

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION
DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ
MÉDICALE ET À SA FACTURATION EN SOINS
DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Bulletin officiel
N° 2011/2 *bis*
Fascicule spécial

Le présent guide, applicable à partir du 3 janvier 2011, constitue l'annexe II de l'arrêté du __ décembre 2010 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-SSR »). Il annule et remplace le *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés et des fichiers associés, PMSI – Soins de suite et de réadaptation* ([Bulletin officiel spécial n° 2010/2 bis](#)).

Des informations complémentaires sont disponibles :

- sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH) ;
- dans le [Guide de lecture et de codage](#) de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;
- dans le *Manuel de groupage PMSI – Soins de suite et de réadaptation : Bulletin officiel spécial n° 2011/1 bis* ;
- dans le volume 2 de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM-10) ; OMS éd.

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.

LE PMSI EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en soins de suite et de réadaptation des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données médicales, démographiques et de prise en charge, minimales et normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions des articles [L. 6113-7](#) et [L. 6113-8](#) du code de la santé publique, qui s'appliquent aux établissements de santé, publics et privés, en matière d'analyse de leur activité.

Le recueil de données relatives à l'activité des établissements de santé en soins de suite et de réadaptation (SSR) a été institué en juillet 1998 pour les établissements publics et privés dont l'activité de SSR est financée par dotation globale (DGF) ([arrêté du 29 juillet 1998](#)). Il a été étendu en juillet 2003 aux établissements privés dont la même activité est financée par objectif quantifié national (OQN) ([arrêté du 25 juin 2003](#)). Les modalités pratiques de ce recueil avaient été définies dans le *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, PMSI – Soins de suite ou de réadaptation* publié au *Bulletin officiel spécial* n° 97/5bis, remplacé en 2009 par le *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés et des fichiers associés, PMSI – Soins de suite ou de réadaptation* ([Bulletin officiel spécial n° 2009/2 bis](#)) puis en 2010 par le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation* ([Bulletin officiel spécial n° 2010/2 bis](#)). Le présent guide annule et remplace ce dernier.

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité autorisée en soins de suite et de réadaptation, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de produire et de transmettre à l'agence régionale de santé dont ils dépendent les fichiers issus du recueil de *résumés hebdomadaires standardisés*. Ce recueil couvre l'activité d'hospitalisation en SSR. Les établissements privés financés par OQN sont tenus de compléter ce recueil par un extrait des informations de facturation. Le recueil se doit d'être continu et exhaustif de telle sorte qu'à intervalles réguliers les informations enregistrées puissent être rassemblées en vue de leur transmission. Ce recueil ne couvre ni l'activité de consultation et de soins externes de SSR réalisée dans les établissements de santé, ni les actes réalisés par les intervenants de SSR pour des patients hospitalisés dans un autre champ de soins (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie...).

Pour chaque patient, toute prise en charge en hospitalisation en SSR donne lieu à un recueil d'informations. Ce recueil débute avec l'enregistrement d'un séjour administratif dans le système d'information. L'enregistrement de l'activité est ensuite réalisé par semaine calendaire au moyen du résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Ce rythme de description de l'activité est motivé par une durée de prise en charge en SSR pouvant s'étendre sur une longue période, et établi à la demande des professionnels pour faire état de l'évolution des patients. Pour les établissements privés financés par OQN, les règles de définitions des

III

séjours s'appliquent aussi au système de facturation de façon à permettre le couplage des RHS avec les résumés de facturation.

Les informations contenues dans le RHS constituent un résumé normalisé et codé conforme au contenu du dossier médical du patient.

Le recueil d'informations du PMSI, effectué par patient et par type d'hospitalisation, fait partie intégrante du système d'information de chaque établissement de santé et complète les données agrégées par ailleurs pour des statistiques d'activité. Il peut constituer une base de connaissances quantifiées utilisables dans une démarche d'analyse de l'organisation des soins, d'évaluation des pratiques, d'épidémiologie ; à ces fins, des équipes ou des établissements peuvent avoir l'initiative de compléter les informations de ce recueil par celles nécessaires pour les analyses envisagées, sous réserve d'une demande d'avis spécifique auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les informations recueillies dans le cadre du PMSI fondent la catégorisation de l'activité en groupes homogènes médicoéconomiques, catégorisation réalisée par chaque établissement. Pour la classification médicoéconomique d'une activité de soins, des références nationales de coûts moyens décomposés observés sont issues d'une étude nationale des coûts spécifique à cette activité. Ces références, combinées à la mise en œuvre du retraitement comptable, peuvent représenter un socle d'analyse économique de l'activité au sein des établissements. Ces références pour les SSR seront issues de *l'étude nationale des coûts à méthodologie commune*.

Les fichiers produits par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers la plateforme d'échange é-PMSI. Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation par les établissements des tableaux descriptifs de l'activité les rend disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, caisse d'assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du PMSI en SSR, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du __ décembre 2010¹.

Dans la première partie de ce guide, le chapitre I précise pour chaque information contenue dans les RHS, son origine et les nomenclatures à utiliser pour le codage. Le chapitre II décrit le recueil des informations relatives à la facturation de l'activité. Le chapitre III expose les modalités techniques de la transmission des informations et du chaînage anonyme des recueils, et les obligations en matière de qualité, de confidentialité et de conservation des informations.

La deuxième partie veut être pratique. Elle comporte un rappel des règles de hiérarchisation et de codage des informations de morbidité, une présentation détaillée de la cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* et de nombreux exemples destinés à faciliter l'enregistrement des informations.

¹ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-SSR »).

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION..... 1

1.	CONDITIONS DE PRODUCTION DES INFORMATIONS D'ACTIVITÉ.....	1
2.	CONTENU DU RECUEIL.....	2
2.1	LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ	2
2.1.1	Informations constantes durant le séjour	3
2.1.2	Informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient.....	6
2.1.3	Informations hebdomadaires relatives à la prise en charge du patient	10
2.2	LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME.....	14
2.3	FORMATS DES RÉSUMÉS	15
3.	PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS.....	15
3.1	DÉFINITION	15
3.2	DESCRIPTION DU DISPOSITIF	15
3.2.1	Cas général	15
3.2.2	Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie.....	16

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION 18

1.	ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL	18
2.	ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION GLOBALE.....	19
2.1	LE FICHER VID-HOSP	19
2.2	LE RECUEIL FICHCOMP	20

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 21

1.	TRANSMISSION DES INFORMATIONS	21
2.	PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME.....	21
3.	PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME.....	22
3.1	ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION GLOBALE	22
3.1.1	création du numéro anonyme du patient.....	22
3.1.2	liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation.....	23
3.1.3	concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation.....	23
3.2	ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL.....	23
3.3	TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME é-PMSI	24
4.	CONFIDENTIALITÉ.....	24
5.	QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS.....	25
6.	CONSERVATION DES FICHERS	25

DEUXIÈME PARTIE

I. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DE LA MORBIDITÉ DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ	27
1. DÉFINITIONS	27
1.1 LA MORBIDITÉ PRINCIPALE	27
1.2 CAS PARTICULIER : LA SURVENUE D'UNE AFFECTION AIGÛE	28
1.3 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS	28
2. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA CIM-10	29
2.1 RÈGLES GÉNÉRALES	29
2.2 CODES DE LA CIM-10 NON UTILISABLES	30
2.3 LE DOUBLE CODAGE <i>DAGUE-ASTÉRISQUE</i>	31
2.4 LES SÉQUELLES	31
3. CODAGE DE LA FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE	32
4. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ	36
RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION D'UNE HÉMIPLÉGIE	
SOINS APRÈS AMPUTATION D'UN MEMBRE	
SOINS APRÈS PNEUMONECTOMIE	
SUITES DE CHIRURGIE OSSEUSE	
SUITE DE CHIRURGIE CARDIAQUE	
SEVRAGE ALCOOLIQUE	
INTERCURE DE CHIMIOTHÉRAPIE	
SURVENUE D'UNE AFFECTION AIGÛE INTERCURRENTÉ	
PANSEMENTS DE BRULURE	
RÉÉDUCATION NUTRITIONNELLE	
SOINS MÉDICAUX	
II. COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	45
1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE	45
1.1 SIX VARIABLES	45
1.2 UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS <i>ACTIONS</i>	45
1.3 QUATRE NIVEAUX DE COTATION	45
1.4 PRINCIPES DE COTATION	46
2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE	47
2.1 HABILLAGE	47
2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION	47
2.3 ALIMENTATION	48
2.4 CONTINENCE	49
2.5 COMPORTEMENT	50
2.6 RELATION ET COMMUNICATION	50

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE	51
3.1 HABILLAGÉ	51
3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION	51
3.3 ALIMENTATION	52
3.4 CONTINENCE	52
3.5 COMPORTEMENT, RELATION ET COMMUNICATION	53
3.5.1 Comportement	53
3.5.2 Relation et communication	53
INDEX ALPHABÉTIQUE	54

PREMIÈRE PARTIE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le **résumé hebdomadaire standardisé** (RHS) et sur le traitement méthodique de ces données.

Toute hospitalisation dans le champ des SSR d'un établissement de santé, avec ou sans hébergement, doit donner lieu à la production de RHS.

L'anonymisation du RHS est à l'origine du **résumé hebdomadaire anonyme** (RHA) qui est transmis à l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement.

À ces résumés s'ajoute un recueil d'informations relatives aux consommations des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article [L. 162-22-7](#) du code de la sécurité sociale (CSS).

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu du RHS et du RHA.

1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES INFORMATIONS D'ACTIVITÉ

Le champ des soins de suite et de réadaptation est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement de santé autorisées à dispenser des soins de suite et de réadaptation conformément aux articles [L. 6122-1](#) et [L. 6122-25](#) du code de la santé publique.

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 du ressort de l'établissement. 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 SA¹.

¹ « 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° 2007/6 bis* du *Bulletin officiel*).

Dans les établissements de santé financés par dotation globale, une unité médicale correspond à une ou plusieurs unités fonctionnelles ayant une même autorisation d'activité de soins (décrets n° [2008-376](#) et n° [2008-377](#) du 17 avril 2008). Dans les établissements de santé financés par objectif quantifié national, elle correspond en règle générale à une discipline médicotarifaire (discipline de prestation).

L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SSR est le facteur déclenchant de la production du résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SSR entraîne la production d'un RHS au terme de chaque semaine dans l'unité. Lorsqu'un patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de la même semaine, il est produit pour la dite semaine autant de RHS que d'unités médicales fréquentées.

Par **hospitalisation** on entend :

- l'hospitalisation complète – dont l'hospitalisation de semaine –, ou hospitalisation avec hébergement ;
- l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit, et les séances, ou hospitalisation sans hébergement.

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

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

Dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission). Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours peuvent recouvrir des présences discontinues. Il ne peut être produit de RHS qu'au titre d'une semaine au cours de laquelle le patient a été présent en hospitalisation (*i.e.* une semaine comptant au moins une journée de présence au sens du point 2.1.3.1 de ce chapitre). En hospitalisation de jour, par exemple, il n'est pas produit de RHS pour une semaine au cours de laquelle le patient n'a jamais été présent, sans que cela interrompe le séjour.

Le recueil d'informations au cours d'un séjour en SSR a lieu selon un rythme hebdomadaire calendaire, du lundi au dimanche. Ainsi chaque séjour donne lieu à la production d'au moins autant de RHS qu'il a compté de semaines calendaires.

2. CONTENU DU RECUEIL

2.1 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

Le RHS comporte des informations administratives et des informations relatives à la prise en charge médicale et paramédicale du patient. Parmi les premières on distingue celles qui sont constantes au cours du séjour, communes aux unités médicales fréquentées par le patient, et celles qui sont propres à chaque unité médicale.

