AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

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

Version Provisoire

2019

PRÉAMBULE

Le présent document est la version provisoire du guide méthodologique *des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation* La version définitive à paraitre au *Bulletin officiel* (sous le numéro *2019/2 bis* fascicule spécial). Ce guide, applicable à partir de la semaine 10 de l'année 2019, est l'annexe II de l'arrêté du 26 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 23 décembre 2016 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 la version précédente du *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° 2018/2 bis, fascicule spécial).

Des informations complémentaires sont disponibles :

- sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- dans la *Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI* (CCAM) ;
- dans le Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation ;
- dans la 10ème révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dite à usage PMSI;
- dans le *Guide de lecture et de codage* du *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR) *;*
- dans la Notice technique PMSI

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 règlementaires, circulaires et instructions.

I

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 (SSR) des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge, 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.

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 réaliser, pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

L'enregistrement de l'activité est réalisé par semaine calendaire sous la forme d'un *résumé hebdomadaire standardisé* (RHS)[1]. Ce recueil couvre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel réalisée dans les établissements de santé. L'activité de consultations et de soins externes de SSR réalisée par les établissements est également enregistrée (RSF-ACE). Le recueil ne concerne pas les actes réalisés par les intervenants de SSR pour des patients hospitalisés dans un autre champ d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, ...). Les informations du RHS constituent un résumé normalisé et codé conforme au contenu du dossier médical du patient.

Le recueil d'informations portant sur la facturation est induit par les principes du modèle de financement appliqué en SSR issu de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (réforme du financement).

Les recueils d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-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 des tableaux par les établissements rend les données transmises disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, 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 arreté du 26 décembre 2018 [2].

---

[1] Le rythme hebdomadaire de recueil de l'activité est motivé par la durée de prise en charge en SSR, qui peut être longue. Il a été établi à la demande des professionnels, pour faire état de l'évolution des patients.

[2] Arrêté du 26 décembre 2018: 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 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).

Ce guide comporte sept chapitres. Le chapitre I précise les conditions de production des informations du RHS et pour chacune d'elles sa définition, son origine et les nomenclatures de codage utilisées. 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 chainage anonyme des recueils, et les obligations en matière de qualité, de confidentialité et de conservation des informations.

Le chapitre IV expose les règles de hiérarchisation dans le résumé hebdomadaire standardisé. Le chapitre V décrit les consignes de codage avec la CIM–10 à usage PMSI et les directives d'emploi des nomenclatures de diagnostics dans le cadre du PMSI en SSR. Le chapitre VI donne des exemples de hiérarchisation et de codage de la morbidité. Le chapitre VII contient une présentation détaillée de la cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* avec des exemples destinés à faciliter l'enregistrement des informations.

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION 2

1. CHAMP DE RECUEIL ET DÉFINITIONS 3

1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNES 3
1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION 3

2. CONTENU DU RECUEIL 4

2.1 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ 4
2.1.1 Les informations administratives constantes au cours du séjour 4
2.1.2 Les Informations variables au cours du séjour 8
2.1.2.1 Informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient 8
2.1.2.2 Informations hebdomadaires du RHS 12
2.1.2.3 Informations hebdomadaires médicales, paramédicales et socio-éducatives 15
2.2 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME 18
2.3 FORMATS DES RÉSUMÉS 18

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS (PIE) 19

3.1 DÉFINITION 19
3.2 OBJECTIFS DU DISPOSITIF 19
3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF 20

4. PRESTATIONS INTER-ACTIVITÉS (PIA) 21

4.1 DÉFINITION 21
4.2 CAS DES SEANCES DE DIALYSE RENALE, DE RADIOTHERAPIE ET DE CHIMIOTHERAPIE REALISEES EN MCO 21

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION 24

1. ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 24

1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION 24
1.2 LE FICHIER FICHCOMP 26

2. ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 26

2.1 LE FICHIER VID-HOSP 27
2.2 LE FICHIER FICHCOMP 28
2.3 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES 29

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

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS 32

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME 32

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME 33

3.1 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L.162-22-6 DU CSS 33
3.1.1 Création du numéro anonyme du patient 33
3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation 34
3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation 34
3.2 ETABLISSEMENTS PRIVES MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 34
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME E-PMSI 35

4. CONFIDENTIALITÉ 35

5. QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS 36

6. CONSERVATION DES FICHIERS 36

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ 38

1. LA MORBIDITÉ 38

1.1 LA MORBIDITÉ PRINCIPALE 38
1.2 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS (DA) 39
1.2.1 Les diagnostics associés significatifs (DAS) 39
1.2.2 Les diagnostics associés par convention (DAC) 42

2. LES ACTES MÉDICAUX 42

3. LES ACTES DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION 43

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES* (CIM–10) 46

1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10 46

2. CODES DE LA CIM–10 NON UTILISABLES 46

2.1 LES CODES DES CATEGORIES « NON VIDES » DE LA CIM–10 47
2.2 CODES NE DEVANT PAS ETRE UTILISES POUR LE CODAGE DE « L'AFFECTION PRINCIPALE » 47
2.3 LES CODES PERES INTERDITS 47
2.4 LES CODES INTERDITS PARCE QUE TRES IMPRECIS 47

3. CODES DE LA CIM–10 DONT L'EMPLOI DOIT ÊTRE ÉVITÉ 47

4. LE DOUBLE CODAGE *DAGUE-ASTÉRISQUE* 48

5. EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM–10 (« CODES Z ») 49

5.1 CODAGE DE LA FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE 49
5.2 CODAGE DE LA MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE 53

6. DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM–10 54

6.1 ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX 54
6.1.1 Les types d'accidents vasculaires cérébraux 54
6.1.2 Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux 55
6.1.3 Séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux 55
6.1.4 Règles de codage des accidents vasculaires cérébraux 56
6.2 CARENCES VITAMINIQUES 56
6.3 COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX 56
6.3.1 Les codes du groupe T80–T88 57
6.3.2 Les catégories « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé[e]s ailleurs » 58
6.3.3 Les codes « habituels » de la CIM–10 58
6.3.4 Les circonstances sont enregistrées avec le chapitre XX de la CIM–10 60
6.4 CYSTITE AIGÜE 61

6.5 DIABETE DE TYPE 2 TRAITE PAR INSULINE 61
6.6 EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS 61
6.6.1 Les intoxications accidentelles et volontaires 62
6.6.2 Les effets indésirables 62
6.7 ÉTAT GRABATAIRE 62
6.8 HÉMANGIOME ET LYMPHANGIOME 63
6.9 LÉSIONS TRAUMATIQUES 63
6.10 ŒDÈME PULMONAIRE 63
6.11 POLYHANDICAP LOURD 63
6.12 PRÉCARITÉ 64
6.13 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS 65
6.14 SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES 66
6.15 TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE 67
6.16 CODES OMS RESERVES A UN USAGE URGENT 68

VI. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ 70

VII. COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ..... 85~~84~~

1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE ..... 85~~84~~

1.1 SIX VARIABLES ..... 85~~84~~
1.2 ~~UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS ACTIONS~~PRINCIPE DE LA COTATION DE LA DEPENDANCE ..... 85~~84~~
1.3 ~~QUATRE NIVEAUX DE~~ COTATION DES ACTIONS D'UNE VARIABLE DE DEPENDANCE ..... 86~~85~~
1.4 ~~PRINCIPES DE~~ COTATION DES VARIABLES DE DEPENDANCE ..... 87~~86~~
1.5 CAS PARTICULIERS ..... 87~~86~~

2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE ..... 88~~87~~

2.1 HABILLAGE OU TOILETTE ..... 88~~87~~
2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION ..... 90~~89~~
2.3 ALIMENTATION ..... 91~~90~~
2.4 CONTINENCE – HYGIENE DE L'ELIMINATION ..... 92~~91~~
2.5 COMPORTEMENT ..... 93~~92~~
2.6 COMMUNICATION ..... 94~~93~~

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE ..... 95~~94~~

3.1 HABILLAGE OU TOILETTE ..... 95~~94~~
3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION ..... 96~~95~~
3.3 ALIMENTATION ..... 96~~95~~
3.4 CONTINENCE- HYGIENE DE L'ELIMINATION ..... 96~~95~~
3.5 COMPORTEMENT ..... 97~~96~~
3.6 COMMUNICATION ..... 97~~96~~

INDEX ALPHABÉTIQUE 94

INDEX DES CODES ET RUBRIQUES DE LA CIM–10 CITÉS 99

CHAPITRE I

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

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 d'activité 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 d'activité 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.

Au RHS s'ajoute un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, décrit dans le chapitre II.

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

1. CHAMP DE RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNES

Le champ d'activité 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 suivants du code de la santé publique.

Un établissement de santé, identifié par un numéro FINESS juridique, est constitué d'un ou de plusieurs établissements dits géographiques, identifiés chacun par un numéro FINESS géographique. La transmission PMSI doit être réalisée sur la base du FINESS juridique pour les établissements publics et sur la base du FINESS géographique pour les établissements privés.

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

On désigne par séjour administratif[1] la prise en charge d'un patient dans une ou plusieurs UM SSR de même type d'hospitalisation d'un établissement géographique. Ainsi, le cas particulier de la prise en charge successive en SSR d'un patient dans deux entités géographiques d'une même entité juridique donne lieu à la production de deux séjours administratifs.

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 SA[2].

1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION

L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SSR est le facteur déclenchant la production d'un 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 entraine 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.

---

[1] Se reporter au paragraphe 2.1.1.

[2] « Le découpage en sections d'analyse (SA) doit être cohérent avec le découpage en UM [...] pour rapprocher sans ambiguïté activité, moyens et recettes […] Cela signifie qu'il faut être capable de superposer une SA avec une UM [...] ou un regroupement d'UM [...] du même champ » (Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière).

Par référence à la *Statistique annuelle des établissements de santé* (SAE), le champ de production d'un RHS en SSR inclut les *formes d'activité* (FA) suivantes :

- hospitalisation complète (24 heures consécutives ou plus) (FA 01) ;
- hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit (FA 02).

Dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission).

Dans le cadre de l'hospitalisation à temps partiel, les séjours peuvent correspondre à des présences discontinues. En hospitalisation à temps partiel, il ne peut être produit de RHS qu'au titre d'une semaine au cours de laquelle le patient a été présent en hospitalisation, c'est-à-dire une semaine comptant au moins une journée de présence au sens du point 2.1.2.2 de ce chapitre. En matière d'hospitalisation à temps partiel, 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, démographiques, et des informations relatives à la morbidité et 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 »[3]). Le contenu du dossier médical est décrit dans l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

2.1.1 Les informations administratives constantes au cours du séjour

❒ Numéro FINESS d'inscription e-PMSI

On désigne ainsi le 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.

La dénomination « numéro FINESS d'inscription e-PMSI » fait référence à la plateforme d'échange e-PMSI présentée dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004. Chaque établissement de santé doit vérifier cette information au moyen du site internet du fichier FINESS, Il est indispensable que le numéro FINESS enregistré dans le RHS soit identique à celui avec lequel l'établissement est inscrit sur la plateforme e-PMSI pour

[3] Arrêté du xx décembre 2018 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.

pouvoir effectuer correctement la transmission des informations (voir le point 1 du chapitre III).

❒ Numéro de séjour SSR

Il s'agit de l'identifiant correspondant à l'ensemble de l'hospitalisation en SSR dans l'entité géographique, s'agissant des établissements de santé publics ou 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 faisant correspondre un numéro de séjour SSR donné à un numéro de séjour administratif donné.

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 administratif 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.

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 peuvent recouvrir des présences discontinues (par exemple, hospitalisations de jour le mardi et le 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 à temps partiel est absent une semaine (ou plus) ; 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(ou les) semaine(s) sans RHS ;
- en cas de recours à un autre champ d'activité du même établissement (MCO, psychiatrie...), d'une durée maximum de deux journées (au plus une nuit) ;
- en situation de prestations interétablissements — recours aux prestations de soins d'un autre établissement de santé d'une durée maximum de deux journées (au plus une nuit) —, voir plus loin le point 3 de ce chapitre
- en cas de changement d'année civile.

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 la 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 santé[4].

Dans les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS), 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 faisant correspondre un numéro de séjour SSR donné à un NAS donné.

Le NAS doit être propre au séjour dans le champ d'activité des SSR. Lorsqu'un patient entre dans ce champ d'activité par mutation depuis un autre champ (médecine, chirurgie, obstétrique — MCO —, psychiatrie… ; voir plus loin ce qui concerne les informations « mode d'entrée » et « provenance »), un NAS différent du précédent doit être créé pour le séjour en 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.

❒ 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)*[5]

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

❒ Date de naissance : jour, mois et année

Elle est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie[6].

Lorsqu'une personne admise dans un établissement de santé demande à garder l'anonymat conformément aux articles 326 du code civil, R.1112-28 et R.1112-38 du code de la santé publique (CSP), le recueil de la date de naissance est limité à l'année[7].

---

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

[5] Par rapport à la nomenclature des formes des activités de soins (FA) de la *Statistique annuelle des établissements* (se reporter au point 1.2 de ce chapitre), le code 1 correspond à la FA 01, les codes 2, 3 et 4 à la FA 02.

[6] Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut « 01 », soit le premier jour du mois. Si le mois n'est pas connu, on enregistre par défaut le mois de janvier (« 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. Il en résulte que pour une date de naissance inconnue, on enregistre 31/12 et une décennie compatible, par exemple, 31 décembre 1970 (instruction générale relative à l'état civil du 2 novembre 2004).

[7] Par exemple, si l'année de naissance est 1970, on saisit 4 espaces suivis de 1970.

❒ 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

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 le numéro du département suivi de 999.

