1.2 du chapitre II.

La création du numéro anonyme utilise un module logiciel fourni par l'ATIH nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de Chainage* (MAGIC). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN) créée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et par le Service central de sécurité des systèmes d'information⁵.

Le numéro anonyme créé est mis en relation avec le NAS. Un fichier nommé ANO-HOSP (ANO faisant référence au numéro anonyme, HOSP au NAS) est ainsi produit par le service administratif, dont chaque enregistrement :

- associe le NAS au numéro anonyme du patient ;
- et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

Le contenu et le format de ANO-HOSP ainsi que la signification des codes de retour du contrôle de conformité sont donnés dans le *Manuel d'utilisation de MAGIC*, téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit pour sa part un fichier nommé HOSP-PMSI qui établit une correspondance entre NAS et numéro de RSS⁶.

3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation

La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle utilise les programmes GENRSA⁷ et PREFACE⁸. Ils traitent en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation : RSS, FICHCOMP, RSF-ACE. Ils produisent :

- les fichiers anonymes correspondants (RSA, FICHCOMPA, RAFAEL) ;
- un fichier de chainage qui établit une correspondance entre chaque numéro anonyme et un enregistrement anonyme par l'intermédiaire d'un numéro d'index.

Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier – le fichier de chainage – qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les enregistrements

⁴ « VID » pour « variables identifiantes », l'abréviation HOSP faisant référence au NAS. Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP, se reporter au manuel d'utilisation du logiciel MAGIC diffusé par l'ATIH.

⁵ Secrétariat général de la Défense nationale (Premier ministre).

⁶ La production du fichier HOSP-PMSI ne s'impose donc pas aux établissements qui enregistrent toujours le NAS dans le RUM. Dans ce cas en effet, la correspondance entre NAS et numéro de RSS est un état de fait.

⁷ Se reporter au point 2.3 du chapitre I.

⁸ Se reporter au point 2.1.4 du chapitre II.

anonymes (RSA, FICHCOMPA, RAFAEL). Le fichier de chainage crée ainsi un lien indirect entre chaque enregistrement anonyme et le numéro anonyme correspondant.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier ANO (se reporter au chapitre II).

3.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS) ne produisent pas le fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans le RSF « A » *Début de facture*⁹.

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale les fichiers de RSF et de RSS sont soumis au logiciel AGRAF-MCO¹⁰ qui intègre la fonction FOIN. AGRAF-MCO assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RSA, RSFA) et du fichier de chainage.

Ainsi, comme dans les établissements visés aux *a*, *b* et *c*, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RSA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME É-PMSI

Dès la réception des fichiers anonymes par [la plateforme d'échange é-PMSI](#), avant d'effectuer les traitements d'exploitation des données, la fonction FOIN est appliquée une deuxième fois. Il est ainsi calculé un second numéro anonyme différent du numéro anonyme présent dans l'établissement. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entraînant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4. CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel (articles [L. 1110-4](#) et [R. 4127-4](#) du code de la santé publique (CSP), [article 226-13](#) du code pénal).

Le service ou département de l'information médicale qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles [R. 6113-1 à R. 6113-8](#) du CSP.

⁹ Se reporter au point 2.2.2 du chapitre II.

¹⁰ Se reporter au point 2.3 du chapitre I.

Conformément aux articles [R. 6113-1](#) et [R. 6113-4](#) du CSP les données recueillies pour chaque patient par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins, sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les fichiers de résumés d'unité médicale (RUM) et de résumé de sortie standardisé (RSS) sont indirectement nominatifs au regard de la [loi n° 78-17](#) du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

Dans les conditions prévues à l'article [L. 1112-1](#) du CSP les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux résumés de sortie lors des procédures de contrôle prévues par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du CSS.

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient.

Conformément aux articles [R. 6113-1](#) et [R. 6113-4](#) du code de la santé publique :

- les données sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient, et elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement ;
- le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. Dans le cadre des contrôles prévus par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro du RSS correspondant.

S'agissant de la responsabilité des acteurs hospitaliers en cas de défaut de qualité de l'information, il convient de rappeler :

- que le directeur est responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'établissement de santé ;

- que le règlement intérieur du département ou du service de l'information médicale, approuvé par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration, est de nature à fixer les responsabilités de chacun des acteurs (services administratifs, médecin responsable de l'information médicale, médecins responsables des soins...).

6. CONSERVATION DES FICHIERS

Le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSA et assure la conservation de la copie produite.

La durée de conservation de tous les fichiers, non anonymes et anonymes, d'activité et de facturation constitués au titre d'une année, est de cinq ans¹¹.

La table de correspondance entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de RSS, lorsqu'ils diffèrent, doit être conservée pendant le même temps.

¹¹ Ne pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement (article R. 6113-4 du code de la santé publique).

Le résumé d'unité médicale doit être conforme au contenu du dossier médical du patient. Les éléments qui doivent au minimum constituer ce dossier sont précisés dans l'article [R. 1112-2](#) du code de la santé publique. Les informations propres à étayer le contenu du résumé d'unité médicale doivent être présentes dans le dossier médical du patient et vérifiables dans le cadre des procédures de contrôle prévues par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale.

Il ne peut être codé dans le résumé d'unité médicale (RUM) comme diagnostics principal, relié ou associé, que des affections ou des problèmes de santé présents – « actifs » – au moment de l'hospitalisation. De même il ne peut être codé que des actes réalisés pendant l'hospitalisation.

1. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

La morbidité principale est constituée par le **diagnostic principal**, complété le cas échéant par le **diagnostic relié**.

1.1 LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Le diagnostic principal (DP) du RUM est **le problème de santé qui a motivé l'admission** du patient dans l'unité médicale (UM), **déterminé à la sortie de l'UM**.

Il résulte de cette définition qu'un problème de santé inexistant lors de l'admission dans l'UM et apparu au cours du séjour dans celle-ci ne peut jamais être le DP.

Le DP doit être déterminé conformément au guide des situations cliniques (voir *infra* le point 2) et en connaissance des possibilités de codage offertes par la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies (CIM-10)*.

Le DP peut être :

- une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX voire XXII¹ de la CIM-10 ;
- ou l'une des entités classées dans le chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes « Z »).

En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) n'est pas autorisé pour le codage du DP.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est énoncé **en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant**, y compris les résultats d'examen effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie...).

1.2 LE DIAGNOSTIC RELIÉ

Le diagnostic relié (DR) a pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du patient en termes médicoéconomiques. Sa détermination repose sur trois principes :

- il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 ;
- le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour objet du résumé ;
- le DR répond à la question : « pour quelle maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été effectuée ? ».

1) Il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 (codes « Z »). En effet, l'imprécision médicale de certains codes « Z » a parfois pour corollaire une imprécision au regard de la classification des *groupes homogènes de malades* (GHM). C'est évidemment par ce défaut que le PMSI est concerné.

Toutefois, le fait qu'un DR ne doit être mentionné que lorsque le DP est un code « Z » ne signifie pas qu'un DR est obligatoire chaque fois que le DP est un code « Z ». Notamment, le DR doit aussi respecter les deux autres principes énoncés ci-après.

2) Le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour objet du résumé.

Le DR ne peut pas être une affection aiguë. En effet, si une telle affection était présente lors de l'hospitalisation ou bien elle a été le motif de l'hospitalisation et elle est alors le DP, ou bien une autre affection a rang de DP et elle est alors un diagnostic associé². S'il s'agit d'un antécédent, l'affection n'existe plus et elle ne peut figurer dans le RUM que codée comme un antécédent, avec le chapitre XXI de la CIM-10.

¹ Un chapitre XXII a été créé lors de la mise à jour de la CIM-10 de 2003. Se reporter au site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH). Seul le code U04.9 peut être utilisé comme DP.

² La notion de diagnostic associé est développée dans le point 3 de ce chapitre.

Seule une maladie chronique en cours (« active ») au moment de l'hospitalisation ou un *état permanent* peut être mentionné comme DR. En conséquence, au terme d'un séjour conclu par la non confirmation d'une affection suspectée, celle-ci ne peut pas être codée comme DR.

Par « **état permanent** »³ on entend certaines entités classées dans le chapitre XXI de la CIM-10, telles des antécédents personnels ou familiaux (catégories Z80 et suivantes) ou des états postopératoires (stomie, présence d'implant ou de greffe, absence acquise d'un membre ou d'un organe...), éventuellement d'exceptionnels symptômes sans diagnostic étiologique (chapitre XVIII, codes « R ») : ronflement, troubles de la sensibilité cutanée, amnésie... Un état peut être qualifié de permanent dans la mesure où, lors de l'hospitalisation au cours de laquelle il est enregistré, l'état des connaissances ne permet pas de lui prévoir un terme ou autorise à estimer qu'il peut durer jusqu'à la fin de la vie du patient.

3) Le DR répond à la question : « pour quelle maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été faite ? ». Il est l'affection motivant la prise en charge indiquée par le DP. Pour autant, le rôle dévolu au DR n'est pas d'accroître le sens médical du codage (même s'il y concourt), par exemple de traduire la filiation entre causes et effets ; il est de compléter le diagnostic principal lorsqu'il est susceptible de ne pas suffire seul, **au regard de la classification des GHM**, à traduire quelle a été la prise en charge **en termes d'utilisation des moyens**.

Il résulte de ce qui vient d'être exposé qu'il existe une différence fondamentale de sens entre DR et diagnostic associé. Pour plus d'information, on verra le point 3 (*Les diagnostics associés*) de ce chapitre.

Remarque : le double codage *dague-astérisque*

Lorsque la CIM-10 offre la possibilité de coder une affection à la fois en termes étiologiques (code signalé par une *dague* : †) et de manifestation (code signalé par un astérisque : *) **les deux codes doivent être enregistrés dans le RUM**.

À partir de la version 11 des groupes homogènes de malades, lorsque cette possibilité intéresse le DP ou le DR, le code à enregistrer, du code *dague* ou du code *astérisque*, est celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge. L'autre code doit être enregistré comme diagnostic associé. **Le double codage *dague-astérisque* ne crée pas d'exception aux consignes de choix du DP ni à la définition du DR.**

2. GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES

Tous les exemples donnés ci-après présupposent que soient réunies les conditions d'admission en hospitalisation conformément à l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine,

³ Notion comparable à celle de « déficience permanente » de la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé.

chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (« arrêté prestations ») et à la circulaire n° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 (« [circulaire frontière](#) »). Aucun des exemples donnés ne saurait dispenser du respect de ces conditions. Elles sont un préalable à la production d'un RUM et, en conséquence, à l'application des règles de choix du DP.

2.1 CAS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR DIAGNOSTIC

La situation est celle d'un patient hospitalisé en raison d'une symptomatologie, pour un diagnostic étiologique. Le mot *symptomatologie* inclut les signes cliniques et les résultats anormaux d'examen complémentaires.

Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même.

2.1.1 Le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale

Lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale, elle est le DP [**règle D1**]⁴.

Exemples :

- hospitalisation en raison d'une confusion ; découverte d'une tumeur cérébrale ; DP : tumeur cérébrale ;
- hospitalisation en raison de douleurs thoraciques ; diagnostic d'angine de poitrine ; DP : angine de poitrine ;
- hospitalisation en raison d'une anémie ou pour occlusion intestinale ; découverte d'un cancer colique ; DP : cancer colique.

Dans cette situation, le codage du DP utilise les chapitres I à XVII et XIX (voire XXII⁵), de la CIM-10. Il ne fait pas appel aux codes « Z », il ne doit donc pas être mentionné de DR dans le RUM.

2.1.2 Il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie

Lorsqu'il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie, elle est le DP [**règle D2**]

Exemples :

- hospitalisation en raison de céphalées ; conclusion de sortie : « céphalées sans cause trouvée » ; DP : céphalées ;
- hospitalisation en raison d'un état de choc ; décès précoce sans diagnostic étiologique ; DP : état de choc ;
- hospitalisation en raison d'un syndrome inflammatoire ; sortie sans diagnostic étiologique ; DP : syndrome inflammatoire.

⁴ Les situations cliniques font l'objet d'une numérotation. Elles pourront ainsi être clairement identifiées, d'une part dans les réponses aux questions adressées à l'ATIH par les établissements, d'autre part dans le traitement des saisines de l'ATIH par les unités de coordination régionales en cas de différend avec un établissement dans le cadre des contrôles prévus aux articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale.

⁵ Seul son code U04.9 peut être utilisé comme DP.

La symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation et qui a été explorée est le DP, qu'elle persiste ou qu'elle ait disparu lors du séjour.

Dans cette situation le codage du DP utilise en général le chapitre XVIII de la CIM-10⁶ ; il ne fait pas appel aux codes « Z » ; il ne doit donc pas être mentionné de DR dans le RUM.

La même règle s'applique aux situations dans lesquelles le motif d'admission est **une suspicion diagnostique qui n'est pas confirmée** au terme du séjour. Dans ces situations le DP est en général la symptomatologie à l'origine de la suspicion. Rarement il peut être un code « Z » de la CIM-10⁷. Lorsque c'est le cas, la mention d'un DR est néanmoins exclue puisque l'affection n'est pas confirmée, donc inexistante.

2.1.3 Cas particuliers

La situation de *diagnostic connaît des exceptions*, ce sont les séjours (en règle générale programmés) dont le motif a été :

- l'enregistrement d'un électroencéphalogramme de longue durée : dans ce cas le code imposé pour le DP est Z04.800 *Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée* ;
- un enregistrement polygraphique : dans ce cas le code imposé pour le DP est Z04.801 *Examen et mise en observation pour polysomnographie*.

Z04.800 ou Z04.801⁸ s'imposent quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée (*idem* point 2.1.1) ou non (*idem* point 2.1.2). **[règle D3]**

L'affection diagnostiquée ou la symptomatologie explorée est mentionnée comme DR lorsqu'elle respecte sa définition.

- Exemples : hospitalisation pour enregistrement polysomnographique en raison de ronflements
- diagnostic d'apnées du sommeil : DP Z04.801, DR apnées du sommeil ;
 - pas de cause diagnostiquée : DP Z04.801, DR ronflements.

On prendra garde à l'emploi parfois inapproprié du mot « **dépistage** » dans le langage médical courant. Ce mot a dans la CIM-10 son sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les codes correspondants ne doivent donc pas être employés dans les cas de patients présentant un problème personnel de santé. **Il est erroné** de coder comme un dépistage une situation d'examen diagnostique motivé par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique, par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du *PSA*⁹, par exemple). Dans ce cas le codage du DP ne doit pas faire appel aux codes des catégories Z11 à Z13 de la CIM-10. C'est la raison des explorations qui doit être codée, telle l'antécédent (catégorie Z80 et suivantes), le facteur de

⁶ Quelques symptômes spécifiques d'un appareil sont classés dans d'autres chapitres (par exemple, *Autres signes et symptômes observés au niveau du sein* : N64.5).

⁷ Se reporter aux consignes d'emploi de la catégorie Z03 dans le chapitre V.

⁸ Codes étendus créés pour la version 11 des GHM.

⁹ Antigène spécifique de la prostate (*prostate specific antigen*).

risque ou le signe clinique ou paraclinique qui les a motivées, dans le respect du principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder. [règle D4]

La situation clinique de *diagnostic* est ainsi caractérisée par une démarche médicale de nature diagnostique. Celle-ci vise, à partir de la symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation, à établir un diagnostic étiologique (suivi ou non d'un traitement). Au terme d'un séjour correspondant à cette situation, le diagnostic étiologique a pu ou non être fait :

- soit il l'a été, et le traitement réalisé ;
Exemple : hospitalisation pour fièvre et toux ; diagnostic de pneumonie, traitement ; DP : la pneumonie
- soit il a été fait mais le traitement remis à plus tard ;
Exemple : hospitalisation d'un enfant pour une suspicion de tumeur osseuse ; diagnostic d'ostéome ; sortie du malade avec les rendez-vous de consultation préanesthésique et d'admission en chirurgie pour traitement ; DP : ostéome
- soit il n'a pas été fait de diagnostic étiologique ; la symptomatologie a été vainement explorée ; elle a pu disparaître (spontanément ou du fait d'un traitement symptomatique) ou bien elle peut persister, des investigations complémentaires étant prévues ultérieurement. On rapproche de cette situation le décès précoce survenu avant qu'un diagnostic étiologique n'ait pu être fait.

Exemples :

- hospitalisation pour douleurs abdominales ; disparition des douleurs en 48 heures, pas de cause trouvée ; DP : douleurs abdominales ;
- hospitalisation pour état de choc ; décès précoce sans diagnostic étiologique ; DP : état de choc.

2.1.4 Situations équivalentes

Sont équivalentes à celle décrite au point 2.1.1 les situations rencontrées chez un malade atteint d'une affection chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, admis pour l'un des motifs suivants.

1°) **Poussée aiguë** de la maladie chronique ou de longue durée.

Dans cette situation, le langage médical courant emploie volontiers les qualificatifs de maladie « déséquilibrée » ou « décompensée ».

Lorsque le séjour a été motivé par **une poussée aiguë** d'une maladie chronique ou de longue durée, cette maladie est le DP. [règle D5]

Exemples :

- poussée aiguë d'une maladie de Crohn ; DP : maladie de Crohn ;
- poussées hypertensives chez un hypertendu traité ; DP : HTA.

On ne doit pas confondre l'aggravation progressive d'une maladie chronique avec la situation de *poussée aiguë*. L'aboutissement d'une poussée aiguë d'une maladie chronique est en général soit le décès (par exemple, acutisation terminale d'une hémopathie maligne), soit un retour à l'état antérieur (éventuellement aggravé ; par exemple, après une poussée de sclérose en plaques, le malade peut présenter un déficit accentué). En revanche, des évolutions telles que l'accroissement du volume ou l'extension d'une tumeur, l'augmentation

de la dimension d'un anévrisme artériel ou du gradient d'un rétrécissement aortique – et toutes évolutions naturelles comparables – ne correspondent pas à la situation clinique de *poussée aigüe* au sens du recueil d'information du PMSI en MCO. La constatation de ces évolutions n'autorise pas à coder la maladie comme DP au terme des bilans : on doit se référer à la situation de surveillance (voir le point 2.3 de ce chapitre).

Il existe des exceptions au codage de l'affection chronique sous-jacente comme DP des séjours pour poussée aigüe quand la CIM-10 contient des codes *ad hoc*. [règle D6]

Exemples :

- thyrotoxicose aigüe : E05.5 ;
- acidocétose diabétique : E1-.1 ;
- maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus : J44.1 ;
- état de mal asthmatique : J46 ;
- poussée aigüe de pancréatite chronique : K85.- .

2°) Diagnostic d'une complication de la maladie chronique ou de longue durée ou de son traitement.

Lorsque le séjour a été motivé par le diagnostic d'une complication d'une maladie chronique ou de longue durée, qu'il ait ou non été suivi d'un traitement, la complication est le DP. [règle D7]

Exemples :

- hospitalisation pour palpitations d'un malade atteint d'une cardiopathie chronique ; diagnostic de fibrillation auriculaire ; DP : fibrillation auriculaire ;
- hospitalisation du même malade pour lipothymies ; diagnostic de bradycardie par effet indésirable d'un digitalique ; DP : bradycardie.

3°) Diagnostic d'une affection ou d'une lésion intercurrente, indépendante de la maladie chronique ou de longue durée.

Lorsque le séjour a été motivé par le diagnostic d'une affection ou d'une lésion intercurrente indépendante de la maladie chronique ou de longue durée, qu'il ait ou non été suivi d'un traitement, l'affection ou la lésion est le DP. [règle D8]

Exemple : hospitalisation d'un malade diabétique pour fracture du col du fémur; DP : fracture du col du fémur.

Dans ces trois situations le patient est hospitalisé pour une symptomatologie (celle de la poussée, de la complication ou de l'affection intercurrente) appelant un diagnostic étiologique. **Le DP est l'affection diagnostiquée**, c'est-à-dire la maladie en poussée aigüe, la complication ou l'affection intercurrente.

4°) Par convention on considère également comme situation équivalente le **bilan initial d'extension d'un cancer**. En matière de choix du DP on l'assimilera à la situation 2.1.1 : au terme du séjour concerné le DP est la tumeur maligne. On désigne par « bilan initial d'extension d'un cancer » le séjour au cours duquel sont effectuées les investigations suivant la découverte – le diagnostic positif – d'une tumeur maligne, qui visent à déterminer son

stade selon la classification *TNM*¹⁰ et à décider du protocole thérapeutique qui sera appliqué, bilan dit de « stadification » préthérapeutique. [règle D9]

Exemple : hospitalisation d'un patient tabagique en raison d'hémoptysies ; découverte d'un cancer bronchique, suivie du bilan de *stadification* préthérapeutique ; le DP est le cancer bronchique :

- que le bilan d'extension ait été réalisé au cours du même séjour que le diagnostic positif ou bien qu'il l'ait été au cours d'un séjour distinct ;
- quel que soit le résultat du bilan : si une métastase a été découverte, elle est une complication du DP et elle est mentionnée comme diagnostic associé significatif¹¹.

2.2 CAS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR TRAITEMENT

La situation est celle d'un patient atteint d'une affection connue, diagnostiquée antérieurement à l'admission, hospitalisé pour le traitement de celle-ci.

Les circonstances du diagnostic préalable n'importent pas : le diagnostic de l'affection a pu être fait par un médecin généraliste ou spécialiste « de ville », par un service médical d'urgence et de réanimation (SMUR), lors du passage par une structure d'accueil des urgences, lors d'un séjour précédent dans une autre unité médicale, y compris l'unité d'hospitalisation de courte durée, du même établissement de santé ou d'un autre, etc. La situation de *traitement* est présente lorsque le diagnostic de l'affection est fait au moment de l'entrée du malade dans l'unité médicale et que l'admission a pour but le traitement de l'affection.