Les informations du RHS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient (arrêté « PMSI-SSR »²). Le contenu du dossier médical est décrit dans l'article [R. 1112-2](#) du code de la santé publique.

2.1.1 Informations constantes durant le séjour

- ☐ 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 publics ;
- du numéro FINESS de l'entité géographique pour les établissements privés.

Il est recommandé à chaque établissement de vérifier cette information au moyen du site internet du [fichier FINESS](#) : il est indispensable que le numéro FINESS contenu dans les RHS soit identique à celui avec lequel l'établissement est enregistré sur la [plateforme d'échange é-PMSI](#) pour pouvoir effectuer correctement la transmission des informations (voir le point 1 du chapitre III).

- ☐ Numéro de séjour SSR

Identifiant correspondant à l'ensemble de l'hospitalisation en SSR :

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

Il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour (voir ci-dessous). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre les deux numéros et pour chaque séjour il ne doit alors exister qu'un seul couple *numéro de séjour administratif – numéro de séjour SSR*.

Les RHS de patients distincts doivent comporter des numéros de séjour SSR distincts. Les RHS d'un même patient correspondant à des séjours distincts doivent comporter des numéros de séjour SSR distincts.

Dans le cas d'un séjour donné, les RHS produits constituent un ensemble d'enregistrements jointifs possédant tous le même numéro de séjour SSR.

Le numéro de séjour SSR doit changer en cas de changement de *type d'hospitalisation* (voir *infra* ce qui concerne cette information). Chaque séjour correspond à un seul type d'hospitalisation : complète (y compris de semaine), partielle (de jour ou de nuit) ou en séances. Tant que les dispositions des décrets n° [2008-376](#) et n° [2008-377](#) du 17 avril 2008 relatifs à la structuration de l'activité spécialisée des établissements de SSR ne sont pas effectives dans l'établissement, un séjour peut correspondre à une ou plusieurs activités autorisées, soins de suite médicalisés ou rééducation fonctionnelle.

Il est rappelé que, dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission). Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours

² Arrêté du ___ décembre 2010 modifiant l'arrêté du 22 novembre 2006 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

peuvent recouvrir des présences discontinues (par exemple, hospitalisations de jour les mardi et vendredi de chaque semaine).

Le séjour n'est pas interrompu et le numéro de séjour SSR ne change pas :

- en cas de permission (voir *infra* dans le point 2.1.2 l'information « mode de sortie ») ;
- lorsqu'un patient en hospitalisation de jour est absent une semaine ; celle-ci ne donne pas lieu à la production d'un RHS mais le même numéro de séjour SSR est enregistré dans les RHS qui précèdent et suivent la semaine sans RHS ;
- en cas de recours à un autre champ (MCO, psychiatrie...) du même établissement d'une durée maximum de deux journées (au plus une nuit) ;
- en cas de recours à un autre établissement dans le cadre de prestations interétablissements (voir plus loin le point 3 de ce chapitre).

Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, auquel est attribué un numéro de séjour SSR unique. Ce séjour donne lieu à la production :

- d'un RHS unique si le patient revient dans même unité médicale ;
- de deux RHS si l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie ; le mouvement enregistré entre les deux est alors une mutation (voir *infra* dans le point 2.1.2 les informations « mode d'entrée » et « mode de sortie »).

☐ Numéro administratif de séjour

Il est attribué par les services administratifs de l'établissement de santé³.

Dans les établissements privés financés par OQN, il peut être identique au « numéro d'entrée » de la facture du séjour (voir le point 1 du chapitre II).

Le numéro de séjour SSR (voir ci-dessus) peut être le numéro administratif de séjour (NAS). S'ils sont différents, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre les deux numéros et pour chaque séjour il ne doit alors exister qu'un seul couple *numéro de séjour administratif – numéro de séjour SSR*.

Le NAS doit être propre au séjour dans le champ des SSR. Lorsqu'un patient entre dans ce champ par mutation depuis un autre (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO – , psychiatrie... ; voir plus loin ce qui concerne les informations « mode d'entrée » et « provenance »), il est recommandé qu'un NAS différent du précédent doit être créé pour le séjour en SSR. De même, lorsqu'un patient sort de SSR 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 SSR doit être créé pour le champ suivant.

☐ Date de début du séjour : jour, mois et année

Elle est unique pour un séjour en SSR donné, identifié par un *numéro de séjour SSR* donné. Elle change lors de chaque séjour en SSR, à l'instar du *numéro de séjour SSR*. La date de début du séjour doit être enregistrée dans tous les RHS du séjour en SSR.

³ Il est propre au séjour. Il ne doit pas être confondu avec le numéro (identifiant) permanent du patient.

Date de fin du séjour: jour, mois et année

Elle est unique pour un séjour en SSR donné, identifié par un *numéro de séjour SSR* donné. Elle change lors de chaque séjour en SSR, à l'instar du *numéro de séjour SSR*. La date de fin du séjour doit être enregistrée au moins dans le RHS de la dernière semaine du séjour en SSR.

Date de naissance du patient : jour, mois et année

Elle est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie⁴.

Sexe du patient

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

Code 1 *Masculin*

Code 2 *Féminin*

Code postal du lieu de résidence du patient

Il est le code postal du lieu de résidence pour les patients résidant en France, ou le code du pays de résidence pour les patients résidant hors de France.

Si le code postal précis est inconnu : on enregistre par défaut le numéro du département suivi de 999.

Si le patient réside en France mais que le département est inconnu : on enregistre par défaut 99100.

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

Si le pays de résidence est inconnu : on enregistre par défaut 99999.

Pour un patient hospitalisé depuis plusieurs années dans un établissement de SSR, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu. Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de saisir le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de types *CEDEX* ne doivent pas être utilisés.

Lorsqu'une personne admise dans un établissement de santé demande 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'année de naissance, au sexe, au numéro de séjour SSR et au numéro administratif du séjour. Le code postal de résidence enregistré est « 99999 » (article [R. 6113-1](#) du code de la santé publique).

Date de la dernière intervention chirurgicale

Pour les patients admis en SSR après une intervention chirurgicale, la date de l'intervention doit être saisie si deux conditions sont satisfaites :

⁴ Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut le 1^{er} jour du mois (« 01 »). Si le jour et le mois ne sont pas connus, on enregistre par défaut la date du 31 décembre de l'année de naissance. Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie (par exemple, « 1950 »).

- le séjour chirurgical a immédiatement précédé l'admission en SSR ;
- la prise en charge principale en SSR est en relation avec l'intervention.

☐ Type d'hospitalisation

Cette variable fait uniquement référence à la distinction entre hospitalisation complète (y compris de semaine), partielle (de jour ou de nuit) et en séances.

À chaque séjour en SSR correspond un *type d'hospitalisation* et un seul, à coder selon la nomenclature suivante.

Code 1 *Hospitalisation complète (y compris de semaine)*

Code 2 *Hospitalisation partielle de jour*

Code 3 *Hospitalisation partielle de nuit*

Code 4 *Séances (traitements et cures ambulatoires)*

Un changement de *type d'hospitalisation* impose un changement de numéro de séjour SSR.

2.1.2 Informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient

☐ Numéro d'unité médicale

Le numéro de l'unité médicale (UM) enregistré dans le RHS est celui de l'UM dans laquelle le patient est présent administrativement. Ce numéro est conforme au fichier structure de l'établissement.

Lorsqu'un patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de la même semaine, il est produit autant de RHS que d'unités médicales fréquentées.

☐ Type d'autorisation de l'unité médicale

Cette information doit être saisie dès lors que les dispositions des décrets [n° 2008-376](#) et [n° 2008-377](#) du 17 avril 2008 sont appliquées à l'établissement de santé.

Le *type de l'autorisation* de l'UM est enregistré avec 3 caractères selon la nomenclature suivante :

- le 1^{er} caractère est toujours égal à « 5 » ;
- le 2^e caractère correspond à l'une des 10 modalités suivantes :

Code 1 *Affections de l'appareil locomoteur*

Code 2 *Affections du système nerveux*

Code 3 *Affections cardiovasculaires*

Code 4 *Affections respiratoires*

Code 5 *Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien*

Code 6 *Affections oncohématologiques*

Code 7 *Affections des brûlés*

Code 8 *Affections liées aux conduites addictives*

Code 9 *Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance*

Code 0 *Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents*

- le 3^e caractère correspond à la catégorie d'âge des patients pris en charge :

Code A *Adulte, âge égal ou supérieur 18 ans*

Code J *Juvenile, âge égal ou supérieur à 6 ans et inférieur à 18 ans*

Code E *Enfant, âge inférieur à 6ans*

Code P *Pédiatrie indifférenciée (âge inférieur à 18 ans et pas de distinction entre E et J)*

La zone de saisie du type de l'autorisation de l'UM est laissée vide lorsque les dispositions des décrets SSR du 17 avril 2008 ne sont pas encore appliquées à l'établissement de santé.

- Date d'entrée dans l'unité médicale : jour, mois et année

Il s'agit de la date d'admission dans l'UM de SSR. Pour la 1^{ère} semaine de prise en charge elle est égale à la date de début du séjour. En cas d'entrée par mutation en provenance d'une autre unité médicale de SSR, la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'unité de provenance.

- Mode d'entrée dans l'unité médicale

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*. Le mode d'entrée dans l'UM est codé selon la nomenclature suivante.

Code 6 *Mutation*

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

- à la même entité juridique, s'agissant des établissements de santé publics ;
- à la même entité géographique, s'agissant des établissements de santé privés.

Une entrée en SSR d'un patient bénéficiant d'une hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l'HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou à la même entité géographique.

Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète, sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, deux RHS sont produits et le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert définitif*

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'une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Une entrée en SSR d'un patient depuis le domicile ou son substitut lorsque le patient y bénéficiant d'une hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme un transfert si l'HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à une autre entité géographique.

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

Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements* de ce chapitre.

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile personnel ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale⁵. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique, notamment pour les patients sans abri.

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

- en cas d'entrée par mutation ou par transfert (définitif ou provisoire) :

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

Code 2 *En provenance d'une autre unité de SSR*

Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation et la provenance est codée « 2 ».

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 de l'hospitalisation à domicile⁶*

- en cas d'entrée à partir du domicile :

Code 5 *En provenance d'une structure d'accueil des urgences*

On utilise le code « 5 » de provenance lorsque le patient a été admis en SSR directement – *i.e.* sans hospitalisation préalable en MCO, unité d'hospitalisation de courte durée comprise – depuis une structure d'accueil des urgences.

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

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

Lorsqu'un patient est hospitalisé en SSR directement depuis son domicile personnel (à l'exclusion d'une structure d'hébergement médicosocial), le code du mode d'entrée est « 8 », il n'est pas saisi de code de provenance.

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

Cette information doit figurer au moins dans le RHS correspondant à la semaine au cours de laquelle a lieu la sortie de l'unité médicale (quel qu'en soit le mode).

Mode de sortie de l'unité médicale

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*. Le mode de sortie de l'UM est codé selon la nomenclature suivante.

⁵ Établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Par exemple, établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), logement-foyer pour personnes âgées, maison de retraite, section de cure médicale, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

⁶ Avant son hospitalisation en SSR, le patient était pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

Code 6 *Mutation*

Le patient sort vers une autre unité médicale appartenant :

- à la même entité juridique, s'agissant des établissements de santé publics ;
- à la même entité géographique, s'agissant des établissements de santé privés.

Une sortie de SSR vers le domicile ou son substitut lorsque le patient y bénéficiera d'hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l'HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou à la même entité géographique.

Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète, sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, deux RHS sont produits et le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert définitif*

Le patient sort vers :

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

Une sortie de SSR vers le domicile ou son substitut lorsque le patient y bénéficiera d'hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme un transfert si l'HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à une autre entité géographique.