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

Pour les patients résidant hors de France : on enregistre 99, suivi du code INSEE du pays.

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

Dans le cas d'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.

Dans le cas d'un enfant hospitalisé depuis sa naissance (en MCO puis en SSR), le code postal est celui de la résidence de la mère.

Le code postal du lieu de résidence d'une personne détenue est celui de l'établissement pénitentiaire de détention.

Lorsqu'une personne admise dans un établissement de santé demande à garder **l'anonymat** conformément aux articles 326 du code civil, R.1112-28 et R.1112-38 du code de la santé publique (CSP), 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 CSP).

❒ 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.

❒ Date de fin du séjour : jour, mois et année

Elle est unique pour un séjour en SSR donné[8], 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.

[8] Le changement d'année civile en cours de séjour n'a pas pour effet de clôturer le séjour en SSR.

❒ Date de la dernière intervention chirurgicale

Pour les patients admis en SSR après une intervention chirurgicale, la date de l'intervention est une information du RHS lorsque deux conditions sont satisfaites :

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

2.1.2 Les Informations variables au cours du séjour

2.1.2.1 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. 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[9]

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

- le 1er caractère est toujours égal à « 5 » ;
- le 2e 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 brulés*

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

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

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

Code E *Enfant, âge inférieur à 6 ans*

Code P *Pédiatrie indifférenciée (âge inférieur à18 ans et pas de distinction entre E et J)*

[9] Décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 du 17 avril 2008, et circulaire DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008.

On distingue :

- le cas général où l'unité médicale d'hébergement du patient est rattachée à une **seule autorisation** ; dans ces situations, le *type d'autorisation de l'UM* est celui de l'unité médicale d'hospitalisation ;

- et le cas particulier où une même unité médicale d'hébergement regroupe **plusieurs des autorisations accordées à un établissement** ; dans ces situations, le *type d'autorisation de l'UM* est renseigné par **l'autorisation exercée par l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient.**

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

Il s'agit de la date d'admission dans l'unité médicale de SSR. Pour la première 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, le transfert.

Code 6 *Mutation*

Le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant à la même entité géographique que l'établissement de santé soit public ou privé.

Une entrée en SSR d'un patient bénéficiant d'une hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l'HAD appartient 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 autre entité géographique.

Par « le patient vient » on entend que le patient était hospitalisé — il avait fait l'objet d'une admission dans une unité d'hospitalisation, y compris dans l'unité d'hospitalisation de courte durée — dans une autre entité géographique.

Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique ou d'un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est *domicile*[10] (voir ci-dessous).

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

Ce type de transfert est à distinguer de l'entrée pour prestation (PIE) demandée par une autre entité géographique du même champ d'activité (SSR), à coder « 0 » (voir ci-dessous le mode *transfert provisoire*).

Code 0 *Transfert provisoire (« transfert pour ou après réalisation d'un acte »)*

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

---

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

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile personnel ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale[11]. 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 :

- 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 domicile*[12]

- en cas d'entrée à partir du domicile :

Code 5 *En provenance de la structure d'accueil des urgences*

On utilise le code « 5 » de provenance lorsque le patient a été admis en SSR directement — c'est-à-dire sans hospitalisation préalable en MCO, unité d'hospitalisation de courte durée comprise — depuis une structure d'accueil des urgences de la même entité géographique.

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale* [11]

NB : lorsqu'un patient 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, année

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

---

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

[12] Lorsqu'avant son hospitalisation en SSR, le patient était pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

❒ 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 définitif.

Code 6 *Mutation*

Le patient sort vers une autre unité médicale appartenant à la même entité géographique que l'établissement de santé soit public ou privé.

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 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 part vers une autre entité géographique.

Ce type de transfert est à distinguer de la sortie après prestation (PIE) réalisée pour le compte d'un autre établissement de santé du même champ d'activité (SSR), à coder « 0 » (voir ci-dessous le mode *transfert provisoire*).

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 à une autre entité géographique.

Code 0 *Transfert provisoire (« transfert pour ou après réalisation d'un acte »)*

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

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 :

- 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*[13]

- en cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*[14]

[13] À sa sortie de SSR le patient reçoit des soins d'une structure d'hospitalisation à domicile.

[14] Se reporter à la note 11.

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 » et 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).

2.1.2.2 Informations hebdomadaires du RHS

❒ 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).

En hospitalisation complète les numéros de semaines des RHS consécutifs d'un même patient doivent être continus.

En hospitalisation à temps partiel en revanche, il peut ne pas être produit de RHS pour une semaine au cours de laquelle le patient n'a jamais été présent, sans que cela interrompe le séjour.

❒ Journées de présence

A compter de 2017, la définition de la *journée de présence PMSI SSR* est alignée sur celle de la *journée facturée*.

En hospitalisation complète et en hospitalisation partielle de nuit (types d'hospitalisation 1 et 3)

La règle qui s'applique est celle de la présence à minuit : la journée est codée « 1 » dès lors que le patient est présent à minuit.

Exemple : dernière semaine en hospitalisation complète du lundi 06 mars au vendredi 10 mars (sortie vers le domicile personnel du patient) : les journées de présence sont codées « 1 » pour le lundi, le mardi, le mercredi et le jeudi ; la journée de vendredi est codée « 0 ».

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 de l'entrée** dans une unité médicale de SSR est enregistré comme une journée de présence par l'unité de SSR dès lors que le patient est présent à minuit.

- **Le jour de la sortie** d'une unité médicale de SSR n'est pas enregistré comme une journée de présence par l'unité SSR de départ (codé « 0 ») dans les situations suivantes :
  - mutation vers une autre unité médicale de SSR de la même entité géographique (en revanche, le jour d'entrée est enregistré comme une journée de présence dans l'unité receveuse, si le patient est présent à minuit dans l'unité receveuse) ;

- transfert définitif vers une autre unité médicale de SSR d'une autre entité géographique (en revanche, le jour d'entrée est enregistré comme une journée de présence dans l'unité receveuse, si le patient est présent à minuit dans l'unité receveuse) ;
- mutation ou transfert définitif vers un autre champ d'activité (MCO, psychiatrie, hospitalisation à domicile) ;
- sortie vers le domicile.

Le jour de la sortie d'une unité médicale de SSR n'est pas enregistré comme une journée de présence par cette unité SSR, y compris dans la situation d'un patient admis en hospitalisation complète et sorti le même jour calendaire (RHS avec une journée de présence codée « 0»).

Le jour de la sortie d'une unité médicale de SSR est codé « 1 » uniquement en cas de décès du patient.

- **Transfert provisoire** (voir plus loin le point 3 de ce chapitre : *Prestations interétablissements*) : deux situations doivent être distinguées selon la durée du transfert provisoire :
  - aller et retour dans la journée (transfert de « 0 jour ») : le jour du transfert et le jour du retour sont considérés comme une journée de présence par l'unité de SSR demandeuse, si le patient est présent à minuit dans cette unité demandeuse ;
  - retour le lendemain du jour de transfert (transfert de « 1 jour ») : le jour de transfert n'est pas enregistré comme une journée de présence par l'unité de SSR ; le jour du retour est considéré comme une journée de présence, si le patient est présent à minuit dans l'unité de SSR demandeuse.

- **Permission**
  - Le jour du départ en permission n'est pas comptabilisé comme une journée de présence si le patient n'est pas présent à minuit ;
  - Le jour du retour de permission est comptabilisé comme une journée de présence uniquement si le patient est présent à minuit.

En hospitalisation partielle de jour et en « séances »(TCA) (types d'hospitalisation 2 et 4)

Chaque jour calendaire de présence **effective** en hospitalisation partielle de jour ou en « séance » est codé « 1 ».

Il est rappelé que deux RHS d'un même séjour (même numéro de séjour SSR) appartenant à la même semaine (même numéro de semaine) ne doivent avoir aucune journée de présence commune.

❒ Type d'autorisation de lit identifié (dédié)

- **Lit(s) identifié(s) de Soins Palliatifs** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité de soins palliatifs[15] dans des lits dédiés.

  Le code à enregistrer dans ce cas est « 08 ».

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

❒ Type d'unité spécifique

Cette variable a vocation à identifier les établissements de santé disposant d'une reconnaissance contractuelle ou d'une déclinaison dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ou d'un financement spécifique pour une ou plusieurs des activités spécifiques mentionnées ci-dessous, avec identification d'une unité spécifique pour développer l'activité considérée :

- **Unité de Soins Palliatifs** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité de soins palliatifs[16] dans une unité dédiée.
  Le code à enregistrer dans ce cas est « 08 ».

- **Unité Cognitivo-Comportementale**[17] : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité de réhabilitation cognitivo-comportementale dans une unité dédiée à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
  Le code à enregistrer dans ce cas est « 09 ».

- **Unité EVC-EPR (Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel)**[18] : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé a identifié une unité de soins dédiée à l'accueil des patients en Etat Végétatif Chronique ou en Etat Pauci Relationnel, dans le respect du cahier des charges.
  Le code à enregistrer dans ce cas est « 10 ».

Lorsque le séjour n'est pas réalisé dans une unité spécifique, la variable reste à blanc.

---

[15] Références : articles L.1110-10, L.1112-4, L.6114-2, 7° du L.6143-2-2, D. 6114-3 , et 6° du D.6143-37-1 du code de la santé publique. Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé – ANAES – décembre 2002). Circulaire DHOS/O2 n° 035601 du 5 mai 2004 et guide annexé. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

[16] Voir note 15

[17] Références : Circulaire DHOS/O2/O1/DGS/MC3 no2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012 (annexe III)

[18] Référence : Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel

2.1.2.3 Informations hebdomadaires médicales, paramédicales et socio-éducatives

Elles comprennent :

- le cas échéant, la déclaration par le médecin de la variable « poursuite du même projet thérapeutique » ;
- la morbidité principale et associée ;
- les actes médicaux ;
- la dépendance ;
- les actes de rééducation-réadaptation.

❒ Poursuite du même projet thérapeutique

Lors de la **réadmission d'un patient dans une unité médicale d'hospitalisation complète, appartenant à la même entité géographique**, cette information **médicale** atteste que la prise en charge du patient s'inscrit dans le cadre du même projet thérapeutique.

Cette information, qui s'applique uniquement **aux réadmissions en SSR**, doit être codée '1' (oui) dès lors que :

- l'interruption entre deux séjours administratifs consécutifs d'hospitalisation complète n'excède pas cinq journées ;
- la prise en charge s'inscrit dans la continuité du même projet thérapeutique pour le patient, projet établi :
  - lors du séjour administratif en SSR ayant précédé cette réadmission ;
  - ou lors du premier séjour en SSR en cas d'interruptions répétitives (hospitalisation de semaine par exemple) ;
- le mouvement enregistré entre deux séjours administratifs en SSR peut être une sortie définitive, une mutation ou un transfert définitif.

Cette information est à renseigner dans le premier RHS du séjour administratif suivant l'interruption temporaire de prise en charge (séjour administratif n° 2), lorsque le différentiel entre la date de réadmission du patient dans l'établissement (séjour administratif n°2) et la date de sortie du précédent séjour administratif (séjour administratif n°1) ne dépasse pas 5 jours.

En cas de prises en charge en hospitalisation de semaine, interrompues par la règle administrative des absences de plus de 48 heures, la variable « poursuite du même projet thérapeutique » doit être codée autant de fois que de réadmissions du patient.

À l'inverse, cette information doit être codée '2' (non) lorsque les conditions énoncées ci-dessus ne sont pas satisfaites, notamment dans les situations de réadmissions dans un délai de 5 jours mais sans lien avec le projet thérapeutique du séjour administratif précédent.

A compter de 2017, la saisie de cette information est obligatoire.

❒ 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 selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* dans sa version CIM10 à usage PMSI publiée au *Bulletin officiel,* et consultable et téléchargeable sur le site internet de l'agence.

Le codage est effectué de façon rétrospective, pour 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 le chapitre V 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 (DA), s'il y a lieu

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

  L'enregistrement dans le RHS d'un problème de santé correspondant à la définition d'un diagnostic associé est obligatoire.

  Les diagnostics associés doivent figurer dans le RHS sous forme codée selon la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* dans sa version CIM10 à usage PMSI publiée au *Bulletin officiel,* et consultable et téléchargeable sur le site internet de l'agence.

  Les définitions et les règles de codage de la morbidité principale et des diagnostics associés sont détaillées dans le chapitre IV.

❒ 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[19].

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 pour la tarification peut être consultée et téléchargée sur le site Internet de l'Assurance maladie. La référence relative au codage des actes est la classification commune des actes médicaux descriptive, dite à usage PMSI, publiée au *Bulletin officiel ;* ses règles d'utilisation sont indiquées dans un *Guide de lecture et de codage*

[19] En hospitalisation complète SSR, les actes médicotechniques réalisés le jour de sortie ou le jour de départ en permission doivent être recueillis dans le RHS correspondant, bien que la journée de présence soit codée à « 0 » (cf. paragraphe 2.1.2.2 *journées de présence*).

consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage[20].

Les règles de codage des actes médicaux sont détaillées dans le chapitre IV.

❒ 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 du besoin d'assistance des patients, et pour chacune des six variables suivantes, conformément au dossier de soins du patient :

- habillage ou toilette ;
- déplacement et locomotion ;
- alimentation ;
- continence-hygiène de l'élimination ;
- comportement ;
- communication.

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

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

Les règles de cotation de la dépendance sont exposées dans le chapitre VII.

❒ Actes de rééducation et réadaptation

Tous les actes de rééducation et réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis[21]. Ils sont codés conformément à la nomenclature et aux règles d'utilisation figurant dans *le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR), publié au *Bulletin officiel.*

Les modalités de codage d'un acte avec le CSARR (*Bulletin officiel* spécial n° 2017/3 *bis*) sont exposées dans le *Guide de lecture et de codage*.