La situation clinique de *traitement* comprend le *traitement répétitif* et le *traitement unique*.

2.2.1 Traitement répétitif

La dénomination *traitement répétitif* rassemble les traitements qui, **par nature**, imposent une administration répétitive. En d'autres termes, dès la prescription d'un traitement répétitif, le fait qu'il nécessitera plusieurs administrations est connu, un calendrier peut en général être fixé *a priori*.

Un traitement est dit répétitif soit parce que son efficacité dépend d'un cumul posologique (chimiothérapie, radiothérapie...), soit parce que, son effet s'épuisant, il doit être renouvelé (dialyse rénale, transfusion sanguine...).

L'exemple type d'un traitement répétitif est constitué par **les séances** au sens de la classification des GHM : dialyse rénale, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare¹².

Dans les situations de traitement répétitif le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (codes « Z »). [règle T1]

¹⁰ *Tumor, node, metastasis* (tumeur, nœud [ganglion] lymphatique, métastase).

¹¹ Les diagnostics associés sont le sujet du point 3 de ce chapitre.

¹² Les séances sont le sujet du chapitre VI.

Exemples :

- hospitalisations pour hémodialyse d'un insuffisant rénal chronique ; DP : dialyse extracorporelle (Z49.1) ;
- hospitalisations pour chimiothérapie d'une malade atteinte d'un cancer du sein ; DP : chimiothérapie antitumorale (Z51.1) ;
- hospitalisations pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire ; DP : transfusion sanguine (Z51.30)¹³.

Les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare, qu'il s'agisse de séances ou d'hospitalisation complète, doivent avoir pour DP le code *ad hoc* de la catégorie Z51 de la CIM-10.

Exemple : hospitalisations pour traitement répétilif par *infliximab* d'un malade atteint d'une polyarthrite rhumatoïde ; DP : autre chimiothérapie (Z51.2)¹⁴.

La règle est la même si la prise en charge, incidemment, n'a lieu qu'une fois : c'est **la nature du traitement** qui est prise en considération.

Exemples :

- patient insuffisant rénal chronique en vacances, de passage dans un établissement de santé pour hémodialyse ; DP : Z49.1 ;
- cancéreux décédé après la première cure de chimiothérapie ; le DP de celle-ci reste Z51.1.

Dans la situation de *traitement répétilif*, le DP étant un code « Z », il faut mentionner l'affection traitée comme diagnostic relié (DR) toutes les fois qu'elle respecte sa définition. C'est le cas dans les exemples ci-dessus et c'est le cas habituel puisque la situation de *traitement répétilif* concerne en général des maladies chroniques ou de longue durée.

Il existe des exceptions¹⁵ : **[règle T2]**

- le traitement de la douleur chronique rebelle : dans le cas d'un séjour dont le motif principal a été une prise en charge spécifiquement algologique, indépendante du traitement de la cause, le DP est codé R52.1 ;
- l'évacuation d'ascite : le code du DP d'un séjour dont le motif principal a été l'évacuation d'une ascite est R18.

Dans les deux cas, le DP n'étant pas un code « Z », il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

¹³ Dans ce cas, si le calendrier des séances de transfusion ne peut pas être établi *a priori*, celui des examens sanguins l'est en général (« contrôle de la numération globulaire tous les *x* mois »). Z51.30 est un code étendu créé pour la version 10c des GHM.

¹⁴ « Autre chimiothérapie » a le sens de « chimiothérapie pour autre (maladie) que tumeur » (voir la catégorie Z51 dans le volume 1 de la CIM-10).

¹⁵ Rappel : les exemples qui suivent sont des illustrations ; on ne saurait exciper d'eux pour déroger aux conditions d'hospitalisation fixées par l'arrêté « prestations » et la circulaire « frontière ».

2.2.2 Traitement unique

La notion de traitement « unique » est ainsi désignée par opposition à celle de traitement répétitif. Du point de vue du recueil d'informations du PMSI en MCO, un traitement non répétitif au sens de la situation 2.2.1 est un traitement « unique ».

Dans la situation de *traitement unique* le DP est en général la maladie traitée.

2.2.2.1 Le traitement unique peut être chirurgical [règle T3]

Dans la situation de *traitement unique* chirurgical, le DP est en général la maladie opérée.

Exemple : hyperplasie prostatique connue ; indication opératoire posée en consultation externe ; hospitalisation pour adénomectomie prostatique ; DP : adénome prostatique.

Le diagnostic résultant de l'intervention peut être différent du diagnostic préopératoire.

Exemple : même malade mais découverte, lors de l'examen anatomopathologique, d'un foyer d'adénocarcinome ; DP : cancer prostatique.

Le DP doit en effet être énoncé en connaissance de l'ensemble des informations acquises au cours du séjour (se reporter au point 1.1).

Dans cette situation, le DP n'étant pas un code « Z », il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

Cas particuliers : certaines situations de *traitement unique* chirurgical imposent pour le codage du DP l'emploi de codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM-10¹⁶. Sont spécialement dans ce cas les hospitalisations dont le motif a été l'un des suivants.

1°) Un acte de **chirurgie esthétique** : on désigne par « acte de chirurgie esthétique » toute intervention de chirurgie plastique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans son cas le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code. [règle T4]

Exemples : séjour pour...

- mise en place de prothèses internes pour augmentation du volume mammaire à visée esthétique, non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP Z41.1 ;
- rhinoplastie à visée esthétique, non prise en charge par l'assurance maladie : DP Z41.1.

S'agissant de chirurgie esthétique, par conséquent en l'absence d'affection sous-jacente, la question du diagnostic relié ne se pose pas. Toutefois, si le médecin souhaite coder le motif de la demande (certains codes de la CIM-10, en l'absence de définition, s'y prêtent : E65 *Adiposité localisée*, M95.0 *Déformation du nez*, N62 *Hypertrophie mammaire*, N64.2 *Atrophie mammaire*, etc.) il peut l'être comme DR mais pas comme diagnostic associé.

2°) Un acte de **chirurgie plastique non esthétique**, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : le DP doit être codé avec un code des chapitres I à XIX ou un code de la catégorie Z42. [règle T5]

¹⁶ Leur mode d'emploi est donné dans le chapitre V.

Exemples : séjour pour...

- mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP Z42.1 ;
- rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP J34.2.

Au terme des séjours pour chirurgie plastique réparatrice (chirurgie plastique non esthétique), la question du DR ne se pose, par définition, que lorsque le DP est un code « Z ».

Exemples :

- séjour de mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie : DP Z42.1 ; DR Z90.1¹⁷ ;
- séjour pour rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : DP J34.2, pas de DR.

3°) Une intervention dite *de confort* : on désigne par « intervention *de confort* » tout acte médicotechnique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autre que la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*¹⁸, à l'exclusion de tout autre code. [règle T6]

S'agissant d'intervention *de confort* la règle est la même que pour la chirurgie esthétique. Si le médecin souhaite coder le motif de la demande il peut l'être comme DR mais pas comme diagnostic associé (par exemple, hospitalisation pour traitement chirurgical de la myopie : DP Z41.80, DR H52.1 *Myopie*).

Il ne s'impose pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique ou bien de décider qu'une intervention est *de confort*. Il s'agit d'un choix qui est d'abord de la responsabilité du médecin qui a opéré le malade, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

4°) Une intervention¹⁹ motivant une prise en charge dont le codage fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z48. [règle T7]

Exemples :

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

Lorsque l'affection ayant motivé la prise en charge n'existe pas (opération prophylactique, Z40) ou n'existe plus (telle la sigmoïdite diverticulaire lors du rétablissement

¹⁷ La plupart des séjours pour intervention plastique réparatrice des séquelles d'une lésion traumatique ou d'une perte de substance postopératoire font en effet appel à la catégorie Z42 pour le codage du DP. Le DR peut être un code Z s'il correspond, tel Z90.1, à un « état permanent » (se reporter au point 1.2).

¹⁸ Code étendu créé pour la version 10 de la classification des *groupes homogènes de malades*.

¹⁹ Rappel : dans la mesure où elle justifie une hospitalisation conformément à l'arrêté « prestations » et à la circulaire « frontière ».

de la continuité), par définition **elle n'a pas sa place dans le RUM** (sinon éventuellement comme donnée à visée documentaire²⁰).

La règle est la même lorsque s'impose une « reprise » d'un traitement « unique » ou lorsque celui-ci se déroule en deux temps : c'est **la nature du traitement** qui est prise en considération²¹.

Exemples :

- femme ayant récemment subi une mastectomie pour cancer ; examen anatomopathologique de la pièce : berges douteuses ; réhospitalisation pour réintervention de complément ; il s'agit d'un *traitement unique* (par nature, la mastectomie est un traitement unique) en deux temps et le DP du second séjour est encore le cancer du sein, que la nouvelle pièce opératoire montre ou non des cellules tumorales ;
- hospitalisation pour colectomie pour diverticulose ; réintervention à J6 pour abcès périanastomotique ; la situation est néanmoins de *traitement unique* (la colectomie est par nature un traitement unique) et le DP reste la diverticulose du côlon ;
- hospitalisation pour pneumonectomie pour cancer ; réintervention à J3 pour décaillottage de la cavité ; la situation est néanmoins de *traitement unique* (la pneumonectomie est par nature un traitement unique) et le DP reste le cancer du poumon²².

2.2.2.2 Le traitement unique peut être « interventionnel » : acte thérapeutique par voie endoscopique ou endovasculaire, imagerie interventionnelle. **[règle T8]**

Exemples :

- hospitalisation pour embolie artérielle d'un membre supérieur ; désobstruction par voie artérielle transcutanée ; le DP est l'embolie artérielle ;
- hospitalisation pour lithiase biliaire ; traitement par voie transcutanée avec guidage échographique, ou par lithotritie ; le DP est la lithiase.

On rappelle qu'un acte medicotechnique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autre que la chirurgie esthétique, est considéré comme une « intervention *de confort* ». Le DP du séjour doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*, à l'exclusion de tout autre code. **[règle T6]**

2.2.2.3 Le traitement unique peut être médical

1°) Dans la situation de *traitement unique* médical, le DP est aussi l'affection traitée. **[règle T9]**

Exemples :

- hospitalisation en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) d'un malade atteint d'un infarctus du myocarde ; diagnostic et thrombolyse effectués par le SMUR ; le DP de l'USIC est l'infarctus (prise en charge initiale) ;
- hospitalisation d'un malade atteint d'une pneumonie ; diagnostic fait « en ville » par le médecin généraliste ; DP : la pneumonie.

²⁰ Voir le point 5 de ce chapitre.

²¹ On rappelle la définition d'un traitement répétitif et le fait que, pour le recueil d'information du PMSI en MCO, un traitement non répétitif est un traitement *unique*.

²² Dans les deux derniers exemples la règle de choix du DP est confortée par sa définition : la complication, survenant en cours de séjour, ne peut être qu'un diagnostic associé.

Le DP n'étant pas un code « Z », il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

2°) Il existe des exceptions :

- la curiethérapie à bas débit de dose et les irradiations en dose unique : le DP doit être codé Z51.01, comme dans les autres cas d'irradiation externe et interne ; **[règle T10]**
- les soins palliatifs : dès lors que leur définition est respectée²³ le DP doit être codé Z51.5. **[règle T11]**

Au terme des séjours pour curiethérapie à bas débit de dose, irradiation en dose unique ou pour soins palliatifs, le diagnostic relié est l'affection qui a motivé la prise en charge.

Exemples :

- séjour pour curiethérapie à bas débit de dose pour cancer de la prostate : DP Z51.01, DR C61 ;
- séjour de soins palliatifs pour cancer du corps utérin en phase terminale : DP Z51.5, DR C54.– ;
- séjours de soins palliatifs pour sida avec cachexie : DP Z51.5, DR B22.2.

2.2.3 Situations équivalentes

On assimile à la situation de *traitement unique* les circonstances suivantes relatives à la mère et au nouveau-né.

1°) **Accouchement normal** : on désigne ainsi un accouchement en présentation du sommet sans complication, survenu chez une femme indemne de toute morbidité. Le DP du séjour est codé O80.0 *Accouchement spontané par présentation du sommet*. **[règle T12]**

2°) **Naissance d'un enfant normal** : le DP du séjour du nouveau-né est codé avec la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*. **[règle T13]**

2.3 CAS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR SURVEILLANCE

La situation est celle d'un patient atteint d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement déjà traitée (antérieurement traitée ou en cours de traitement), hospitalisé pour la surveillance de celle-ci.

Par séjour de surveillance on entend tout séjour²⁴ visant au suivi médical d'une affection, à faire le point sur son évolution ou sur l'adéquation de son traitement, affection diagnostiquée antérieurement au séjour et déjà traitée (précédemment opérée, par exemple) ou en cours de traitement. La situation de surveillance correspond à l'appellation courante de « bilan ». Elle concerne en général des prises en charge « à froid », le plus souvent programmées (par exemple, surveillance régulière systématique d'une maladie chronique ou de longue durée) et exclut une hospitalisation qui serait imposée sans délai par une évolution

²³ Références : articles [L. 1110-10](#) du code de la santé publique, [Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-98](#) du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, [Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs](#) (Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé – ANAES – décembre 2002), [Circulaire DHOS/O2 n° 035601 du 5 mai 2004 et guide annexé](#), [Circulaire n° DHOS/O2/2008/99](#) du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

²⁴ Rappel : dans la mesure où l'hospitalisation est justifiée conformément à l'arrêté « prestations » et à la circulaire « frontière ».

aigüe de l'affection à surveiller. Au terme du séjour, des investigations ultérieures peuvent être programmées ou des décisions thérapeutiques prises : institution, poursuite ou modification d'un traitement, indication opératoire, etc.

La situation clinique de *surveillance* comprend la *surveillance négative* et la *surveillance positive*.

2.3.1 Surveillance négative

Lorsqu'il n'est pas découvert d'affection nouvelle la surveillance est dite *négative*, le DP est un code « Z ». [règle S1]

Exemple : bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH²⁵ ; absence d'affection nouvelle ; DP : code « Z » de surveillance.

Le codage du DP dans les situations de *surveillance négative* utilise le plus souvent les rubriques suivantes de la CIM-10 :

- les catégories Z08 et Z09 ;
- les catégories Z34, Z35, Z39 pour l'antepartum et le postpartum ;
- les codes Z38.– pour la surveillance des nouveau-nés ;
- la catégorie Z43 pour la surveillance des stomies ;
- les catégories Z44 à Z46 pour la surveillance de certaines prothèses ;
- Z71.3 pour la surveillance des affections nutritionnelles ou métaboliques, Z71.4 et Z71.5 pour celle des addictions ;
- la catégorie Z94 pour la surveillance des greffes ;
- les codes Z95.1 à Z95.8 pour la surveillance des porteurs de pontage et de stent coronaires, de prothèse valvulaire cardiaque ou « d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires ».

Leurs consignes d'emploi sont indiquées dans le point 13 du chapitre V.

Les codes de la catégorie Z94 s'imposent en position de DP dans les situations de surveillance négative d'un patient transplanté, c'est-à-dire pour tous les séjours de surveillance postgreffe au terme desquels il n'est pas diagnostiqué de complication ni d'autre affection. [règle S2]

De même, les codes de la catégorie Z95 s'imposent en position de DP dans les situations de surveillance négative d'un patient porteur d'un implant ou d'une greffe cardiovasculaire compris dans la catégorie. [règle S3]

Dans une situation de *surveillance négative* l'affection surveillée doit être enregistrée comme DR lorsqu'elle respecte sa définition.

Exemple : bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH ; absence d'affection nouvelle ; DP : code « Z » de surveillance, DR : l'infection par le VIH (maladie chronique, présente lors du séjour, objet de la surveillance) ;

²⁵ [Circulaire DHOS/M2A/DGS/RI2 n° 2007-415](#) du 19 novembre 2007.

La règle est la même lorsque, au lieu d'une maladie à surveiller, c'est l'existence de facteurs de risque personnels ou familiaux qui a motivé l'hospitalisation.

Exemple : surveillance pour antécédent familial de cancer ; « bilan » négatif ; DP : code Z80.–²⁶.

2.3.2 Surveillance positive

Lorsqu'une affection nouvelle respectant la définition du DP est découverte, la surveillance est dite *positive*. Le DP est l'affection diagnostiquée. **[règle SD1]**

Exemple : bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH ; découverte d'un sarcome de Kaposi ; DP : sarcome de Kaposi.

En effet, l'affection diagnostiquée est en règle générale une complication de la maladie surveillée ou de son traitement, ou une récurrence : **la situation de surveillance positive est ainsi équivalente à celle de *diagnostic*** (se reporter au point 2.1.4).

Il en est de même lorsque, au lieu d'une maladie, c'est l'existence de facteurs de risque personnels ou familiaux qui a motivé la surveillance.

Exemple : « bilan » ORL, pneumologique et hépato-gastro-entérologique d'un alcoolisme et d'un tabagisme ; découverte d'un cancer bronchique ; DP : cancer bronchique, pas de DR.

2.3.3 Situations équivalentes

On assimile à la situation de **surveillance négative** les circonstances suivantes. Après accouchement dans un établissement de santé A, une mère et son nouveau-né sont transférés dans un établissement de santé B pour les soins du postpartum (soins standard, pas de complication, nouveau-né normal) ; en B : **[règle S4]**

- le DP du RUM de la mère est codé Z39.0 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement*,
- le DP du RUM du nouveau-né est codé avec la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* ;

On assimile à la situation de **surveillance positive** les cas de séjours motivés par un antécédent de cancer, au cours desquels est découverte une récurrence. La tumeur récidivante est le DP. La notion de *récurrence* est réservée aux cas de cancer : **[règle SD2]**

- non métastatique d'emblée ;
- dont les séquences thérapeutiques constituant le traitement initial sont terminées ;
- considéré comme étant en rémission complète avant la découverte de la récurrence²⁷.

Il résulte de la définition de la situation de surveillance que la modification, l'adaptation, au terme du séjour, du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, antérieurement traitée ou en cours de traitement, ne transforme pas une

²⁶ Pas de DR dans ce cas puisqu'il s'agit d'antécédents familiaux : le malade n'est pas atteint d'une affection correspondant à la définition du DR.

²⁷ Bulletin du cancer, 2001, 88 (2).

situation de surveillance négative en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection surveillée comme DP. Les prescriptions (examens paracliniques, modification du traitement) consécutives des constatations ou investigations faites au cours d'un séjour pour surveillance font partie de la surveillance.

2.3.4 Remarque à propos de la notion de « bilan »

Le mot « bilan » est un faux ami aux sens multiples. Le langage médical courant l'emploie en effet dans des situations diverses. Par exemple :

- « bilan de céphalées » aboutissant au diagnostic de tumeur cérébrale (ou à toute autre étiologie) ou à l'absence de diagnostic : sens de « bilan diagnostique » renvoyant à la situation de *diagnostic* (2.1) ;
- « bilan de cirrhose » conduisant au diagnostic d'hépatocarcinome ou à l'absence de découverte nouvelle ; bilan d'un « alcoolotabagisme » ou d'antécédents familiaux de cancer : sens de « bilan de surveillance » renvoyant à la situation de surveillance (2.3).

En conséquence, **devant le mot *bilan*, il faut se garder d'en déduire par réflexe un codage en Z du DP.** La mention de ce mot dans la description d'un séjour hospitalier ne constitue jamais une aide au choix du DP et l'analyse doit toujours être faite en termes de situation clinique. Il faut déterminer quel était le but du bilan. Il est parfois diagnostique, et son codage alors **n'emploie pas un code « Z »** : situation de *diagnostic* (2.1). Il est souvent de surveillance : en cas de *surveillance positive* (situation 2.3.2) son codage **n'emploie pas un code « Z »**, il ne le fait qu'en cas de *surveillance négative* (situation 2.3.1). Il peut être aussi prétendu « de dépistage » et l'on relira à ce propos le point 2.1.2.

Le bilan d'un cancer : le but d'un bilan peut aussi être de déterminer l'extension d'une tumeur maligne. Le bilan d'un cancer peut être fait dans deux situations :

- dans les suites du diagnostic positif : c'est la situation de bilan initial d'extension d'un cancer, dite de *stadification* préthérapeutique, traitée dans le point 2.1.4 ;
- à distance du diagnostic positif et du bilan initial d'extension préthérapeutique : surveillance (habituellement programmée) au cours du traitement, à son terme ou ultérieurement en période de rémission ; il s'agit de la situation de *surveillance* décrite dans le point 2.3 ; les règles de choix du DP sont celles qui ont été énoncées.

Exemples : surveillance d'un cancer du sein au cours ou au terme d'une chimiothérapie...

– découverte d'une métastase osseuse ; situation de *surveillance positive* (2.3.2) : le DP est la métastase ;

– pas d'affection nouvelle ; situation de *surveillance négative* (2.3.1) : DP : surveillance (ici code Z08.–) ; le cancer du sein est le DR.

En conclusion, un séjour pour bilan d'un cancer renvoie à deux types de situation clinique qui dictent le choix du DP :

- bilan initial de *stadification* préthérapeutique : situation équivalente à celle de *diagnostic* (2.3.1) ; quel que soit son résultat le DP est le cancer primitif ; il n'y a pas de DR ;
- autres bilans : situations de *surveillance négative* ou *positive* (2.3) ; le DP est un code « Z » ou une affection nouvelle (telle une métastase), il n'est jamais le cancer primitif ; celui-ci est enregistré en position de DR lorsque la surveillance est *négative* puisque dans cette situation le DP est un code « Z ».

Il ne s'impose pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre cancer et antécédent de cancer. Ce diagnostic est d'abord de la compétence du médecin qui a dispensé les soins.