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

Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements* de ce chapitre.

Code 8 *Domicile*

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

Code 9 *Décès*

Le patient est décédé dans l'unité médicale.

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

- en cas de sortie par mutation ou par transfert (définitif ou provisoire) :

Code 1 *Vers une unité de MCO*

Code 2 *Vers une autre unité de SSR*

Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation et la destination est codée « 2 ».

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

Code 4 *Vers une unité psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*⁷

- en cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*⁸

⁷ À sa sortie de SSR le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

Lorsqu'au terme de son hospitalisation un patient retourne à son domicile personnel (à l'exclusion d'une structure d'hébergement médicosocial), le code du mode de sortie est « 8 », il n'est pas saisi de code de destination.

Une absence provisoire du patient dite **permission** n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le séjour. Dans son cas, les dates d'entrée et de sortie de l'unité médicale (UM) indiquées dans le RHS sont celles du début et de la fin de l'hospitalisation dans l'UM au cours de laquelle la permission a eu lieu. Sa durée maximale est de quarante-huit heures ([article R. 1112-56](#) du code de la santé publique).

2.1.3 Informations hebdomadaires relatives à la prise en charge du patient

2.1.3.1 Informations administratives

Numéro de la semaine

C'est le numéro d'identification de la semaine calendaire. La première semaine de l'année est celle qui contient le jour du 4 janvier (norme ISO 8601).

Journées de présence⁹

Chaque jour calendaire de présence **effective** en hospitalisation est codé « 1 » (sinon « 0 ») pour chaque jour de la semaine, soit : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, dimanche.

Dans le cas de l'hospitalisation de nuit, la journée codée « 1 » (la journée de présence) est celle qui précède la nuit.

Exemple : hospitalisation de nuit du 15 au 16 mars ; la journée du 15 mars est codée « 1 », celle du 16 est codée « 0 ».

Le jour d'entrée dans une unité médicale de SSR est toujours codé « 1 », quels que soient le mode d'entrée et la provenance.

Le jour de la sortie d'une unité médicale de SSR vers le domicile personnel ou son substitut est codé « 1 ».

Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par **mutation** vers une autre unité médicale de SSR – de la même entité juridique s'agissant des établissements de santé publics, ou de la même entité géographique s'agissant des établissements de santé privés –, n'est pas enregistré comme une journée de présence dans l'unité de départ ; en revanche, il est enregistré comme une journée d'entrée dans l'unité receveuse.

Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par **transfert définitif** vers une autre unité médicale de SSR – d'une autre entité juridique s'agissant des établissements de santé publics, ou d'un autre entité géographique s'agissant des établissements de santé privés –, est enregistré comme une journée de présence dans l'unité de départ et dans l'unité receveuse.

⁸ Se reporter à la note 5.

⁹ On ne confondra pas *journée de présence* et *journée facturée*. La journée de présence est une notion propre au recueil d'informations du PMSI. Les journées facturées obéissent aux règles propres à la facturation : [circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009](#).

Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par mutation ou par transfert définitif vers un autre champ sanitaire (MCO, psychiatrie...) est enregistré comme une journée de présence par l'unité de SSR.

Transfert provisoire (voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements* de ce chapitre) : le jour du transfert et le jour du retour sont considérés comme une journée de présence par l'unité de SSR demandeuse.

Le jour du départ en **permission** n'est comptabilisé comme une journée de présence que si le départ du patient a lieu après 12 heures (midi). Le jour du retour de permission n'est comptabilisé comme une journée de présence que si le retour du patient a lieu avant 12 heures (midi).

2.1.3.2 Informations médicales

Elles comprennent la morbidité principale et associée, les actes médicaux, la dépendance et les actes de rééducation-réadaptation.

La morbidité principale est enregistrée dans le RHS au moyen de trois informations :

- la finalité principale de prise en charge ;
- la manifestation morbide principale ;
- l'affection étiologique, s'il y a lieu.

Toutes trois peuvent varier d'une semaine à l'autre selon l'évolution de l'état clinique du patient et de sa prise en charge.

Le codage de la morbidité principale est effectué au moyen de la plus récente mise à jour de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10), augmentée des codes étendus spécifiques au recueil français d'information médicale publiés sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH). Le codage est réalisé de façon rétrospective, sur des semaines révolues, à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient. Les principales règles d'emploi de la CIM-10 sont indiquées dans les [consignes de codage avec la CIM-10](#) de la deuxième partie de ce guide.

Finalité principale de prise en charge (FPP)

Cette information désigne la nature principale de la prise en charge en SSR (celle qui mobilise l'essentiel des soins) pour la semaine considérée.

Manifestation morbide principale (MMP)

Cette information désigne le problème de santé qui a motivé l'essentiel des soins au cours de la semaine considérée.

Affection étiologique (AE), s'il y a lieu

Cette information indique l'étiologie de la manifestation morbide principale.

Diagnostics associés significatifs, s'il y a lieu

On considère comme un diagnostic associé significatif (DAS) toute affection coexistant avec la morbidité principale, ayant bénéficié d'une prise en charge effective au cours de la semaine dans l'unité médicale.

Les définitions et les règles de codage de la morbidité principale et des DAS sont détaillées dans le [chapitre I](#) de la deuxième partie de ce guide.

☐ Actes médicaux

Tout acte médicotechnique réalisé au cours de la semaine dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui le réalise, doit être enregistré dans le RHS.

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

La CCAM est téléchargeable sur le site Internet de [l'Assurance maladie](#). Ses règles d'utilisation sont indiquées dans un [Guide de lecture et de codage](#) publié au *Bulletin officiel* et téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

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

- son code principal (sept caractères) ;
- la phase : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- l'*activité* ;
- le nombre de réalisations de l'acte pendant la semaine.

Il est aussi possible d'enregistrer la date de réalisation de l'acte et, lorsqu'elle existe, une extension documentaire.

Lorsque le même acte (mêmes codes principal, de phase et d'activité) est réalisé plusieurs fois une semaine donnée, il existe deux possibilités d'enregistrement :

- ou bien coder une seule fois l'acte (codes principal, de phase et d'activité) et saisir le nombre de ses réalisations ;
- ou bien coder l'acte autant de fois qu'il a été réalisé en mentionnant chaque fois « 1 » au titre du nombre de réalisations.

Lorsque la date de réalisation des actes est saisie, seul le second terme de l'alternative est possible ; dans ce cas :

- 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 la semaine, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte » du RHS, une par jour de réalisation de l'acte.

Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage.

☐ Dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne*

La cotation des variables de dépendance est réalisée selon la grille des *activités de la vie quotidienne* (AVQ) ; elle est effectuée à l'issue de la semaine, en fonction des soins dispensés, indépendamment de la participation des proches, et pour chacune des 6 variables suivantes, conformément au dossier de soins du patient :

- habillage ;
- Déplacement et locomotion ;
- alimentation ;
- continence ;
- comportement ;
- relation et communication.

Chaque variable de dépendance est cotée selon l'une des quatre valeurs suivantes :

- 1 : indépendance (sans l'intervention d'un tiers soignant) ;
- 2 : supervision ou arrangement (présence d'un tiers soignant sans contact physique) ;
- 3 : assistance partielle (aide par un tiers soignant) ;
- 4 : assistance totale (réalisation par un tiers soignant).

Les règles de cotation de la dépendance sont exposées dans le [chapitre II](#) de la deuxième partie de ce guide.

☐ Actes de rééducation-réadaptation

Tous les actes de rééducation-réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis. Ils sont codés conformément aux nomenclatures et règles d'utilisation figurant dans le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* (CdARR) publié au *Bulletin officiel*.

Le codage d'un acte avec le CdARR associe les informations suivantes :

- le code de l'acte (4 caractères) ;
- le code de la *catégorie d'intervenant* ;
- le nombre de réalisations.

Lorsque le même acte (mêmes codes de l'acte et de la catégorie d'intervenant) est réalisé plusieurs fois une semaine donnée, il existe deux possibilités d'enregistrement :

- ou bien coder une seule fois l'acte et saisir le nombre de réalisations ;
- ou bien coder l'acte autant de fois qu'il a été réalisé en mentionnant chaque fois « 1 » au titre du nombre de réalisations.

Un compte rendu de chaque acte réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit notamment permettre d'en vérifier le codage.

Les actes de rééducation-réadaptation réalisés par des médecins et pouvant être codés avec la *Classification commune des actes médicaux* doivent l'être au moyen de cette nomenclature, et ne pas l'être avec le CdARR.

Le RHS ainsi constitué est apte à être *groupé*, c'est-à-dire classé dans un *groupe de morbidités dominantes* (se reporter au manuel de groupage du PMSI en SSR).

Le résumé hebdomadaire standardisé groupé (RHS 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 RHS groupé sont décrits sur [le site Internet de l'ATIH](#).

2.2 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME

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

- GENRHA (pour « générateur de RHA ») dans les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale ;
- AGRAF-SSR (pour « Anonymisation et Groupage des Résumés de sortie standardisés Associés aux Factures ») dans les établissements de santé financés par objectif quantifié national.

Le RHA comporte l'ensemble des informations du RHS, à l'exception de celles qui sont supprimées ou transformées afin d'assurer l'anonymat, telles que :

- le numéro de séjour SSR, remplacé par un numéro séquentiel de séjour ;
- le numéro administratif de séjour ;
- la date de naissance, remplacée par l'âge ;
- le numéro d'unité médicale ;
- le 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 ;
- le numéro de la semaine ;
- les dates : selon le cas, suppression du jour (conservation des seuls mois et année) ou remplacement par un délai.

Le RHA comporte aussi des informations supplémentaires, telles que :

- un indicateur signalant, le cas échéant, si le RHS est celui de la première ou de la dernière semaine du séjour ;
- le résultat du groupage effectué par la *fonction groupage* officielle ;
- le nombre de points correspondant à l'*indicateur de valorisation de l'activité* (IVA)¹⁰ du RHS d'origine.

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

GENRHA et AGRAF-SSR produisent également, à partir des RHA une synthèse nommée *suite synthétique de RHA* (SSRHA). Le format de la SSRHA figure dans les

¹⁰ Des informations sur l'IVA sont disponibles sur [le site Internet de l'ATIH](#).

manuels d'utilisation de GENRHA et de AGRAF-SSR téléchargeables sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Les fichiers de RHA et de SSRHA sont transmis à l'agence régionale de santé.

2.3 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 circonstance 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 médicotechnique ou d'une autre prestation ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuit passée 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 de l'hospitalisation en A.

3.2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

On distinguera le cas général et celui de certaines séances.

3.2.1 Cas général

1°) L'unité médicale de SSR demandeuse A

Elle fait figurer dans le RHS :

- la prestation effectuée par B, notamment le code du ou des actes s'il s'agit d'actes inscrits à la *Classification commune des actes médicaux* ou au *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* ;

- et le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* en position de diagnostic associé pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Journées de présence : se reporter au point 2.1.3 (transfert provisoire).

Il ne doit être produit qu'un seul RHS englobant la période de suspension de l'hospitalisation à l'exception des circonstances suivantes : l'établissement A peut être amené à réaliser deux RHS (pré- et postprestation) 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 RHS doivent comporter le même *numéro de séjour SSR*. Les modes de sortie et d'entrée de l'UM encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RHS (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 RHS (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 RHS et la provenance dans le second.

2°) L'établissement prestataire B

Par « établissement prestataire B » on entend un établissement de SSR, de MCO ou de psychiatrie d'une autre entité juridique s'agissant des établissements de santé publics, ou une autre entité géographique de la même entité juridique s'agissant des établissements de santé privés.