Les actes réalisés doivent être mentionnés dans le dossier du patient de manière à permettre d'en vérifier le codage[14].

Les actes de rééducation et réadaptation réalisés par des médecins, ~~inscrits~~ décrits dans la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) descriptive à usage PMSI, doivent être enregistrés au moyen de cette nomenclature, mais ne pas l'être avec le CSARR. Les actes CSARR peuvent être ~~employés~~ codés par les médecins lorsqu'ils effectuent des actes qui ~~ne~~ sont pas ~~inscrits~~ absents de ~~dans~~ la CCAM.

Les règles de codage des actes de rééducation et réadaptation sont détaillées dans le chapitre IV.

---

[20] Le contenu du dossier médical est précisé dans l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

[21] En hospitalisation complète SSR, les actes de rééducation et réadaptation réalisés le jour de sortie ou le jour de départ en permission doivent être recueillis dans le RHS correspondant, bien que la journée de présence soit codée à « 0 » (cf. paragraphe 2.1.2.2 *journées de présence*).

Le RHS ainsi constitué est apte à être *groupé*, c'est-à-dire classé dans un groupe médicoéconomique selon la classification du PMSI en SSR en vigueur (se reporter au *Manuel des groupes médicoéconomiques* 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 en vigueur.

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 mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS ;
- AGRAF-SSR (pour « Anonymisation et Groupage des Résumés de sortie standardisés Associés aux Factures ») dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS.

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 exprimé en années et calculé au lundi de la semaine observée ;
- le numéro d'unité médicale ; seul figure, dans les *synthèses par séjour de RHA* (SSRHA, voir ci-dessous) le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour) ;
- le code postal, remplacé par un code géographique de résidence 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, remplacé par le mois et l'année ;
- les dates de début et de fin de séjour, d'entrée et de sortie de l'unité médicale (UM), remplacées par la spécification d'une semaine de début de séjour SSR (oui/non), d'une semaine de fin de séjour SSR (oui/non), de l'antériorité dans l'UM du séjour SSR lors de la semaine considérée et d'un indicateur permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans un établissement ;
- la date d'intervention chirurgicale, remplacée par le nombre de jours entre celle-ci et le lundi de la semaine couverte par le RHS.

Le RHA comporte aussi le résultat du groupage effectué par la *fonction groupage* officielle.

GENRHA et AGRAF-SSR produisent également, à partir des RHA, une ***synthèse par suites de RHA*** (SSRHA).

Les fichiers de RHA et de SSRHA sont transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

2.3 FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des résumés d'activité est disponible sur le site Internet de l'ATIH. Sont également indiquées les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires ainsi que leur période de validité.

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 (PIE)

3.1 DÉFINITION

On désigne par « prestation interétablissement » une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, **relevant du même champ d'activité**, 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 SSR demandeur A vers un établissement de santé SSR prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation de soins ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée en B), après quoi le patient revient en A ;
- le séjour en A et la prestation réalisée en B relèvent du même champ d'activité au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 (MCO, SSR, psychiatrie).

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 OBJECTIFS DU DISPOSITIF

Ils sont au nombre de trois :

- faire en sorte que les séjours au cours desquels un acte ou une prestation est réalisé à l'extérieur - mais financièrement supporté par l'établissement de santé demandeur A- soient justement renseignés au plan médical et correctement classés dans les groupes médicoéconomiques ;
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer dans les RHA produits par A des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation) ou pour lesquels il n'est pas équipé ;
- permettre à l'établissement de santé prestataire B de faire valoir, dans la base régionale du PMSI, l'ensemble de l'activité qu'il a réalisée au bénéfice de patients hospitalisés dans ses murs, alors même que la logique financière ne l'autoriserait pas à produire de RHS pour une activité qui lui est payée par un autre établissement.

3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

1°) L'établissement de santé SSR prestataire B

Par « établissement de santé prestataire B » on entend une autre entité géographique de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique, que l'établissement de santé soit public ou privé.

Si le patient fait l'objet d'une admission en **hospitalisation**, B produit un RHS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (*transfert provisoire*). La prestation de B n'est pas facturée à l'assurance maladie car c'est à A que B la facture.

Les dates d'entrée et de sortie correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour.

Si le patient n'est pas hospitalisé, c'est-à-dire si l'activité est réalisée **à titre externe**, aucun RHS ne doit être produit par B et la prestation, facturée à A, ne doit pas l'être à l'assurance maladie.

En particulier, lorsque B est un établissement de santé visé aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, la consultation ou les actes donnent lieu à la production d'un résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE)[22] **non facturable à l'assurance maladie**.

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

NB : si la durée d'hospitalisation en B est de plus de 2 journées civiles — plus d'une nuit hors de A —, le régime de suspension de séjour et les consignes données ci-dessus ne s'appliquent pas. Il s'agit d'un transfert définitif de A vers B. La situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes avec leurs RHS respectifs également distincts.

2°) L'établissement de santé SSR demandeur A fait figurer dans son RHS :

- la prestation effectuée en B dont il assume la charge financière, notamment le code du ou des actes s'il s'agit d'actes médicotechniques inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dans le Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) ;
- et le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* en position de diagnostic associé[23] pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Journées de présence : à déclarer en hospitalisation complète selon la règle de la présence à minuit (cf. § 2.1.2.2).

Il est fortement recommandé de ne produire 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 (avant et après prestation) :

---

[22] Le RSF-ACE est décrit dans le chapitre II.

[23] La notion de diagnostic associé est développée dans le paragraphe 1.2 du chapitre IV.

- soit en raison du retour du patient dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti ;
- soit pour des raisons calendaires, en cas d'absence du patient la nuit du dimanche au lundi, donc à cheval sur deux RHS consécutifs ;
- soit en raison de contraintes dues à son système d'information.

Dans ces 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. Les dates de départ vers B et de retour de B ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour.

3°) L'établissement de santé SSR demandeur A fait figurer dans son FICHCOMP (pour fichiers complémentaires) les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS délivrés par l'établissement prestataire B.

4. PRESTATIONS INTER-ACTIVITÉS (PIA)

4.1 DÉFINITION

On désigne par « prestation inter-activités » une situation dans laquelle une unité d'hospitalisation a recours au plateau technique ou aux équipements d'une autre unité d'hospitalisation **relevant d'un champ d'activité différent**[24], pour assurer au patient des soins ou des examens qu'elle ne peut pas effectuer elle-même.

Il convient de distinguer les prestations réalisées à titre externe des prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation :

- Les prestations de type « **actes et consultations externes** » ne doivent pas faire l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire ;
- Les prestations donnant lieu à une **admission en hospitalisation** font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire.

Les précisions sur les conditions de production de l'information médicale sur le sujet des PIA séjours sont décrites dans la notice technique publiée sur le site de l'ATIH.

4.2 CAS DES SEANCES DE DIALYSE RENALE, DE RADIOTHERAPIE ET DE CHIMIOTHERAPIE REALISEES EN MCO

Lorsque le patient est transféré provisoirement dans un établissement de santé ou **dans une unité médicale B appartenant au champ d'activité de MCO pour la réalisation d'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 en A. En d'autres termes B ne facture pas la séance à A mais à l'assurance maladie.

[24] au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 (MCO, SSR, psychiatrie)

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, non plus, enregistrées dans le fichier FICHCOMP de A.

Pour l'établissement de santé ou l'unité médicale de MCO prestataire B se reporter au guide méthodologique de production des informations propre au champ d'activité de MCO, accessible sur le site Internet de l'ATIH.

CHAPITRE II

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

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 dans le cadre du PMSI, décrit dans l'arrêté du xx décembre 2018 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).

Les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS 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** (RSFA). Ils doivent produire également des recueils nommés « FICHCOMP ».

Les établissements de santé publics et privés mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS, quant à eux, les recueils « VID-HOSP », « FICHCOMP » et « RSF-ACE ».

1. ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS produisent des résumés standardisés de facturation (RSF) et des résumés standardisés de facturation des actes et consultations externes des médecins salariés (ainsi que des recueils nommés « FICHCOMP »).

1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION

Les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS produisent des résumés standardisés de facturation (RSF) couplés à leurs données d'activité d'hospitalisation enregistrées dans les résumés hebdomadaires standardisés.

Les actes et consultations externes réalisés par des médecins salariés des établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS sont soumis à la production de RSF. Ces RSF ne sont pas couplés à la production de résumés hebdomadaires standardisés.

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, « P »

[1] Arrêté du xx décembre 2018 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 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.

Prestations hospitalières : prothèses, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM,* « L » *Codage affiné des actes de biologie*[2].

Le type « 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 chainage anonyme (voir le chapitre III). Les autres types le sont ou non selon les soins dispensés.

Une information a été ajoutée dans le type « A » depuis 2012 : *patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

Le lien entre RSF et résumés hebdomadaires standardisés (RHS) correspondants (c'est-à-dire relatifs aux mêmes semaines) est assuré par la relation entre le *numéro d'entrée* (information 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 disponible 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 données dans le chapitre I.

Le *NIR individu* des ayants droit n'est pas toujours renseigné dans les cartes Vitale mais celui des ouvreurs de droits l'est systématiquement. En 2017, deux versions de la puce de la carte Vitale sont en circulation, la version 1bis, utilisée notamment par le régime général, qui ne contient pas le *NIR individu* des ayants droit, et la version 1ter, utilisée par d'autres régimes, qui contient le *NIR individu* de tous les individus inscrits sur la carte, qu'ils soient ouvreurs de droit ou ayants droit. Le RSF devra contenir cette information.

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 de la norme 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 (voir le point 1 du chapitre III). Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

Les informations suivantes ne figurent plus dans le résumé standardisé de facturation anonyme :

- le numéro de séjour ;
- le numéro d'assuré social (*Numéro de matricule* dans les formats de recueil) ;
- le rang de bénéficiaire ;

[2] Destiné à l'enregistrement, s'il y a lieu, d'actes de la *Nomenclature des actes de biologie médicale.*

- le numéro de facture ;
- la date et le rang de naissance ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour ;
- la date de l'acte.

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le numéro séquentiel de RSFA (identique à celui du RHA) ;
- le numéro de facture séquentiel ;
- les mois et année de la date d'entrée et de sortie du séjour ;
- la durée du séjour ;
- le délai en jours entre la date de début de séjour et la date de réalisation de l'acte.

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

- au site Internet de l'ATIH ;
- au cahier des charges de la norme B2 accessible sur le site Internet de l'Assurance maladie.

1.2 LE FICHIER FICHCOMP

FICHCOMP (pour « fichiers complémentaires ») est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses[3]. Il enregistre, s'il y a lieu, les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Depuis 2014, a été ajoutée une liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au secteur SSR publiée sur le site de l'ATIH.

Il contient les données relatives aux mêmes semaines que celles des RHS correspondants (c'est-à-dire 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 — AGRAF-SSR — 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 disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

Le fichier FICHCOMPA est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

2. ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS ne sont pas soumis à la production de RSF. Ils produisent des recueils nommés VID-HOSP, FICHCOMP et résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE).

---

[3] Pour rappel, l'article L. 162-23-6 du CSS prévoit la mise en place d'une liste en sus propre au champ des SSR. Celle-ci sera composée de molécules inscrites sur la liste en sus MCO (tel que définie à l'article L. 162-22-7). Elle sera par ailleurs composée de molécules propres au champ des SSR.

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 de santé. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chainage 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 (« HOSP »).

VID-HOSP est l'équivalent de l'enregistrement « A » (*Début de facture*) du RSF produit par les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS (se reporter *supra* au point 1). Trois nouvelles variables ont été ajoutées en 2012 :

- *Numéro du format de VID-HOSP* ;
- *Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie complémentaire* ;
- *Date de l'hospitalisation*.

  La *date de l'hospitalisation* est la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption[4], qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.

  Exemples :

  - hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, puis mutation ou transfert définitif le 21 mars en SSR ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux unités ou les deux établissements est le 10 mars ;
  - hospitalisation initiale en MCO dans l'établissement E1 le 11 avril, transfert définitif en SSR de l'établissement E2 le 29 avril, retour en MCO de E1 le 9 mai, nouveau transfert définitif en SSR de E2 le 12 mai, sortie au domicile le 8 juin ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux établissements dans les enregistrements relatifs aux quatre hospitalisations (11-29/4, 29/4-9/5, 9/-12/5 et 12/5-8/6) est le 11 avril.

En 2014, la variable *Code gestion*, issue des informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie, est ajoutée. La saisie des variables *Code gestion ; Code participation assuré ; N° d'entrée ; Rang de naissance ; Rang du bénéficiaire ; N° caisse gestionnaire ; N° centre gestionnaire* auparavant facultative, devient obligatoire.

En 2015, deux nouvelles variables sont recueillies dans VID-HOSP :

- *Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun,*
- *Numéro d'organisme complémentaire.*

Les modalités de remplissage de ces variables sont décrites avec les modalités de la norme B2.

Le *NIR individu* des ayants droit n'est pas toujours renseigné dans les cartes Vitale mais celui des ouvreurs de droits l'est systématiquement. En 2017, deux versions de la puce de la carte Vitale sont en circulation, la version 1bis, utilisée notamment par le régime général, qui ne contient pas le *NIR individu* des ayants droit, et la version 1ter, utilisée par d'autres régimes,

[4] On rappelle qu'une permission n'interrompt pas l'hospitalisation (se reporter au point 2.1.2 du chapitre I).

qui contient le *NIR individu* de tous les individus inscrits sur la carte, qu'ils soient ouvreurs de droit ou ayants droit. Le fichier VIDHOSP devra contenir cette information.