2.4 MALADIES CHRONIQUES ET DE LONGUE DURÉE

Les trois situations cliniques de diagnostic, de traitement et de surveillance s'appliquent sans particularité aux maladies « au long cours » :

- au terme d'un séjour motivé par les premiers symptômes d'une maladie chronique ou de longue durée aboutissant à son diagnostic initial (2.1.1) ou lors des situations équivalentes (2.1.4) les règles relatives à la situation de *diagnostic* s'appliquent : le DP est la maladie diagnostiquée ;
- lorsqu'un malade atteint d'une maladie chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisé pour traitement, les règles relatives à la situation 2.2 s'appliquent : le DP est la maladie traitée ou un code « Z » ;
- lorsqu'un malade atteint d'une maladie chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisé pour surveillance, les règles relatives à la situation 2.3 s'appliquent : le DP est un code « Z » de surveillance ou la nouvelle affection découverte.

NB : les prises en charge pour *mise en route* ou pour *adaptation* du traitement d'une maladie chronique ou de longue durée ne font pas exception aux règles. La *mise en route* du traitement renvoie à l'une des deux situations suivantes :

- situation de *diagnostic* (2.1.1) lorsque la mise en route accompagne le diagnostic initial (voir p. 41 : « Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même ») ; la maladie diagnostiquée et dont le traitement est mis en route est le DP (il n'y a pas de DR) ;
- situation de traitement (2.2) lorsque la mise en route a lieu au cours d'un séjour particulier, postérieur à celui du diagnostic : traitement unique (le DP est alors la maladie, pas de DR) ou première administration d'un traitement répétitif (dans ce cas le DP est un code « Z », le DR est la maladie traitée).

À propos de l'*adaptation* du traitement, on rappelle que la modification du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, antérieurement traitée ou en cours de traitement, au terme d'un séjour de surveillance, ne transforme pas celle-ci en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection surveillée comme DP. Les modifications de traitement conséquences des constatations ou investigations faites au cours d'un séjour pour surveillance font partie de la surveillance.

On rappelle aussi que des évolutions telles que l'accroissement du volume ou l'extension d'une tumeur, l'augmentation de la dimension d'un anévrisme artériel ou du gradient d'un rétrécissement aortique, et toutes les évolutions naturelles comparables, n'autorisent pas à coder la maladie comme DP au terme des bilans : on doit se référer à la situation de surveillance.

2.5 QUE FAIRE SI L'ANALYSE EN TERMES DE SITUATION CLINIQUE PROPOSE PLUS D'UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL ?

Le DP étant le problème de santé **qui a motivé l'admission**, une telle circonstance ne peut être que rare. Le DP, déterminé à la sortie de l'UM, serait alors à celui des problèmes qui a mobilisé l'essentiel des efforts de soins.[**règle M1**]

Dans le cas où les deux problèmes auraient mobilisé des efforts d'importance comparable, c'est-à-dire dans le cas de prises en charge **équivalentes, et dans ce cas seulement**²⁸, le choix du DP parmi les *ex æquo* est laissé à l'établissement de santé.[**règle M2**]

L'affection qui n'est pas retenue comme DP est un DAS.

EN CONCLUSION : le diagnostic principal du RUM dépend de la situation clinique. Les situations cliniques sont au nombre de trois :

- diagnostic ;
- traitement ;
- surveillance négative (la surveillance positive équivalant à la situation de diagnostic).

3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

On distingue les diagnostics associés significatifs et les diagnostics associés par convention.

3.1 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP – ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR –, et constituant :

- un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ;
- ou une complication de la morbidité principale ;
- ou une complication du traitement de la morbidité principale.

Un diagnostic associé est dit significatif :

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

Par *prise en charge diagnostique* on entend la mise en œuvre des moyens nécessaires au diagnostic d'une affection nouvelle (par exemple, une affection aigüe intercurrente) ou au « bilan » d'une affection préexistante, tels que :

- la consultation auprès du patient d'un médecin ou d'un auxiliaire médical spécialisé (par exemple, la consultation d'un *tabacologue* auprès d'un malade hospitalisé pour angine de

²⁸ Dont la réalité doit être contrôlable dans le dossier du malade : le RUM doit être conforme au contenu du dossier médical du patient.

poitrine ou l'interrogatoire alimentaire d'un malade obèse ou diabétique par une diététicienne...);

- la réalisation d'investigations médicotéchniques quelle que soit leur nature (biologie, imagerie, explorations fonctionnelles, endoscopie...).

Par *prise en charge thérapeutique* on entend la réalisation d'un traitement :

- traitement médicamenteux quelles qu'en soient la posologie et la voie d'administration, y compris la simple poursuite d'un traitement suivi à domicile ;
- acte thérapeutique médicotéchnique (traitement chirurgical, perendoscopique, par voie endovasculaire, etc.) ;
- acte thérapeutique d'auxiliaire médical : soins d'escarre, prescriptions ou préparations diététiques, kinésithérapie...

Par *majoration de l'effort de prise en charge d'une autre affection* on entend l'augmentation imposée par une affection B de l'effort de soins relatif à une affection A enregistrée comme DP, DR ou DAS, par rapport à ce qu'il aurait dû être en l'absence de B. Si l'affection B, quoique non prise en charge à titre diagnostique ou thérapeutique, a néanmoins alourdi la prise en charge de A, alors B est un DAS.

Exemple : prise en charge pour une affection médicale ou chirurgicale (affection A) d'un patient atteint d'un handicap psychique ou physique sévère (affection B) : autisme, infirmité motrice cérébrale, état grabataire....

Les informations attestant de la majoration de l'effort – de la dispensation de soins supplémentaires du fait de B – doivent figurer dans le dossier médical du patient.

Peut ainsi être considéré comme un diagnostic associé significatif un état de santé ayant accru la charge en soins ou des conditions socioéconomiques ayant justifié une prise en charge particulière²⁹.

Lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique ou de longue durée en cours de traitement est hospitalisé pour un autre motif (par exemple, fracture de jambe chez un cardiaque, pneumonie chez un diabétique...) la maladie chronique ou de longue durée est *naturellement* un DAS, à moins qu'elle n'ait pas bénéficié d'une surveillance et que son traitement ait été interrompu pendant le séjour.

Lorsque la CIM-10 offre la possibilité de coder un DAS à la fois en termes étiologiques (code signalé par une *dague* : †) et de manifestation (code signalé par un astérisque : *) **les deux codes doivent être enregistrés dans le RUM.**

Exemples de situations dans lesquelles un problème de santé correspond à la définition d'un DAS :

- survenue d'une cystite aiguë à colibacille au cours d'une hospitalisation dont le motif principal est autre : la cystite, diagnostiquée et traitée, est un DAS ; la prise en charge est ici diagnostique et thérapeutique ;

²⁹ Les soins, la prise en charge doivent être mentionnés dans le dossier médical (*idem* note 28).

- diabétique stable hospitalisé pour un autre motif principal : le diabète est un DAS car glycémie et glycosurie sont surveillées et le traitement est évidemment poursuivi ; la prise en charge est diagnostique (surveillance de la glycémie et de la glycosurie) et thérapeutique ;
- malade atteint d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs hospitalisé pour un autre motif ; à l'occasion du séjour, une échographie doppler artérielle est faite à titre de « bilan » ; l'artériopathie est un DAS ; la prise en charge est ici diagnostique ;
- difficultés psychologiques et sociales chez une accouchée récente, ayant nécessité une prise en charge spécialisée (psychologue, assistante sociale...) : les difficultés sont un DAS³⁰. La prise en charge est ici diagnostique et thérapeutique.

Il apparaît ainsi une différence fondamentale de sens entre les notions de DAS et de diagnostic relié (DR). Le premier correspond à une affection ou à un problème de santé supplémentaire, venant en sus de la morbidité principale ou la compliquant ou compliquant son traitement, alors que le DR est une information, une précision qui fait partie de la morbidité principale³¹.

Ne doivent pas être retenues comme significatives les affections ne respectant pas la définition, par exemple les antécédents guéris, les maladies stabilisées ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge, mais également les symptômes, les résultats anormaux d'examen ou les syndromes inhérents à une affection codée par ailleurs dans le résumé d'unité médicale.

L'enregistrement dans le résumé d'unité médicale d'une affection correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire.

Les informations attestant des prises en charge en rapport avec chaque DAS, notamment les comptes-rendus des interventions de médecins ou d'auxiliaires médicaux, doivent figurer dans le dossier médical conformément à l'article [R. 1112-2](#) du code de la santé publique.

3.2 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS PAR CONVENTION

Les diagnostics associés (DA) par convention ne répondent pas forcément à la définition précédente mais ils doivent être enregistrés comme DA du fait des consignes de codage propres au PMSI en MCO. Les cas de DA conventionnels sont :

- le double codage *dague-astérisque* : lorsque le diagnostic principal (DP) ou le diagnostic relié (DR) du RUM est un code *astérisque* (*), le code *dague* (†) doit être enregistré comme DA, et inversement ;
- les séquelles : lorsque le DP est une manifestation séquellaire d'un problème ancien, la nature de la manifestation doit être enregistrée comme DP et le code « séquelles de... » comme DA (voir le point 2 du chapitre V) ;

³⁰ Voir notamment les catégories Z55-Z65 de la CIM-10 et les explications données à leur propos dans le chapitre suivant.

³¹ Jusqu'à la version 6.7 de la *fonction groupage*, un code en position de DR était automatiquement « récupéré » pour le groupage comme un diagnostic associé significatif ; ce n'est plus le cas depuis la version 7.9 et un code figurant en position de DR n'est donc plus pris en considération lors du groupage, par les tests sur la présence d'une *complication ou morbidité associée* (CMA, voir la note 32).

- l'interruption de la grossesse : en cas d'interruption volontaire, le code Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* doit être enregistré comme DA ; en cas d'interruption pour motif médical, c'est un code O28.– *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* qui doit l'être (voir le point 6 du chapitre V) ;
- l'antepartum et l'accouchement : pour un classement dans les *groupes homogènes de malades (GHM) ad hoc*, l'antepartum doit être enregistré comme DA par un code Z35.– *Surveillance d'une grossesse à haut risque*, l'accouchement par un code Z37.– *Résultat de l'accouchement* (se reporter au *Manuel des groupes homogènes de malades*) ;
- le transfert pour ou après la réalisation d'une prestation interétablissement : l'établissement de santé demandeur doit associer Z75.80 *Personne adressée dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte* comme DA, au codage de la prestation extérieure (se reporter au point 3 du chapitre I) ;
- la violence routière : si un ou des facteurs favorisants étaient présents au moment de l'accident, ils doivent être enregistrés comme DA (voir le point 9 du chapitre V) ;
- l'emploi du chapitre XX de la CIM-10 : les codes « V », « W », « X » et « Y » *Causes externes de mortalité et de morbidité* sont toujours enregistrés comme DA.
- la non réalisation des soins pour lesquels le patient a été admis, pour un des motifs classés dans la catégorie Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués* de la CIM-10 ; le code Z53.– correspondant au motif est enregistré comme DA.

En outre, s'agissant des **enfants nés sans vie**, la cause de la mort sera enregistrée comme DA, que son identification ait donné lieu à des investigations (par exemple, anatomocytologiques) ou non.

Il est essentiel que le RUM décrive le plus exactement possible le séjour du patient, notamment sans oublier aucun DA :

- pour ne pas prendre le risque d'omettre une *complication ou morbidité associée* (CMA) ou une complication spécifique d'une catégorie majeure de diagnostic ;
- parce que, du fait des listes d'exclusions³², il ne suffit pas que le résumé de sortie standardisé mentionne un DA appartenant à la liste des CMA pour être classé dans un GHM « avec CMA » ;
- parce que la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est – et, de façon générale, de l'état de la classification des GHM – à un moment donné, expose à s'interdire la possibilité de comparer son activité dans le temps ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des DA dans les bases nationales de RSA est nécessaire pour faire évoluer la classification des GHM afin qu'elle reflète le mieux possible les pratiques, génératrices des charges financières des établissements de santé ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des DA (comme de toutes les informations du RUM) dans les bases régionales et nationales de RSA est nécessaire à la qualité des analyses effectuées sur celles-ci pour des objectifs d'organisation de l'offre de soins et de santé publique.

³² Pour des informations sur les notions de CMA et de listes d'exclusions on se reportera à la présentation générale du *Manuel des GHM*.

Des diagnostics associés peuvent être omis ou codés avec une précision insuffisante au regard des possibilités de la CIM-10 parce qu'ils sont sans rapport avec la spécialité de l'unité médicale qui produit le RUM. Mais celui-ci n'a pas pour objectif un recueil d'informations limité à la discipline de l'unité. Il importe qu'il résume **le séjour réel** du patient, y compris le cas échéant les soins liés à des problèmes situés hors du champ de cette discipline, sans omission et avec une précision homogène.

4. LES ACTES

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

Les règles d'utilisation de la CCAM sont précisées dans un [Guide de lecture et de codage](#) propre à cette nomenclature, publié au *Bulletin officiel*³³. La CCAM et son guide sont téléchargeables sur les sites Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH) et de [l'Assurance maladie](#).

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'entrée et de sortie, peuvent être enregistrés dans le RUM. Un acte réalisé avant une hospitalisation, ou bien programmé au cours d'une hospitalisation mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire ou en externe, par exemple), ne doit pas être enregistré dans la zone des actes du RUM du séjour³⁴.

Cette règle connaît une exception : les prélèvements d'organes ou de tissus chez les patients décédés, auxquels s'ajoute par voie de conséquence l'acte *Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe* (code EQMF003). Dans leur cas, les actes effectués le lendemain du décès peuvent être enregistrés dans le RUM. En d'autres termes, pour un malade décédé le jour J – dont la date de sortie enregistrée dans le RUM est J –, des actes de prélèvement d'organes ou de tissus effectués à J+1 sont enregistrés dans le dernier RUM du séjour³⁵.

Le codage d'un acte avec la CCAM associe les informations suivantes³⁶ :

- son code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- la phase : presque toujours codée « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- l'activité : toujours codée « 1 » au minimum mais, pour un acte donné, la saisie de tous les codes d'activité est obligatoire ;
- le nombre de réalisations de l'acte ;
- la date de réalisation de l'acte ;

³³ La CCAM et son guide sont téléchargeables sur [le site Internet de l'ATIH](#).

³⁴ Ce qui ne s'oppose pas à ce qu'il le soit éventuellement dans la zone des *données à visée documentaire*.

³⁵ Il en sera de même pour l'autopsie médicale, dès lors que les actes en rapport seront inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux*.

³⁶ Auxquelles s'ajoutent des informations propres à la facturation (modificateur, remboursement exceptionnel, association d'actes).

- une éventuelle extension documentaire³⁷.

L'enregistrement de la date de réalisation est obligatoire pour les actes d'accouchement.

Le nombre de réalisations de chaque acte pendant le séjour dans l'unité médicale doit être saisi dans le RUM car cette information peut être utilisée dans le cadre des procédures de financement de l'activité qui tiennent compte, pour certains actes (notamment ceux dits *de suppléance vitale*), de leur répétition³⁸.

En cas de renseignement de la variable « date de réalisation » :

- la variable « nombre de réalisations de l'acte » est égale à 1 à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;
- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant le séjour, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte », une par jour de réalisation de l'acte.

L'ensemble des informations enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du format du RUM.

Passage dans une structure d'accueil des urgences suivi d'hospitalisation : quand un patient est hospitalisé dans une unité médicale de MCO à l'issue d'un passage sans hébergement par la structure d'accueil des urgences du même établissement de santé, les actes effectués dans cette structure sont reportés dans le RUM de l'unité médicale où est hospitalisé le patient après sa prise en charge par les urgences³⁹.

L'enregistrement dans le résumé du séjour, lorsqu'ils ont été réalisés, des actes *classants* de la classification des GHM, y compris les gestes d'anesthésie³⁷, est obligatoire.

Les résumés de sortie des séjours de moins d'une journée (*i.e.* dont les dates d'entrée et de sortie sont égales) doivent enregistrer **tous les actes réalisés** dès lors qu'ils sont répertoriés dans la CCAM, y compris s'il ne s'agit pas d'actes classants au sens de la classification des GHM.

Dans les résumés de sortie des séjours de un jour et plus (*i.e.* dont les dates d'entrée et de sortie différent de 1 ou plus), la mention des actes classants ne constitue cependant qu'un minimum. L'évolution des pratiques médicales, de la classification des GHM et de la valorisation de l'activité est susceptible de rendre d'autres actes discriminants (« marqueurs ») en termes de prise en charge. Il est fortement recommandé d'étendre le recueil à tous les actes répertoriés dans la CCAM.

³⁷ Lorsqu'un acte a été réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale, la saisie du code d'activité « 4 » ou du geste complémentaire peut être indispensable au classement correct du RSS dans un GHM.

³⁸ Elle peut par ailleurs être mise à profit pour une utilisation interne aux établissements et pour servir des objectifs de santé publique.

³⁹ Il est rappelé que dans le cas d'un patient s'étant présenté un jour J dans la structure d'accueil des urgences, hospitalisé à J+1 depuis celle-ci dans une unité médicale de MCO du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J (se reporter aux informations relatives à la date d'entrée du RUM dans le chapitre I).

Les modalités techniques d'enregistrement des actes consistent aujourd'hui dans la plupart des établissements de santé, à terme dans tous, en une saisie sur le lieu de leur réalisation, alimentant un « serveur d'actes » dans lequel les codes et autres informations sont prélevées pour la production des RUM. Elles permettent un enregistrement exhaustif des actes réalisés inscrits dans la CCAM. La connaissance des actes classants est indispensable à l'évolution des groupes chirurgicaux et de ceux qui dépendent des actes classants non opératoires, mais celle des actes non classants l'est autant pour l'évolution des groupes « médicaux ». La connaissance la plus complète possible des actes médicotechniques réalisés au cours des hospitalisations est en effet nécessaire à l'analyse des résumés de sortie et à l'identification d'actes marqueurs.

5. LES DONNÉES À VISÉE DOCUMENTAIRE

Leur saisie est facultative. Les données à visée documentaire (DAD) ne modifient pas le classement en *groupes homogènes de malades* et ne sont pas incluses dans le résumé de sortie anonyme : au contraire des diagnostics associés, elles ne sont donc pas transmises à l'agence régionale de santé. Une DAD peut être n'importe quelle information : un chiffre, un code d'acte ou de diagnostic ou du langage naturel. Si des nomenclatures de codage sont employées, elles peuvent être celles du PMSI ou n'importe quelle autre.

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10

La dixième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'ouvrage de référence pour le codage des *diagnostics* du résumé d'unité médicale (RUM)¹. Sa table analytique (chapitres I à XXII²) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée. Le recueil standard d'informations du PMSI utilise aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère.

Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la CIM-10 et selon les extensions nationales données dans la plus récente version du *Manuel des groupes homogènes de malades* publié au *Bulletin officiel*.

Les règles et directives concernant le codage de la morbidité sont exposées dans la partie 4.4 du volume 2 de la CIM-10. Toutefois :

1) Trois de ces directives sont incompatibles avec les règles du recueil d'informations du PMSI en MCO :

- celle selon laquelle « Si, à la fin de l'épisode de soins, l'affection principale est toujours qualifiée de suspectée, douteuse, etc., et s'il n'y a pas d'autres informations ou explications, le diagnostic suspecté sera codé comme s'il était certain » (volume 2 page 103³) ; en effet, dans cette situation il faut interroger le médecin qui a donné les soins ou consulter le dossier du patient pour obtenir les informations nécessaires au respect des règles exposées dans le guide des situations cliniques (point 2 du chapitre IV) ;
- celle qui concerne le codage des affections multiples : « Lorsque des affections multiples sont enregistrées dans une catégorie intitulée "...multiples", et qu'aucune d'elles ne prédomine, le code pour la catégorie "...multiples" doit être utilisé de préférence, et des codes supplémentaires facultatifs peuvent être ajoutés pour chacune des affections

¹ Se reporter au point 2.1 du chapitre I.

² Un chapitre XXII a été créé lors de la mise à jour de 2003. Se reporter au site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

³ Dans l'ensemble de ce chapitre, les numéros de page renvoient à l'édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM-10) ; OMS éd.

mentionnées » (volume 2 page 103). Cette recommandation privilégie le code « ...multiples » et considère comme facultatifs les codes précis correspondant à chacune des lésions ou affections. Ce sont au contraire ces derniers qui doivent être enregistrés dans le résumé de sortie, le code « ...multiples » n'ayant pas de raison d'être saisi (sinon éventuellement comme donnée à visée documentaire⁴). Le choix du diagnostic principal (DP) en cas d'affections multiples est traité dans le chapitre IV (point 2.5) ;

- celle qui concerne le cancer : « Une tumeur, qu'elle soit primitive ou secondaire, qui est l'objet des soins pendant une période de traitement, doit être enregistrée et codée comme "affection principale". Quand l'"affection principale", telle qu'elle a été enregistrée par le praticien, est une tumeur primitive qui n'existe plus (dont l'ablation a eu lieu pendant un épisode de soins précédent), classer comme "affection principale" la tumeur secondaire, la complication actuelle ou la circonstance appropriée codable au chapitre XXI... qui est l'objet du traitement ou des soins en cours. Un code approprié du chapitre XXI pour antécédent personnel de tumeur peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif. » (volume 2 p. 118). Le codage de la tumeur comme diagnostic principal ou relié doit respecter le guide des situations cliniques et les consignes données à propos de la notion d'antécédents de cancer dans le point 5 de ce chapitre.

2) Si d'autres directives de la CIM-10 diffèrent de celles données dans le présent guide méthodologique, ce sont les consignes de celui-ci qui prévalent.

On rappelle qu'il ne peut être codé dans le RUM comme diagnostics principal, relié ou associé, que des affections ou des problèmes de santé présents – « actifs » – au moment de l'hospitalisation.