On ne considère ici que le cas où le prestataire est une unité de SSR. Pour les autres circonstances (prestataire MCO ou psychiatrie), on se reportera au guide méthodologique de production des informations propre au champ concerné, accessible sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Un établissement prestataire B de SSR ne produit pas de RHS.

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 recueils d'informations respectifs également distincts.

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

Les règles suivantes s'appliquent lorsque le patient est transféré provisoirement dans un établissement ou dans une unité médicale B appartenant au champ de MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie.

1°) L'unité de SSR demandeuse A

Lorsque la prestation de B est une séance de **dialyse rénale**, de **radiothérapie** ou de **chimiothérapie** pour tumeur ou pour maladie non tumorale, B facture la séance comme si le patient était hospitalisé dans ses murs, et non à A. En d'autres termes B ne facture pas la séance à A mais à l'Assurance maladie.

En conséquence, la séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie ne figure pas dans le RHS 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.

2°) L'établissement de santé de MCO prestataire B : se reporter au guide méthodologique de production des informations propre au champ MCO, accessible sur [le site Internet de l'ATIH](#).

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé, décrit dans l'arrêté du __ décembre 2010 modifié dit « arrêté PMSI-SSR »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 soins de suite et de réadaptation, 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'informations transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé hebdomadaire anonyme (se reporter au chapitre I). En revanche, seuls les établissements privés financés par objectif quantifié national (OQN) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, **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 financés par dotation globale produisent, quant à eux, des recueils nommés « VID-HOSP » et « FICHCOMP ». Le présent chapitre décrit ces recueils d'informations.

1. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements de santé privés financés par objectif quantifié national (OQN) produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

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

L'enregistrement « 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.

Le lien entre RSF et résumés hebdomadaires standardisés (RHS) correspondants (*i.e.* relatifs aux mêmes semaines) est assuré par la relation entre le *numéro d'entrée* (information

¹ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

du RSF) et le numéro administratif de séjour (information du RHS). En l'absence d'identité entre ces deux numéros, l'établissement de santé doit fournir un fichier de correspondance nommé « HOSP-FACT » dont le format est indiqué dans le manuel d'utilisation de AGRAF-SSR téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

Du fait de la longueur potentielle des séjours en SSR, des factures intermédiaires peuvent être produites. Le fichier de RSF doit correspondre à l'état le plus récent des factures correspondant au fichier des RHS en rapport, notamment eu égard à leur liquidation.

Le RSF contient d'une part des informations communes avec le RHS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RHS (numéros FINESS, sexe, date de naissance, dates d'entrée et de sortie) 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.

Le contenu et le format des enregistrements du RSF 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 logiciel – AGRAF-SSR – qui est à l'origine du résumé hebdomadaire anonyme. 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-SSR*, 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](#).

2. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION GLOBALE

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale ne sont pas soumis à la production de RSF. Ils produisent des recueils nommés « VID-HOSP » et « FICHCOMP ».

2.1 LE FICHIER VID-HOSP

VID-HOSP (« VID » pour « variables identifiantes », l'abréviation « HOSP » faisant référence au numéro administratif de séjour) 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 hebdomadaires anonymes (voir le chapitre III).

Le lien entre VID-HOSP et les RHS relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour.

VID-HOSP est l'équivalent de l'enregistrement « A » du RSF (*Début de facture*) produit par les établissements privés financés par l'OQN (se reporter *supra* au point 1).

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera au manuel d'utilisation du logiciel MAGIC (voir le point 3.1.1 du chapitre III) téléchargeable sur [le site Internet de l'ATIH](#).

2.2 LE RECUEIL FICHCOMP

FICHCOMP (pour « fichiers complémentaire ») enregistre, s'il y a lieu, les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Il contient les données relatives aux mêmes semaines que celles des RHS correspondants (*i.e.* les RHS relatifs aux mêmes semaines), auxquels FICHCOMP est relié par le numéro administratif de séjour, information commune aux deux recueils.

L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine de FICHCOMPA. La production du fichier FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – GENRHA – qui est à l'origine du résumé hebdomadaire anonyme (se reporter au point 2.2 du chapitre I).

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont donnés dans le *Manuel d'utilisation de GENRHA*, téléchargeable sur [le site Internet de l'ATIH](#).

Le fichier FICHCOMPA est transmis à l'agence régionale de santé.

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 __ décembre 2010, 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 financés par dotation globale : fichiers de RHA et de SSRHA¹ et FICHCOMPA² ; auxquels 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 chainage anonyme (voir ci-dessous) ;
- établissements de santé privés financés par l'OQN : fichiers de RHA, de SSRHA et de RSFA.

La transmission évolue en 2011 d'une périodicité trimestrielle vers une périodicité bimestrielle. La périodicité bimestrielle s'applique à compter de l'activité du deuxième semestre de l'année 2011. La transmission est 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 recueils d'informations du PMSI 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, soins de suite et de réadaptation, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, hospitalisation à domicile 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'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). 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'applique depuis 2001 au RHA. Il s'est appliqué au RSFA en 2007 et concerne désormais FICHCOMPA. Ainsi, en SSR, le chaînage anonyme s'applique à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements de santé publics et privés.

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION GLOBALE

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 de séjour SSR sont différents, le médecin responsable de l'information médicale produit un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le *numéro de séjour SSR* ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour SSR et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de séjour SSR ou le NAS (RHS 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.

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit au point 2.1 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 chaînage* (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'information³.

³ Secrétariat général de la Défense nationale (Premier ministre).

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 le NAS et le numéro de séjour SSR.

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 le programme GENRHA⁴. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation, RHS et FICHCOMP. Il produit :

- les fichiers anonymes correspondants (RHA et FICHCOMPA) ;
- 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 anonymes (RHA et FICHCOMPA). 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 *supra* au point 1).

3.2 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements de santé privés financés par l'objectif quantifié national (OQN) ne produisent pas le fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du RSF⁵.

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale les fichiers de RSF et de RHS sont soumis au logiciel AGRAF-SSR⁶ qui intègre la fonction FOIN. AGRAF-SSR

⁴ Se reporter au point 2.2 du chapitre I.

⁵ Se reporter au point 1 du chapitre II.

assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RHA, SSRHA, RSFA) et du fichier de chaînage.

Ainsi, comme dans les établissements financés par DGF, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RHA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chaînage, 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.

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 RHS 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 dans le cadre de contrôles.

⁶ Se reporter au point 2.2 du chapitre I.

5. QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS

Les informations du RHS 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 de contrôles par l'Assurance maladie, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro du RHS 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 RHS qui est à la source du fichier de RHA 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 ans⁷.

La table de correspondance entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de séjour en SSR, lorsqu'ils diffèrent, et le cas échéant le fichier HOSP-FACT (se reporter au point 1 du chapitre II), doivent être conservés pendant le même temps.

⁷ Ne pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

DEUXIÈME PARTIE

I. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DE LA MORBIDITÉ DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

1. DÉFINITIONS

La morbidité est renseignée dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient en suivant trois étapes successives : l'extraction des informations pertinentes, la hiérarchisation et le codage.

Les informations relatives à la morbidité, comme les autres variables du RHS, doivent être enregistrées de façon rétrospective à l'issue de chaque semaine observée. Ces informations peuvent varier d'une semaine à l'autre, selon l'évolution de l'état clinique du patient et de sa prise en charge.

L'enregistrement de la morbidité suppose une hiérarchisation des informations, c'est-à-dire l'identification d'une « finalité principale de prise en charge », d'une « manifestation morbide principale » et, le cas échéant, d'« une affection étiologique » et de « diagnostics associés significatifs ».

1.1 LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

La **finalité principale de la prise en charge (FPP)** est le plus souvent *une action*¹ qui répond aux questions suivantes :

- de quel type de soins a principalement bénéficié le patient ?
- quelle a été la nature essentielle de la prise en charge médicale et soignante chez ce patient ?

Exemples : rééducation, adaptation d'appareillage, soins postchirurgicaux.

La FPP est codée au moyen du chapitre XXI de la CIM-10 *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z). À ses rubriques s'ajoute le « code » « ZAIGU » pour décrire la survenue d'une affection aiguë au cours de la semaine, ayant nécessité une adaptation significative des soins modifiant de fait la finalité principale de prise en charge (voir ci-dessous le point 1.2). Toutefois, tous les codes Z ne sont pas utilisables pour coder la finalité principale de prise en charge (voir *infra* le [point 2.2](#)). La liste des codes autorisés pour le codage de la FPP est publiée dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR*.

La **manifestation morbide principale (MMP)** est *l'altération ou le problème de santé fonctionnel ou organique* sur laquelle ou lequel s'exerce l'action précédente, et qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Pour coder la MMP (une maladie, un symptôme, une lésion traumatique, une intoxication, un état...) tous les codes de la CIM-10 peuvent être utilisés à l'exclusion des

¹ Hors le cas particulier objet du point 1.2 qui suit (finalité principale « ZAIGU »).

codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* et de certains codes Z du chapitre XXI. Les listes des codes autorisés et non autorisés pour le codage de la MMP sont publiées dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR*.

Exemples : hémiplegie spastique, fracture du col du fémur, prothèse de hanche.

L'affection étiologique (AE) est l'*étiologie de la MMP* et ne doit être renseignée que lorsqu'elle diffère de celle-ci.

Exemples :

- MMP : hémiplegie spastique, AE : traumatisme crânien avec œdème ;
- MMP : fracture engrenée du col du fémur, AE : ~~fracture engrenée du col du fémur~~ ;
- MMP : porteur d'une prothèse de hanche, AE : fracture du col du fémur.

Pour coder l'AE, seuls les chapitres I à XVII et XIX de la CIM-10 sont utilisables. Les listes des codes autorisés et non autorisés pour le codage de l'AE sont publiées dans le manuel de groupage du PMSI en SSR.

1.2 CAS PARTICULIER : LA SURVENUE D'UNE AFFECTION AIGÛE

En cas de survenue d'une affection aigüe au cours d'une hospitalisation en SSR, la finalité principale de prise en charge est indiquée par la mention « ZAIGU » lorsque l'affection remplit les deux conditions suivantes :

- l'affection aigüe est apparue pendant le séjour en SSR ;
- elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours de la semaine considérée.

Exemple

Une patiente est hospitalisée pour une rééducation d'une prothèse de hanche droite. Au cours du séjour elle présente une pneumonie à pneumocoque. Le traitement de la pneumonie mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée. La rééducation est poursuivie a minima.

FPP : ZAIGU

MMP : pneumonie à pneumocoque

AE : sans objet

Diagnostic associé significatif : prothèse de hanche (la rééducation étant poursuivie, la prothèse est un DAS, voir ci-dessous).

1.3 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

Est considéré comme diagnostic associé significatif (DAS) tout problème de santé coexistant avec la morbidité principale ayant donné lieu à une prise en charge effective (investigation, traitement...) du fait d'une affection nouvelle (telle une affection aigüe intercurrente) ou préexistante (évolution d'une affection connue ou affection chronique en cours de traitement) ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable, dont la description est mentionnée comme telle dans le dossier médical du patient.

Ne doivent pas être retenus comme significatives les affections ne respectant pas la définition, par exemple les antécédents guéris, ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié

d'aucune prise en charge, mais également les résultats anormaux d'examens ou les syndromes inhérents à une affection codée par ailleurs dans le résumé hebdomadaire standardisé.

Exemples

1) Après un infarctus antéroseptal du myocarde, un patient a bénéficié d'une rééducation cardiaque qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant la semaine considérée. Par ailleurs, il a été nécessaire de poursuivre le traitement et la surveillance d'un diabète non insulino-dépendant connu depuis 10 ans. Le patient est en outre atteint d'un asthme ancien non traité. Pas de problème respiratoire au cours de l'hospitalisation.