En 2017, les variables suivantes sont ajoutées :

- *Numéro FINESS d'inscription ePMSI* ;
- *Numéro immatriculation individuelle* ;
- *Clé du numéro immatriculation individuelle* ;
- *Nature de la pièce justificative des droits ;*
- *Prise en charge établie le ;*
- *Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du ;*
- *Délivrée par ;*
- *Régime de prestation de l'assuré ;*
- *Top éclatement des flux par l'établissement ;*
- *Date d'entrée de séjour* ;
- *Date de sortie de séjour*.

Le fichier VID-HOSP est identique dans tous les champs d'activité couverts par le PMSI : hospitalisation à domicile (HAD), médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Dans le cadre de la mise en œuvre des premières expérimentations de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) dans le champ d'activité de MCO, deux zones sont distinguées au sein du fichier VID-HOSP :

- une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, quel que soit leur champ d'activité ;
- une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements de MCO retenus pour mener l'expérimentation FIDES devront renseigner.

En conséquence, les établissements de SSR produisant le fichier VID-HOSP ne doivent renseigner que la zone obligatoire, ils ne doivent pas renseigner la zone FIDES.

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP, se reporter au Manuel d'utilisation de MAGIC téléchargeable sur le site Internet de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

2.2 LE FICHIER FICHCOMP

FICHCOMP (pour « fichiers complémentaires ») est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses[5]. Il enregistre, s'il y a lieu, les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Depuis 2014, a été ajoutée une liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au secteur SSR publiée sur le site de l'ATIH.

[5] Pour rappel, l'article L. 162-23-6 du CSS prévoit la mise en place d'une liste en sus propre au champ des SSR. Celle-ci sera composée de molécules inscrites sur la liste en sus MCO (tel que définie à l'article L. 162-22-7). Elle sera par ailleurs composée de molécules propres au champ des SSR.

Il contient les données relatives aux mêmes semaines que celles des RHS correspondants (c'est-à-dire 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 publiés sur le site Internet de l'ATIH.

Le fichier FICHCOMPA est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

2.3 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

À la date d'application du présent guide, le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) est un recueil par patient. Il est réservé au recueil de l'activité externe donnant lieu à un paiement à l'établissement. Cette activité fait en général déjà l'objet d'une télétransmission de factures à l'assurance maladie, pour information. Le recueil du RSF-ACE est fondé sur une extraction des informations à partir des données télétransmises.

On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM*[6], « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

L'enregistrement de type « 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 chainage anonyme (voir le chapitre III). Les autres enregistrements le sont ou non selon les prestations dispensées.

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

- les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* ;
- les actes médicaux techniques codés selon la *Classification commune des actes médicaux* ;
- les actes de la *Nomenclature des actes de biologie médicale* (RSF-ACE « L ») ;
- la prestation *Administration de produits et prestations en environnement hospitalier* (APE)[7] ;
- les forfaits techniques liés aux actes de scanographie, remnographie et tomographie à émission de positons ;
- les forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (D).

Le *NIR individu* des ayants droit n'est pas toujours renseigné dans les cartes Vitale mais celui des ouvreurs de droits l'est systématiquement. En 2017, deux versions de la puce de la carte Vitale sont en circulation, la version 1bis, utilisée notamment par le régime général, qui ne contient pas le *NIR individu* des ayants droit, et la version 1ter, utilisée par d'autres régimes,

---

[6] *Classification commune des actes médicaux*.

[7] Décret n°2011-221 modifiant l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale. Enregistrement « P » du RSF-ACE.

qui contient le *NIR individu* de tous les individus inscrits sur la carte, qu'ils soient ouvreurs de droit ou ayants droit. Le RSF-ACE devra contenir cette information.

A compter de 2017, le *Numéro FINESS géographique* devient obligatoire dans le fichier des RSF-ACE.

L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié[8] »). La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé PREFACE (pour « production des résumés enchainés de facturation des actes et consultations externes ») fourni par l'ATIH.

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

Le RAFAEL est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III). Seuls les RAFAEL contenant des informations doivent être transmis.

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

CHAPITRE III

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

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 23 décembre 2016 modifié, les établissements de santé publics et privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS : fichiers de RHA et de SSRHA[1], FICHCOMPA[2] et RAFAEL ; il s'y ajoute un fichier nommé ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP[2] et le fichier de chainage anonyme (voir ci-dessous) ;
- établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS : fichiers de RHA, de SSRHA[1] et de RSFA[2].

Le rythme de transmission des données PMSI a été revu pour en permettre une remontée mensuelle à compter de M5 2016.

La transmission est cumulative reprenant les envois des mois précédents. 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 doit être réalisée sur la base du FINESS juridique pour les établissements publics et sur la base du FINESS géographique pour les établissements privés.

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 plateforme d'échange e-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 eu 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 (« non signifiant ») propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe[3]. Les hospitalisations d'une même personne peuvent ainsi être reconnues et « chainées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de retourner du numéro au patient).

---

[1] Se reporter au chapitre I.

[2] Se reporter au chapitre II.

[3] Le dispositif ne permet donc pas de distinguer les jumeaux de même sexe ayant le même ouvrant droit, et le numéro de chainage anonyme d'une personne change lorsqu'elle change de numéro d'assuré social.

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 — c'est-à-dire pour des variables identifiantes identiques — c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé.

Le chainage anonyme s'applique depuis 2001 au RHA. Il s'est appliqué au RSFA en 2007 et concerne désormais FICHCOMPA et RAFAEL. Ainsi, en SSR, le chainage 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 PUBLICS ET PRIVES MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L.162-22-6 DU CSS

La procédure de chainage 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 nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de chainage* (MAGIC), fourni par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations* nominatives (FOIN)[4] 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'information.

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 ;

[4] Elle procède par *hachage* des informations selon la technique du *Standard Hash Algorithme*. Des informations plus détaillées sur la génération et les utilisations du numéro anonyme sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

- 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 sa conformité sont donnés dans le *Manuel d'utilisation de MAGIC,* téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

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 si besoin un fichier nommé HOSP-PMSI qui établit une correspondance entre le NAS (« HOSP ») et le numéro de séjour SSR (« PMSI »).

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 GENRHA[5]. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation, RHS, FICHCOMP et RSF-ACE. Il produit :

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

Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier — le fichier de chainage — qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les enregistrements 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 ETABLISSEMENTS PRIVES MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS 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 RSF[6].

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale les fichiers de RSF et de RHS sont soumis au logiciel AGRAF-SSR[5] qui intègre la fonction FOIN. AGRAF-SSR assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RHA, SSRHA, RSFA) et du fichier de chainage.

Ainsi, comme dans les établissements publics et privés mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RHA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage,

[5] Se reporter au point 2.2 du chapitre I.

[6] Se reporter au point 1 du chapitre II.

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.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie présentes dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du RSF constitue le fichier ANO (se reporter *supra* au point 1).

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME E-PMSI

Dès la réception des fichiers anonymes par la plateforme d'échange e-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, entrainant la rupture entre le numéro anonyme final et les do
nnées 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, article 4 du code de déontologie médicale).

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 règlementairement 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.

5. QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS

Les informations du RHS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient[7].

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.

Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médicotechnique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations.

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 règlementairement 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 civile, est de cinq ans[8].

La table de correspondance entre numéros administratifs de séjour et numéros de séjour en SSR, lorsqu'ils diffèrent (HOSP-PMSI), et le fichier HOSP-FACT (se reporter aux informations *numéro de séjour* SSR et *numéro administratif de séjour* dans le point 2.1.1 du chapitre I et au point 1 du chapitre II), doivent être conservés pendant le même temps.

---

[7] À propos du contenu de ce dossier, voir l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

[8] Cette durée ne doit pas être confondue avec celle de la conservation du dossier médical.

CHAPITRE IV

HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

Les informations médicales[1] sont renseignées dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient en suivant des étapes successives : la sélection des informations appropriées, la hiérarchisation et le codage.

Les informations médicales, 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.

1. LA MORBIDITÉ

L'enregistrement de la morbidité suppose une hiérarchisation des informations, consistant en 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 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 de ce patient ?

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

La FPP est codée au moyen du chapitre XXI de la CIM–10 à usage PMSI, *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (« codes Z »). Toutefois, tous les codes Z ne sont pas utilisables pour coder la FPP (voir *infra* le point 2). La liste des codes autorisés pour le codage de la FPP est publiée dans le *Manuel des groupes médicoéconomiques en SSR* (volume 1, annexe 9).

~~**Cas particulier : la survenue d'une affection aigüe** au cours de l'hospitalisation en SSR. La finalité principale de prise en charge est renseignée par la mention « ZAIGU » lorsque l'affection remplit les 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 la rééducation d'une prothèse de hanche droite. Au cours du séjour elle présente une pneumonie à pneumocoque. Le traitement de la~~

[1] Il est rappelé que la variable « poursuite du même projet thérapeutique » est une information médicale (obligatoire à compter de 2017) – Se reporter au paragraphe 2.1.2.3 du chapitre I.

~~pneumonie mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée. La rééducation est poursuivie à 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).~~

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, une lésion traumatique, une déficience, une intoxication, un état, un symptôme…), tous les codes de la CIM–10 à usage PMSI peuvent être utilisés à l'exclusion des codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* et de certains codes Z du chapitre XXI. Les listes des codes Z autorisés pour le codage de la MMP sont publiées dans le *Manuel des groupes médicoéconomiques en SSR* (volume 1, annexe 9).

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

Exemples :

- MMP : hémiplégie spastique, AE : traumatisme crânien avec œdème cérébral ;
- 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.

Il est obligatoire de coder une AE, lorsque la MMP est le code suivant :

- Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques*.

Pour coder l'AE, seuls les chapitres I à XVII et XIX de la CIM–10 à usage PMSI peuvent être utilisés. Le chapitres XVIII (codes R00–R99) et le chapitre XX (codes V, W, X, Y) ne peuvent pas être employés.

1.2 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS (DA)

On distingue des diagnostics associés significatifs et des diagnostics associés par convention.[2]

1.2.1 Les diagnostics associés significatifs (DAS)

Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec la morbidité principale — ou, ce qui revient au même, avec le triplet FPPC / MMP /AE —, et constituant :

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

Un diagnostic associé est significatif :

[2] Cette distinction porte sur des règles de codage ; le recueil se fait dans la zone dédiée aux diagnostics associés (DA) des RHS pour les deux types de DA : DAS et DAC.

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

Par *prise en charge diagnostique* on entend la mise en œuvre de moyens nécessaires au diagnostic d'une affection nouvelle ou au « bilan » d'une affection préexistante, tels que :

- la consultation auprès d'un médecin (par exemple, la consultation d'un tabacologue auprès d'un patient hospitalisé pour rééducation suite à un infarctus du myocarde, …) ;
- la réalisation d'investigations médicotechniques quelle que soit leur nature (biologie, imagerie, explorations fonctionnelles, endoscopie…) y compris, s'agissant d'examens effectués pendant le séjour, lorsque les résultats sont rendus postérieurement à la sortie du patient.

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

- traitement médicamenteux quelles qu'en soient la posologie et la voie d'administration, y compris la simple poursuite d'un traitement suivi à domicile ;
- acte thérapeutique médicotechnique (traitement chirurgical[3], perendoscopique, par voie endovasculaire, etc.) ;
- acte thérapeutique d'auxiliaire médical : soins d'escarre, prescriptions ou préparations diététiques, kinésithérapie …

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

Exemple : Prise en charge pour rééducation d'une affection médicale ou post chirurgicale (affection A) d'un patient atteint d'un handicap psychique ou physique sévère (affection B) : autisme, infirmité motrice cérébrale… Le handicap est un DAS.

Exemple : Après un infarctus antéroseptal du myocarde, un patient bénéficie d'une rééducation cardiaque qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant la semaine considérée. Il présente une DMLA qui a majoré l'effort de prise en charge rééducative. Par ailleurs, il a été nécessaire de poursuivre le traitement et la surveillance d'un diabète sucré de type 2 connu depuis 10 ans. Le patient est en outre atteint d'un asthme ancien non traité. Il n'a pas de problème respiratoire au cours de l'hospitalisation.

FPP : rééducation cardiaque ;

MMP : infarctus antéroseptal du myocarde ;

AE : sans objet ;

DAS : diabète sucré de type 2 ; DMLA.
La DMLA est un DAS ; en revanche la maladie asthmatique stable, non traitée, n'est pas un DAS.

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

Peut ainsi être considéré comme un diagnostic associé significatif un état de santé ayant accru la charge en soins ou des conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière[4]. Les circonstances ou problèmes qui influencent l'état d'un

---

[3] Traitement chirurgical n'interrompant pas le séjour SSR, cf. § 2.1.1 du chapitre I / Numéro de séjour SSR

[4] Les soins, la prise en charge, doivent être mentionnés dans le dossier médical.

sujet ou sa prise en charge, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme, peuvent être enregistrés comme DAS en tant que facteur supplémentaire.

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

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

- diabétique stable hospitalisé pour rééducation après pose d'une prothèse de hanche : le diabète est un DAS car glycémie et glycosurie sont surveillées et le traitement est poursuivi ; la prise en charge est diagnostique (surveillance de la glycémie et de la glycosurie) et thérapeutique ;
- patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, pris en charge pour rééducation dans les suites d'une décompensation cardiaque ; à l'occasion du séjour au cours de la semaine considérée, une échographie doppler artérielle est faite à titre de « bilan » ; l'artériopathie est un DAS ; la prise en charge est ici diagnostique.
- Patient hospitalisé pour rééducation d'une hémiplégie dans les suites d'un AVC, survenue d'une infection urinaire aigüe au cours de la deuxième semaine de prise en charge ; un ECBU est réalisé, un traitement antibiotique est mis en place ; l'infection urinaire est un DAS la deuxième semaine de prise en charge (situation diagnostique et thérapeutique), et jusqu'à la fin du traitement antibiotique (situation thérapeutique).