Une affection constituant un « antécédent personnel » au sens d'une maladie antérieure guérie, ne doit pas être enregistrée dans le RUM avec le code qu'on utiliserait si elle était présente (« active »), c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être codée avec les chapitres I à XIX de la CIM-10 (sinon éventuellement comme donnée à visée documentaire). La même règle s'impose dans le cas d'un « antécédent familial », c'est-à-dire d'une affection dont le patient n'est personnellement pas atteint. Un antécédent personnel ou familial, au sens d'une affection dont le patient n'est plus ou n'est pas atteint au moment du séjour objet du RUM, doit être codé avec le chapitre XXI (codes « Z ») de la CIM-10.

Ce chapitre traite de difficultés de codage qui apparaissent récurrentes. Il a été jugé utile d'inscrire dans ce guide des explications et des consignes pour les problèmes le plus souvent rencontrés. Elles respectent généralement celles qui figurent dans le volume 2 de la CIM-10 pour la morbidité, avec pour objectif une interprétation unique des possibilités offertes. Elles respectent une règle générale primordiale : **le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder** (volume 2 p. 109, règle MB4).

Le sujet de ce chapitre est le codage. Les conditions de production du RUM sont données dans le chapitre I, les définitions des informations médicales et les consignes de hiérarchisation des diagnostics du RUM le sont dans le chapitre IV. Elles constituent un préalable dont les règles et exemples de codage donnés ci-après ne sauraient dispenser.

⁴ Se reporter au point 5 du chapitre IV.

2. LES SÉQUELLES

La CIM-10 définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28).

Elle précise (*ib.* page 101) : « Si un épisode de soins se rapporte au traitement ou aux examens entrepris pour une affection résiduelle (séquelle) d'une maladie qui n'existe plus, on décrira la nature de la séquelle de manière exhaustive et on en donnera l'origine... ».

Page 106 : « La CIM-10 fournit un certain nombre de catégories intitulées " Séquelles de... " (B90-B94, E64.–⁵, E68, G09, I69.–, O97, T90-T98, Y85-Y89)⁶. Celles-ci peuvent être utilisées pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins, comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour " affection principale " doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code " Séquelles de..." [...]. »

Pour le PMSI en MCO, l'ajout du code « Séquelles de... » est une obligation.

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes propres à certaines rubriques (G09, I69, T90-T98, Y85-Y89, O94). Il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué à la page 75 du volume 2. Les situations concernées sont celles dans lesquelles il n'est pas identifié d'autre cause au décès⁷.

La notion de séquelle doit être retenue et codée chaque fois qu'elle est explicitement mentionnée. Il ne s'impose pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre le codage d'une maladie présente ou d'un état séquellaire. Ce diagnostic est d'abord de la compétence du médecin qui a dispensé les soins au patient.

Pour le codage des séquelles, conformément à la consigne de la CIM-10, on donne la priorité au code qui correspond à leur nature. Le code de séquelle est mentionné comme un diagnostic associé.

Exemples :

- salpingite tuberculeuse dix ans auparavant, responsable d'une stérilité : on code d'abord la stérilité et on lui associe la séquelle de tuberculose : N97.1, B90.1 ;
- monoplégie d'un membre inférieur séquellaire d'une poliomyélite : on code d'abord la monoplégie et on lui associe la séquelle de poliomyélite : G83.1, B91 ;
- épilepsie séquellaire d'un infarctus cérébral : on code d'abord l'épilepsie et on lui associe la séquelle d'infarctus cérébral : G40.–, I69.3.

⁵ On rappelle que le signe « .- » (point tiret) de la CIM-10 indique que le quatrième caractère du code dépend de l'information à coder et doit être cherché dans la catégorie indiquée.

⁶ Auxquelles s'ajoute O94 *Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité*, du fait de la mise à jour de 2003 (se reporter au [site Internet de l'ATIH](#)).

⁷ L'exemple 17 donné page 106 du volume 2 de la CIM-10 illustre le cadre d'emploi des codes de séquelles et l'absence de signification du délai de un an en morbidité.

Les catégories Y85–Y89 (chapitre XX de la CIM-10) permettent de coder les circonstances d'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de diagnostic associé⁸, chaque fois qu'on dispose de l'information nécessaire.

Exemple : épilepsie séquellaire d'un traumatisme intracrânien dû à un accident de voiture ; le codage associé G40.–, T90.5 et Y85.0.

3. LES COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

L'importance de leur enregistrement tient notamment au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique⁹.

Le volume 2 de la CIM-10 présente pages 107-108 les rubriques destinées au codage des complications des actes médicochirurgicaux.

Les recommandations qui suivent s'appuient :

- sur celle donnée page 105 du volume 2 : « Il est recommandé, pour les traumatismes et autres affections dues à des causes externes, de coder tant la nature de l'affection que les circonstances de la cause externe. Le code préféré pour " l'affection principale " devrait être celui qui désigne la nature de l'affection. » ;
- et sur la règle MB4 pour le choix de l'affection principale (*ib.* page 109) : « Lorsque le diagnostic enregistré comme " affection principale " décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme " affection principale ", si cela n'entraîne pas une perte d'information. ».

Résumé : une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique doit être codée dans le respect de la règle générale, c'est-à-dire de la façon la plus précise au regard de l'information. La notion de précision s'entend ici par rapport à la nature de la complication – notion prioritaire – et à son caractère secondaire à un acte.

Il en résulte que le codage d'une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique peut être décrite comme suit au regard du volume 1 de la CIM-10 :

- avec un code du groupe T80–T88 lorsque le code le plus précis pour la complication appartient à ce groupe ;
- sinon avec un code d'une catégorie « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée... » lorsque la complication y figure, ce qui exclut les sous-catégories .8 ;
- dans les autres cas avec un code « habituel » de la CIM-10.

Lorsque le codage utilise un code « habituel » de la CIM-10 il est complété par le code du groupe T80–T88 correspondant à la nature de la complication.

⁸ On rappelle que les codes du chapitre XX de la CIM-10 ne doivent jamais être utilisés en position de diagnostic principal ou relié.

⁹ [Loi n° 2004-806](#) du 9 août 2004, objectifs n° 26 à 29.

Dans tous les cas le codage est complété par le ou les codes *ad hoc* du chapitre XX (Y60-Y84, Y88, Y95).

3.1 LES CODES DU GROUPE T80–T88

Les codes du groupe T80–T88 doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM-10 n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication¹⁰.

Des souscatégories telles que *Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* (T80.0) ou *Choc anaphylactique dû au sérum* (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les souscatégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4, T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables, ainsi que les catégories T86 et T87. Il n'existe pas d'autre code dans la CIM-10 permettant d'enregistrer une information aussi complète plus précisément.

Exemples :

- déplacement d'une électrode de stimulation cardiaque : T82.1 ;
- luxation d'une prothèse de hanche : T84.0 ;
- rejet d'une greffe de rein : T86.1 ;
- névrome sur moignon d'amputation de jambe : T87.3.

En revanche, plusieurs souscatégories sont très imprécises. L'emploi de certaines n'est pas autorisé pour le codage du diagnostic principal (DP) : T80.2, T81.2, T81.4, T88.0, T88.1, T88.7¹¹ et toutes les subdivisions .8 et .9 hors celles de la catégorie T86. Mais les autres codes du groupe T80–T88 ne doivent pas pour autant être considérés comme satisfaisant *a priori* la règle selon laquelle le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. **Pour le codage des complications des actes médicaux et chirurgicaux, on préférera toujours un codage selon la nature de la complication.**

3.2 LES CATÉGORIES « ATTEINTES [TROUBLES] [AFFECTIONS] DE L'APPAREIL... APRÈS UN ACTE À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, NON CLASSÉ[E]S AILLEURS »

Les souscatégories contiennent habituellement une manifestation précise et son étiologie.

Exemples :

- lymphœdème après mastectomie : I97.2 ;
- insuffisance pulmonaire aigüe consécutive à une intervention chirurgicale thoracique : J95.1.

On en rapprochera les complications d'actes classées dans le chapitre XV de la CIM-10 *Grossesse, accouchement et puerpéralité* : quatrièmes caractères des catégories O03-O06 et O08 pour les grossesses terminées par un avortement, catégories O29, O74... Leur emploi

¹⁰ NB le titre du groupe T80-T88 : « Complications de soins chirurgicaux et médicaux, **non classées ailleurs** ».

¹¹ Auxquels s'ajoutent T81.3, T85.5, T86.0 et T86.8, devenus imprécis du fait de leur subdivision.

s'impose pour le dossier de la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpéralité. Par exemple, O86.0 et O90.0 à O90.2.

Les souscatégories codées .9 ne sont pas autorisées comme DP et une information orientant vers l'une d'elles doit faire rechercher une information plus précise.

Les souscatégories codées .8 telles que *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (I97.8), *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (J95.8) ou *Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (K91.8) sont imprécises. Aux souscatégories .8 il faut préférer les codes « habituels » de la CIM-10¹².

3.3 LES CODES « HABITUELS » DE LA CIM-10

Le volume 2 désigne ainsi les autres codes des chapitres I à XIX. Les affections qui leurs correspondent peuvent compliquer un acte médicochirurgical ou bien apparaître indépendamment de tout contexte iatrogénique. La CIM-10 donne pour exemples : pneumopathie, embolie pulmonaire (volume 2 p. 108). On pourrait ajouter : anémie, infection urinaire, ulcère gastroduodéal « de stress », etc.

Un code « habituel » doit être préféré à un code « T » imprécis ou à un code « .8 » d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... ». **On privilégie en effet le codage le plus précis selon la nature de la complication.**

Exemples par rapport aux codes T imprécis :

- sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2 (non T80.2) ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2 (non T81.4) ;
- abcès sousphrénique après cholécystectomie : K65.0 (non T81.4) ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3 (non T82.8) ;
- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.– (non T84.5) ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.– (non T84.6) ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0 (non T82.6) ;
- rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.– (non T81.38) ;
- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8 (non T80.1).

Exemples par rapport aux codes « .8 » des catégories « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... » :

- pneumonie postopératoire : J18.9 (non J95.8) ;
- ulcère gastrique « de stress » postopératoire : K25.3 (non K91.8) ;
- infarctus du myocarde postopératoire : I21.– (non I97.8) .

Lorsqu'un codage plus précis selon la nature de la complication conduit à l'enregistrer avec un code « habituel », il sera toujours complété par un code du groupe T80–T88, quelle que soit l'imprécision de celui-ci, y compris s'il s'agit d'un code « T » non autorisé comme DP :

- lorsque le code « habituel » a été préférable à un code du groupe T80–T88 : le code « T » auquel il a été préféré doit être enregistré comme diagnostic associé ;

¹² NB : le titre des catégories : « Atteintes [Troubles]... de l'appareil... après un acte à visée..., **non classées ailleurs** ».

- lorsque le code « habituel » a été préférable à un code « .8 » d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... », le code « T » correspondant doit être enregistré comme diagnostic associé.

Exemples :

- sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2, T80.2 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, T81.4 ;
- abcès sousphrénique après cholécystectomie : K65.0, T81.4 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3, T82.8 ;
- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.–, T84.5 ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.–, T84.6 ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0, T82.6 ;
- rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.–, T81.38 ;
- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, T80.1 ;
- pneumonie postopératoire : J18.9, T81.4 ;
- ulcère gastrique « de *stress* » postopératoire : K25.3, T81.8 ;
- infarctus du myocarde postopératoire : I21.–, T81.8.

Ce codage complémentaire en position de diagnostic associé ne s'applique qu'aux codes « habituels ». Il ne concerne ni les codes « T » ni les codes des catégories « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... » suffisamment précis.

3.4 LES CIRCONSTANCES DE LA COMPLICATION SONT ENREGISTRÉES AVEC LE CHAPITRE XX DE LA CIM-10

Quel que soit le code de la complication – qu'il soit issu du groupe T80–T88, d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... » ou qu'il s'agisse d'un code « habituel » –, les circonstances iatrogéniques doivent être enregistrées au moyen d'un code du chapitre XX en position de diagnostic associé.

Exemples :

- déplacement d'une électrode de stimulation cardiaque : T82.1, Y83.1 ;
- luxation d'une prothèse de hanche : T84.0, Y83.1 ;
- rejet d'une greffe de rein : T86.1, Y83.0 ;
- névrome sur moignon d'amputation de jambe : T87.3, Y83.5 ;
- sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2, T80.2, Y84.8 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, T81.4, Y83.6 ;
- abcès sousphrénique après cholécystectomie : K65.0, T81.4, Y83.6 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3, T82.8, Y83.1 ;
- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.–, T84.5, Y83.1 ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.–, T84.6, Y83.4 ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0, T82.6, Y83.1 ;
- rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.–, T81.38, Y83.4 ;
- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, T80.1, Y84.8 ;
- pneumonie postopératoire : J18.9, T81.4, Y83.– ;
- ulcère gastrique « de *stress* » postopératoire : K25.3, T81.8, Y83.– ;
- infarctus du myocarde postopératoire : I21.–, T81.8, Y83.– .

Les codes « Y » donnés ici à titre d'exemple appartiennent au groupe Y83–Y84 *Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention*. Ils permettent l'enregistrement de circonstances comparables à la notion d'*aléa thérapeutique*.

Lorsque les circonstances de la complication sont différentes, on dispose des codes des groupes Y60–Y69 *Accidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux* et Y70–Y82 *Appareils médicaux associés à des accidents au cours d'actes diagnostiques et thérapeutiques*.

Exemple : perforation sigmoïdienne au cours d'une coloscopie : S36.50, T81.2, Y60.4.

Lorsque la complication constitue une séquelle d'un acte antérieur, le codage, dans le respect des consignes du point 2 du chapitre, est complété au moyen de la catégorie Y88.

Exemple : éventration séquelle d'une intervention abdominale : K43.–, T81.38, Y88.3.

Dans tous les cas, s'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage doit être complété en tant que de besoin par Y95 *Facteurs nosocomiaux*.

4. LES EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS

Une « intoxication » médicamenteuse doit être codée de manière différente selon qu'elle est accidentelle ou volontaire, ou bien qu'il s'agit d'un effet indésirable. La CIM-10 désigne les premières circonstances par le mot *empoisonnement* et les distingue clairement de *l'effet indésirable en usage thérapeutique*¹³.

4.1 LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES ET VOLONTAIRES

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (la CIM-10 emploie pour les secondes les qualificatifs *auto-infligées*, *intentionnelles* et *auto-induites*) doit utiliser les catégories T36 à T50. La distinction entre les circonstances accidentelles et volontaires est assurée par le chapitre XX : codes des catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en position de diagnostic associé (DA)¹⁴.

La réduction abusive de la définition du diagnostic principal (DP) à la notion de *problème ayant mobilisé l'essentiel des soins*¹⁵ est parfois utilisée pour justifier le codage du symptôme

¹³ La distinction est lisible dans l'en-tête des pages du *Tableau des médicaments et substances chimiques* de l'index alphabétique de la CIM-10 (volume 3). On rappelle que l'emploi de ce tableau facilite considérablement le codage des effets nocifs des médicaments.

¹⁴ Ces codes ont quatre caractères. C'est le sens du signe « .- » (point tiret) qui les suit dans l'index alphabétique de la CIM-10. Une note dans le volume 1, sous le titre des groupes X40-X49 (page 1168) et X60-X84 (page 1173), indique que les quatrièmes caractères sont donnés pages 1091-1095.

¹⁵ On rappelle que le DP doit être déterminé selon la situation clinique et que la notion de *problème ayant mobilisé l'essentiel des soins* n'a d'utilité que lorsqu'il résulte de l'analyse en termes de situation clinique un choix entre plusieurs DP : se reporter au chapitre précédent.

ou du syndrome engendré par une intoxication médicamenteuse, au lieu d'employer son code « T ».

Le « coma » (terme sans doute employé de manière générique pour les divers troubles de la conscience classés dans la catégorie R40) après prise de psychotrope en est un exemple. Il est souvent avancé que « c'est le coma qui a mobilisé l'essentiel des soins » pour le coder comme DP, l'intoxication (le code « T ») étant mentionnée comme DA. Le résultat est le classement du résumé de sortie dans le *groupe homogène de malades (GHM) Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique*. Cette attitude est erronée : d'une part, le symptôme R40.– n'a pas à être choisi pour DP alors que sa cause, l'intoxication, est identifiée ; d'autre part, le contenu du GHM *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique* dans lequel classe le DP « coma » correspond à des affections dont la cause est ignorée. Ainsi, pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine de troubles de la conscience, le code exact est celui de l'intoxication par le produit (catégorie T42). Le coma ou d'autres complications éventuelles doivent être enregistrées comme DA.

Cette règle n'est pas réservée aux troubles de la conscience et aux médicaments psychotropes. Elle doit être appliquée de manière générale aux complications des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires.

4.2 LES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS¹⁶

Les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36–T50 (CIM-10, volume 1 page 1042) indiquent que les effets indésirables d'une « substance appropriée administrée correctement » doivent être codés selon la nature de l'effet. En conséquence, pour un effet donné, enregistrer qu'il est secondaire à un traitement médicamenteux n'est possible qu'en employant le chapitre XX de la CIM-10 (catégories Y40-Y59).

Le mot « surdosage » est parfois à l'origine de difficultés. Par « substance appropriée administrée correctement » on entend le respect de la prescription médicamenteuse, notamment de la posologie. En présence d'une complication d'un traitement médicamenteux, le langage médical courant utilise parfois le mot « surdosage », par exemple, lorsqu'une hémorragie au cours d'un traitement anticoagulant coexiste avec une élévation de l'*international normalized ratio (INR)* au-dessus de la valeur thérapeutique souhaitée ou lorsqu'une complication d'un traitement s'accompagne d'une concentration sanguine de médicament supérieure à la valeur thérapeutique admise (digoxinémie, lithémie...). **De tels cas, lorsque la prescription a été respectée, doivent être classés comme des effets indésirables et leur codage ne doit pas utiliser les codes du groupe T36-T50.**

5. LES ANTÉCÉDENTS

Une affection constituant un antécédent personnel – une maladie ancienne guérie – ne doit pas être enregistrée dans le résumé d'unité médicale (RUM) avec le code qu'on utiliserait si elle était présente (« active »), c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être codée avec les chapitres I à

¹⁶ L'importance de leur enregistrement tient entre autres au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique ([loi n° 2004-806](#) du 9 août 2004, objectifs n° 26 à 29).

XIX de la CIM-10 (sinon éventuellement comme donnée à visée documentaire). La même règle s'impose dans le cas d'un antécédent familial, c'est-à-dire d'une affection dont le patient n'est personnellement pas atteint. Un antécédent personnel ou familial, au sens d'une affection dont le patient n'est plus ou n'est pas atteint au moment du séjour objet du RUM, ne peut être codé qu'avec le chapitre XXI (codes « Z »).

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM-10 des catégories (Z80 à Z92) destinées au codage des antécédents.

Les affections qui entraînent habituellement des séquelles font partie des exclusions de ces catégories.

Exemples :

- Z86.1 *Antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires* exclut les séquelles de maladies infectieuses et parasitaires ;
- Z86.7 *Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire* exclut l'infarctus ancien, les séquelles de maladies cérébrovasculaires et le syndrome postinfarctus¹⁷.

Le problème que pose l'utilisation des catégories d'antécédents en général, et d'antécédents personnels en particulier, est celui de la définition du mot « antécédent ». **On retiendra la suivante : une affection ancienne qui n'existe plus et qui n'est pas cause de troubles résiduels¹⁸ au moment de l'hospitalisation concernée par le recueil d'informations.**

Le problème concerne notamment les antécédents personnels de tumeur maligne : à partir de quand un cancer peut-il être considéré comme un antécédent ?

Le choix entre « cancer » et « antécédent de cancer » est d'abord une question médicale, il ne dépend pas du codeur au vu d'une information telle que « cancer datant de 3 ans » ou « cancer datant de 10 ans »¹⁹. Si un clinicien estime qu'un cancer « extirpé chirurgicalement dans sa totalité » est devenu un antécédent, il faut le coder avec la catégorie Z85 de la CIM-10. S'il considère au contraire qu'il est trop tôt pour parler d'antécédent, il faut l'enregistrer comme présent au moyen du code adapté du chapitre II de la CIM-10.

Ainsi, il ne s'impose pas au codeur ou au responsable de l'information médicale de trancher entre cancer et antécédent de cancer. Ce diagnostic est d'abord de la compétence du médecin qui a dispensé les soins au patient.

6. L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE

Par « interruption de grossesse » on entend :

¹⁷ Z86.7 a des extensions, créées pour la version 11 des GHM : Z86.70 et Z86.71. Leur emploi est obligatoire (voir le *Manuel des groupes homogènes de malades*).

¹⁸ Sinon on parlerait de séquelles, non d'antécédents (voir le point 2 de ce chapitre).

¹⁹ Nombre de codeurs se sont longtemps fondés sur un délai de cinq ans. Cette référence est de tradition purement orale, elle n'a jamais figuré dans aucun document officiel. Elle est médicalement erronée puisque la durée à partir de laquelle une rémission autorise à parler d'antécédent de cancer varie, en fonction notamment de l'organe atteint et du type histologique. Il ne faut plus se référer au délai de cinq ans.

- d'une part l'interruption volontaire (IVG) : articles L. 2212-1 et suivants, R. 2212-1 et suivants du code de la santé publique (CSP) ;
- d'autre part l'interruption effectuée pour motif médical (IMG) , articles L. 2213-1 et suivants, R. 2213-1 et suivants du CSP.

6.1 CODAGE DES IVG

6.1.1 IVG non compliquée

Le codage associe un code de la catégorie O04 de la CIM-10 (*Avortement médical*) en position de diagnostic principal (DP) et le code Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* en position de diagnostic associé (DA). L'acte enregistré est, selon le cas, JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1^{er} trimestre de la grossesse* ou bien JNJP001 *Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1^{er} trimestre de la grossesse*.