FPP : rééducation cardiaque

MMP : infarctus antéroseptal du myocarde

AE : sans objet

DAS : diabète non insulino-dépendant

En revanche, la maladie asthmatique stable, non traitée, n'est pas un DAS.

2) Un patient atteint d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs a été amputé du membre inférieur gauche. Au cours de la semaine considérée, il a bénéficié de pansements du moignon. De plus, il a présenté une infection urinaire basse.

FPP : pansement

MMP : amputé du membre inférieur gauche

AE : artériopathie

DAS : infection urinaire basse (elle a été prise en charge – diagnostic et traitement –, elle est donc un DAS).

Les DAS sont codés au moyen de la CIM-10. Tous les chapitres, y compris le chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes V, W, X, Y), peuvent être utilisés.

2. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA CIM-10

2.1 RÈGLES GÉNÉRALES

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 de la morbidité dans le RHS. Sa table analytique (chapitres I à XXII²) est divisée en *catégories* dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories est subdivisée en *sous-catégories* codées avec quatre caractères (on parle de « catégories non vides »). Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée (« catégorie « non vide »), un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (catégorie « vide »), par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*.

² Un chapitre XXII a été créé lors de la mise à jour de la CIM-10 par l'OMS en 2003. Se reporter au site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

Le recueil standard d'informations du PMSI utilise aussi des codes nationaux étendus au-delà du quatrième caractère³. **Lorsqu'ils comportent un signe « + », il doit être saisi.**

Exemples :

- B24.+9 *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], sans précision*
- R54.+0 *Syndrome de glissement (sénile)*

La morbidité doit figurer dans le RHS sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la CIM-10 et selon les extensions nationales publiées sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'affection ou au problème de santé à coder.

2.2 CODES DE LA CIM-10 NON UTILISABLES

Certains codes de la CIM-10 ne peuvent pas être utilisés comme finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale et affection étiologique. Leur liste est publiée dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR*. Ils constituent quatre groupes.

2.2.1 Les codes des « catégories non vides » de la CIM-10

Par « catégorie non vide » on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories), par exemple, C25 tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (ici C25) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés.

2.2.2 Les codes ne devant pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale »

La CIM-10 indique que certains de ses codes (notamment les codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité*, codes V, W, X, Y) ne doivent pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale » ou de « la cause principale ». En conséquence, ils ne sont pas utilisables pour le codage de la morbidité principale.

2.2.3 Les « codes pères » interdits

Par « codes pères » on désigne les codes originels de la CIM-10 bénéficiant d'extensions nationales, créées pour les besoins du PMSI ou à titre documentaire. Les codes étendus qui en résultent sont nommés « codes fils ». Il est décidé de ne plus autoriser les codes pères, afin de disposer d'un niveau de précision suffisant pour la qualité des données et pour les évolutions de la classification SSR.

2.2.4 Les codes interdits parce que très imprécis

Certains codes entraînent le rejet du RHS (erreur bloquante) par la *fonction groupage* s'ils sont mentionnés en position de FPP, MMP ou AE, en raison de leur caractère très imprécis. Quelques-uns (par exemple B99, C80, D13.9, M24.3) auraient leur place aussi bien

³ Le format de recueil prévoit une saisie jusqu'à 6 caractères. Les établissements ont de plus la possibilité d'utiliser 2 caractères supplémentaires en 7^e et 8^e positions. L'objet d'un tel codage supplémentaire doit être conforme aux dispositions de la loi *Informatique et libertés*.

dans le groupe des « codes pères interdits » que dans celui des « codes interdits parce que très imprécis » (c'est en général parce qu'ils étaient imprécis que des subdivisions ont été créées, et celles-ci en ont fait des codes pères...).

2.3 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 RHS.** Un code *astérisque* ne doit jamais être saisi isolément, sans le code *dague* correspondant. C'est l'index alphabétique de la CIM-10 (volume 3) qui permet d'identifier le plus complètement les affections qui font l'objet d'un double codage *dague-astérisque*. La hiérarchisation habituelle place le code *astérisque* en position de manifestation morbide principale (MMP) et le code *dague* en position d'affection étiologique (AE). Toutefois, dans certaines circonstances, le code *astérisque* correspond à l'AE. Dans cette situation, le code *dague* doit être enregistré par convention en tant que diagnostic associé (voir l'exemple 4 ci-dessous). Les symboles † et * ne doivent pas être saisis, seuls les codes le sont.

Exemples :

1) Un patient a bénéficié d'une rééducation pour une polynévrite diabétique (diabète de type I).

Finalité principale de prise en charge (FPP) : Z50.1 *Autres thérapies physiques*

MMP : G63.2* *Polynévrite diabétique*

AE : E10.4† *Diabète sucré insulino-dépendant avec complications neurologiques*

2) Un patient a bénéficié d'une rééducation à la suite d'une fracture fermée de l'ischium. Il est par ailleurs atteint d'une néphropathie diabétique (diabète de type I).

FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques*

MMP : S32.80 *Fracture de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin*

AE : sans objet

DAS : N08.3* *Glomérulopathie au cours du diabète sucré*

E10.2† *Diabète sucré insulino-dépendant avec complications rénales*

3) Un patient a bénéficié dans le cadre d'une démence sénile de type Alzheimer d'une prise en charge par un psychologue et un animateur (exercices de mémoire et de concentration).

FPP : Z50.8 *Soins impliquant d'autres moyens de rééducation*

MMP : F00.1* *Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif*

AE : G30.1† *Maladie d'Alzheimer à début tardif*

4) Hospitalisation pour adaptation de prothèse chez un patient amputé d'une jambe en raison d'une artériopathie diabétique (diabète non insulino-dépendant).

FPP : Z44.1 *Mise en place et ajustement d'une jambe artificielle (totale) (partielle)*

MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au dessous*

AE : I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*

DAS : E11.5† *Diabète sucré non insulino-dépendant avec complications vasculaires*

2.4 LES SÉQUELLES

Lorsque l'altération, le problème fonctionnel ou organique pris en charge est une séquelle d'une affection ou d'une lésion antérieure, l'enregistrement de l'AE n'utilise jamais les codes

« Séquelles de... » de la CIM–10. C'est l'affection ou la lésion à l'origine de la séquelle qui doit être codée. Cette règle est valable quel que soit le délai écoulé après l'affection ou la lésion.

Les codes « Séquelles de... » de la CIM–10 ne sont jamais enregistrés lorsque la nature de la séquelle est codée par ailleurs dans le RHS. Lorsqu'ils sont utilisés, les codes « Séquelles de... » ne peuvent l'être qu'en tant que DAS.

Exemples :

1) Un patient a bénéficié d'une rééducation pour une hémiplégie spastique, séquellaire d'un infarctus cérébral par embolie sylvienne.

FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques*

MMP : G81.1 *Hémiplégie spastique*

AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
(et non pas I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*)

2) Un patient est atteint d'un syndrome frontal séquellaire d'un œdème cérébral traumatique. Il a bénéficié d'une rééducation en vue d'une réintégration professionnelle.

FPP : Z50.7 *Ergothérapie et rééducation professionnelle, non classées ailleurs*

MMP : F07.0 *Trouble organique de la personnalité*

AE : S06.1 *Œdème cérébral traumatique*
(et non pas T90.5 *Séquelles de lésion traumatique intracrânienne*)

3. CODAGE DE LA FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE

Il utilise le chapitre XXI de la CIM–10 (codes Z) en tenant compte des restrictions décrites *supra* dans le [point 2.2](#).

Les explications qui suivent visent à aider à la compréhension du sens des codes Z, dont l'usage est parfois considéré comme difficile par les codeurs. Des consignes et des préconisations d'emploi sont données. On ne saurait en déduire des modalités de recueil de l'information qui ne seraient pas conformes aux conditions de production du RHS et aux règles de hiérarchisation de la morbidité. Les définitions des informations médicales et les consignes de hiérarchisation des diagnostics sont données par ailleurs dans ce guide. Elles constituent un préalable dont les règles et exemples de codage donnés ci-après ne sauraient dispenser.

Catégorie Z02 *Examen médical et prise de contact à des fins administratives*

Cette catégorie répertorie des motifs de recours aux soins qui, sauf exception, relèvent plutôt de l'activité externe. Les patients concernés ne se plaignent de rien et aucun diagnostic n'est rapporté.

Exemples :

- bilan d'évaluation professionnelle⁴ à la demande d'une administration⁵ (Sécurité sociale, COTOREP, médecine du travail...) avant embauche ou changement de poste : Z02.1 *Examen d'embauche* ;
- bilan pour vérifier la capacité à conduire : Z02.4 *Examen pour le permis de conduire* ;

⁴ À l'exclusion de la rééducation professionnelle, Z50.7.

⁵ À l'exclusion des bilans professionnels effectués à la demande du patient ou de ses thérapeutes : catégorie Z56.

- classement d'un patient selon les catégories de handisport : Z02.5 *Examen pour la pratique d'un sport* ;
- évaluations des aptitudes ou des incapacités, bilan pour la COTOREP : Z02.6 *Examen à des fins d'assurance*, qu'il s'accompagne ou non de la délivrance d'un certificat médical.

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

Ces catégories sont celles des suspicions non confirmées (de maladie, de lésion accidentelle traumatique...). Elles permettent le codage de situations caractérisées par l'éventualité initiale d'une maladie ou d'une lésion qui (après observation, examens...) n'est finalement pas confirmée. C'est ce qu'explique la note d'inclusion située sous le titre de la catégorie Z03 dans le volume 1 de la CIM-10.

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.

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 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 », *i.e.* médicamenteux.

Catégories Z11 à Z13 *Examens spéciaux de dépistage de maladies infectieuses et parasitaires*

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 patient par un antécédent personnel ou familial (de cancer, par exemple) ou une symptomatologie quelconque.

Catégorie Z30 *Prise en charge d'une contraception* : usage exceptionnel, sauf Z30.3 à Z30.9.

Catégorie Z31 *Mesures procréatives* : usage exceptionnel.

Exemple : conseils pour la procréation aux myopathes, aux diabétiques (Z31.5 et Z31.6).

Catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque*

Elle est destinée au codage des surveillances de grossesses *non normales* (à risque, « haut » ou non).

Catégorie Z42 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*

Elle permet le codage des semaines comportant ou faisant suite à une intervention de chirurgie reconstructrice, y compris la surveillance de l'expansion cutanée par expandeur⁶.

⁶ Mais un bilan à distance d'une intervention chirurgicale (effectuée un mois, six mois, un an... auparavant) se coderait Z08.0 ou Z09.0.

Exemples :

- suite à une chirurgie d'escarre fessière : Z42.2 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique d'autres parties du tronc* ;
- suite à une greffe de moignon d'un membre inférieur : Z42.4 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique des extrémités inférieures*.

Catégories Z43 à Z46 *Surveillance de stomies, Mise en place et ajustement de prothèses et autres appareils*

La catégorie Z43 est celle de surveillance et soins de stomies, y compris leur fermeture.

La catégorie Z44 concerne l'appareillage externe et les prothèses, mais pas les orthèses qui se codent au moyen de la catégorie Z46.

L'affection ayant nécessité la mise en place d'une stomie, d'une prothèse ou d'un appareil est saisie en tant que manifestation morbide principale.