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

Le DAS correspond à une affection ou à un problème de santé supplémentaire, venant en sus de la morbidité principale, ou la compliquant, ou compliquant son traitement, ou majorant l'effort de prise en charge de la pathologie principale.

Ne doivent pas être retenues comme significatives les affections ne respectant pas la définition, par exemple, les antécédents guéris, les maladies stabilisées ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge.

L'affection ou les affections correspondant à la définition d'un DAS doivent être enregistrées dans le RHS de la semaine considérée.

Dans le cas particulier de résultats d'examens effectués pendant le séjour SSR et parvenus après la sortie du patient, l'affection diagnostiquée peut être enregistrée en tant que DAS dans le dernier RHS du séjour administratif du patient.

Les informations attestant des prises en charge en rapport avec chaque DAS doivent figurer dans le dossier médical conformément à l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

1.2.2 Les diagnostics associés par convention (DAC)

Les diagnostics associés par convention (DAC) ne répondent pas forcément à la définition précédente mais ils doivent être enregistrés comme DA du fait des consignes du PMSI SSR. Un DAC est enregistré dans les circonstances suivantes :

- le double codage *dague-astérisque* :

  Lorsque l'affection étiologique du RHS est un code astérisque (*) de la CIM–10, le code dague (†) correspondant doit être enregistré comme DA ;
- les codes V, W, X et Y du chapitre XX de la CIM–10 (*Causes externes de mortalité et de morbidité)* ne sont enregistrés qu'en position de DAC

  Exemple : patient hospitalisé dans les suites de la reprise chirurgicale d'une prothèse de hanche pour ostéo-arthrite infectieuse sur matériel prothétique. Le code Y83.1 de « complications de soins chirurgicaux » est enregistré en position de DAC.
- le transfert provisoire pour ou après la réalisation d'une prestation interétablissement : l'établissement de santé demandeur doit associer Z75.80 *Personne adressée dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte* comme DAC, au codage de la prestation extérieure (se reporter au point 4.2 du chapitre I).

****

Il est essentiel que le RHS décrive le plus exactement possible le séjour du patient, notamment sans oublier aucun diagnostic associé :

- pour ne pas prendre le risque d'omettre une complication ou morbidité associée (CMA) ;
- parce que, du fait des listes d'exclusion, il ne suffit pas que le RHS mentionne un diagnostic associé appartenant à la liste des CMA pour être classé dans un GME de niveau 2 ;
- parce que la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est — et, de façon générale, de l'état de la classification des GME— à un moment donné, expose à s'interdire la comparaison de son activité dans le temps ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des diagnostics associés dans les bases nationales de RHA est nécessaire pour faire évoluer la classification des GME afin qu'elle reflète le mieux possible les cas pris en charge et les pratiques, générateurs des charges financières des établissements de santé ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des diagnostics associés (comme de toutes les informations du RHS) dans les bases régionales et nationales de RHA est nécessaire à la qualité des analyses effectuées sur celles-ci pour des objectifs d'organisation de l'offre de soins et de santé publique.

2. LES 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[5].

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) à usage PMSI.

---

[5] En hospitalisation complète SSR, les actes médicotechniques réalisés le jour de sortie ou le jour de départ en permission doivent être recueillis dans le RHS correspondant, bien que la journée de présence soit codée à « 0 » (cf. paragraphe 2.1.2.2 *journées de présence*).

La CCAM pour la tarification peut être consultée et téléchargée sur le site Internet de l'Assurance maladie. La référence relative au codage des actes est la CCAM descriptive dite à usage PMSI ; ses règles d'utilisation sont indiquées dans un *Guide de lecture et de codage consultable* et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Seuls les actes réalisés durant la semaine considérée, et dont l'établissement assume la charge financière, peuvent être enregistrés dans le RHS. Un acte réalisé avant l'hospitalisation en SSR, ou bien programmé au cours d'une hospitalisation en SSR mais réalisé ultérieurement (en externe, par exemple), ne doit pas être enregistré dans le RHS.

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

- le « code CCAM » principal est sur 7 caractères (4 lettres, 3 chiffres) et est distinct de « l'extension PMSI » ;
- l'« extension PMSI » est une variable indépendante, composée de trois caractères (un tiret et deux chiffres) ; lorsque « l'extension PMSI » existe (-01, -02…), son enregistrement est recommandé ;
- ~~le nombre de réalisations de l'acte pendant la semaine~~.
- La date de réalisation de l'acte CCAM est obligatoire à compter de 2019.

Il est aussi possible ~~d'enregistrer la date de réalisation de l'acte et,~~ le cas échéant, de compléter le code CCAM principal d'un code « phase », d'un code « activité » ou d'un code « extension documentaire ».

~~Lorsque le même acte CCAM est réalisé plusieurs fois une semaine donnée, il existe deux possibilités d'enregistrement :~~

- ~~ou bien le coder une seule fois et saisir le nombre de ses réalisations ;~~
- ~~ou bien le coder 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.

3. LES ACTES DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION

Tous les actes de rééducation et réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis[6]. Ils sont codés conformément

[6] En hospitalisation complète SSR, les actes de rééducation et réadaptation réalisés le jour de sortie ou le jour de départ en permission doivent être recueillis dans le RHS correspondant, bien que la journée de présence soit codée à « 0 » (cf. paragraphe 2.1.2.2 *journées de présence*).

à la nomenclature et aux règles d'utilisation figurant, dans *le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR), publié au *Bulletin officiel.*

Les modalités de codage d'un acte avec le CSARR sont exposées dans le *Guide de lecture et de codage* du *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation*

Le codage d'un acte ou d'un geste complémentaire avec le CSARR associe les informations suivantes :

- le code principal (sept caractères) ;
- le nombre de patients pris en charge :
  - pour les actes réalisés de manière « individuelle non dédiée », le nombre de patients à renseigner est celui correspondant au maximum de patients présents de façon concomitante ;
  - pour les actes réalisé en « collectif » le nombre de patients à renseigner correspond au nombre de patients pris en charge simultanément ;
- les éventuels modulateurs ;
- les étapes de réalisation de l'appareillage (codes A, B, C) pour les actes d'appareillage réalisés par les professionnels de l'établissement ;
- le code d'extension documentaire pour préciser le plateau technique spécialisé éventuellement mobilisé pour la réalisation de l'acte CSARR ; la liste de ces plateaux figure en annexe du guide de lecture et de codage en CSARR ;
- le code de la catégorie d'intervenant :
  - pour les actes pluriprofessionnels, l'intervenant qui code est celui qui a la responsabilité de la réalisation de l'acte et le nombre d'intervenants doit être renseigné ;
- le nombre de réalisations de l'acte
- la date de réalisation de l'acte.

L'enregistrement de la date de réalisation de l'acte est obligatoire depuis 2018 :

- 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.

Les actes réalisés doivent être mentionnés dans le dossier du patient de manière à permettre d'en vérifier le codage[7].

Les actes de rééducation et réadaptation réalisés par des médecins, inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) à usage PMSI, doivent être enregistrés au moyen de cette nomenclature, mais ne pas l'être avec le CSARR. Les actes CSARR peuvent être employés par les médecins lorsqu'ils effectuent des actes qui ne sont pas inscrits dans la CCAM.

[7] Le contenu du dossier médical est indiqué dans l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

CHAPITRE V

CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES* (CIM–10)

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES* (CIM–10)

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

La dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM–10) à usage PMSI est l'ouvrage de référence pour le codage de la morbidité dans le RHS. Sa table analytique (chapitres I à XXII[1]) 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. Pour le recueil d'informations du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée, un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (on parle de catégorie « vide »), par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*.

Le recueil standard d'informations du PMSI utilise aussi des codes nationaux étendus au-delà du quatrième caractère[2]. **Lorsqu'un code étendu comporte un signe « + », ce signe 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 CIM–10 à usage PMSI publiée au Bulletin officiel et consultable et téléchargeable sur le site internet de l'ATIH.

Le codage des diagnostics avec la CIM–10 doit respecter :

- les conventions utilisées dans la table analytique du volume 1 (volume 2, § 3.1.4) et dans l'index alphabétique (ib. § 3.2.4) ;
- les règles et directives concernant le codage de la morbidité exposées dans la partie 4.4 du volume 2.

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

2. CODES DE LA CIM–10 NON UTILISABLES

Certains codes de la CIM–10 ne peuvent pas être utilisés pour enregistrer la finalité principale de prise en charge (FPP), la manifestation morbide principale (MMP) ni l'affection étiologique (AE). Leur liste est publiée dans le *Manuel des groupes médicoéconomiques en SSR* (volume 1, annexe 9). Ils constituent les quatre groupes suivants.

---

[1] Un chapitre XXII a été créé lors de la mise à jour de la CIM–10 par l'OMS en 2003.

[2] Le format de recueil prévoit une saisie jusqu'à 6 caractères. Les établissements ont de plus la possibilité d'utiliser 2 caractères supplémentaires en 7e et 8e positions. Leur emploi doit être conforme aux dispositions de la loi *Informatique et libertés*.

2.1 LES CODES DES CATEGORIES « 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. Cette directive s'applique aussi bien au codage de la morbidité principale qu'à celui des diagnostics associés significatifs (DAS).

2.2 CODES NE DEVANT PAS ETRE UTILISES 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 », c'est-à-dire de la morbidité principale. Ils sont utilisables uniquement comme diagnostic associé par convention (DAC).

2.3 LES CODES PERES 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 ». Hors extensions documentaires, l'emploi des codes-pères n'est plus autorisé, afin de disposer d'un niveau de précision suffisant pour la qualité des données et pour les évolutions de la classification médicoéconomique en SSR.

2.4 LES CODES INTERDITS PARCE QUE TRES IMPRECIS

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

3. CODES DE LA CIM–10 DONT L'EMPLOI DOIT ÊTRE ÉVITÉ

Le meilleur code étant le plus précis par rapport au problème de santé à coder, on portera une attention particulière à éviter les codes imprécis. Lorsque l'information oriente vers l'un d'eux, il faut la faire préciser pour améliorer la qualité du codage.

> Exemple : une information dont l'imprécision ne permettrait que l'emploi d'un code du groupe T08–T14 nécessite un retour à la source (au dossier médical ou au praticien ayant dispensé les soins) pour obtenir la précision nécessaire à l'emploi d'un code plus précis.

On évitera également les codes regroupant plusieurs affections ou lésions, on préfèrera un codage individualisé de chacune d'elles.

> Exemple : pour un patient victime de deux fractures fermées, l'une diaphysaire de la jambe, l'autre de la malléole externe, on code chacune d'elles : S82.20 et S82.60 ; T02.3 *Fractures de plusieurs parties d'un membre inférieur* ne doit pas être utilisé.

De même, à un code dont l'intitulé contient le mot « multiple », il faut préférer les codes correspondant précisément à chacune des lésions ou affections toutes les fois qu'ils existent.

Exemple : pour un patient victime de brulures du 3e degré du genou et de la cuisse, de la hanche et de l'abdomen, on code chacune d'elles : T24.3 et T21.3 ; ~~on n'emploie pas~~ T29.3 *Brulures de parties multiples du corps, au moins une brulure du troisième degré mentionnée* ne doit pas être utilisé.

Exemple : pour un patient diabétique de type 2 insulinotraité et souffrant de complications rénales et neurologiques de son diabète, on code chacune d'elles : E11.20 et E11.40 ; E11.70 Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications multiples ne doit pas être utilisé.

Les codes du groupe T00–T07 et les catégories T29-T30 sont destinés à des situations de monocodage, c'est-à-dire à des recueils n'acceptant qu'un code — ce n'est pas le cas du RHS —, ou de manque d'information peu acceptable.

4. 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 sucré de type 1).

- Finalité principale de prise en charge (FPP) : Z50.1 *Autres thérapies physiques* ;
- MMP : G63.2* *Polynévrite diabétique* ;
- AE : E10.4† *Diabète sucré de type 1 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 sucré de type 1).

- FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* ;
- MMP : S32.80 *Fracture fermée de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin* ;
- AE : sans objet ;
- DAS : N08.3* *Glomérulopathie au cours de diabète sucré,*
  E10.2† Diabète sucré de type 1 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 sucré de type 2, non insulinotraité).

- 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 : E11.58† *Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques*.

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

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.

5.1 CODAGE DE LA FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE

Il utilise le chapitre XXI de la CIM–10 en tenant compte des restrictions décrites *supra* dans les points 2 et 3.

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.

Exemples :

- bilan d'évaluation professionnelle[3] à la demande d'une administration[4] (Sécurité sociale, CDAPH, 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* ;
- 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 CDAPH : 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 Catégories Z03 et Z04 – *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies, non confirmées.*

La catégorie Z03 correspond à la « mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies ». Elle permet le codage de situations caractérisées par l'éventualité initiale d'une maladie qui 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.

La suspicion trouvant en général son origine dans un symptôme ou un résultat d'examen complémentaire, le signe ou le symptôme non confirmé est codé comme MMP.

Exemple :

- FPP : Z03.0 *Mise en observation pour suspicion de tuberculose* ;
- MMP : *R91 Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon* ;

[3] À l'exclusion de la rééducation professionnelle, Z50.7.

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

- AE : sans objet.