Dans le cas de l'**IVG médicamenteuse**, on rappelle qu'un résumé d'unité médicale (RUM) unique doit être produit. Il doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge (se reporter au point 1.2 du chapitre I).

6.1.2 IVG compliquée

6.1.2.1 Lorsqu'une complication survient **au cours du séjour même de l'IVG**, celle-ci est codée par le quatrième caractère du code O04.— Le cas échéant, un code de la catégorie O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire* en position de diagnostic associé peut identifier la nature de la complication (CIM-10, volume 2 p. 123).

6.1.2.2 Lorsqu'une complication donne lieu à **une réhospitalisation** après le séjour d'IVG, deux cas doivent être distingués :

- s'il s'agit d'un **avortement incomplet**, avec rétention simple ou compliquée de produits de la conception :
 - le codage du DP utilise la catégorie O04 ; le quatrième chiffre précise le caractère simple de la rétention (.4), ou identifie la nature de la complication (.0, .1, .2, ou .3),
 - l'acte enregistré est JNMD001 *Révision de la cavité de l'utérus après avortement* ;
- s'il s'agit d'une **complication autre qu'un avortement incomplet** :
 - le DP est un code de la catégorie O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire*,
 - l'acte ou les actes enregistrés sont ceux réalisés pour le traitement de la complication.

Dans les deux cas, rétention ou autre complication, le code Z64.0 ne doit pas figurer dans le RUM.

6.1.3 Échec d'IVG

On parle d'échec d'IVG devant le constat d'une poursuite de la grossesse. Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale. Le RUM doit être codé comme suit :

- le DP est un code de la catégorie O07 *Échec d'une tentative d'avortement* ;
- le code Z64.0 est porté en position de DA ;
- l'acte enregistré est JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1^{er} trimestre de la grossesse.*

6.2 CODAGE DES IMG

Il diffère selon la durée de la gestation au moment de l'interruption.

6.2.1 IMG **avant vingt-deux semaines** révolues d'aménorrhée. On code un avortement :

- DP O04.– ; pas de diagnostic relié (DR) ;
- DA : on enregistre **par convention** un code de la catégorie O28 *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* ; la catégorie O35 *Soins maternels pour anomalies et lésions fœtales, connues ou présumées* permet d'enregistrer en sus le motif de l'IMG (la note d'inclusion placée sous son titre ne s'oppose pas à sa mention conjointe dans le résumé de sortie avec un code d'avortement) ;
- acte d'interruption de grossesse.

6.2.2 IMG **à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée**. On code un **accouchement**. Le codage diffère selon que le motif de l'interruption est fœtal ou maternel.

Si la cause est une anomalie fœtale :

- DP : un code de la catégorie O35 ; pas de DR ;
- DA : on enregistre par convention un code de la catégorie O28 et un code de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* (le plus souvent Z37.1) ;
- acte d'accouchement.

Si la cause de l'interruption est maternelle :

- DP : selon que la cause est classée dans le chapitre XV de la CIM-10 ou dans un autre chapitre, on choisira le code *ad hoc* du chapitre XV ou un code des catégories O98 ou O99 ; pas de DR ;
- DA : on enregistre par convention un code de chacune des catégories O28 et Z37 ; si besoin, un code des chapitres I à XVII précise le DP²⁰ ;
- acte d'accouchement.

Les produits d'IMG à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée donnent lieu à la production d'un RUM lorsqu'un certificat médical d'accouchement est établi.

²⁰ Voir dans le volume 1 de la CIM-10 les notes figurant en tête des catégories O98 et O99.

- DP : P95 ; pas de diagnostic relié (DR) ;
- DA : on enregistre **par convention** la cause de la mort ;

On rappelle que l'âge gestationnel à la naissance est enregistré dans le RUM.

7. LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

L'importance de leur enregistrement tient aussi au fait que la réduction de leur nombre fait partie des objectifs nationaux de santé publique²¹.

Les RUM produits pour les séjours dont suicide et tentative de suicide sont le motif, mentionnent un diagnostic principal codé avec le chapitre XIX de la CIM-10 *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe*. Il n'y a donc pas de diagnostic relié. On reporte en position de diagnostic associé (DA) les éventuelles complications, conformément à la définition d'un DA significatif (se reporter au point 3 du chapitre IV) ainsi qu'un code du groupe X60–X84 du chapitre XX²² pour enregistrer le ou les moyens utilisés.

À propos des suicides et tentatives de suicide médicamenteuses, se reporter *supra* au point 4.1.

8. LES MALADIES PROFESSIONNELLES

En plus du codage selon la nature de l'affection (asbestose, silicose, « gale » du ciment, etc.) la CIM-10 donne la possibilité de signaler le caractère professionnel d'une affection au moyen du code Y96 *Facteurs liés aux conditions de travail*. Dès lors que la causalité a été établie, il faut l'enregistrer en position de diagnostic associé. Cette consigne vaut pour tous les problèmes de santé de cause professionnelle, y compris les lésions traumatiques et leurs séquelles.

9. LA VIOLENCE ROUTIÈRE²³

Pour tout accident de la circulation routière on enregistre dans le résumé d'unité médicale (RUM) les informations suivantes.

9.1 LA NATURE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elle sont codées en position de diagnostic principal ou de diagnostic associé dans le respect de leur définition (se reporter au chapitre IV), avec le chapitre XIX de la CIM-10.

²¹ [loi n° 2004-806](#) du 9 août 2004, objectif n° 92.

²² NB Les codes du groupe X60-X84 sont des codes à quatre caractères. Une note dans la CIM-10, sous le titre du groupe (page 1173), indique que les quatrièmes caractères sont indiqués pages 1091-1095.

²³ Programme interministériel de lutte contre la violence routière : [loi n° 2003-495](#) du 12 juin 2003.

9.2 LES CIRCONSTANCES DES LÉSIONS

Elles sont codées au moyen du chapitre XX, spécialement de ses catégories V01 à V89. V89.2, comprenant « accident de la circulation sans autre indication », peut coder la notion d'« accident de la voie publique » sans précision²⁴.

9.3 FACTEURS FAVORISANTS AU MOMENT DE L'ACCIDENT

D'éventuels facteurs favorisants **présents au moment de l'accident** (effet de l'alcool, de drogue ou de médicament...) doivent être enregistrés, notamment avec les codes de la catégorie R78 *Présence de drogues et d'autres substances non trouvées normalement dans le sang* ou avec ceux du groupe F10–F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. On rappelle que l'enregistrement des effets secondaires des médicaments impose l'emploi des catégories Y40–Y59 de la CIM-10 (se reporter plus haut au point 4.2). Les catégories Y90–Y91 permettent de préciser l'importance d'une intoxication alcoolique.

10. EMPLOI DES CATÉGORIES O80 À O84 DU CHAPITRE XV DE LA CIM-10

On attire l'attention sur la note inscrite en tête du groupe *Accouchement* (O80–O84) de la CIM-10 (volume 1 page 809) et sur les explications données page 124–125 du volume 2. Il en résulte que l'emploi des codes O81.0 à O84.9 comme diagnostic principal (DP) du résumé d'unité médicale est une erreur. **À compter de la version 11 des GHM ils ne sont plus utilisables en position de diagnostic principal.** Dans les circonstances qui leur correspondent le code du DP doit être choisi parmi les autres codes du chapitre XV. L'exemple 24 donné p. 125 du volume 2 de la CIM-10 est une illustration claire de la consigne de codage.

11. EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DU CHAPITRE XVI DE LA CIM-10

Une note d'inclusion placée sous le titre du groupe P00–P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* (CIM-10, volume 1, chapitre XVI) fixe des conditions très restrictives à l'emploi de ces codes : ce groupe « comprend les affections maternelles mentionnées seulement si elles sont précisées comme étant la cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né ».

Il est apparu que cette contrainte empêchait de recueillir des informations nécessaires pour expliquer les consommations de ressources inhabituelles de certains séjours de nouveau-nés. Par exemple, dans le cas d'une naissance par césarienne, un nouveau-né en parfaite santé voit sa durée de séjour augmentée du seul fait de la prolongation de l'hospitalisation de sa

²⁴ On notera que tous les codes V01–V89 ont quatre caractères, indiqués dans le volume 1 de la CIM-10 au niveau des codes eux mêmes dans les catégories dont le troisième caractère est 9 (V09, V19, V29, etc.) et sous le titre du groupe (V01–V09 page 1105, V10–V19 page 1107, etc.) pour les autres.

mère. Si on allègue la contrainte ci-dessus pour ne pas employer le code P03.4, aucune information du résumé de séjour du nouveau-né n'explique l'allongement du séjour.

En conséquence, il faut étendre l'utilisation des codes P00–P04 aux circonstances dans lesquelles les états mentionnés ont été cause de mortalité, de morbidité **ou de soins supplémentaires** au nouveau-né.

Par ailleurs, on constate une large utilisation des codes du chapitre XVI pour des nouveau-nés dont les autres caractéristiques du séjour ne permettent pas de penser qu'ils sont « à problème ». Il s'agit probablement, dans certains cas, d'une utilisation de type « documentaire ». Il est particulièrement important, compte tenu de l'arbre de décision de la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*²⁵, que les codes utilisés dans le résumé d'unité médicale d'un nouveau-né soient choisis correctement, en respectant la définition d'un diagnostic associé significatif (se reporter au chapitre IV, point 3.1). Cette observation s'applique également à l'ensemble des codes des autres chapitres de la CIM-10 utilisés pour résumer le séjour d'un nouveau-né.

12. ENFANTS SANS VIE

Les enfants sans vie (« mort-nés ») donnent lieu à la production d'un RUM lorsqu'un certificat médical d'accouchement est établi. Sont concernés :

- les enfants nés sans vie **à partir de quinze semaines révolues d'aménorrhée** ; antérieurement à ce délai, la production d'un RUM pour un enfant né sans vie n'est pas obligatoire, elle est laissée au choix de l'établissement de santé²⁶ ;
- les produits d'interruption de grossesse **pour motif médical (IMG)** à partir de **vingt-deux semaines d'aménorrhée** révolues.

L'enregistrement du diagnostic principal doit employer le code P95 de la CIM-10, à l'exclusion de tout autre. Le RUM-RSS contient l'âge gestationnel (se reporter au chapitre I) et la cause de la mort, enregistrée comme diagnostic associé conventionnel (se reporter au chapitre IV).

13. EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM-10 (CODES « Z »)

Les codes du chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes « Z ») peuvent, et souvent doivent, être utilisés dans le résumé d'unité médicale (RUM) comme diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DA)²⁷.

²⁵ Pour davantage d'informations se reporter au *Manuel des GHM*.

²⁶ « [...] les situations d'interruption volontaire de grossesse et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse, communément désignées par les praticiens comme les « interruptions du premier trimestre de la grossesse », survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée, ne répondent pas, en principe, aux conditions permettant l'établissement d'un certificat médical d'accouchement. » ([circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009](#)).

²⁷ Les notions de DP, DR et DA ont été traitées dans le chapitre IV.

Il est recommandé de lire la note figurant à la première page du chapitre XXI du volume 1, spécialement les lignes relatives aux deux circonstances indiquées pour l'emploi des codes « Z » (alinéas *a* et *b*).

Les explications qui suivent visent à aider à la compréhension du sens des codes « Z », dont l'usage est parfois difficile pour les codeurs. Elles donnent des consignes ou indiquent des préconisations d'emploi en matière de **codage**. On ne saurait en déduire des modalités de recueil de l'information qui ne seraient pas conformes aux conditions de production du RUM exposées dans le chapitre I ni aux règles de hiérarchisation des diagnostics qui font l'objet du chapitre IV.

Catégories Z00–Z02

Elles répertorient des motifs de recours qui relèvent, sauf exception, de l'activité externe. Par exemple, Z00.0 correspond aux bilans de santé (« *check up* ») effectués à titre préventif et systématique, notamment dans des centres spécialisés ; Z00.1 est destiné aux examens réguliers systématiques du nourrisson et Z01.4 correspond aux examens gynécologiques systématiques. Les patients concernés *ne se plaignent de rien* et *aucun diagnostic n'est rapporté* (sinon c'est la symptomatologie ou le diagnostic qu'on coderait).

Catégories Z03 et Z04 – Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies et pour d'autres raisons

La catégorie Z03 est celle des « suspicions non confirmées ». Elle permet le codage de situations caractérisées par l'éventualité initiale d'une maladie qui (après observation, examens...) n'est finalement pas confirmée²⁸. C'est ce qu'explique la note d'inclusion située sous son titre dans le volume 1 de la CIM-10.

Si l'on se reporte aux règles de hiérarchisation de la morbidité dans le RUM, une alternative apparaît pour la détermination du DP (se reporter au point 2.1.2 du chapitre IV) : lorsqu'un signe ou un symptôme fait suspecter une affection qui n'est finalement pas confirmée, doit-on choisir le signe ou le symptôme à l'origine de la suspicion ou utiliser un code de la catégorie Z03 ?

La règle générale est : le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. Lorsqu'une symptomatologie est présente, on préférera son code (le plus souvent présent dans le chapitre XVIII de la CIM-10) à un code « Z » toutes les fois qu'il est plus précis. Les cas dans lesquels l'emploi de la catégorie Z03 s'impose sont rares. La suspicion trouve en effet en général son origine dans un symptôme, un résultat d'examen complémentaire ou dans un antécédent personnel ou familial, toutes circonstances pour lesquelles la CIM-10 contient le plus souvent des codes adéquats. En revanche, Z03.6 *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées* peut être le code le plus adapté à une suspicion d'absorption de produit toxique, notamment chez les enfants, lorsqu'elle repose sur une crainte de l'entourage mais est finalement infirmée.

La catégorie Z04 a un contenu plus médicolégal ; elle permet le codage de situations caractérisées par la suspicion :

²⁸ Z32.0 est un autre code de *suspicion non confirmée*.

- de la présence dans le sang d'alcool ou de substances pharmacologiques ; le code Z04.0 est employé lorsque leur présence n'est pas confirmée, sinon on ferait appel à la catégorie R78 ;
- d'une lésion susceptible de se manifester secondairement par rapport au traumatisme responsable : codes Z04.1 à Z04.3 ; leur emploi est réservé aux situations dans lesquelles aucune lésion n'est finalement diagnostiquée (sinon c'est elle qu'on coderait) ;
- d'autres problèmes médicolegaux : Z04.4, Z04.5, Z04.6 ; les codes Z04.4 et Z04.5 peuvent être utilisés autant pour les coupables que pour les victimes : on les emploie lorsque aucun état morbide (lésion traumatique, trouble mental...) n'est mis en évidence, sinon c'est lui qu'on coderait (ce qu'on enregistre avec ces codes, c'est un motif d'utilisation des services de santé).

La sous-catégorie Z04.8 permet le codage de situations caractérisées par des investigations diverses, spécialement paracliniques, volontiers programmées. Z04.8 a des extensions²⁹ :

- Z04.800 est le code imposé pour le DP des séjours motivés par l'enregistrement d'un électroencéphalogramme de longue durée ;
- Z04.801 est le code imposé pour le DP des séjours motivés par un enregistrement polysomnographique ;
- Z04.802 est le code des examens et mises en observation pour bilan préopératoire ;
- Z04.880 *Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées.*

Z04.800 ou Z04.801 sont un cas particulier. Leur emploi s'impose comme DP du RUM qu'une affection ait été diagnostiquée ou non au terme du séjour (se reporter au point 2.1.3 du chapitre IV).

Z04.9 ne peut correspondre qu'à une information trop imprécise pour être acceptable.

Lorsqu'un code des catégories Z03 ou Z04 est en position de DP, sauf cas particuliers, il ne justifie pas de diagnostic relié (DR). Z04.880 est l'un de ces cas, lorsqu'il est le DP d'un séjour pour *surveillance négative* d'une affection **non traitée** respectant la définition du DR. Les surveillances de traitement emploient les catégories Z08 et Z09.

Catégories Z08 et Z09 – Examen de contrôle après traitement

On comprendra leur intitulé comme « examen de contrôle "de" traitement, "pour" traitement ». Leurs codes peuvent donc être employés que le traitement soit achevé ou en cours. Les codes de ces catégories sont typiquement des codes de *surveillance négative* au sens du guide des situations cliniques (se reporter au chapitre IV, situation 2.3.1)³⁰.

Z08.2 et Z09.2 : l'intitulé de ces deux sous-catégories contient le mot « chimiothérapie » alors que seule Z08 concerne les tumeurs malignes ; on rappelle en effet que le mot *chimiothérapie* n'a

²⁹ Elles ont été créées pour la version 11 des GHM. Leur emploi est obligatoire. En effet, Z04.8, devenu imprécis du fait de leur création, n'est plus utilisable comme DP, DR et DA à compter de la version 11 des GHM.

³⁰ Rappel : dans la mesure où l'hospitalisation est justifiée conformément à l'arrêté « prestations » et à la circulaire « frontière ».

pas dans la CIM-10 le sens implicite de « chimiothérapie antitumorale » qui est le sien dans le langage courant ; il a son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »³¹.

Lorsqu'un code des catégories Z08 ou Z09 est en position de DP, le code de la maladie surveillée doit figurer en position de DR chaque fois qu'elle respecte sa définition (se reporter au point 1.2 du chapitre IV).

Catégorie Z10 – *Examen général de routine d'une sous-population définie*

Elle n'a pas d'emploi dans le champ d'activité couvert par le PMSI en MCO car elle ne comprend que des motifs de consultation externe dont certains ne concernent pas les établissements d'hospitalisation.

Catégories Z11 à Z13 – *Examens spéciaux de dépistage*

Le mot *dépistage* a dans la CIM-10 le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les catégories Z11 à Z13 ne doivent donc pas être employées pour des patients présentant un problème de santé personnel. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un sujet par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique, par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA³², par exemple). Dans ce cas c'est le motif des explorations qui doit être codé : selon le cas l'antécédent personnel ou familial (voir plus loin ce qui concerne les catégories Z80 à Z92), le facteur de risque, le signe clinique ou paraclinique qui les a motivées, dans le respect du principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder.

Catégories Z20 à Z29 – *Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles*

Catégorie Z20 : elle permet de coder l'absence d'une maladie infectieuse initialement crainte du fait du contact du patient avec une personne infectée ou de tout autre mode d'exposition à un agent infectieux (personnel soignant, de laboratoire...) ; en effet, si la maladie infectieuse était confirmée, c'est elle qu'on coderait.

Exemple : enfant hospitalisé après la découverte chez son père d'une tuberculose pulmonaire, dans la crainte d'une contamination qui n'est finalement pas confirmée :

- cet enfant n'est pas tuberculeux : on ne code donc pas cette maladie (elle ne doit pas être codée avec le chapitre I de la CIM-10) ;
- il ne présente aucun symptôme, seule la maladie de son père a motivé le recours aux soins : il n'y a donc pas lieu d'utiliser un code du chapitre XVIII.

Le code est ici Z20.1.

Z21 est le code la séropositivité **isolée** au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Si la séropositivité s'associe à l'un des états classés dans les catégories B20 à B24 du chapitre I de la CIM-10, c'est un code de ces catégories qu'on emploiera, non Z21.

La catégorie Z22, dans la suite logique de Z21, est la catégorie des « porteurs sains » : de bactéries, d'antigène d'hépatite virale...

³¹ C'est en ce sens qu'on parle parfois de « chimiothérapie antituberculeuse ».

³² Antigène spécifique de la prostate (*prostate specific antigen*).

La catégorie Z29 comprend certaines mesures de prévention :

- la sous-catégorie Z29.0 *Isolement* n'est pas destinée au classement des situations d'isolement social qui doivent être codées avec la catégorie Z60 ; le code Z29.0 est destiné au codage de l'isolement dans un but thérapeutique, tel qu'il s'en réalise pour des sujets atteints d'une maladie infectieuse contagieuse ou bien susceptibles de contracter une telle maladie. Bien que la catégorie Z29 soit classée dans un groupe (Z20–Z29) qui concerne les maladies infectieuses, l'absence d'un autre code d'isolement dans le chapitre XXI conduit à autoriser l'emploi de Z29.0 dans toutes les situations où un patient est isolé pour être mis à l'abri de l'entourage ou pour mettre celui-ci à l'abri du patient ;
- Z29.1 ou Z29.2 peuvent être utilisés lors des séjours motivés par l'administration d'une immunothérapie ou d'une chimiothérapie prophylactique, quel qu'en soit le motif (infectieux, tumoral...), mais à condition que le caractère prophylactique (préventif) soit clair.

Parmi les catégories Z20 à Z29, dans le champ actuel du PMSI en MCO, seules Z20, Z21, Z22 et Z29 sont, en pratique, susceptibles d'être utilisées pour le codage des RUM. Si un code de ces rubriques est en position de DP d'un RUM, seuls ceux de la catégorie Z29 sont susceptibles de justifier un DR, à condition que l'affection concernée respecte sa définition (se reporter au point 1.2 du chapitre IV).

Catégories Z30 à Z39 – Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction

La catégorie Z33 permet, dans le cas d'une femme enceinte hospitalisée pour un motif sans rapport avec sa grossesse, d'enregistrer celle-ci comme diagnostic associé lorsqu'elle se déroule normalement.

Exemple : traumatisme de la jambe chez une femme enceinte ; DP : la lésion de la jambe ; diagnostic associé : Z33.

Catégories Z34 et Z35 : Z34 comprend la surveillance systématique de la grossesse normale, habituellement réalisée en consultation externe. L'intitulé de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* ne doit pas être lu de manière rigide. Il doit l'être dans son contexte. Deux classes sont destinées au codage des surveillances de grossesses : Z34 pour les grossesses normales et Z35 pour les autres, c'est-à-dire pour toutes les *non normales* (à risque, « haut » ou non).

Dans le cas des hospitalisations de l'antépartum, la mention d'un code Z35.– comme DA est indispensable à l'orientation correcte du résumé de sortie standardisé (RSS) entre les groupes homogènes de malades de l'antépartum et du postpartum³³.