Exemples :

- soins de trachéostomie pour cancer du larynx sousglottique : finalité principale de prise en charge (FPP) Z43.0 *Surveillance de trachéostomie* ; manifestation morbide principale (MMP) C32.2 *Tumeur maligne du larynx, étage sousglottique* ;
- mise en place et ajustement de corset plâtré : FPP Z46.7 *Mise en place et ajustement d'un appareil orthopédique*, l'affection ayant nécessité la mise en place du corset est saisie en tant que MMP (scoliose, lombalgies...) ;
- mise en place et ajustement d'un stimulateur électrique pour le traitement de la douleur : FPP Z46.8 *Mise en place et ajustement d'autres appareils précisés* ; la douleur est saisie en tant que MMP (utiliser si possible des codes précis selon la localisation de la douleur, la catégorie R52 n'étant utilisée qu'en dernier recours⁷), la cause de la douleur est saisie en tant qu'affection étiologique.

Catégorie Z47 *Autres soins de contrôle orthopédiques*

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 » – *i.e.* soins faisant suite à des soins ou à un acte antérieur – rencontrée *supra* avec la catégorie Z42) : ablation de matériel d'ostéosynthèse, changement ou ablation d'appareil d'immobilisation....

Le code Z47.8 comprend les changements de traction-suspension.

Catégorie Z48 *Autres soins de contrôle chirurgicaux*

La catégorie Z48 est celle des soins postinterventionnels immédiats. Par soins postinterventionnels on entend notamment la surveillance postopératoire et celle qui fait suite à un acte medicotechnique tel une intervention par voie endoscopique ou endovasculaire et l'imagerie interventionnelle.

Catégorie Z49 *Surveillance d'une dialyse*

Cette catégorie comprend la préparation à la dialyse (Z49.0) et la surveillance d'un patient en cours de dialyse, hémodialyse (Z49.1) et dialyse péritonéale (Z49.2).

⁷ Pour le codage de la douleur on peut s'aider, outre de l'index alphabétique, des exclusions citées pour la catégorie R52 ; voir également les codes G54.6, G56.4 et la catégorie R30.

Catégorie Z51 *Autres soins médicaux*

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges motivées par des actes **thérapeutiques** (radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine...).

Exemples :

- chimiothérapie pour tumeur : Z51.1 ;
- autres chimiothérapies dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur : Z51.2 (le mot *chimiothérapie* a dans la CIM-10 le sens de « traitement par des moyens chimiques »⁸) ;
- sous-catégorie Z51.3 : on ne tiendra pas compte de l'indication « sans mention de diagnostic », 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 extensions :
 - transfusion sanguine : Z51.30,
 - aphérèse sanguine : Z51.31 ;
- soins palliatifs : Z51.5.

Catégorie Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués*

La catégorie Z53 permet le codage des circonstances dans lesquelles les soins envisagés ne peuvent être effectués ; le mot *acte* de l'intitulé doit être lu avec l'acception étendue de « prestation de soins », « prise en charge ».

Exemples :

- contre-indication à la rééducation : Z53.0 ;
- sortie contre avis médical : Z53.2.

Catégorie Z54 *Convalescence*

À réserver aux cas de convalescence **au sens strict du terme**, sans soins actifs particuliers.

Catégorie Z70 *Conseils relatifs aux attitudes, comportement et orientation en matière de sexualité*

Catégorie Z71 *Sujets en contact avec les services de santé pour d'autres conseils et avis médicaux, non classés ailleurs*

Usage exceptionnel, sauf Z71.0.

Catégorie Z76 *Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances*

Usage exceptionnel, sauf Z76.1 et Z76.2.

⁸ Se reporter à ce qui a été écrit plus haut à propos des catégories Z08 et Z09.

4. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

Rééducation et réadaptation d'une hémiplégié

Un patient a été pris en charge en SSR pour une hémiplégié spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylvienne. Dans un premier temps l'essentiel des soins a porté sur la rééducation physique puis sur la réadaptation du patient à son environnement personnel (réapprentissage des gestes de la vie quotidienne).

Hiérarchisation	Codage
<p>Semaines de rééducation FPP : rééducation physique MMP : hémiplégié spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne</p> <p>Semaines de réadaptation FPP : réadaptation MMP : hémiplégié spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne</p>	<p>FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : G81.1 <i>Hémiplégié spastique</i> AE : I63.4 <i>Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales</i></p> <p>FPP : Z50.8 <i>Soins impliquant d'autres moyens de rééducation</i> MMP : G81.1 <i>Hémiplégié spastique</i> AE : I63.4 <i>Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales</i></p>

Un patient a été pris en charge en SSR pour rééducation d'une hémiplégié flasque récente par infarctus cérébral dû à une thrombose de l'artère sylvienne gauche ; par ailleurs diabète non insulino-dépendant et hypertension artérielle primitive.

Hiérarchisation	Codage
<p>FPP : rééducation MMP : hémiplégié flasque AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne DAS : diabète, hypertension artérielle</p>	<p>FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : G81.00 <i>Hémiplégié flasque récente, persistant au-delà de 24 heures [i]</i> AE : I63.3 <i>Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales</i> DAS : E11.5 <i>Diabète sucré non insulino-dépendant avec complications vasculaires, I10 Hypertension artérielle essentielle (primitive)</i></p>

[i] Code national étendu

Soins après amputation d'un membre

Un patient a subi une amputation d'un membre inférieur en raison d'une artériopathie oblitérante. Dans un premier temps, l'essentiel des soins a concerné les pansements du moignon et la surveillance de la cicatrice. Celle-ci s'est secondairement infectée. Ultérieurement il a été procédé à la mise en place et à l'adaptation d'une prothèse de la jambe, suivie de rééducation à la marche.

Hiérarchisation	Codage
<p>Soins locaux de cicatrisation FPP : pansements postopératoires MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs</p> <p>Infection du moignon FPP : soins locaux MMP : infection du moignon AE : sans objet [i]</p> <p>Adaptation de prothèse FPP : adaptation de prothèse MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs</p> <p>Rééducation FPP : rééducation à la marche MMP : porteur d'une prothèse de membre inférieur AE : sans objet</p>	<p>FPP : Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i> MMP : Z89.5 <i>Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i> AE : I70.2 <i>Athérosclérose des artères distales</i></p> <p>FPP : Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i> MMP : T87.4 <i>Infection d'un moignon d'amputation</i> AE : sans objet [i]</p> <p>FPP : Z44.1 <i>Mise en place et ajustement d'une jambe artificielle (totale) (partielle)</i> MMP : Z89.5 <i>Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i> AE : I70.2 <i>Athérosclérose des artères distales</i></p> <p>FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : Z97.1 <i>Présence d'un membre artificiel (complet) (partiel)</i> AE : sans objet</p>

[i] L'AE n'est pas l'artériopathie car elle n'est pas la cause de l'infection. Il n'est pas indispensable d'enregistrer à nouveau l'amputation comme AE car la MMP comprend à la fois les notions d'infection et d'amputation.

Soins après pneumonectomie

Un patient ayant subi une pneumonectomie pour cancer bronchique a bénéficié dans un premier temps de soins postopératoires (lutte contre la douleur...), puis d'une rééducation respiratoire.

Hierarchisation	Codage
<p>Soins postchirurgicaux FPP : soins postopératoires MMP : pneumonectomie AE : cancer bronchique lobaire supérieur</p> <p>Rééducation FPP : rééducation respiratoire MMP : absence de poumon AE : cancer bronchique lobaire supérieur</p>	<p>FPP : Z48.8 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés</i> MMP : Z90.2 <i>Absence acquise de poumon [partie de]</i> AE : C34.1 <i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i></p> <p>FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : Z90.2 <i>Absence acquise de poumon</i> AE : C34.1 <i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i></p>

Les soins ne se limitent pas aux pansements, ce qui explique le choix du code Z48.8 pour la FPP.

Suites de chirurgie osseuse

Rééducation après ostéosynthèse d'une fracture diaphysaire du fémur.

Hierarchisation	Codage
<p>FPP : rééducation MMP : porteur d'une ostéosynthèse du fémur AE : fracture diaphysaire du fémur</p>	<p>FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : Z96.7 <i>Présence d'autres implants osseux et tendineux</i> AE : S72.3 <i>Fracture de la diaphyse fémorale</i></p>

Rééducation suite à la mise en place d'une prothèse de hanche après une fracture du col du fémur.

Hierarchisation	Codage
<p>FPP : rééducation MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture du col du fémur</p>	<p>FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : Z96.6 <i>Présence d'implants d'articulations orthopédiques</i> AE : S72.0 <i>Fracture du col du fémur</i></p>

Soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau.

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins locaux postopératoires MMP : patient opéré AE : déplacement d'une vis d'ostéosynthèse	FPP : Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i> MMP : Z98.8 <i>États post chirurgicaux précisés</i> AE : T84.1 <i>Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre [i]</i>

Z98.8 est le code à employer pour les états postopératoires lorsque l'intervention subie ne relève pas des catégories Z52, Z89, Z90, Z94, Z95 ou Z96.

[i] La complication ayant été traitée, elle n'est pas la MMP mais bien l'AE, à l'origine de l'intervention chirurgicale.

Rééducation après fractures d'une malléole externe et d'un poignet. Seule la fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras a été ostéosynthésée. L'essentiel de la rééducation a porté sur la cheville.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : fracture de la cheville AE : sans objet DAS : porteur d'une ostéosynthèse du poignet	FPP : Z50.1 <i>Autres thérapies physiques</i> MMP : S82.6 <i>Fracture de la malléole externe</i> AE : sans objet DAS : Z96.7 <i>Présence d'autres implants osseux et tendineux</i>

Le codage des lésions traumatiques doit utiliser les codes « S » qui les identifient individuellement et non les codes T de lésions traumatiques multiples qui ne sont pas autorisés du fait de leur imprécision. La fracture du poignet étant ostéosynthésée, elle n'est pas codée en tant que fracture (S62.–) mais Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux*.

Suite de chirurgie cardiaque

Un patient est hospitalisé après un pontage coronaire en raison d'un infarctus du myocarde antérieur. Les soins ont dans un premier temps essentiellement porté sur la surveillance postopératoire (soins de la cicatrice, surveillance électrocardiographique et échographique, ajustement du traitement anticoagulant), puis la rééducation cardiaque à l'effort est effectuée.

Hiérarchisation	Codage
<p>Soins postopératoires FPP : surveillance postopératoire MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur</p> <p>Rééducation cardiaque FPP : rééducation cardiaque MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur</p>	<p>FPP : Z48.8 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés</i> MMP : Z95.1 <i>Présence d'un pontage aorto-coronaire</i> AE : I21.08 <i>Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge [i]</i></p> <p>FPP : Z50.0 <i>Rééducation des cardiaques</i> MMP : Z95.1 <i>Présence d'un pontage coronaire</i> AE : I21.08 <i>Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge [i]</i></p>

Les soins ne se limitent pas aux pansements ce qui explique le choix du code Z48.8 pour la FPP.

[i] Code national étendu créé pour distinguer la prise en charge initiale en soins intensifs des prises en charge ultérieures (« autres »).

Sevrage alcoolique

Un patient a bénéficié de soins relatifs à la poursuite du sevrage d'un alcoolisme chronique.

Hiérarchisation	Codage
<p>FPP : sevrage alcoolique MMP : alcoolisme chronique AE : sans objet</p>	<p>FPP : Z50.2 <i>Sevrage d'alcool</i> MMP : F10.2 <i>Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance [i]</i> AE : sans objet</p>

[i] Il est possible d'employer des subdivisions à but descriptif utilisant des cinquième et sixième caractères.

Intercure de chimiothérapie

Une patiente est hospitalisée dans le cours d'une chimiothérapie pour cancer du sein (quadrant supéro-interne). Les soins en SSR ont concerné la préparation puis la surveillance après chimiothérapie.