Dans la catégorie Z04, qui a un contenu plus médicolégal, seuls sont autorisés les codes de la sous-catégorie Z04.8. Ils ~~qui~~ permettent le codage de situations caractérisées par des investigations diverses, spécialement paracliniques. Le motif de ces investigations est renseigné en MMP :

- **Z04800** peut être utilisé pour décrire les venues pour évaluation des crises d'épilepsies
  Exemple :
  - FPP : Z04.800 Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée;
  - MMP : G404 Autres épilepsies et syndromes épileptiques généralisés ;
  - AE : sans objet.
- **Z04801** peut être utilisé pour décrire les prises en charge pour suspicion d'apnée du sommeil chez un patient obèse
  Exemple : si diagnostic d'apnée du sommeil
  - FPP : Z04.801 Examen et mise en observation pour polysomnographie ;
  - MMP : G47.3 Apnée du sommeil;
  - AE : E66.2X Obésité avec troubles ventilatoires

  Exemple : absence de diagnostic
  - FPP : Z04.801 Examen et mise en observation pour polysomnographie ;
  - MMP : R06.5 Respiration par la bouche;
    AE : E66.2X Obésité avec troubles ventilatoires
- **Z04802** peut être utilisé pour décrire les venues organisées pour réalisation d'un bilan préopératoire ou préinterventionnel
  Exemple :
  - FPP : Z04.802 Examen et mise en observation pour bilan préopératoire ;
  - MMP : E66.02 Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m² ;
  - AE : sans objet.
- **Z04880** est le code des examens et mises en observation pour d'autres raisons (investigations).

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 après traitement ou en cours de traitement.

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 », c'est-à-dire médicamenteux.

Catégories Z11 à Z13 *Examens spéciaux de dépistage*

Le mot dépistage a dans la CIM–10 le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les catégories Z11 à Z13 ne doivent donc pas être employées pour des patients présentant un problème de santé personnel. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un patient par un antécédent personnel ou familial (de cancer, par exemple) ou une symptomatologie quelconque.

Catégorie Z29 *Nécessité d'autres mesures prophylactiques*

Cette catégorie comprend certaines mesures de prévention.

La sous-catégorie Z29.0 Isolement n'est pas destinée au classement des situations d'isolement social qui doivent être codées avec la catégorie Z60 ; le code Z29.0 est destiné au codage de l'isolement dans un but thérapeutique (pour des sujets atteints d'une maladie infectieuse contagieuse ou bien susceptibles de contracter une telle maladie).

Les codes Z29.1 et Z29.2 peuvent être utilisés lors de séjours motivés par l'administration d'une immunothérapie ou d'une chimiothérapie prophylactique, quel qu'en soit le motif (infectieux, tumoral…), mais à condition que le caractère prophylactique (préventif) soit avéré.

Catégorie Z30 *Prise en charge d'une contraception*

Cette catégorie répertorie des motifs de recours aux soins qui, sauf exception, relèvent plutôt de l'activité externe. Dans cette catégorie, seuls les codes Z30.0 et Z30.4 à Z30.9, quoique d'usage exceptionnel, sont autorisés comme FPP.

Catégorie Z31 *Mesures procréatives*

Cette catégorie répertorie des motifs de recours aux soins qui, sauf exception, relèvent plutôt de l'activité externe. Dans cette catégorie, seuls les codes Z31.4 à Z31.9, quoique d'usage exceptionnel, sont autorisés en FPP.

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).

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

La catégorie Z43 est une rubrique de soins de stomie.

Elle comprend des soins médicaux ponctuels, y compris la fermeture de la stomie. Elle inclut des soins liés à certaines complications — *cf.* la note d'inclusion figurant sous le titre de la catégorie —, mais elle exclut les complications classées en J95.0, K91.4 et N99.5. Elle exclut les soins courants tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de poche ou de canule de trachéostomie), qui se codent avec la catégorie Z93 (voir *infra* ce qui est dit de celle-ci).

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 enregistrée comme manifestation morbide principale.

Exemples :

- soins de trachéostomie pour cancer du larynx sous-glottique : 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 employée qu'en dernier recours[5]), 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 » — c'est-à-dire de seconde intention, 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…. En 2013, le code Z47.8 a été subdivisé :

- Z47.80 *Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction* comprend les changements, vérifications ou enlèvements d'appareils externes de fixation ou de traction
- Z47.88 *Autres soins de contrôle orthopédiques, NCA* correspond aux changements, vérifications ou enlèvements de plâtre.

Catégorie Z48 *Autres soins de contrôle chirurgicaux*

La catégorie Z48 est celle des soins postinterventionnels immédiats. Par soins post-interventionnels on entend notamment la surveillance postopératoire et celle qui fait suite à un acte médicotechnique tel une intervention par voie endoscopique ou endovasculaire et à 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).

Catégorie Z50 *Soins impliquant une rééducation*
Le code Z50.0 *rééucation cardiaque* doit être utilisé lorsque des mesures de rééducation/réadaptation pour maladie cardiaque ou pour patients à haut risque vasculaires sont réalisées sont réalisées[6]
Le code code Z50.5 *orthophonie* doit être utilisé lorsqu'une rééducation/réadaptation orthophonique est réalisée.

Catégorie Z51 *Autres soins médicaux*

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges de nature **thérapeutique** (radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine, etc.).

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 » [7]) ;
- 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[8] a des extensions :
  - transfusion sanguine : Z51.30,

[5] 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~~, G90.5, G90.6, G90.7 et la catégorie R30.

[6] Conformément aux indications de la réadaptation le Groupe Exercice Réadaptation et Sport de la Société Française de Cardiologie

[7] Se reporter à ce qui est écrit plus haut à propos des catégories Z08 et Z09.

[8] Lorsque l'hospitalisation n'a pas pour motif principal de prise en charge un acte de transfusion ou d'aphérèse sanguine, la mention de Z51.30 ou Z51.31 en position de DAS n'est pas justifiée en complément du codage de l'acte CCAM correspondant.

- aphérèse sanguine : Z51.31.
- sous-catégorie Z51.5 « soins palliatifs » dès lors que leur définition est respectée[9].

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

L'utilisation des codes Z71.0, Z71.1 et Z71.9 n'est pas autorisée.

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

L'emploi des codes Z76.0, Z76.3, Z76.5 et Z76.9 n'est pas autorisé. Les autres codes de cette catégorie sont d'usage exceptionnel.

5.2 CODAGE DE LA MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE

Catégorie Z74 *Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins*

Le code Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* est employé lorsqu'une personne vivant habituellement à son domicile grâce à une aide, doit être hospitalisée ou maintenu en hospitalisation du fait de la défaillance de celle-ci.

Catégorie Z75 *Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé*

Z75.1 *Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat* ne doit être employé que **si le séjour ou la prolongation de l'hospitalisation est motivé par la seule attente de l'unité ou de l'établissement adéquat, non par un évènement morbide.**

Catégorie Z89 *Absence acquise d'un membre*

La catégorie Z89 permet de coder précisément l'état postopératoire pour les patients amputés. Le code Z89.9 *Absence acquise de membre, sans précision* est trop imprécis pour autoriser son emploi.

Catégorie Z93 *Stomies*

---

[9] Références : articles L. 1110-10, L. 1112-4, L. 6114-2, L. 6143-2-2, 7° du D. 6114-3 et 6° du D. 6143-37-1 du code de la santé publique. Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé – ANAES – décembre 2002). Circulaire DHOS/O2 n° 035601 du 5 mai 2004 et guide annexé. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

La catégorie Z93 est une rubrique relative aux stomies. On l'emploie pour le codage des soins courants tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de poche, changements de canule de trachéostomie). Elle s'oppose à la catégorie Z43 : se reporter *supra* à la présentation de celle-ci.

Catégories Z94 Greffe d'organe et de tissu

La catégorie Z94 est employée pour coder les porteurs d'organes ou de tissus greffés.

Catégories Z95 *Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires*

La catégorie Z95 est employée pour coder les porteurs de pontage et endoprothèses (*stent*) coronaires, prothèses valvulaires cardiaques et autres greffes et implants cardiovasculaires.

Catégorie Z96 *Implants fonctionnels*

La catégorie Z96 permet le codage de la présence de divers implants et prothèses Le code Z96.6 est employé pour les porteurs de prothèses articulaires. Le code Z96.7 est employé pour les porteurs de matériel d'ostéosynthèse.

Catégorie Z99 — *Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs*

Est dépendante envers une machine ou un appareil une personne atteinte d'une affection **chronique** dont la survie est subordonnée à l'utilisation régulière et durable de ce matériel. C'est en ce sens que doit être comprise l'utilisation des codes de la catégorie Z99. Ils ne doivent pas être employés pour mentionner l'utilisation d'un matériel de ce type en phase aigüe : par exemple, Z99.0 *Dépendance envers un aspirateur* ou Z99.1 *Dépendance envers un respirateur* ne doivent pas servir à mentionner l'utilisation de ces matériels chez un patient sous ventilation mécanique pour insuffisance respiratoire aigüe, Z99.2 *Dépendance envers une dialyse rénale* ne peut pas être employé pour les séjours des patients dialysés pour insuffisance rénale aigüe. Le code Z99.4 Dépendance envers un coeur artificiel peut être utilisé pour les patients porteurs d'un dispositif d'assistance ventriculaire.

6. DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM–10

6.1 ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

6.1.1 Les types d'accidents vasculaires cérébraux

La CIM–10 permet de décrire les différents types d'accidents ainsi que certaines étiologies particulières, les manifestations cliniques, les séquelles et les antécédents.

Le codage des accidents vasculaires cérébraux (AVC) constitués fait appel, à la phase initiale, aux catégories I60 à I63 qui excluent les lésions traumatiques.

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

- I60 *Hémorragie sousarachnoïdienne ;* cette catégorie inclut la rupture d'anévrisme d'artère cérébrale ;
- I61 *Hémorragie intracérébrale* ;

- I62 *Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques ;* cette catégorie inclut l'hémorragie sous-durale et extradurale.

Les AVC par infarctus cérébral ou AVC ischémiques — embolie, thrombose, bas débit — sont codés avec la catégorie I63 *Infarctus cérébral*.

L'infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse non pyogène se code I63.6 *Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène*. Une thrombose veineuse sans infarctus, situation qui ne correspond pas formellement à un AVC, se code I67.6 *Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien*.

La catégorie I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus* **n'est employée qu'en l'absence d'examen d'imagerie diagnostique**, par exemple, si le patient décède avant toute investigation.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont codés avec la catégorie G45 *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés*.

6.1.2 Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux

Les manifestations les plus fréquentes sont l'hémiplégie, le plus souvent flasque à la phase initiale (G81 *Hémiplégie*) et l'aphasie (R47 *Troubles du langage, non classés ailleurs*). À l'initiative de la Société française neurovasculaire, ces deux catégories ont fait l'objet d'extensions par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation en 2007 afin de distinguer les symptômes selon leur moment d'apparition et leur évolution :

- G81.0 *Hémiplégie flasque* est subdivisé en : G81.00 *Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures*, G81.01 *Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures* et G81.08 *Hémiplégie flasque, autre et sans précision* (on emploie les mêmes codes pour les parésies et les paralysies (-plégies) car ce sont des *syndromes paralytiques* que la CIM–10 classe dans les catégories G81 à G83) ;
- R47.0 *Dysphasie et aphasie* est subdivisé en : R47.00 *Aphasie récente, persistante au-delà de 24 heures*, R47.01 *Aphasie récente, régressive dans les 24 heures*, R47.02 *Aphasie autre et sans précision*, R47.03 *Dysphasie*.

D'autres manifestations peuvent être observées : troubles de la conscience (catégorie R40 *Somnolence, stupeur et coma*), héminégligence (R48.10 Hémiasomatognosie), troubles de la sensibilité (R20 *Troubles de la sensibilité cutanée*), troubles visuels (H51 *Autres anomalies des mouvements binoculaires*, H53 *Troubles de la vision*), Locked-in syndrome (G83.5 *Syndrome de verrouillage*), …

Les syndromes des artères cérébrales (G46) : la CIM–10 réserve les codes G46.0 à G46.2 *Syndromes de l'artère cérébrale moyenne, antérieure, postérieure,* à l'enregistrement de syndromes neurologiques résultant d'une insuffisance circulatoire sans infarctus (voir le titre de la catégorie *dague* correspondante I66). Ainsi, G46.0, G46.1 et G46.2 ne peuvent pas être associés à un code d'infarctus cérébral (I60-I64), alors que cette association est possible pour les codes G46.3 à G46.8.

6.1.3 Séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux

La CIM–10 définit **les séquelles** comme des « états pathologiques, stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active ». Leur codage donne la priorité aux manifestations cliniques observées, auxquelles on associe un code de la catégorie I69 *Séquelles de maladies cérébrovasculaires*.

Par construction de la CIM–10, la notion d'**antécédent** d'AVC, codée Z86.70, exclut celle de séquelle. Le code Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires* doit être employé dès que l'AVC est considéré comme ancien et qu'il ne persiste aucune séquelle fonctionnelle.

6.1.4 Règles de codage des accidents vasculaires cérébraux

Le séjour-type en SSR associe :

- une finalité principale de prise en charge (FPP) exprimant la nature des soins,
- une manifestation morbide principale (MMP) correspondant au déficit pris en charge, ou au déficit requérant l'essentiel des soins s'il en existe plusieurs, ou au motif de recours aux services de santé,
- et une affection étiologique (AE) qui est l'AVC (I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–) ou les séquelles[10] d'AVC (I69.-)

  Exemples :

  - rééducation d'une hémiplégie au stade spastique, due à un infarctus par embolie cérébrale : FPP Z50.1 *Autres thérapies physiques*[11]; MMP G81.1 *Hémiplégie spastique* ; AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales* ;
  - soins d'un malade dans le coma après une hémorragie du tronc cérébral : FPP Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs* ; MMP R40.28 *Coma, sans précision* ; AE I61.3 *Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral.*
  - séjour pour répit des familles : la FPP est codée avec la catégorie Z50 ou Z54 selon les soins dispensés. La MMP est codée Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* ou Z75.5 *Prise en charge pendant les vacances*. Un code de *Séquelles de maladies cérébrovasculaires* (I69.–) est saisi en position d'AE.