Catégorie Z37 : le cas échéant, la mention d'un de ses codes comme DA est indispensable au classement du RSS dans un groupe homogène d'accouchement³³. Un code de cette catégorie doit donc être enregistré dans les RSS des séjours avec accouchement³⁴.

³³ Pour davantage d'informations, se reporter à la description de la catégorie majeure de diagnostic n° 14 dans le *Manuel des GHM*.

Catégorie Z38 : Z38.0 *Enfant unique né à l'hôpital* est le code le plus fréquemment utilisé comme DP des résumés de séjour des nouveau-nés, puisqu'il l'est pour tous ceux en bonne santé, venus au monde au cours d'une naissance unique dans un établissement de santé. Dans cette situation il ne justifie évidemment aucun DR. Lorsque le nouveau-né présente un problème de santé le DP doit être d'abord cherché dans le chapitre XVI de la CIM-10 (puis, à défaut, dans un autre chapitre).

Lorsque après accouchement dans un établissement de santé A, une mère est transférée avec son enfant dans un établissement de santé B pour les soins du postpartum (soins standard, pas de complication, nouveau-né normal), en B :

- le DP du RUM de la mère est codé Z39.0 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement* ;
- le DP du RUM du nouveau-né est codé avec la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*.

Catégories Z40 à Z54 – Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques

Les rubriques de ce groupe correspondent particulièrement au rôle décrit dans l'alinéa (a) de la première page du chapitre XXI de la CIM-10 : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé pour une raison précise, par exemple pour recevoir des soins ou des services de niveau limité pour une affection en cours... ».

La catégorie Z41 comprend les soins « sans raison médicale », c'est-à-dire non motivés par un état morbide. Elle est notamment destinée au codage du DP des séjours pour chirurgie esthétique (Z41.0, Z41.1) et pour intervention dite *de confort* (Z41.80). Dans le cadre du PMSI, on désigne par chirurgie esthétique toute intervention de chirurgie plastique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ; on désigne par *intervention de confort* tout acte médicotechnique autre que la chirurgie esthétique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La catégorie Z42 comprend les prises en charge pour des interventions chirurgicales plastiques réparatrices, nécessitées par les conséquences d'une intervention antérieure ou d'un traumatisme antérieurement traité (c'est le sens de « soins de contrôle »).

Il résulte de ce qui vient d'être dit à propos des catégories Z41 et Z42 que la chirurgie plastique donne lieu à deux codages distincts³⁵ :

- lorsqu'il s'agit de chirurgie esthétique le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code ; le défaut corrigé peut être codé en position de diagnostic relié (DR) ;
- lorsqu'il s'agit de chirurgie plastique non esthétique, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le DP doit être codé avec un autre code de la CIM-10 ; il peut s'agir d'un code des chapitres I à XIX

³⁴ On rappelle que les codes Z37.– sont, dans le PMSI, le seul « compteur d'accouchements » fiable et exhaustif.

³⁵ Se reporter au point 2.2.2 du chapitre IV.

ou d'un code de la catégorie Z42 ; le choix entre les deux possibilités obéit au principe général qui veut que le meilleur code soit le plus précis au regard de l'information à coder. Avec un DP codé Z42.– le motif de l'intervention peut être mentionné en position de DR s'il respecte sa définition.

Exemples : séjour pour...

- mise en place de prothèses internes pour augmentation du volume mammaire à visée esthétique : Z41.1 ;
- mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie : Z42.1 ;
- rhinoplastie à visée esthétique : Z41.1 ;
- rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : J34.2 ;
- exérèse d'une cicatrice chéloïde : L91.0.

Il ne s'impose pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique, ni de décider si une intervention est de confort ou non. Il s'agit d'un diagnostic qui est d'abord de la compétence du médecin qui a dispensé les soins, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La catégorie Z43 est celle de surveillance et soins de stomies, y compris leur fermeture.

Exemple : sujet ayant subi quelques mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de la colostomie (rétablissement de la continuité colique) : le code du DP est Z43.3.

Les catégories Z44 à Z46 permettent de coder la mise en place, la surveillance et les soins, et l'ablation de certaines prothèses.

Par exemple, Z45.1 et Z45.2 comprennent les prises en charge pour mise en place et ablation de pompe à perfusion et de dispositif d'accès vasculaire ; notamment, Z45.2 est le code de **mise en place, entretien et ablation** d'un système diffuseur implantable (chambre implantable)³⁶. Le DP des séjours pour mise en place d'une fistule de dialyse rénale sera codé Z49.0 et non Z45.2 (voir ci-dessous le commentaire à propos de la catégorie Z49).

On comparera les catégories Z43 à Z46 avec les catégories Z93 à Z98 étudiées plus loin.

La catégorie Z47 est celle des soins faisant suite à un acte sur l'appareil locomoteur (on retrouve dans son intitulé la notion de « soins de contrôle » remarquée *supra* à propos de la catégorie Z42) : ablation de matériel d'ostéosynthèse, changement ou ablation d'appareil d'immobilisation... Z47.0 doit notamment être utilisé pour coder le DP des séjours pour ablation de matériel d'ostéosynthèse ; il ne faut pas, au terme de ces séjours, coder à nouveau la lésion osseuse initiale guérie ou consolidée, ni comme DP, ni comme DR, ni comme DA ; elle ne peut éventuellement être qu'une donnée à visée documentaire³⁷.

La catégorie Z48 peut être employée pour les soins postinterventionnels immédiats³⁸. Par soins postinterventionnels on entend notamment la surveillance postopératoire et celle qui fait

³⁶ Voir l'index alphabétique de la CIM-10 à l'entrée « accès vasculaire ».

³⁷ Voir le chapitre IV.

³⁸ Par opposition à la surveillance au long cours : Z08, Z09.

suite à un acte médicotechnique tel qu'une intervention par voie endoscopique ou endovasculaire et l'imagerie interventionnelle.

La catégorie Z49 comprend, malgré la présence du mot « surveillance » dans son intitulé, les prises en charge pour des actes de préparation à la dialyse rénale ; Z49.0 comprend ainsi la mise en place des fistules et cathéters de dialyse. En effet, en raison de la spécificité de cette catégorie et de son rôle dans la classification des GHM, il faut coder Z49.0 (et non Z45.2) le DP des séjours pour mise en place d'une fistule.

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges motivées par des actes **thérapeutiques** (radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine...). Son utilisation pour le codage du DP est une condition d'un enregistrement juste des séances au sens du PMSI en MCO³⁹, mais l'emploi de la catégorie Z51 ne leur est pas réservé.

Z51.1 code le DP des séjours pour chimiothérapie pour tumeur⁴⁰.

Z51.2 peut être employé pour les autres séjours pour « chimiothérapie », dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur. Le mot *chimiothérapie* a en effet dans la CIM-10 son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »⁴¹.

Sous-catégorie Z51.3 : on ne tiendra pas compte de l'indication « sans mention de diagnostic », désormais entre parenthèses. Elle est liée à l'esprit général du chapitre XXI de la CIM-10 et elle est sans conséquence pour le codage. Z51.3 a des extensions⁴² :

- Z51.30 est le code du DP des séjours pour transfusion sanguine ;
- Z51.31 est le code du DP des séjours pour aphérèse sanguine.

Exemple : hospitalisation pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire Z51.30.

Tous les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare, qu'il s'agisse de séances ou d'hospitalisation complète, doivent avoir pour DP le code *ad hoc* de la catégorie Z51 de la CIM-10.

Lorsqu'un code Z51.0–, Z51.1, Z51.2, Z51.3–, Z51.5 ou Z51.8– est en position de DP, la maladie traitée est enregistrée comme DR chaque fois qu'elle respecte sa définition, ce qui est le plus souvent le cas (se reporter au point 1.2 du chapitre IV).

Lorsqu'un code de la catégorie Z51 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie du code Z51.– en position de diagnostic associé en sus de celui de l'acte est redondante et n'est donc pas justifiée.

Exemple : la transfusion de concentrés de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine se code FELF011 ; la mention en sus de Z51.30 en position de DAS n'est pas justifiée.

³⁹ Voir le chapitre VI.

⁴⁰ Voir aussi ce qui a été écrit plus haut à propos de la chimioprophylaxie (catégorie Z29).

⁴¹ Se reporter à ce qui a été écrit plus haut à propos des catégories Z08 et Z09.

⁴² Elles ont été créées pour la version 10c des GHM.

La catégorie Z53 permet le codage des circonstances dans lesquelles les soins envisagés ne peuvent être prodigués ; le mot *acte* de l'intitulé doit être lu avec l'acception étendue de « prestation de soins », « prise en charge ».

Exemples :

- refus d'une transfusion sanguine pour motif de conviction : Z53.1 ;
- sortie contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

Catégories Z55 à Z76 – Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales - Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs

Elles permettent le codage de situations nombreuses et variées qui concernent tant l'hospitalisation que les soins externes. Elles répertorient des problèmes familiaux, sociaux, économiques, psychologiques, scolaires et professionnels, parmi lesquels des marqueurs de précarité socioéconomique qu'il est recommandé d'enregistrer dans le RUM. Il n'est guère d'autre moyen que la lecture du contenu de ces rubriques pour prendre connaissance des possibilités de codage qu'elles offrent.

Au regard de la note figurant à la première page du chapitre XXI, les catégories Z55 à Z76 correspondent à la fois à l'alinéa *a* : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé..., par exemple, pour... discuter d'un problème qui ne représente pas en soi une maladie ou un traumatisme » et à l'alinéa *b* : « ...des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme. De tels facteurs peuvent... être enregistrés comme facteur supplémentaire... ».

Z65.1 *Emprisonnement ou autre incarcération* permet d'enregistrer que des soins ont été dispensés à une personne détenue.

Z75.1 *Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat* ne doit être employé que si le séjour ou la prolongation de l'hospitalisation est motivé par la seule attente de l'unité ou de l'établissement adéquat, non par un événement morbide.

Dans l'intitulé de Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte*, le sens du mot « acte » ne doit pas être limité à la notion d'acte médicotechnique. Il doit être compris avec le sens large de « prestation de soins », « prise en charge ».

Catégories Z80 à Z92 – Antécédents personnels et familiaux

Les codes de ces catégories peuvent notamment être utilisés pour le codage du DP, dans des situations de *surveillance négative* au sens du guide des situations cliniques (se reporter au point 2.3 du chapitre IV).

Exemple : homme ayant un antécédent de cancer colique opéré, hospitalisé pour s'assurer de l'absence de récurrence, ce qui est confirmé :

- l'absence de récurrence est confirmée : le DP n'est donc pas la maladie *cancer colique* ;
- cet homme ne présente aucun symptôme (l'antécédent seul a justifié le recours aux soins) : le DP ne doit donc être codé au moyen du chapitre XVIII.

Le code est ici Z85.00⁴³.

⁴³ Code étendu créé pour la version 11 des GHM.

Un antécédent personnel ou familial de maladie en position de DP ne justifie jamais de DR.

Z92.1 et Z92.2 : la complexité apparente de leur intitulé est due à l'acception étymologique large du mot « antécédent » qui est celle de la CIM-10. Ces codes peuvent être employés lorsqu'un recours aux soins est motivé par la prise d'un médicament, que cette prise soit poursuivie (« utilisation actuelle ») ou qu'elle ait cessé au moment du recours.

Exemple : patient porteur d'une valve cardiaque prothétique, prenant un antivitamine K au long cours, hospitalisé pour des extractions dentaires : le DP est l'affection dentaire, les DA enregistrent la valve cardiaque (voir ci-dessous) et la prise de l'antivitamine K : Z92.1.

Catégories Z93–Z98

Elles sont destinées au codage d'états postinterventionnels qui ne nécessitent pas de soins. Elles permettent d'enregistrer une « présence » (de stomie, de cristallin artificiel...) et s'opposent aux catégories Z43 à Z46 qui doivent être employées lorsque les mêmes états nécessitent des soins (comparer Z43 avec Z93 ; Z44, Z45 et Z46 avec Z96 et Z97). En conséquence (à l'exclusion de Z94 et Z95, voir ci-dessous), il est illogique d'utiliser la plupart des codes des catégories Z93-Z98 pour coder le DP ou un DAS⁴⁴.

Exemples :

- malade porteur d'une trachéostomie, hospitalisé pour un autre problème (une autre affection) ; le personnel soignant assure les soins de la stomie : ils justifient d'enregistrer Z43.0 comme DAS ;
- même malade mais il assure lui-même les soins de sa stomie : l'absence de soins impose Z93.0, qui ne peut être enregistré éventuellement que comme une donnée à visée documentaire.

Ou encore :

- patient porteur d'un stimulateur cardiaque, hospitalisé pour changement du générateur (épuisement normal) : DP Z45.0 ;
- même patient hospitalisé pour un autre problème (une autre affection) ; le stimulateur a été contrôlé quelques jours auparavant : l'absence de soins impose Z95.0 qui ne peut être enregistré que comme une donnée à visée documentaire.

Les catégories Z94 et Z95 doivent être distinguées. En effet, en l'absence de rubriques correspondantes dans le groupe Z43–Z46 (hors Z45.0), elles doivent être employées pour coder le DP des situations de *surveillance négative*⁴⁵ des porteurs d'organes greffés (Z94), de pontages coronaires, valves cardiaques et greffes cardiovasculaires (Z95).

Exemples :

- patient porteur d'un cœur transplanté, hospitalisé pour bilan de surveillance postgreffe ; aucune anomalie n'est constatée ; le DP du séjour est codé Z94.1⁴⁶ ;
- patient porteur d'un pontage coronaire hospitalisé pour bilan de surveillance ; aucune anomalie n'est constatée : le DP du séjour est codé Z95.1.

⁴⁴ Se reporter à leur définition dans le chapitre IV.

⁴⁵ Se reporter au point 2.3.1 du chapitre IV.

⁴⁶ Un rejet, en revanche, devrait être codé T86.2.

Catégorie Z99 – Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs

Est dépendante envers une machine ou un appareil une personne atteinte d'une affection **chronique** dont la survie est subordonnée à l'utilisation régulière et durable de ce matériel. C'est en ce sens que doit être comprise l'utilisation des codes de la catégorie Z99. Ils ne doivent pas être employés pour mentionner l'utilisation d'un matériel de ce type en phase aigüe : par exemple, Z99.0 *Dépendance envers un aspirateur* ou Z99.1 *Dépendance envers un respirateur* ne doivent pas servir à mentionner l'utilisation de ces matériels chez un patient sous ventilation mécanique pour insuffisance respiratoire aigüe, Z99.2 (*Dépendance envers une dialyse rénale*) ne peut pas repérer les séjours des patients dialysés pour insuffisance rénale aigüe.

14. AUTRES CONSIGNES DE CODAGE

Insuffisance rénale fonctionnelle

L'insuffisance rénale fonctionnelle est une altération de la fonction rénale, habituellement passagère et curable. Conséquence d'une diminution de la perfusion rénale, elle peut être secondaire à une hypovolémie, une hypotension ou une cause iatrogène. Elle représente une forme particulière d'insuffisance rénale aigüe dont la cause n'est ni une atteinte organique du rein ni un obstacle sur les voies excrétrices. Elle est qualifiée de **prérénale** ou d'**extrarénale**.

Conformément à la note d'exclusion placée dans le volume 1 de la CIM-10 sous le titre du groupe N17–N19 *Insuffisance rénale*, l'insuffisance rénale fonctionnelle doit donc être codée **R39.2** (*Urémie extrarénale*). L'absence de lésion du parenchyme rénal invalide la consigne jusqu'ici donnée de la coder N17.8 (*Autres insuffisances rénales aigües*). La catégorie N17 doit être réservée au codage des insuffisances rénales aigües avec atteinte organique du tissu rénal.

Hypotension et baisse de la tension artérielles

La CIM-10 distingue deux modalités de codage des baisses de la pression intraartérielle [tension artérielle]. Elles correspondent à deux conditions très différentes de diagnostic.

Une **baisse de la pression intraartérielle** peut être un signe d'accompagnement de diverses maladies ou une « découverte fortuite isolée », ce qui ne permet pas de porter le diagnostic de maladie hypotensive chronique. Dans les deux circonstances, cette chute tensionnelle est qualifiée par la CIM-10 de « non spécifique » : elle doit alors être codée **R03.1** *Constatacion d'une baisse non spécifique de la tension artérielle*. Elle répond en effet aux critères qui conduisent à utiliser le chapitre XVIII qui contient les signes et symptômes « a) [...] pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant ; b) [...] existants lors de la première consultation, qui se sont avérés être transitoires et dont les causes n'ont pu être déterminées ; c) [se rapportant] aux diagnostics provisoires chez un malade qui n'est pas revenu pour d'autres investigations ou soins [...] ». L'utilisation du code R03.1 suit ainsi la logique exposée dans la note placée sous le libellé *Constatacion d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension*

(R03.0) : par analogie, on doit considérer que « cette catégorie [R03.1] doit être utilisée pour enregistrer soit un épisode [hypotensif] chez un malade pour lequel aucun diagnostic formel d'[hypotension] n'a été porté, soit une découverte fortuite isolée. »

A contrario, l'**hypotension artérielle** qualifiée d'idiopathique ou d'orthostatique est une maladie chronique invalidante, nécessitant habituellement un traitement prolongé. Son diagnostic repose sur la constatation répétée d'une baisse des pressions diastolique et systolique, mesurées dans des conditions rigoureuses. Le code **I95.**– qui la repère ne doit être employé que devant un diagnostic établi de maladie hypotensive chronique (sauf si elle s'intègre dans un ensemble de troubles neurovégétatifs et neurologiques, constituant alors le syndrome de Shy et Drager, code G90.3).

La même argumentation conduit à distinguer la maladie hypertensive (I10) et l'élévation « non spécifique » de la pression intraartérielle (R03.0).

Anémie posthémorragique aigüe

L'emploi du code **D62** *Anémie posthémorragique aigüe* pour mentionner la constatation d'une anémie postopératoire se discute devant un résultat d'hémogramme postopératoire prouvant la chute de l'hémoglobine en deçà de 13 grammes par litre chez l'homme, 12 grammes par litre chez la femme (11 grammes par litre chez la femme enceinte), chez un adulte jusqu'alors non anémié. Le présent article vise à rappeler et à préciser les règles justifiant l'emploi du code D62 dans cette circonstance particulière.

Les règles de l'art en matière de transfusion de malades subissant une intervention ont été définies par les experts de la [Société française d'anesthésie et de réanimation](#) (SFAR) lors de l'élaboration de la *Classification commune des actes médicaux*. Il a été admis que l'anesthésiste doit assurer la compensation des pertes sanguines, en particulier au cours des interventions par nature hémorragiques : certaines interventions sur le squelette (particulièrement hanche, fémur, genou, colonne vertébrale) ou le système cardiovasculaire. Cette restitution du volume sanguin peut utiliser des modalités très variables : allotransfusion, autotransfusion, emploi de système de récupération sanguine peropératoire. Elle peut être entièrement effectuée au cours de l'intervention selon les pertes estimées et éventuellement poursuivie au décours de l'opération. Dans ces conditions le code D62 ne doit pas être mentionné.

Inversement, une anémie postopératoire peut se révéler consécutive à un phénomène hémorragique inhabituel : le saignement peut résulter de la lésion elle-même (par exemple, rupture de la rate, plaie du foie) ou d'un traumatisme peropératoire (plaie d'un gros vaisseau, lâchage d'une suture vasculaire, conditions particulières de travail sur le site opératoire). Ces cas nécessitent des transfusions massives, ou à tout le moins dont le volume dépasse le volume prévisible en fonction de l'intervention. Le code D62 peut alors être mentionné dans le résumé d'unité médicale.

Malnutrition

La CIM-10 classe les états de malnutrition dans le groupe E40–E46 : **E40** *Kwashiorkor* ; **E41** *Marasme nutritionnel* ; **E42** *Kwashiorkor avec marasme* ; **E43** *Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision* ; **E44.0** *Malnutrition protéinoénergétique modérée* ; **E44.1** *Malnutrition protéinoénergétique légère* ; **E46** *Malnutrition sans précision*.

Elle range sous le terme générique de malnutrition⁴⁷ un groupe d'affections résultant d'une carence d'apport ou d'une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l'entendre dans le sens restreint de dénutrition. Dans un rapport publié en septembre 2003⁴⁸, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en a donné une définition : « la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. » Cette définition distingue clairement « l'amaigrissement [...] de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale » et sa nature éventuellement volontaire.

Dans le même rapport, l'ANAES a établi les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique des adultes hospitalisés, tous âges confondus. Elle a en effet estimé que la définition fournie par la CIM-10, reposant sur des critères statistiques, « n'est pas opérationnelle en l'absence de données représentatives de la distribution du poids par tranche d'âge et par sexe [...] en France. » La Haute Autorité de santé a révisé les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée dans un rapport publié en avril 2007⁴⁹. Ces critères sont ici résumés.

1) Le diagnostic de **dénutrition** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants.

Chez les patients âgés de moins de 70 ans⁴⁸ :

- perte de poids égale ou supérieure à 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
- perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
- indice de masse corporelle (IMC) inférieur ou égal à 17 kg/m² ;
- si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie inférieure à 30 g/l ;
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 110 mg/l.

Chez les patients âgés de 70 ans et plus⁴⁹ :

- perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois ;
- IMC inférieur à 21 kg/m² ;
- albuminémie inférieure à 35 g/l⁵⁰.

2) Le diagnostic de **dénutrition sévère** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants.

Chez les patients âgés de moins de 70 ans⁴⁸ :

⁴⁷ Cet anglicisme désigne de fait tout trouble lié à un déséquilibre alimentaire, aussi bien en défaut qu'en excès.

⁴⁸ [Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés](#), ANAES, septembre 2003.

⁴⁹ [Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée](#), HAS, avril 2007.