Hiérarchisation	Codage
<p>Préparation FPP : préparation à une chimiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet</p> <p>Surveillance après chimiothérapie FPP : surveillance après chimiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet</p>	<p>FPP : Z51.4 <i>Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs</i> MMP : C50.2 <i>Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein</i> AE : sans objet</p> <p>FPP : Z08.2 <i>Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne</i> MMP : C50.2. <i>Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein</i> AE : sans objet</p>

Survenue d'une affection aigüe intercurrente

Un patient amputé du membre inférieur gauche en raison d'une artériopathie oblitérante est hospitalisé pour pansement du moignon. Au cours du séjour il a présenté une pyélonéphrite qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant deux semaines, au cours desquelles les pansements du moignon ont été poursuivis.

Hiérarchisation	Codage
<p>FPP : diagnostic et traitement d'une affection aigüe MMP : pyélonéphrite aigüe AE : sans objet DAS : amputation, artériopathie des membres inférieurs</p>	<p>FPP : ZAIGU MMP : N10 <i>Néphrite tubulo-interstitielle aigüe</i> AE : sans objet DAS : Z89.5 <i>Absence acquise de membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i>, I70.2 <i>Athérosclérose des artères distales</i></p>

Une patiente est hospitalisée pour une rééducation après mise en place d'une prothèse de hanche. Au cours du séjour elle présente une phlébite surale du membre inférieur droit. La rééducation est arrêtée, le traitement de la phlébite mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée.

Hiérarchisation	Codage
FPP : diagnostic et traitement d'une affection aiguë MMP : phlébite surale AE : sans objet DAS : prothèse de hanche	FPP : ZAIGU MMP : I80.2 <i>Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs</i> AE : sans objet DAS : Z96.6 <i>Présence d'implants d'articulations orthopédiques</i>

Pansements de brulure

Un patient atteint de brulures du 2^e degré de la main droite a bénéficié dans un premier temps, après son séjour initial en chirurgie, de pansements. Il a ensuite été réhospitalisé en MCO pour une greffe de peau de la paume, après laquelle il a été réadmis en SSR.

Hiérarchisation	Codage
<p>Pansements FPP : pansements MMP : brulure d'une main au 2^e degré [i] AE : surface brulée [i]</p> <p>Suite de greffe de peau FPP : pansements postopératoires MMP : greffe de peau AE : brulure d'une main au 2^e degré [i] DAS : surface brulée [i]</p>	<p>FPP : Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i> MMP : T23.2 <i>Brulure du second degré du poignet et de la main [i]</i> AE : T31.0 <i>Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps [i]</i></p> <p>FPP : Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i> MMP : Z94.5 <i>Greffe de peau</i> AE : T23.2 <i>Brulure du second degré du poignet et de la main [i]</i> DAS : T31.0 <i>Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps [i]</i></p>

[i] Pour la CIM-10, une brulure se code au moyen de deux informations, d'une part sa localisation et son degré, d'autre part sa surface. La première information est prioritaire : voir la note située sous le titre de la catégorie T31 dans le volume 1 de la CIM-10.

Rééducation nutritionnelle

Une jeune fille présentant une obésité (IMC 35 kg/m²) liée à un état anxiodépressif, a essentiellement bénéficié d'une rééducation nutritionnelle, accompagnée d'une psychothérapie.

Hierarchisation	Codage
FPP : rééducation nutritionnelle MMP : obésité, IMC à 35 AE : état anxiodépressif	FPP : Z71.3 <i>Surveillance et conseils diététiques</i> MMP : E66.00 <i>Obésité due à un excès calorique, indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m² [i]</i> AE : F41.2 <i>Trouble anxieux et dépressif mixte</i>

[i] Code national étendu.

La psychothérapie n'est pas à renseigner en tant que DAS car elle doit être codée comme un acte selon le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation*.

Soins médicaux

Un patient ayant présenté un épisode d'œdème aigu du poumon sur fibrillation auriculaire paroxystique, atteint d'une cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque globale, est admis en SSR dans les suites de cet épisode après stabilisation de son état. Il a bénéficié d'une surveillance et de la poursuite des soins médicaux (équilibre du traitement).

Hierarchisation	Codage
FPP : soins médicaux et surveillance MMP : œdème pulmonaire AE : fibrillation auriculaire DAS : cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque	FPP : Z51.88 <i>Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs [i]</i> MMP : I11.0 <i>Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)</i> AE : I48 <i>Fibrillation et flutter auriculaires</i>

[i] Code national étendu.

Après un séjour en MCO pour décompensation d'un diabète insulino-dépendant, un patient a été hospitalisé en SSR en raison des difficultés à équilibrer son traitement.. Il est par ailleurs porteur d'une cardiopathie ischémique et d'une presbycusie.

Hierarchisation	Codage
FPP : soins médicaux MMP : ulcère duodénal AE : sans objet DAS : cardiopathie ischémique	FPP : Z 51.88 <i>Autres formes précisées de soins médicaux</i> MMP : E10.9 <i>Diabète sucré insulino-dépendant, sans complication</i> AE : sans objet DAS : I 25.5 <i>Myocardopathie ischémique</i>

La FPP est codée Z51.88 car les soins ont essentiellement porté sur l'équilibre de l'insulinothérapie. La cardiopathie ischémique, dont le traitement est poursuivi, est un DAS. En revanche, le déficit auditif n'est pas un DAS car il n'a pas motivé de prise en charge pendant la semaine.

II. COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES *ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE*

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle est effectuée à l'issue de la semaine observée et mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. Elle n'est pas un instrument de mesure de la charge en soins.

1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

La dépendance du patient est cotée à l'issue de chaque semaine dans chaque RHS produit.

1.1 SIX VARIABLES

Le niveau de dépendance du patient doit être mesuré systématiquement pour chacune des **six variables** suivantes :

- habillage ;
- déplacements et locomotion ;
- alimentation ;
- continence ;
- comportement ;
- relation et communication.

1.2 UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS *ACTIONS*

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs actions de la vie quotidienne. Par exemple, l'habillage inclut deux actions : l'habillage du haut du corps et l'habillage du bas du corps.

1.3 QUATRE NIVEAUX DE COTATION

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

1 Indépendance

Complète : le patient est totalement autonome.

Modifiée :

- le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ;
- ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ;

- ou il le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.

3 Assistance partielle

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

Tableau récapitulatif

1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

1.4 PRINCIPES DE COTATION

Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la semaine observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques.

Exemple : si un patient refuse de s'habiller, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour l'habillage est 4.

Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance.

Exemple : le patient s'habille seul pour le haut du corps et demande seulement de l'aide pour les boutons ; en revanche il doit être habillé pour le bas du corps ; dans ce cas l'action habillage du haut du corps est cotée 3 et l'action habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable habillage.

2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

2.1 HABILLAGE

L’habillement inclut deux actions :

- l’habillement du haut du corps : s’habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.
- l’habillement du bas du corps : s’habiller et se déshabiller de la taille jusqu’aux pieds, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

1 Indépendance complète ou modifiée

S’habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle, peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sousvêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse, OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements, OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d’une orthèse ou d’une prothèse, préparation des vêtements ou d’une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l’une des deux actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l’une des deux actions.

2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

Ils incluent cinq actions :

- les transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement ;
- les transferts aux toilettes : s’asseoir et se relever du siège des toilettes ;
- les transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche ;
- la locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité ;
- l’utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches). Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l’action d’utilisation des escaliers.

1 Indépendance complète ou modifiée

Effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied), OU nécessite une supervision pour parcourir 45 mètres, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant), ou pour monter ou descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une des quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une des quatre ou cinq actions.

2.3 ALIMENTATION

Elle inclut trois actions nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche ;
- mastication ;
- déglutition (avalier la bouchée ou la gorgée).

1 Indépendance complète ou modifiée

Mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers, OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.), OU requiert plus de temps que la normale, OU nécessite des aliments à consistance modifiée. Si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides), OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions, OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions, OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

2.4 CONTINENCE

Elle inclut deux actions :

- le contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction, OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle ;
- le contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation, OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1 Indépendance complète ou modifiée

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;
- fécal : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments, poche de stomie.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (éducation), OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant, OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques :

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est cotée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1
- si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2
- si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est mesurée (cotations : voir ci-dessus).

2.5 COMPORTEMENT

Il inclut une action, l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

1 Indépendance complète ou modifiée

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas, OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médicaments pour garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle

Ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la démence ou toute autre affection mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité, à l'aide d'un ou plusieurs codes de la CIM-10.

2.6 RELATION ET COMMUNICATION

Elles incluent deux actions :

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;
- l'expression claire du langage verbal et non verbal.

1 Indépendance complète ou modifiée

Comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées, OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc.).

3 Assistance partielle

Ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 Assistance totale

Ne s'exprime pas et/ou ne communique pas, OU le fait de façon inappropriée.

On rappelle que la cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle est effectuée à l'issue de la semaine observée et mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. Elle n'est pas un instrument de mesure de la charge en soins.

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

3.1. HABILLAGE

1) Un patient ayant un déficit de flexion de la hanche et du genou met seul son slip et son pantalon mais ne pouvant atteindre ses pieds avec ses mains, il a été aidé pour mettre ses chaussettes et ses chaussures.

Ce patient assure une partie de son habillage du bas du corps, une assistance partielle n'a été nécessaire que pour les chaussettes et les chaussures :

- la cotation pour le haut du corps est 1 ;
- la cotation pour le bas du corps est 3.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière d'habillage, la cotation est donc ici : **3**.

2) Quelle cotation utiliser lorsque le patient est confronté à la mise en place d'un dispositif tel que corset, serre-corps, bas ou bandes de contention veineux, collier cervical, ceinture lombaire ?

- leur mise en place est cotée **1** lorsque le patient l'assume totalement ;
- elle est cotée **2** dans tous les autres cas, quel que soit le niveau de l'aide (supervision ou arrangement, assistance partielle ou totale).

3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

1) Une patiente marche en terrain plat à petits pas avec un déambulateur, sans surveillance. Pour descendre les escaliers elle a dû être accompagnée par un soignant qui lui tient le bras.

Cette patiente a nécessité un accompagnement avec contact physique pour descendre les escaliers :

- la locomotion autonome en terrain plat est cotée 1 ;
- l'assistance pour l'utilisation des escaliers est cotée 3.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de déplacement, la cotation est donc ici : **3**.

2) Un patient utilise un fauteuil roulant. Il a eu besoin d'aide pour passer du lit au fauteuil (soutien et positionnement par le soignant). Une fois assis dans son fauteuil, il se déplace de façon autonome.

Ce patient a eu besoin d'une aide partielle avec contact du soignant pour le transfert :

- la locomotion autonome avec son fauteuil roulant est cotée 1 ;
- les transferts sont cotés 3 car le patient y participe, l'assistance du soignant n'est que partielle.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de déplacement, la cotation est donc ici : **3**.

3.3 ALIMENTATION

1) Un patient prend ses repas chaque jour dans la salle à manger de l'établissement, sans assistance (une fois servi, il coupe la viande et ouvre les récipients lui-même). Une suspicion de thrombophlébite profonde oblige à l'immobiliser au lit et à lui apporter ses repas sur un plateau. Dans les deux cas, à la salle à manger ou au lit, le patient est autonome pour s'alimenter. La cotation est donc : **1**.

2) Une patiente est installée à table, le personnel ouvre sa bouteille d'eau et le pot de yaourt. La patiente mange seule mais elle a eu besoin d'une aide pour l'ouverture des récipients ; l'aide est cotée : **2**.

3.4 CONTINENCE

1) Un patient va seul aux toilettes dans la journée ; la nuit il a besoin de couches. Il met et ôte seul ses couches. Il est autonome pour leur utilisation, la cotation est : **1**

2) Une patiente vient de subir une colectomie, elle est porteuse d'une colostomie :

- au début de la semaine, l'infirmière lui apprend à changer ses poches ; l'éducation est cotée 2 ;
- à la fin de la semaine elle est autonome pour le changement des poches (elle place et nettoie seule le matériel) et les soins cutanés ; la cotation est 1.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de continence, la cotation est donc ici : **2**.