6.2 CARENCES VITAMINIQUES

L'enregistrement dans le RHS d'un code de carence vitaminique ou d'avitaminose — catégories E50 à E56 de la CIM–10 — nécessite la mention du diagnostic dans le dossier médical, étayé par un dosage biologique témoignant d'une carence, d'un déficit, d'une insuffisance vitaminique ou d'une hypovitaminose.

La supplémentation systématique du nouveau-né en vitamines A, D, E et K ne doit pas donner lieu à l'enregistrement de codes de carence vitaminique ou d'avitaminose.

6.3 COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

L'importance de leur enregistrement tient notamment au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique[12]. Les directives qui suivent s'appliquent à toutes les complications faisant suite à des actes effectués par des soignants, médecins et non médecins. Sont ainsi inclus les complications des actes inscrits dans les *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* et *Catalogue spécifique des actes de rééducation* et réadaptation, et les actes infirmiers.

---

[10] Cf. § 6.14 du chapitre V

[11] Qui comprend l'essentiel de la rééducation mécanique, le mot *autres* faisant la distinction avec Z50.0, réservé à la rééducation cardiaque.

[12] Loi n° 2004-806 du 9 aout 2004, objectifs n° 26 à 29.

Le volume 2 de la CIM–10 présente, pages 107-108 ou 140-141[13], les rubriques destinées au codage des complications des actes médicochirurgicaux.

Résumé

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

La règle générale est : **pour le codage des complications des actes médicaux et chirurgicaux, on privilégie toujours un codage privilégiant la nature de la complication.**

Il en résulte que le codage d'une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique peut être décrit comme suit au regard de la CIM–10 :

- avec un code du groupe T80–T88 lorsque le code le plus précis pour la complication appartient à ce groupe ;
- sinon avec un code d'une catégorie « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée [...] » lorsque la nature de la complication figure dans l'intitulé, ce qui exclut les sous-catégories .8 et .9 ;
- dans les autres cas avec un code « habituel » de la CIM–10.

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

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

Les recommandations qui suivent s'appuient :

- sur la page 105 ou 136 du volume 2 : « Il est recommandé, pour les traumatismes et autres affections dues à des causes externes, de coder tant la nature de l'affection que les circonstances de la cause externe. Le code préféré pour " l'affection principale " devrait être celui qui désigne la nature de l'affection. » ;
- et sur la règle MB4, du volume 2, pour le choix de l'affection principale (*ib.* page 109 ou 147) : « Lorsque le diagnostic enregistré comme " affection principale " décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme " affection principale ", si cela n'entraine pas une perte d'information. »

6.3.1 Les codes du groupe T80–T88

Les codes du groupe T80–T88 doivent être employés lorsqu'ils apportent le plus de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM–10 n'offre pas par ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication[14].

Des sous-catégories telles qu'*embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* (T80.0) ou c*hoc anaphylactique dû au sérum* (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum).

[13] Se reporter à la note 24~~23~~ de ce chapitre.

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

Les sous-catégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4, T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables, ainsi que les catégories T86 et T87. **Il n'existe pas d'autre code dans la CIM–10 permettant d'enregistrer une information aussi complète plus précisément.**

Exemples :

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

En revanche, plusieurs sous-catégories sont très imprécises. L'emploi de certaines n'est pas autorisé pour le codage de la manifestation morbide principale (MMP) : T80.2, T81.2, T81.4, T88.0, T88.1, T88.7[15] et toutes les subdivisions .8 et .9 hors celles de la catégorie T86. Mais les autres codes du groupe T80–T88 ne doivent pas pour autant être considérés comme satisfaisant à priori à la règle selon laquelle le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. **Pour le codage des complications des actes médicaux et chirurgicaux, on préférera toujours un codage privilégiant la nature de la complication.**

6.3.2 Les catégories « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé[e]s ailleurs »[16]

Les sous-catégories contiennent habituellement une manifestation précise et son étiologie.

Exemples :

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

On en rapproche les codes dont le libellé mentionne explicitement ou implicitement le fait que l'affection est toujours consécutive à un acte. Par exemple, K43.1 *Eventration postopératoire, avec gangrène* ou K43.5 *Hernie péristomiale, sans occlusion ni gangrène*.

Les sous-catégories codées .9 ne sont pas autorisées comme MMP et une information orientant vers l'une d'elles doit faire rechercher davantage de précision.

Les sous-catégories codées .8 telles que *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* [...] (I97.8), *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* [...] (J95.8) ou *Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* [...] (K91.8) sont imprécises. **Aux sous-catégories .8 il faut préférer les codes « habituels » de la CIM–10**[17].

6.3.3 Les codes « habituels » de la CIM–10

Le volume 2 désigne ainsi les autres codes des chapitres I à XIX. Les affections qui leurs correspondent peuvent compliquer un acte médicochirurgical ou bien apparaitre indépendamment de tout contexte iatrogénique. La CIM–10 donne pour exemples :

---

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

[16] On en rapproche les complications d'actes classées dans le chapitre XV de la CIM–10 *Grossesse, accouchement et puerpéralité* : quatrièmes caractères des catégories O03–O06et O08 pour les grossesses terminées par un avortement, catégories O29, O74... Leur emploi s'impose pour le dossier de la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpéralité. Par exemple, O35.7, O75.4, O86.0 et O90.0 à O90.2.

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

pneumopathie, embolie pulmonaire (volume 2 p. 108 ou 140). On pourrait ajouter : anémie, infection urinaire, ulcère gastroduodénal « de *stress* », etc.

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

Exemples par rapport aux codes T imprécis :

- sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2 ;
- abcès sousphrénique après cholécystectomie : K65.0 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3 ;
- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.– ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.– ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0 ;
- rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.– ;
- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8 ;
- pneumothorax compliquant une intervention thoracique : S27.01.

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

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

Lorsqu'un codage précis selon la nature de la complication conduit à l'enregistrer avec un code « habituel », il est toujours complété par un code du groupe T80–T88, quelle que soit l'imprécision de celui-ci, y compris s'il s'agit d'un code non autorisé comme MMP :

- lorsque le code « habituel » est préférable à un code du groupe T80–T88 : le code « T » auquel il est préféré doit être enregistré comme diagnostic associé ;
- lorsque le code « habituel » est préférable à un code « .8 » d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil [...] après un acte à visée […] », le code « T » correspondant doit être enregistré comme diagnostic associé.

Exemples :

- sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2, T80.2 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, T81.4 ;
- abcès sousphrénique après cholécystectomie : K65.0, T81.4 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3, T82.8 ;
- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.– , T84.5 ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.– , T84.6 ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0, T82.6 ;
- rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.– , T81.38 ;
- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, T80.1 ;
- pneumothorax compliquant une intervention thoracique : S27.01, T81.2 ;
- pneumonie postopératoire : J18.9, T81.4 ;
- ulcère gastrique « de *stress* » postopératoire : K25.3, T81.8 ;
- infarctus du myocarde postopératoire : I21.–, T81.8.

À la question « quel code "T" choisir ? », la réponse est : lorsque l'index alphabétique (volume 3) de la CIM–10 indique pour la complication un code du groupe T80–T88, c'est lui qui doit compléter le code « habituel ».

Exemples :

- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.– , T84.5 car à l'entrée « Complication, prothèse, implant, greffe, articulaire interne, infection, inflammation » l'index alphabétique indique T84.5 ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.– , T84.6 car à l'entrée « Complication, ostéosynthèse, infection, inflammation » il est indiqué T84.6 ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0, T82.6 car à l'entrée « Complication, prothèse, implant, greffe, valvulaire cardiaque, infection, inflammation NCA » il est indiqué T82.6.

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

6.3.4 Les circonstances sont enregistrées avec le chapitre XX de la CIM–10

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

Exemples :

- déplacement d'une électrode de stimulation cardiaque : T82.1, Y83.1 ;
- luxation d'une prothèse de hanche : T84.0, Y83.1 ;
- rejet d'une greffe de rein : T86.1, Y83.0 ;
- névrome d'un moignon d'amputation de jambe : T87.3, Y83.5 ;
- sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2, T80.2, Y84.8 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, T81.4, Y83.6 ;
- abcès sousphrénique après cholécystectomie : K65.0, T81.4, Y83.6 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3, T82.8, Y83.1 ;
- infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.– , T84.5, Y83.1 ;
- infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.– , T84.6, Y83.4 ;
- endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0, T82.6, Y83.1 ;
- rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.– , T81.38, Y83.4 ;
- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, T80.1, Y84.8 ;
- pneumothorax compliquant une intervention thoracique : S27.01, T81.2, Y83.– ;
- pneumonie postopératoire : J18.9, T81.4, Y83.– ;
- ulcère gastrique « de *stress* » postopératoire : K25.3, T81.8, Y83.– ;
- infarctus du myocarde postopératoire : I21.– , T81.8, Y83.– .

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

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

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

Lorsque la complication est une séquelle d'un acte antérieur, le codage est complété avec la catégorie Y88.

Exemple : cicatrice hypertrophique séquellaire d'une intervention chirurgicale : L91.0, T81.8, Y88.3.

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

6.4 CYSTITE AIGÜE

Le diagnostic de cystite aigüe est posé devant l'association :

- de signes fonctionnels de type pollakiurie, douleurs mictionnelles... ;
- et d'une pyurie constatée avec une bandelette urinaire, ou d'une pyurie avec bactériurie en cas d'étude cytobactériologique urinaire.

La mention de cystite (aigüe), d'infection vésicale (aigüe) ou d'infection urinaire basse dans le dossier, appuyée sur ces arguments, permet d'utiliser le code N30.0 *Cystite aigüe* pour mentionner cette affection. Quand ces éléments manquent ou devant la présence isolée de germes dans l'uroculture (bactériurie), on code N39.0 Infection des voies urinaires, siège non précisé.

6.5 DIABETE DE TYPE 2 TRAITE PAR INSULINE

Des extensions des codes de la catégorie E11 *Diabète sucré de type 2* de la CIM–10 ont été créées en 2011 pour distinguer le diabète de type 2 traité par voie orale de celui nécessitant un traitement par insuline (diabète de type 2 dit insulinonécessitant, insulinorequérant ou insulinotraité). Les codes étendus correspondant à ces derniers sont ceux possédant le chiffre 0 » en cinquième position du code : E11.00 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec coma*, E11.10 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec acidocétose*, E11.20 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications rénales […]*, E11.90 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication*. Ces codes sont réservés au diabète de type 2 insulinotraité **au long cours**. Ils ne doivent pas être employés lorsqu'un évènement ponctuel exige, pendant une hospitalisation, un bref remplacement d'un traitement antidiabétique oral par l'insuline. La mention d'un code étendu E11.–0 dans un RHS suppose que le patient fût déjà traité par insuline à son domicile avant son hospitalisation ou que le traitement insulinique soit poursuivi à domicile après la sortie (il est alors mentionné dans l'ordonnance de sortie).

6.6 EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS

Une « intoxication » médicamenteuse doit être codée de manière différente selon qu'elle est accidentelle ou volontaire, ou bien s'il s'agit d'un effet indésirable. La CIM–10 désigne les

premières circonstances par le mot *empoisonnement*[18] et les distingue de *l'effet indésirable en usage thérapeutique*[19].

6.6.1 Les intoxications accidentelles et volontaires

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (la CIM–10 emploie pour les secondes les qualificatifs *auto-infligées, intentionnelles* et *auto-induites*) doit utiliser les catégories T36 à T50. La distinction entre les circonstances accidentelles et volontaires est assurée par le chapitre XX : codes des catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en position de diagnostic associé par convention (DAC)[20].

6.6.2 Les effets indésirables[21]

Les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36–T50 dans le volume 1 de la CIM–10 indiquent que l'effet indésirable d'une « substance appropriée administrée correctement » doit être codé **selon la nature de l'effet**. Le codage des effets indésirables des médicaments n'utilise donc pas les codes du groupe T36–T50. Il associe au code de la nature de l'effet un code du chapitre XX de la CIM–10 (catégories Y40–Y59).

Exemples :

- bradycardie au cours d'un traitement par la digitaline : R00.1, Y52.0 ;
- gastrite aigüe au cours d'un traitement par antiinflammatoire non stéroïdien : K29.1, Y45.3

Pour un effet donné, enregistrer qu'il est secondaire à un traitement médicamenteux n'est possible qu'en employant le chapitre XX de la CIM–10.

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

6.7 ÉTAT GRABATAIRE

Son codage (R26.30) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule

---

[18] On doit considérer qu'il correspond au mot *intoxication* du langage médical courant. Le mot *empoisonnement* de la CIM–10 ne doit en effet pas être compris selon l'acception pénale qu'il a en France.

[19] La distinction est lisible en tête de chaque page de l'*Index des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs)* de l'index alphabétique de la CIM–10 (volume 3). On rappelle que l'emploi de ce tableau facilite considérablement le codage des effets nocifs des médicaments.

[20] Ces codes ont quatre caractères. C'est le sens du signe « .– » (point tiret) qui les suit dans l'index alphabétique de la CIM–10. Une note dans le volume 1 de la CIM–10, sous le titre des deux groupes, indique que les quatrièmes caractères sont indiqués au début du chapitre.

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

sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ».

NB la conjonction « et » — non « ou » — qui lie les différents besoins. Le mot « maladie » est aussi essentiel. Le codage d'un état grabataire suppose **la chronicité**. Sont en conséquence exclus les états qui correspondent transitoirement à la définition (par exemple, dans les suites d'une intervention chirurgicale) mais tels que « l'état grabataire » n'existait pas avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaitre dans un délai bref.