⁵⁰ L'interprétation du dosage doit tenir compte de l'état inflammatoire.

- perte de poids égale ou supérieure à 15 % en 6 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
- si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie inférieure à 20 g/l,
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 50 mg/l.

Chez les patients âgés de 70 ans et plus⁴⁹ :

- perte de poids égale ou supérieure à 10 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 15 % en 6 mois ;
- IMC inférieur à 18 kg/m² ;
- albuminémie inférieure à 30 g/l⁵⁰.

L'emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères.

Insuffisance respiratoire chez l'adulte

L'utilisation du code **J96.0** *Insuffisance respiratoire aigüe* nécessite que le dossier comporte la mention d'une insuffisance respiratoire aigüe ou d'une détresse respiratoire, et la constatation au cours du séjour d'une saturation en oxygène (SaO₂) inférieure à 90 % ou d'une pression partielle dans la sang artériel (PaO₂) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant.

L'utilisation du code **J96.1** *Insuffisance respiratoire chronique* nécessite que le dossier mentionne l'existence d'une insuffisance respiratoire chronique ou d'une affection respiratoire chronique et la constatation d'une PaO₂ inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant de manière prolongée.

Cystite aigüe

Le diagnostic de cystite aigüe est posé devant l'association :

- de signes fonctionnels de type pollakiurie, douleurs mictionnelles... ;
- et d'une pyurie sur bandelette urinaire ou d'une pyurie avec bactériurie en cas d'étude cyto bactériologique urinaire.

La mention de cystite (aigüe), d'infection vésicale (aigüe) ou d'infection urinaire basse dans le dossier, appuyée sur ces arguments, permet d'utiliser le code N30.0 *Cystite aigüe* pour mentionner cette affection. Quand ces éléments manquent ou devant la présence isolée de germes dans l'uroculture (bactériurie), on code N39.0 *Infection des voies urinaires, siège non précisé*.

VI. LES SÉANCES

1. DÉFINITION

Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé – « venue pour séance » – limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ou à une nuit en cas de séance nocturne (date de sortie supérieure de 1 à la date d'entrée), impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : **épuraction extrarénale**, **chimiothérapie** (pour tumeur ou pour affection non tumorale), **radiothérapie** (préparation et irradiation), **transfusion sanguine**, **oxygénothérapie hyperbare**, **aphérese sanguine**. Seules les séances correspondant à ces critères peuvent donner lieu à la mention d'un chiffre supérieur à zéro au titre de l'*item* « Nombre de séances » du résumé de sortie standardisé (RSS)¹.

Il est laissé au choix des unités médicales :

- soit de produire un RSS à chaque séance (RSS-séance) ;
- soit de produire un RSS réunissant des séances **identiques** dont le nombre est enregistré au moyen de l'*item* « Nombre de séances » (RSS-séances).

Toutefois, des recommandations particulières ont été faites pour la chimiothérapie (voir plus loin le point 3),

Dans le premier cas, les dates d'entrée et de sortie mentionnées dans le RSS sont celles de la séance et le « **Nombre de séances** » est égal à 1². Dans le second cas, à l'exclusion de la radiothérapie dont la particularité sera traitée plus loin, la date d'entrée du RSS est celle de la première séance, la date de sortie est celle de la dernière séance et l'*item* « Nombre de séances » indique le nombre de séances identiques réalisées entre ces deux dates.

La durée maximum couverte par un RSS-séances est dictée par l'obligation de transmission des fichiers de RSA à l'agence régionale de santé³.

Lorsqu'un patient hospitalisé dans un établissement pour une raison autre qu'un des motifs de séance cités ci-dessus doit subir, au cours de la même hospitalisation et dans le même établissement, une ou des séances, on distingue deux situations.

¹ Et un RSS mentionnant l'un des motifs cités avec une égalité des dates d'entrée et de sortie est classé dans un *groupe homogène* de séances même si l'*item* « nombre de séances » n'est pas renseigné.

² En cas de séance nocturne avec production d'un RSS pour chacune, le fait de ne pas renseigner le « Nombre de séances » engendrerait une erreur lors du classement en *groupes homogènes de malades* (GHM). En revanche, porter la valeur 1 dans le champ « Nombre de séances » assure le classement du RSS dans un GHM de séances, bien que la date de sortie soit supérieure de 1 à la date d'entrée.

³ Se reporter au point 1 du chapitre III.

1°) Si le malade est hospitalisé en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), autrement dit si les unités d'hospitalisation et de réalisation de la séance appartiennent toutes deux au champ de MCO de l'établissement, il ne peut pas être produit de RSS-séance et si un RSS-séances avait été créé préalablement à l'hospitalisation il doit être suspendu. Toutes les fois qu'elle est codable avec la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM), l'activité liée aux séances doit être enregistrée en tant qu'actes (codes et nombre de réalisations) dans le RSS d'hospitalisation, la zone « Nombre de séances » étant laissée vide ou égale à 0. Seule la préparation à l'irradiation fait exception à cette règle générale : voir *infra* le point 4.1.

2°) Si le malade est hospitalisé en soins de suite et de réadaptation (SSR), en psychiatrie ou en soins de longue durée dans le même établissement : l'unité de MCO qui réalise les séances produit un RSS-séance ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi.

3°) Si le malade est hospitalisé à domicile (HAD), que l'HAD soit une structure indépendante ou qu'elle appartienne au même établissement, l'unité de MCO qui réalise les séances produit un RSS-séance ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi.

Pour des séances effectuées au bénéfice de malades hospitalisés dans un autre établissement on se reportera aux consignes concernant les prestations interétablissements (point 3 du chapitre I).

On ne doit pas confondre la séance telle quelle vient d'être définie avec les *actes en séances*. À une date donnée il ne peut être réalisé qu'une séance au sens du PMSI (comme à celui de la gestion administrative des patients⁴). En revanche, au cours de celle-ci, plusieurs actes medicotechniques *en séances* peuvent être effectués. Dans ce cas, le recueil voit l'enregistrement d'**une** séance au titre de l'*item* « Nombre de séances », et le codage des différents actes réalisés ou, si c'est le même acte qui a été effectué plusieurs fois, le dénombrement de ses réalisations par l'*item* « Nombre de réalisations ».

On rappelle qu'on ne peut comptabiliser plusieurs séances dans un même RSS (« RSS-séances ») que si toutes ont été identiques, notamment en matière d'actes effectués.

2. LA DIALYSE RÉNALE EN SÉANCES

La réalisation d'une séance de dialyse rénale effectuée dans un établissement de santé soumis au recueil d'informations du PMSI en MCO donne lieu à la production ou à la poursuite d'un RSS-séance(s)⁵, qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y

⁴ *Statistique annuelle des établissements* : « Dans la même discipline, pour un même malade, on ne compte qu'une seule venue ou séance par jour et par type d'activité, même si le malade vient plusieurs fois le même jour ».

⁵ Par « poursuite d'un RSS-séances » on désigne l'incréméntation de l'*item* « nombre de séances » du nombre de séances effectuées.

compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO⁶.

Le codage du diagnostic principal des séances de dialyse rénale n'utilise que les codes Z49.1 et Z49.2 de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) et les extensions Z49.20 et Z49.21⁷.

3. LA CHIMIOTHÉRAPIE EN SÉANCES

La CIM-10 ne réserve pas la chimiothérapie au traitement des tumeurs. Le mot *chimiothérapie* y est présent avec son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »⁸.

Le schéma élémentaire de production d'informations concernant les séances de chimiothérapie est le suivant :

- un RSS est produit pour chaque séance ;
- à chaque RSS est attaché un numéro administratif de séjour ;
- ce même numéro administratif de séjour est reporté dans FICHCOMP⁹ avec la consommation médicamenteuse associée.

Ce schéma est toutefois diversement appliqué par les établissements, en fonction de la configuration des systèmes d'information ou des habitudes de recueil. Une variante est notamment la réalisation d'un RSS-séances pour plusieurs séances, avec la difficulté d'imputation des consommations médicamenteuses précises de chaque séance. En outre, des cas de figure variables ont pu être observés quant au renseignement de FICHCOMP.

La règle à respecter est dans tous les cas celle de l'association d'un numéro administratif de séjour différent à chaque RSS.

Il est fortement recommandé aux établissements de santé de s'organiser pour produire un RSS pour chaque séance¹⁰.

3.1 LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR

Une venue pour séance de chimiothérapie pour tumeur ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

⁶ Cette consigne ne concerne pas l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par autodialyse.

⁷ Codes étendus créés pour la version 10 de la classification des GHM.

⁸ Voir dans le point 13 du chapitre V ce qui concerne les codes Z08.2 et Z09.2, Z51.1 et Z51.2.

⁹ À propos de FICHCOMP, se reporter au chapitre II.

¹⁰ [Instruction de la DHOS du 25 janvier 2007](#) : *Rappel et précisions concernant la transmission du fichier FICHCOMP par les établissements ex-DG.*

Le codage du diagnostic principal des séances de chimiothérapie pour tumeur utilise le code Z51.1 de la CIM-10.

3.2 LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR AFFECTION NON TUMORALE

Une venue pour séance de chimiothérapie pour affection non tumorale ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du diagnostic principal des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale utilise le code Z51.2 de la CIM-10.

4. L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE

Les consignes qui suivent concernent l'activité de radiothérapie dispensée sur un mode ambulatoire. Pour toutes les irradiations nécessitant une hospitalisation les règles de production du résumé d'unité médicale sont identiques à celles des autres séjours hospitaliers.

Les consignes développées ici concernent les traitements de radiothérapie au sens large, incluant l'irradiation externe (pour la part la plus importante) mais aussi la curiethérapie, lorsqu'elle est réalisée en ambulatoire.

4.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION

Le résumé standardisé de préparation (RSP) à l'irradiation est d'une nature différente de celle des autres résumés du PMSI. Il doit être conçu non comme un résumé de séjour mais comme un support de description de la préparation à l'irradiation dans son intégralité. Il présente les propriétés suivantes :

- par convention il doit être élaboré à la fin du traitement de radiothérapie, c'est-à-dire après que la dernière séance d'irradiation ait eu lieu ;
- il est unique pour chaque malade bénéficiant d'un traitement de radiothérapie ; à ce titre, il doit résumer au mieux la totalité de la prise en charge pour préparation d'irradiation ; pour son élaboration, outre le dossier médical du malade, il s'appuie donc particulièrement sur le document de suivi propre au service de radiothérapie ;
- pour un même malade son numéro (numéro de RSP) est différent de celui du résumé d'irradiation.

Cas particuliers :

- les reprises de préparation sont à traiter de façon identique : le RSP doit résumer l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un malade donné ; dans les cas de reprise il comportera donc les actes de première préparation ainsi que ceux de la seconde (voire troisième) préparation¹¹, dans le respect des règles d'emploi de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;

¹¹ Sur le plan de la prise en compte de ces reprises de préparation il est à noter que, lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui détermine le *groupe homogène de malades* (GHM) d'affectation. Par ailleurs, par

- lorsqu'un ou des actes de préparation à l'irradiation sont effectués au cours d'une hospitalisation en MCO pour un autre motif :
 - l'hospitalisation donne lieu à la production d'un RSS selon les règles habituelles,
 - auquel s'ajoute un RSP qui enregistre les actes de préparation ; s'ils sont les premiers du plan de traitement, le RSP est ouvert à la date d'entrée de l'hospitalisation ; si un RSP avait été antérieurement ouvert, il est poursuivi ;
- dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois, la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu au cours de la même hospitalisation, on ne réalisera pas de résumé standardisé de préparation. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient reportés dans le RSS d'hospitalisation¹².

Ainsi, lorsque la préparation à l'irradiation se déroule au cours d'une hospitalisation, les actes réalisés pendant celle-ci alimentent le RSP – et non le RSS – de la même manière que s'ils avaient été réalisés en ambulatoire. Cette consigne est valable quel que soit le moment de survenue de l'hospitalisation :

- hospitalisation initiale au cours de laquelle est ouvert un RSP qui se poursuivra au-delà d'elle (parce que une ou des séances d'irradiation, éventuellement d'autres actes de préparation, auront lieu après cette hospitalisation) ;
- hospitalisation survenant alors qu'un RSP a été ouvert antérieurement à elle.

En revanche, lorsque la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation, on ne produit pas de RSP mais un RSS dans lequel sont enregistrés les actes de préparation et d'irradiation.

En conclusion, la réalisation d'actes de préparation alimente toujours un RSP, sauf lorsque la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation.

Production du résumé standardisé de préparation :

- 1) La date d'entrée est la date de première venue pour préparation.
- 2) La date de sortie est la date de la dernière séance d'irradiation.

On rappelle que le RSP est unique pour le traitement d'un malade donné. En conséquence, s'agissant de résumés de préparation, il n'y a pas lieu de s'attacher au problème de périodicité calendaire. À titre d'exemple, une préparation commencée le 30 juin et achevée en juillet, avec une dernière séance d'irradiation réalisée le 15 août ne donnera lieu à l'élaboration que d'un seul RSP, dont la date d'entrée est le 30 juin et la date de sortie le 15 août.

- 3) Le diagnostic principal (DP) est codé Z51.00¹³ *Séance de préparation à une irradiation*.
- 4) On reporte le code de la tumeur en position de diagnostic relié.

construction du modèle de l'étude nationale des coûts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tient compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations d'irradiation comportent un temps de reprise.

¹² La mention de ces actes dans le RSS d'hospitalisation peut permettre d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler par exemple les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation.

¹³ Code Z51.0 de la CIM-10 étendu pour la circonstance depuis la version 6 de la classification des GHM.

5) Par convention encore on renseignera l'*item* « Nombre de séances » du RSS en y portant un chiffre égal ou supérieur à 1. L'effet de cette consigne est de rattacher les résumés standardisés de préparation à la catégorie majeure n° 28 des *séances* de la classification des GHM.

6) Les actes portés dans le RSP sont les actes de préparation à une irradiation, codés au moyen de la CCAM.

4.2 LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION

Pour un même malade le numéro du RSS-séance(s) d'irradiation est différent de celui du RSP.

On rappelle qu'il est admis :

- soit d'élaborer un RSS à chaque séance d'irradiation ;
- soit de produire un RSS réunissant des séances identiques ; il convient de considérer comme identiques des séances dont les actes d'irradiation sont identiques ; cette consigne implique donc de produire un nouveau RSS-séance(s) chaque fois que l'acte d'irradiation change.

Production d'un RSS-séance(s) d'irradiation :

Deux cas-types doivent être distingués selon l'option choisie.

1) Cas n° 1 – Un RSS est produit pour chaque séance :

- la date d'entrée est égale à la date de sortie et à la date de réalisation de la séance ;
- l'*item* « Nombre de séances » est renseigné et égal à 1 ;
- le DP est codé Z51.01 *Séance d'irradiation*¹³ ;
- la tumeur traitée est enregistrée comme diagnostic relié (DR) ;
- on enregistre les types de machine et de dosimétrie, et le nombre de faisceaux (se reporter au point 2.1.3 du chapitre I) ;
- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé au cours de la séance.

2) Cas n° 2 – Un RSS-séances réunit plusieurs séances :

- la date d'entrée est la date de la première séance ;
- la date de sortie est la date de la dernière séance comportant le même acte d'irradiation ;
- l'*item* « Nombre de séances » est renseigné et supérieur à 1 ;
- le DP est codé Z51.01 ;
- la tumeur irradiée est enregistrée comme DR ;
- on enregistre les types de machine et de dosimétrie, et le nombre de faisceaux, identiques lors de chacune des séances correspondant à ce RSS-séance(s) ;
- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé, identique lors de chacune des séances correspondant à ce RSS-séance(s).

Un cas particulier est rencontré lorsque deux actes d'irradiation, voire davantage, sont réalisés dans la même journée¹⁴. Deux circonstances doivent être envisagées.

1) Les actes ont été réalisés au cours de la même venue dans l'unité de radiothérapie.

Cette circonstance se rencontre notamment dans les cas suivants :

- pour des raisons techniques les différents faisceaux nécessaires à la bonne conduite du traitement ont été réalisés sur des machines distinctes, successivement ;
- pour des raisons médicales plusieurs volumes cibles ont été traités lors de la venue (par exemple, prise en charge de plusieurs métastases).

Dans ces cas on enregistre un seul acte d'irradiation dans le RSS-séance(s) et le code est celui de l'acte d'irradiation qui correspond à la somme des faisceaux délivrés et à l'énergie (en MV) de la machine la plus puissante. En effet, les séances correspondent aux venues dans l'unité de radiothérapie, non aux « passages-machine(s) ».

Exemple : au cours de la même venue dans l'unité de radiothérapie, réalisation de trois faisceaux à une énergie de 5 MV sur une machine, puis réalisation de deux faisceaux à une énergie de 15 MV sur une autre machine. L'acte unique enregistré est : « séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus ».

2) Les actes ont été réalisés dans le cadre d'un traitement fractionné dispensé au cours de la même journée.

La notion de traitement fractionné (généralement bifractionné) est sans ambiguïté pour les spécialistes (et sans confusion possible avec une irradiation comportant par exemple deux passages-machine). Il n'appartient donc pas au médecin responsable de l'information médicale de décider de la qualification d'un traitement multiple dans la journée. Dans tous les cas, la déclaration du médecin radiothérapeute, prescripteur du traitement, doit être suivie. Quoiqu'il en soit le cas le plus fréquent est alors celui d'un traitement bifractionné partagé entre le matin et l'après-midi du même jour.

Dans la seconde circonstance on enregistre deux actes d'irradiation dans le RSS-séance(s) pour un traitement bifractionné (trois pour un traitement trifractionné).

Il est souhaitable que les établissements enregistrent, d'une part tous les types d'irradiation réalisés au cours d'une hospitalisation, d'autre part les préparations à l'irradiation entièrement réalisées au cours d'une hospitalisation. Pour être en mesure de faire évoluer la classification des GHM il importe de caractériser au mieux les hospitalisations.

¹⁴ Pour mémoire, le cas le plus fréquent est toutefois, de loin, celui de l'acte d'irradiation unique dans la journée : un seul acte d'irradiation est réalisé, au cours d'une venue unique dans l'unité de radiothérapie.

5. LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES

Une venue pour transfusion sanguine en séance ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance(s) que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du diagnostic principal des séances de transfusion sanguine utilise le code Z51.30¹⁵. On rappelle que l'indication « sans mention de diagnostic » contenue dans son intitulé, désormais entre parenthèses, est liée à l'esprit général du chapitre XXI de la CIM-10¹⁶ ; elle est sans conséquence pour le codage des séances de transfusion sanguine et n'empêche pas de coder la maladie motivant la transfusion comme diagnostic relié lorsqu'elle respecte sa définition.

6. L'OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE EN SÉANCES

Une venue pour séance d'oxygénothérapie hyperbare (« séance de caisson ») ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance(s) que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du DP d'une séance d'oxygénothérapie hyperbare utilise le code Z51.80¹⁷.

Un cas particulier est rencontré lorsque deux actes d'oxygénothérapie hyperbare (voire davantage) ont été réalisés dans la même journée, au cours de venues successives (par exemple une le matin et une l'après midi). Cette circonstance correspond aux traitements délivrés de manière fractionnée. On enregistre autant d'actes dans le RSS-séance(s) qu'il en a été réalisés.

7. LES APHÉRÈSES SANGUINES EN SÉANCES

Une venue pour séance d'aphérèse sanguine ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance(s) que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du DP des séances d'aphérèse sanguine utilise le code Z51.31¹⁸.

¹⁵ Code Z51.3 de la CIM-10 étendu pour la circonstance depuis la version 10c de la classification des GHM.

¹⁶ Voir dans le point 13 du chapitre V ce qui concerne le code Z51.3.

¹⁷ Code Z51.8 de la CIM-10 étendu pour la circonstance pour la version 10 de la classification des GHM.