3.5 COMPORTEMENT, RELATION ET COMMUNICATION

3.5.1 Comportement

1) Un patient avec métastases osseuses reste très douloureux malgré son traitement. Il est anxieux. Il sollicite très fréquemment le personnel :

- au début de la semaine il était parfois agressif avec ses voisins, le personnel doit intervenir occasionnellement pour apaiser les conflits, la cotation est 3 ;
- à la fin de la semaine il se comporte de manière adaptée dans les situations sociales et thérapeutiques, la cotation est 1.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de comportement, la cotation est donc ici : **3**.

2) Un patient de 5 ans, anorexique et très renfermé, ne communique pas, s'isole et pleure souvent. Malgré son mutisme, il participe bien à ses soins, il faut le stimuler pour terminer ses repas :

- au début de la semaine c'est un enfant très renfermé ; il se conduit le plus souvent de manière inappropriée (s'isole et pleure souvent), la cotation est 4 ;
- à la fin de la semaine, malgré son mutisme, il participe bien aux soins. Il faut juste une supervision, la cotation est 2.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de comportement, la cotation est donc ici : **4**.

3.5.2 Relation et communication

1) Un patient hémiparétique a des difficultés à s'exprimer à l'aide de mots. Il nécessite une attention particulière pour se faire comprendre.

- au début de la semaine il n'utilise que des mots et des expressions simples ; il nécessite une aide fréquente pour trouver ses mots ; la cotation est 3 ;
- à la fin de la semaine, sa compréhension est bonne, son expression un peu difficile nécessite parfois de le faire répéter et de lui poser des questions, la cotation est 2.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de communication, la cotation est donc ici : **3**.

2) Un patient traumatisé crânien, a établi pour communiquer avec le personnel soignant des gestes conventionnels simples (clignements des paupières pour « oui » et « non », gestes des mains, etc.). La cotation est **3**.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Ablation de matériel d'ostéosynthèse.....	34
Acte de rééducation-réadaptation.....	13
catalogue.....	13
codage.....	13
nombre de réalisations.....	13
réalisé dans un autre établissement.....	15
transfert provisoire pour la réalisation d'un -.....	15
Acte médical.....	12
<i>activité</i>	12
classification commune.....	12
codage.....	12
date de réalisation.....	12
nombre de réalisations.....	12
phase.....	12
réalisé dans un autre établissement.....	15
transfert provisoire pour la réalisation d'un -.....	15
<i>Activité</i> d'un acte médical.....	12
Activités de la vie quotidienne.....	13, 45
alimentation.....	13, 48, 52
arrangement.....	45
assistance partielle.....	45
assistance totale.....	45
communication.....	13, 50, 53
comportement.....	13, 50, 53
continence.....	13, 49, 52
cotation.....	45
déplacement.....	13, 47, 51
habillage.....	13, 47, 51
indépendance.....	45
locomotion.....	13, 47, 51
relation.....	13, 50, 53
supervision.....	45
transferts.....	47, 51
Admission.....	
administrative.....	2
réadmission le jour de la sortie.....	4
Affection étiologique (AE).....	11, 28
code non utilisable (interdit).....	30
AGRAF-SSR.....	14, 19, 23
Alimentation (dépendance).....	13, 48, 52
ANO.....	21, 23
ANO-HOSP.....	23
Anonymat des soins.....	5
Appareillage.....	34
Arrangement (dépendance).....	45
Assistance partielle (dépendance).....	45
Assistance totale (dépendance).....	45
<i>Astérisque</i> (code).....	31
Autorisation de l'unité médicale (type).....	6
AVQ.....	<i>Voir</i> Activités de la vie quotidienne

B

B2, normes.....	19
Bilan d'évaluation professionnelle.....	32

C

Catalogue des activités de rééducation-réadaptation.....	13
Catégorie d'intervenant.....	13

CCAM. <i>Voir</i> Classification commune des actes médicaux	
CdARR. <i>Voir</i> Catalogue des activités de rééducation-réadaptation	
Chainage anonyme.....	21
index (numéro d'-).....	23, 24
Changement de traction-suspension.....	34
Chimiothérapie.....	33
CIM-10... <i>Voir</i> Classification internationale des maladies	
Classification commune des actes médicaux.....	12
Classification internationale des maladies.....	11, 29
catégorie.....	29
code à 3 caractères.....	29
code à 4 caractères.....	29
code <i>astérisque</i>	31
code <i>dague</i>	31
code étendu.....	30
code non utilisable (interdit).....	30
double codage <i>dague-astérisque</i>	31
sous-catégorie.....	29
Code.....	
à 3 caractères (CIM-10).....	29
à 4 caractères (CIM-10).....	29
<i>astérisque</i> (CIM-10).....	31
avec un signe + (CIM-10).....	30
d'acte de rééducation-réadaptation.....	13
d'acte médical.....	12
<i>dague</i> (CIM-10).....	31
étendu (CIM-10).....	30
géographique.....	14
INSEE de pays.....	5
non utilisable (interdit) (CIM-10).....	30
père (CIM-10).....	30
postal.....	5
Communication (dépendance).....	13, 50, 53
Comportement (dépendance).....	13, 50, 53
Conduite automobile, permis.....	32
Confidentialité des informations.....	24
Conservation des fichiers d'activité et de facturation... ..	25
Continence (dépendance).....	13, 49, 52
Contre-indication.....	35
Contrôle de la qualité des informations.....	25
Contrôle, soins de -.....	34
COTOREP, bilan.....	32, 33

D

<i>Dague</i> (code).....	31
DAS.....	<i>Voir</i> Diagnostic associé significatif
Date.....	
d'entrée.....	4, 7
de la dernière intervention chirurgicale.....	5
de naissance.....	5
de réalisation d'un acte médical.....	12
de sortie.....	8
Décès.....	9
Dépendance.....	13
alimentation.....	13, 48, 52
arrangement.....	45
assistance partielle.....	45
assistance totale.....	45

communication.....	13, 50, 53
comportement.....	13, 50, 53
continence.....	13, 49, 52
cotation.....	13, 45
déplacement.....	13, 47, 51
habillage.....	13, 47, 51
indépendance.....	45
locomotion.....	13, 47, 51
niveaux.....	13, 45
relation.....	13, 50, 53
sonde urinaire.....	49
stomie.....	50
supervision.....	45
transferts.....	47, 51
Dépistage.....	33
Déplacement (dépendance).....	13, 47, 51
Dernière intervention chirurgicale, date.....	5
Diagnostic associé significatif.....	12, 28
Double codage <i>dague-astérisque</i> (CIM-10).....	31
Durée de conservation des fichiers d'activité et de facturation.....	25

E

Embauche, examen.....	32
Entrée	
date.....	4, 7
mode.....	7
é-PMSI (plateforme).....	3, 21, 24
Évaluation professionnelle.....	32
Expandeur cutané.....	33

F

FICHCOMP, FICHCOMPA.....	20, 21
conservation.....	25
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.....	3
Finalité principale de prise en charge.....	11, 27
codage.....	32
code non utilisable (interdit).....	30
ZAIGU.....	28
FINESS <i>Voir</i> Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN).....	22
FPP.....	<i>Voir</i> Finalité principale de prise en charge

G

Générateur de RHA, GENRHA.....	14, 23
Grossesse à risque.....	33
Groupage.....	14

H

Habillage (dépendance).....	13, 47, 51
HAD.....	<i>Voir</i> Hospitalisation à domicile
Handisport.....	33
HOSP-FACT.....	19
Hospitalisation à domicile.....	4, 7, 8, 9
Hospitalisation de nuit, journée de présence.....	10
HOSP-PMSI.....	23

I

Indépendance.....	45
-------------------	----

Index (numéro d'–) du chaînage anonyme.....	23, 24
Indicateur de première, dernière, semaine du séjour.....	14
INSEE, code de pays.....	5
Intervenant, catégorie.....	13
Intervention chirurgicale.....	5

J

Journée de présence.....	10
hospitalisation de nuit.....	10
mutation.....	10
transfert.....	10

L

Locomotion (dépendance).....	13, 47, 51
------------------------------	------------

M

MAGIC.....	22
Manifestation morbide principale.....	11, 27
code non utilisable (interdit).....	30
Matériel d'ostéosynthèse, ablation.....	34
Médicosocial (hébergement).....	9
MMP.....	<i>Voir</i> Manifestation morbide principale
Mode	
d'entrée.....	7
de sortie.....	8
Morbidité principale.....	11, 27
Mutation.....	7, 8, 9
journée de présence.....	10

N

Naissance, date.....	5
Nombre de réalisations, acte de rééducation-réadaptation.....	13
Nombre de réalisations, acte médical.....	12
Normes B2.....	19
Nuit (hospitalisation de –), journée de présence.....	10
Numéro	
administratif de séjour.....	4
d'entrée.....	18
de la semaine.....	10
de séjour en SSR.....	3
d'unité médicale.....	6
séquentiel de séjour.....	14

O

Orthèse.....	34
Ostéosynthèse, ablation de matériel.....	34

P

Pays de résidence (code).....	5
Permis de conduire.....	32
Permission.....	10, 11
Phase d'un acte médical.....	12
Plateforme é-PMSI.....	3, 21, 24
Plus (signe + dans un code).....	30
Première semaine du séjour, indicateur.....	14
Prestation interétablissement.....	15
séance.....	16
Prothèse.....	34
Provenance.....	8

Q
Qualité des informations 25

R
Réadmission le jour de la sortie..... 4
Rééducation-réadaptation
 acte..... 13
 professionnelle 32
Relation (dépendance)..... 13, 50, 53
Résidence, code géographique 14
Résumé hebdomadaire anonyme 14
 conservation 25
 transmission 21
Résumé hebdomadaire standardisé
 champ de production..... 2
 conservation 25
 contenu..... 2
 groupé 14
Résumé standardisé de facturation 18
 conservation 25
Résumé standardisé de facturation anonyme..... 19
 conservation 25
 transmission 21
RHA *Voir* Résumé hebdomadaire anonyme
RHS *Voir* Résumé hebdomadaire standardisé
RSF *Voir* Résumé standardisé de facturation
RSFA... *Voir* Résumé standardisé de facturation anonyme

S
SAE *Voir* Statistique annuelle des établissements de santé
Séance et prestation interétablissement 16
Secret professionnel 24
Séjour administratif, numéro 4
Séjour en SSR, numéro 3
Semaine, numéro 10
Séquelle 31
Sexe 5
Signe + dans un code..... 30
Soins de contrôle 34
Sonde urinaire 49
Sortie
 contre avis médical 35

 date 8
 mode 8
 suivie de réadmission..... 4
SSRHA *Voir* Suite synthétique de RHA
Statistique annuelle des établissements de santé 2
Stomie
 codage..... 34
 dépendance 50
Suite synthétique de RHA 14
Supervision (dépendance) 45
Surveillance
 de traitement 33
 postopératoire, postinterventionnelle 34
Suspicion non confirmée (de maladie, de lésion)..... 33

T
Traction-suspension, changement 34
Traitement, surveillance 33
Transfert..... 7, 8
 journée de présence 10
 pour réalisation d'un acte..... 15
 provisoire 7, 9, 15
Transferts (dépendance)..... 47, 51
Transmission des informations 21
Travail, médecine du..... 32
Type
 d'activité (SAE)..... 2
 d'autorisation de l'unité médicale..... 6
 d'hospitalisation 6

U
Unité médicale 1
 numéro..... 6
 type d'autorisation 6

V
VID-HOSP 19, 23

Z
ZAIGU 28