¹⁸ Se reporter à la note 15

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès	
de paroi.....	67, 68
sousphrénique.....	67, 68
Ablation de matériel d'ostéosynthèse.....	82
Accident	
dû à médicament.....	69
de la route.....	74
du travail.....	74
Accouchement.....	75, 80
facturation.....	30
normal.....	50
"sous X".....	8
Acte.....	14, 59
activité.....	14, 59
classant.....	60
classification commune.....	14, 59
codage.....	14, 59
complication.....	65
<i>de confort</i>	48
non effectué.....	58
nombre de réalisations.....	15, 60
non pris en charge par l'assurance maladie.....	47, 48
phase.....	14, 59
<i>postmortem</i>	12, 14, 59
prélèvement d'organe ou de tissu.....	12, 14, 27, 59
réalisé à titre externe.....	5
réalisé aux urgences.....	10, 15, 60
réalisé dans un autre établissement..	11, 13, 15, 20, 27
en séance.....	91
thérapeutique par voie endoscopique, endovasculaire.....	49
transfert pour réalisation d'un –.....	11, 13, 15, 20, 27
Activité d'un acte.....	14, 59
Addictologie, unité médicale.....	3
Admission.....	3
réadmission le jour de la sortie.....	7, 9, 10
Affections multiples.....	62
Âge gestationnel.....	15
AGRAF.....	19, 31, 35
Algologie.....	46
Alternatives à l'hospitalisation.....	5
Anémie posthémorragique aigüe.....	87
Anémie postopératoire.....	87
ANO.....	30, 35
ANO-HOSP.....	34
Anonymat des soins.....	8
Antécédent.....	63, 71, 84
de cancer.....	71
Antepartum.....	80
Aphérèse sanguine.....	45

Apnées du sommeil.....	42
Ascite, évacuation.....	46
<i>Astérisque</i> (code, CIM-10).....	40, 56, 57
Attente de placement.....	84
Autodialyse.....	5
Autopsie médicale.....	12, 14, 59
Autorisation d'unité médicale.....	2, 9
Avortement.....	<i>Voir</i> Interruption de grossesse

B

B hors nomenclature.....	29
B2, normes.....	31
Baisse de la tension artérielle.....	86
Bilan.....	53
d'un cancer.....	44, 53
postgreffe.....	51, 85
préopératoire.....	78

C

Caisson.....	<i>Voir</i> Oxygénothérapie hyperbare
Cancer	
antécédent familial.....	52
antécédent personnel.....	71
bilan.....	44, 53
récidive.....	52
<i>stadification TNM</i>	45
CCAM <i>Voir</i> Classification commune des actes médicaux, <i>Voir</i> Classification commune des actes médicaux	
Chainage anonyme.....	32
index (numéro d'–).....	34, 35
Chambre implantable.....	48, 82
Chimioprophylaxie.....	80
Chimiothérapie.....	45, 78, 83, 92, 93
prophylactique.....	80
Chirurgie	
<i>de confort</i>	48, 81
esthétique.....	47, 81
plastique réparatrice.....	47, 81
Cicatrice, réparation.....	82
CIM-10... <i>Voir</i> Classification internationale des maladies	
Classification commune des actes médicaux.....	14, 59
Classification internationale des maladies.....	14, 62
affections multiples.....	62
catégorie.....	62
chapitre XX.....	39, 69, 70, 75
chapitre XXI.....	76
chapitre XXII.....	62
souscatégorie.....	62
Classification <i>TNM</i>	45

Code	
à 3 caractères (CIM-10).....	62
à 4 caractères (CIM-10).....	62
<i>astérisque</i> (CIM-10).....	40, 56, 57
d'acte.....	14, 59
<i>dague</i> (CIM-10).....	40, 56, 57
de manifestation (CIM-10).....	40, 56, 57
étendu (CIM-10).....	14, 62
étiologique (CIM-10).....	40, 56, 57
géographique.....	19
INSEE de pays.....	8
postal de résidence.....	8
surveillance négative.....	78, 85
V, W, X, Y (CIM-10).....	39, 69, 70, 75
Z (CIM-10).....	76
Coloscopie, perforation.....	69
Colostomie, fermeture.....	48, 82
Coma.....	70
Condition économique, familiale, sociale..	<i>Voir Situation, économique, familiale, sociale</i>
Confidentialité des informations.....	35
Confirmation du codage du RSS.....	17
<i>Confort</i> (acte, intervention de –).....	48, 81
Conservation des fichiers d'activité et de facturation ...	37
Consultation externe.....	5
Continuité intestinale, rétablissement.....	48, 82
Contre-indication.....	58
Contrôle de la qualité des informations.....	2, 36, 38
Contrôle, soins de –.....	81, 82
Curiethérapie.....	50
Cystite aigüe.....	89

D

<i>Dague</i> (code, CIM-10).....	40, 56, 57
Date de naissance.....	8
Date de sortie.....	12
Date d'entrée.....	10
nouveau-né.....	10
Décès.....	4, 12
Décompensation d'une maladie chronique.....	43
Dénutrition.....	88
Dépendance envers une machine.....	86
Dépistage.....	42, 79
Déplacement d'électrode de stimulation cardiaque ..	66, 68
Déséquilibre d'une maladie chronique.....	43
Destination.....	13
Détenu.....	84
Diagnostic, situation clinique de –.....	41
Diagnostic associé.....	14, 55
conventionnel.....	57
et diagnostic relié.....	40, 57
résultat anormal d'examen.....	57
séquelle.....	64
significatif.....	55
symptôme, syndrome.....	57
Diagnostic principal.....	14, 38
affections multiples.....	62
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i>	40
codes V, W, X, Y.....	39
maladie chronique.....	54
symptôme, syndrome.....	41
Diagnostic relié.....	14, 39
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i>	40
et diagnostic associé.....	40, 57

Dialyse rénale.....	5, 45, 83, 91
à domicile, autodialyse.....	5
péritonéale.....	27
Dispositif médical implantable.....	27, 30
Donnée à visée documentaire.....	17, 61
Dosimétrie.....	16
Dossier médical.....	18, 38
Douleur chronique rebelle.....	46
Durée de conservation des fichiers d'activité et de facturation.....	37

E

Échec d'interruption de grossesse.....	73
Économique (situation, condition).....	84
EEG.....	<i>Voir</i> Electroencéphalogramme
Effet nocif de médicament.....	69
Effet secondaire, indésirable, de médicament.....	70
Électrode de stimulation cardiaque, déplacement ...	66, 68
Électroencéphalogramme de longue durée.....	42, 78
Empoisonnement (par médicament).....	69
Endocardite sur valve prothétique.....	67, 68
Enfant sans vie.....	4, 15, 58, 76
Enquête (fichier des diagnostics à visée d'–).....	28
Enregistrement poly(somno)graphique.....	42, 78
Entrée	
date, mode.....	10
réadmission le jour de la sortie.....	10
é-PMSI (plateforme).....	32, 35
Épuration extrarénale.....	<i>Voir</i> Dialyse rénale
Esthétique, chirurgie.....	47, 81
État permanent.....	39, 40
Étiologie (codage de l'–).....	40, 56, 57
Évacuation d'ascite.....	46
Événement.....	69
Examen, résultat anormal.....	41, 57
Extension de code (CIM-10).....	14, 62
Externe (acte, consultation, soin).....	5

F

Faisceaux, nombre (radiothérapie).....	17
Familiale (situation, condition).....	84
Fermeture de colostomie.....	48, 82
FICHCOMP, FICHCOMPA.....	27
conservation des fichiers.....	37
Fichier des diagnostics à visée d'enquête.....	28
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	8
FICHSUP.....	29
conservation des fichiers.....	37
FINESS.....	<i>Voir</i> Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN).....	34
Format (version) du résumé d'unité médicale.....	17
Frontière entre soins externes et hospitalisation.....	5

G

Générateur de RSA, GENRSA.....	19, 28, 31, 34
Gériatrie, unité médicale.....	3
Greffe (d'organe), bilan postgreffe.....	85
Grossesse.....	80
interruption.....	4, 71
normale.....	80
à risque.....	80

Groupage 18

H

HAD *Voir* Hospitalisation à domicile
 Hébergement (dans une unité médicale) 9
 Hémodialyse *Voir* Dialyse rénale
 Hôpital local 24, 29
 Hospitalisation 3
 alternatives à – 5
 à domicile 5, 10, 11, 12, 13
 sans hébergement 5
 à temps partiel 5
 unité de courte durée 3
 HOSP-PMSI 34
 Hypotension artérielle 87

I

Identifiant du résumé de sortie standardisé 7
 IGS (II) *Voir* Indice de gravité simplifié
 Imagerie interventionnelle 49
 IMG *Voir* Interruption de grossesse
 Immunothérapie 80
 Index (numéro d'–) du chaînage anonyme 34, 35
 Indice de gravité simplifié 16
 Infarctus du myocarde postopératoire 67, 68
 Infection
 nosocomiale 69
 ostéosynthèse (matériel) 67, 68
 prothèse articulaire 67, 68
 valve cardiaque prothétique 67, 68
 Infection urinaire 89
 Inflammatoire (syndrome) 41
Infliximab 46
 INSEE, code de pays 8
 Insuffisance rénale fonctionnelle 86
 Insuffisance respiratoire 88
 Insuffisance respiratoire aigüe 88
 Insuffisance respiratoire chronique 89
 Interruption de grossesse 4, 71
 échec 73
 Intervention *de confort* 48, 81
 Intoxication médicamenteuse 69
 Irradiation *Voir* Radiothérapie
 Isolement d'un patient 80
 IVG *Voir* Interruption de grossesse

L

Lactarium 29
 Lait maternel 29
 Lit identifié dédié, type d'autorisation 9
 Lithotritie 49
 Luxation de prothèse articulaire 66, 68

M

Machine, type (radiothérapie) 16
 MAGIC 34
 Maladie professionnelle 74
 Malnutrition 87
 Manifestation (codage de la –) 40, 56, 57
 Matériel d'ostéosynthèse
 ablation 82
 infection 67, 68

Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO) ... 2

Médicament
 accident 69
 effet nocif 69
 effet secondaire, indésirable 70
 empoisonnement 69
 orphelin 27
 payé en plus 27, 30
 suicide et tentative 69
 surdosage 70
 Médicosocial (hébergement) 12, 13
 Mode de sortie 12
 Mode d'entrée 10
 nouveau-né 11
 Molécule onéreuse *Voir* Médicament, payé en plus
 Mono-unité, monoRUM (séjour, RSS –) 18
 Morbidité principale 38
 Mort-né *Voir* Enfant sans vie
 Multiunité, multiRUM (séjour, RSS –) 17, 18
 Mutation 10, 12
 Myopie (traitement chirurgical) 48

N

Naissance, salle (transfert depuis la –) 4
 Néonatalogie (unité médicale) 2
 Neurovasculaire, unité médicale 2
 Névrome sur moignon d'amputation 68
 Nombre de faisceaux (radiothérapie) 17
 Normes B2 31
 Nosocomial, facteur 69
 Nouveau-né 4, 75, 81
 codage des diagnostics 76
 date d'entrée 10
 mode d'entrée 11
 normal 50
 poids 15
 production d'un RUM 4, 9
 résumé standardisé de facturation 30
 sans vie 4, 15, 58, 76
 transfert depuis la salle de naissance 4
 unité médicale 2, 9
 Numéro
 administratif de séjour 8
 d'admission, d'entrée, d'hospitalisation, de séjour 8
 de résumé d'unité médicale 17
 du résumé de sortie standardisé 7
 d'unité médicale 9
 FINESS 8

O

Organe, prélèvement 12, 14, 27, 59
 Ostéosynthèse (matériel)
 ablation 82
 infection 67, 68
 Oxygénothérapie hyperbare 45, 97
 traitement fractionné 97

P

P hors nomenclature 29
Pacemaker 48, 85
 Palliatifs (soins) 50
 lits identifiés dédiés 9
 Passage machine (radiothérapie) 96

Pays de résidence (code).....	8
Perforation colique perendoscopie.....	69
Permission	13
Phase d'un acte.....	14, 59
Phlébite due à perfusion.....	67, 68
Placement, attente de -	84
Plastique, chirurgie	47, 81
Plateforme é-PMSI	32, 35
Pneumonie postopératoire.....	67, 68
Poids du nouveau-né.....	15
Poly(somno)graphie, enregistrement	42, 78
Polypathologie	62
Pontage artériel, thrombose	67, 68
<i>Port-a-cath</i>	48, 82
Porteur sain	79
Poussée aiguë d'une maladie chronique	43
Précarité (économique, sociale)	<i>Voir Situation, économique, familiale, sociale</i>
PREFACE.....	29, 34
Prélèvement d'organe ou de tissu	12, 14, 27, 59
Préparation à la radiothérapie	93
dosimétrie	16
Prescription, validation	27
Prestation interétablissement	11, 13, 15, 20, 27
séance	23
Prisonnier.....	84
Produit et prestation	27, 30
Prothèse	
articulaire, infection.....	67, 68
articulaire, luxation.....	66, 68
mammaire.....	47, 48, 82
valvulaire cardiaque, infection.....	67, 68
Provenance.....	11

Q

Qualité des informations.....	36
contrôle.....	2, 36, 38

R

Radiologie interventionnelle.....	49
Radiothérapie.....	5, 45, 93
curi-thérapie	50
irradiation	95
en dose unique.....	50
nombre de faisceaux	17
passage machine	96
préparation.....	93
traitement fractionné.....	96
type de dosimétrie.....	16
type de machine	9
RAFAEL.....	29
Réadmission le jour de la sortie	7, 9
Réanimation	
indice de gravité simplifié (IGS II).....	16
Récidive de cancer.....	52
Reconnaissance contractuelle d'activité	2
Réparatrice, chirurgie plastique -	47, 81
Reprise de préparation (radiothérapie).....	93
Résidence	
code géographique.....	19
code postal	8
Résultat anormal d'examen.....	41, 57
Résumé d'unité médicale	
groupé.....	18
Résumé de sortie anonyme	1, 19, 29, 31

conservation.....	37
transmission.....	32
Résumé de sortie standardisé	1, 18
confirmation du codage	17
conservation des fichiers.....	37
groupé.....	18
identifiant.....	7
mono-unité, monoRUM.....	18
multi-unité, multiRUM	17, 18
numéro.....	7
RSS-séance(s).....	90, 91
Résumé d'unité médicale.....	1, 7
champ de production.....	3
conservation.....	37
numéro.....	17
version du format	17
Résumé standardisé de facturation	25, 30
anonyme	25
conservation	37
transmission.....	32
Résumé standardisé de facturation des actes et	
consultations externes.....	22, 28
conservation des fichiers.....	37
Résumé standardisé de préparation	93
Rétablissement de la continuité intestinale	48, 82
Rhinoplastie	47, 48, 82
RSA	<i>Voir Résumé de sortie anonyme</i>
RSF	<i>Voir Résumé standardisé de facturation</i>
RSFA .	<i>Voir Résumé standardisé de facturation, anonyme</i>
RSF-ACE.....	<i>Voir Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes</i>
RSP	<i>Voir Résumé standardisé de préparation</i>
RSS	<i>Voir Résumé de sortie standardisé</i>
RUM	<i>Voir Résumé d'unité médicale</i>
RUM-RSS groupé.....	18

S

SAE.....	<i>Voir Statistique annuelle des établissements</i>
Salle de naissance, de travail (transfert depuis la -).....	4
Scolaire (situation, condition)	84
Séance	5, 13, 45, 90
acte en séances	91
prestation interétablissement.....	23
RSS-séance(s).....	90, 91
Secret professionnel	35
Secteur opératoire	1
Sein (prothèse)	47, 48
Séjour	
mono-unité, monoRUM.....	18
multi-unité, multiRUM	17, 18
Séquelle.....	57, 64
Séropositivité au VIH	79
Sexe	8
Sida	51
Situation clinique	
diagnostic.....	41
surveillance.....	50
traitement	45
Situation économique, familiale, sociale.....	84
Sociale (situation, condition)	84
Soins de contrôle.....	81, 82
Soins externes	5
Soins intensifs	16
Soins palliatifs.....	50
lits identifiés dédiés	9

Sortie	
contre avis médical	84
date, mode	12
suivie de réadmission	7, 9, 12
Stadification TNM d'un cancer	45
Statistique annuelle des établissements	3
Stimulateur cardiaque	48, 85
Stomie, codage	82, 85
Suicide et tentative	69, 74
Surdosage médicamenteux	70
Surveillance	50
situation clinique de –	50
continue	16
négative	51, 78, 85
positive	52
postgreffe	51, 85
postopératoire, postinterventionnelle	82
Suspicion non confirmée	42, 77
Symptôme	41
Symptôme, syndrome	
et diagnostic associé	57
et diagnostic principal	41
Syndrome inflammatoire	41

T

Tension artérielle, baisse	86
Tentative de suicide	69, 74
Thrombose de pontage artériel	67, 68
Tissu, prélèvement	12, 14, 27, 59
TNM (classification)	45
Trachéostomie	85
Traitement	
situation clinique de –	45
adaptation	54
fractionné	
oxygénothérapie hyperbare	97
radiothérapie	96
mise en route	54
répétitif	45
unique	47

Transfert	10
depuis la salle de naissance	4
pour réalisation d'un acte	11, 13, 15, 20, 27
provisoire	11, 13, 15, 20, 27
Transfusion sanguine	45, 46, 97
Transmission des informations	32
Travail, accident, maladie du –	74
Travail, salle (transfert depuis la –)	4
Type d'activité (SAE)	3
Type d'autorisation	
lit identifié dédié	9
unité médicale	2, 9
Type de dosimétrie	16
Type de machine (radiothérapie)	16

U

UHCD <i>Voir</i> Unité médicale d'hospitalisation de courte durée	
Unité médicale	2
addictologie	3
autorisation d'activité	2, 9
d'hébergement	9
gériatrie	3
hospitalisation de courte durée	3
néonatalogie	2
neurovasculaire	2
nouveau-né	9
numéro d'–	9
reconnaissance contractuelle	2, 9
Urgences	11, 60
acte réalisé aux –	10, 15, 60

V

Validation de la prescription	27
Version du format du résumé d'unité médicale	17
VID-HOSP	22, 26, 35
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	51, 79

INDEX DES RUBRIQUES ET CODES DE LA CIM-10 CITÉS

A		I74.3..... 67, 68
A41.2..... 67, 68		I80.8..... 67, 68
B		I9587
B22.2..... 50		I97.2..... 66
B90.1..... 64		I97.8..... 67
B90-B94..... 64		
B91..... 64		J
C		J18.9..... 67, 68
C54..... 50		J34.2..... 48, 82
C61..... 50		J44.1..... 44
D		J46..... 44
D62..... 87		J6.0..... 88
E		J6.1..... 89
E05.5..... 44		J95.1..... 66
E43..... 87		J95.8..... 67
E44..... 87		
E46..... 87		K
E64..... 64		K25.3..... 67, 68
E65..... 47		K43..... 69
E68..... 64		K65.0..... 67, 68
F		K85..... 44
F10-F19..... 75		K91.8..... 67
G		
G09..... 64		L
G40..... 64, 65		L02.2..... 67, 68
G83.1..... 64		L91.0..... 82
H		
H52.1..... 48		M
I		M00..... 67, 68
I2167, 68		M86..... 67, 68
I33.0..... 67, 68		M95.0..... 47
I6964		
I69.3..... 64		N
		N17.8..... 86
		N30.0..... 89
		N39.0..... 89
		N62..... 47
		N64.2..... 47
		N97.1..... 64
		O
		O03-O06..... 66
		O04..... 72
		O08..... 66
		O28..... 58, 73

O29.....	66
O35.....	73
O74.....	66
O80.0.....	50
O80-O84.....	75
O86.0.....	67
O90.0-O90.2.....	67
O94.....	64
O97.....	64
O98-O99.....	73

P

P00-P04.....	75
P03.4.....	76
P95.....	5, 76

R

R03.1.....	86
R18.....	46
R39.2.....	86
R40.....	70
R52.1.....	46
R78.....	75, 78

S

S36.5.....	69
S66.....	67, 68

T

T36-T50.....	70
T80.0.....	66
T80.1.....	67, 68
T80.2.....	66, 67, 68
T80.5.....	66
T80-T88.....	66
T81.2.....	66, 69
T81.3.....	67, 68, 69
T81.4.....	66, 67, 68
T81.8.....	68
T82.6.....	67
T82.0-T82.5.....	66
T82.1.....	66, 68
T82.6.....	68
T82.8.....	67, 68
T83.0-T83.4.....	66
T84.0.....	66, 68
T84.0-T84.4.....	66
T84.5.....	67, 68
T84.6.....	67, 68
T85.0-T85.6.....	66
T86.....	66
T87.....	66
T87.3.....	66, 68
T88.0, T88.1.....	66
T88.7.....	66
T90.5.....	65
T90-T98.....	64

V

V01-V89.....	75
V89.2.....	75

X

X40-X44.....	69
X60-X64.....	69
X60-X84.....	74

Y

Y40-Y59.....	70, 75
Y60.4.....	69
Y60-Y69.....	69
Y70-Y82.....	69
Y83.....	68
Y83.1.....	68
Y83.4.....	68
Y83.5.....	68
Y83.6.....	68
Y83-Y84.....	69
Y84.8.....	68
Y85.0.....	65
Y85-Y89.....	64, 65
Y88.3.....	69
Y90-Y91.....	75
Y95.....	69
Y96.....	74

Z

Z00.0.....	77
Z00.1.....	77
Z00-Z02.....	77
Z01.4.....	77
Z03.....	77
Z04.....	77
Z04.8.....	78
Z04.800.....	42
Z04.800, Z04.801, Z04.802.....	78
Z04.801.....	42
Z07.0.....	78
Z08-.....	53
Z08-Z09.....	78
Z09.2.....	78
Z10.....	79
Z11-Z13.....	42, 79
Z20-Z29.....	79
Z21.....	79
Z22.....	79
Z29.....	80
Z30-Z39.....	80
Z33.....	80
Z34.....	51, 80
Z34-Z46.....	51
Z35.....	51, 58, 80
Z37.....	58, 73, 80
Z38.....	50, 51, 52, 81
Z39.....	51
Z39.0.....	52, 81
Z40.....	48
Z40-Z54.....	81
Z41.0, Z41.1.....	47, 81
Z41.80.....	48, 49
Z42.....	47, 81
Z42.1.....	48
Z43.....	51, 82
Z43.3.....	48, 82
Z43-Z46 comparé à Z93-Z98.....	85
Z43-Z48.....	48

Z44-Z46	82	Z64.0.....	58, 72
Z45.0	48, 85	Z65.1.....	84
Z45.1	82	Z71.....	51
Z45.2	48, 82	Z75.1.....	84
Z47.0	82	Z75.80.....	21, 58, 84
Z48.....	82	Z80.....	52
Z49.....	83	Z80-Z92.....	71, 84
Z49.1	46, 92	Z85.....	71
Z49.2, Z49.20.....	92	Z85.0.....	84
Z51.....	83	Z86.1.....	71
Z51.00.....	94	Z86.7.....	71
Z51.01	50, 95	Z90.1.....	48
Z51.1	46, 83, 93	Z92.1, Z92.2	85
Z51.2	46, 83, 93	Z93.0.....	85
Z51.3	83, 97	Z93-Z98	85
Z51.30.....	46	Z93-Z98 comparé à Z43-Z46.....	85
Z51.30, Z51.31	83	Z94.....	51, 85
Z51.5.....	50	Z95.....	51, 85
Z51.80	97	Z95.0.....	85
Z53.....	58, 84	Z99.....	86
Z55-Z76.....	84		

FIN DE DOCUMENT



DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE
26, RUE DESAIX - 75727 PARIS CEDEX 15

ACCUEIL COMMERCIAL : 01 40 15 70 10

N° 2010/5 bis