6.8 HÉMANGIOME ET LYMPHANGIOME

Ces lésions, tumorales ou dysplasiques selon les cas, n'obéissent pas au mode de classement habituel adopté dans le chapitre II du volume 1 de la CIM–10 : alors que le classement des tumeurs y suit une logique topographique, elle fait ici une exception en les distinguant d'après leur nature. En France, la consigne est d'employer la catégorie D18 pour les seuls hémangiomes et lymphangiomes superficiels (limités aux téguments), mais d'enregistrer le code de tumeur bénigne de l'organe lorsque ces tumeurs atteignent un organe profond. Par exemple, un hémangiome du côlon droit doit être codé D12.2 et non D18.0.

6.9 LÉSIONS TRAUMATIQUES

La précision du caractère *fermé* ou *ouvert* des fractures est obligatoire (Chapitre XIX de la CIM–10). Les fractures non précisées comme *fermées* ou *ouvertes* se codent en fractures fermées.

Le codage des lésions traumatiques doit utiliser les codes « S » qui les identifient individuellement et non les codes « T » de lésions traumatiques multiples qui sont à éviter du fait de leur imprécision.

6.10 ŒDÈME PULMONAIRE

Les dénominations « œdème pulmonaire », « œdème aigu pulmonaire » (OAP), correspondent habituellement à une insuffisance ventriculaire [insuffisance cardiaque] gauche. Dans ce cas, leur code est **I50.1-** ***Insuffisance ventriculaire gauche***. Il s'agit d'une affection fréquente relevant d'une prise en charge **cardiologique**. La cause de l'œdème pulmonaire est cardiaque, d'où son classement dans le chapitre IX de la CIM–10 avec les maladies cardiaques. On doit donc coder I50.1- tout œdème pulmonaire dont l'origine est cardiaque.

Les œdèmes pulmonaires dus à des agents externes sont classés en J60–J70. Les autres formes d'œdème pulmonaire se codent en J81 *Œdème pulmonaire.* C'est le cas par exemple de l'œdème pulmonaire de surcharge observé au cours de l'insuffisance rénale.

6.11 POLYHANDICAP LOURD

Le polyhandicap se définit par l'association de quatre critères :

- une déficience mentale profonde ou une démence sévère ;
- un trouble moteur à type de paralysie partielle ou totale, d'ataxie, de tremblements sévères, de dyskinésie ou de dystonie ;
- une mobilité réduite conséquence du trouble moteur ;
- une restriction extrême de l'autonomie caractérisée par la dépendance permanente envers une tierce personne ou un appareil.

Pour permettre l'identification du polyhandicap lourd dans les recueils d'informations du PMSI, quatre listes de codes de la CIM–10 ont été élaborées sous le contrôle de la Société française de pédiatrie et de la Société française de neuropédiatrie :

- liste 1 : déficiences mentales ou psychiatriques sévères ;
- liste 2 : troubles moteurs ;
- liste 3 : critères de mobilité réduite ;
- liste 4 : restrictions extrêmes de l'autonomie.

Un code au moins de chacune des quatre listes doit être présent dans le RHS pour affirmer le polyhandicap lourd. Ces listes sont publiées sur le site Internet de l'ATIH.

6.12 PRÉCARITÉ

Pour mieux décrire les situations de précarité rencontrées par les patients et susceptibles d'avoir un impact sur leur prise en charge, des consignes d'utilisation de codes existants ont été apportées et des extensions nationales ont été créés en 2015.

Ces codes peuvent être utilisés, dès lors qu'ils en respectent la définition, notamment en termes d'accroissement de la charge en soins ou lorsque les conditions socioéconomiques ont justifié une prise en charge particulière[22].

Les définitions et consignes de codage sont précisées ci-après.

Z55.00 *Analphabétisme et illettrisme*, concerne les personnes qui présentent une incapacité, d'origine non médicale, à lire un texte simple en le comprenant, à utiliser et à communiquer une information écrite dans la vie courante. Ce code est à réserver aux personnes de plus de 15 ans et concerne la langue d'usage du patient.

Z55.1 *Scolarité inexistante ou inaccessible*, concerne les enfants de moins de 17 ans ne suivant, au moment de l'admission, aucun processus d'instruction (filière scolaire en établissement ou à distance, enseignement par tiers,…), et ce pour des raisons autres que médicales. L'absentéisme chronique (enfant inscrit mais non présent) est également codé ainsi.

Z59.0 *Sans abri*, s'utilise pour une personne vivant dans la rue au moment de l'admission, ou hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence, ou dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Plusieurs extensions nationales ont été créées pour décrire les conditions de logement :

- Z59.10 *Logement insalubre ou impropre à l'habitation*, correspond aux logements présentant un danger pour la santé de ses occupants, aux hébergements dans des lieux non destinés à l'habitation ou aux squats ;
- Z59.11 *Logement sans confort*, correspond aux logements sans confort sanitaire, c'est-à-dire lorsqu'un des éléments suivants est absent : eau courante, installation sanitaire, WC intérieurs. Les logements sans chauffage ou avec un moyen de chauffage sommaire, ou sans électricité relèvent également de ce code ;
- Z59.12 *Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne*, concerne un logement devenu inadéquat du fait de l'état de santé de la personne à la sortie de l'hôpital ;

[22] Ces situations doivent être mentionnées dans le dossier médical notamment suite à l'intervention d'une assistante sociale.

- Z59.13 *Logement en habitat temporaire ou de fortune*, est à utiliser pour des hébergements tels qu'hôtel, mobil-home, caravane, camping ou cabane.

Z59.50 *Absence totale de revenu, d'aide et de prestation financières*, correspond à une absence totale de revenu (salaires, activité commerciale, prestations financières dont minima sociaux,…) ou à des personnes n'ayant que la mendicité comme source de revenu. La mendicité n'est pas à coder ici si elle ne constitue pas l'unique source de revenu.

Z59.62 *Bénéficiaire de minima sociaux*, concerne les personnes qui perçoivent des allocations soumises à conditions de ressources telles que le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation équivalent retraite (AER), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Z60.20 *Personne vivant seule à son domicile*, concerne les personnes vivant seules à leur domicile, quel que soit leur sentiment de solitude ou d'isolement. Ce code ne concerne pas les personnes vivant en établissement collectif.

Z60.30 *Difficultés liées à la langue*, est à coder lorsque le recours à un interprète (un tiers) est nécessaire pour la prise en charge du patient. Le code Z60.30 peut-être utilisé en position de DAS, lorsqu'un modulateur BN (nécessité de recours à un interprète) était utilisé avec les actes CSARR en 2017, ce modulateur est supprimé en 2018.

6.13 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

Lors de la mise à jour de la CIM–10 de 2013, applicable dans le PMSI en 2014, la description des résistances aux traitements antibiotiques a été entièrement revue par l'OMS. Elle repose sur trois catégories U82 *Résistance aux antibiotiques bétalactamines [bétalactames]*, U83 *Résistance aux autres antibiotiques* et U84 *Résistance aux autres antimicrobiens*. Les codes de résistance aux antibiotiques ont été enrichis en 2015 par l'ATIH avec notamment l'ajout d'un caractère supplémentaire en 6ème position pour les catégories U82 et U83 afin d'indiquer si la situation de résistance concerne un germe responsable d'une infection en cours ou une situation de portage sain.

Dans le cadre du recueil PMSI, l'emploi des codes de ces catégories doit respecter deux conditions :

- la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie ;
- la résistance doit entrainer une modification du schéma thérapeutique habituel, ou la mise en œuvre de mesures d'isolement spécifiques[23].

En conséquence de ces conditions :

- les situations de résistance naturelle, c'est-à-dire les situations où la résistance est liée à la nature du germe en termes de genre ou d'espèce, ne se codent pas ;
- les situations de portage sain de germe présentant une résistance et faisant l'objet, du fait de cette résistance, de mesures telles que l'isolement, l'utilisation de matériels ou d'un chariot de soins spécifiques autorisent le codage des codes de ces catégories.

La mention de la résistance est indispensable : résistance à un antibiotique, ou multirésistance.

[23] Par mesure d'isolement spécifique on entend les mesures d'hygiène dites d'isolement septique qui sont mises en place selon le mode de transmission (air, gouttelettes, contact) de l'agent infectieux : port de vêtement spécifique, matériel dédié, port de masque, limitation des contacts ou déplacements,… Ces mesures se distinguent des précautions d'hygiène standard.

La notion de bactérie multirésistante [BMR] ne concerne que certains germes et certaines résistances bien précisées par les laboratoires de bactériologie et les CCLIN. Ce terme doit figurer dans le dossier, la seule présence de plusieurs résistances sans mention de bactérie ou de germe multirésistant n'autorise pas le code U83.71–.

Exemples :

- pneumonie à pneumocoque résistant à la pénicilline : J13, U82.0+0 ;
- endocardite à Pseudomonas aeruginosa multirésistant : I33.0, B96.5, U83.710 ;
- colonisation nasale par Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM] ayant entrainé des mesures d'isolement et de décontamination : Z22.3, Z29.0, U82.101.

6.14 SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES

La CIM–10 définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28 ou 33[24]).

Elle précise (*ib.* page 101 ou 132) : « Si un épisode de soins se rapporte au traitement ou aux examens entrepris pour une affection résiduelle (séquelle) d'une maladie qui n'existe plus, on décrira la nature de la séquelle de manière exhaustive et on en donnera l'origine [...] ».

Page 106 ou 138 : « La CIM–10 fournit un certain nombre de catégories intitulées " Séquelles de... " (B90-B94, E64.–[25], E68, G09, I69.–, O97, T90-T98, Y85-Y89)[26]. Celles-ci peuvent être utilisées pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins, comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour " affection principale " doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code " Séquelles de…" [...]. »

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes propres à certaines rubriques (G09, I69, O94, T90–T98, Y85–Y89). Il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué page 65 ou 101 du volume 2. Les situations concernées sont celles dans lesquelles il n'est pas identifié d'autre cause au décès[27].

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

Lorsque l'altération, le problème fonctionnel ou organique pris en charge (MMP) est une séquelle d'une affection ou d'une lésion antérieure, la nature de la séquelle est codée en position de MMP, le code « Séquelles de… » de la CIM–10 est enregistré comme affection étiologique (AE).

Exemples :

---

[24] Dans ce paragraphe, les numéros de page renvoient à l'édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM–10) ; OMS éd. Le premier numéro (ici « 103 ») correspond à l'édition de 1993, le second (« 134 ») à l'édition de 2008.

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

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

[27] L'exemple 17 donné page 106 ou 138 du volume 2 de la CIM–10 illustre le cadre d'emploi des codes de séquelles et l'absence de signification du délai de un an en matière de morbidité.

1) Un patient bénéficie 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 : I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*

2) Un patient atteint d'un syndrome cérébral posttraumatique séquellaire d'une hémorragie traumatique intracrânienne bénéficie d'une rééducation en vue d'une réintégration professionnelle.

- FPP : Z50.7 *Ergothérapie et rééducation professionnelle, non classées ailleurs*
- MMP : F07.2 *Syndrome postcommotionnel*
- AE : T90.5 *Séquelles de lésion traumatique intracrânienne*

3) Un patient, atteint d'une monoplégie du membre inférieur droit séquellaire d'une poliomyélite, bénéficie d'une rééducation.

- FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques*
- MMP : G83.1 *Monoplégie d'un membre inférieur*
- AE : B91 *Séquelles de poliomyélite*

Les catégories Y85–Y89 (chapitre XX de la CIM–10) permettent de coder des circonstances d'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de diagnostic associé[28], chaque fois qu'on dispose de l'information nécessaire.

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

6.15 TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE

Le classement des tumeurs dans la CIM–10 tient notamment compte de leur comportement évolutif : tumeurs malignes (C00–C97), tumeurs *in situ* (D00–D09), tumeurs bénignes (D10–D36), tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue (D37–D48). Une note en tête du groupe D37–D48 explique l'utilisation de ses codes.

Une tumeur à évolution imprévisible possède des caractéristiques déterminées et son classement comme telle est un diagnostic **positif** qui repose sur un examen histologique. La notion de tumeur à évolution imprévisible sousentend l'élimination des comportements malin, *in situ* et bénin, et l'identification d'un comportement évolutif différent. Un polyadénome colique, par exemple, ne doit pas être considéré comme une tumeur à évolution imprévisible au motif que, laissé à une évolution naturelle, il est susceptible de devenir malin. La CIM–10 classe le polyadénome colique avec les tumeurs bénignes et ce classement (code D12.6) doit être respecté. En revanche, la CIM–10 classe le polype de vessie avec les tumeurs à évolution imprévisible et ce classement (code D41.4) doit aussi être respecté. Le codage d'une tumeur comme étant à évolution imprévisible nécessite que les informations contenues dans le dossier médical, en particulier dans le compte rendu de l'examen anatomopathologique, soient conformes à ce diagnostic.

Au contraire, une tumeur d'évolution inconnue est une tumeur pour laquelle on ne dispose pas d'information sur son comportement évolutif : on ne possède pas d'information sur son caractère malin, *in situ,* bénin ou à évolution imprévisible. En pratique, la qualification de

[28] On rappelle que les codes du chapitre XX de la CIM–10 ne doivent jamais être utilisés pour la morbidité principale.

tumeur d'évolution inconnue concerne donc une tumeur pour laquelle on ne dispose pas d'examen histologique, ou dont l'examen histologique n'est pas contributif, et sur le comportement de laquelle le médecin ne peut pas se prononcer.

6.16 CODES OMS RESERVES A UN USAGE URGENT

Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Pour les situations où de nouveaux problèmes de santé surviendraient et nécessiteraient d'être identifiés et suivis de manière urgente dans les systèmes d'information, l'OMS a retenu ~~20~~ 10 codes d'attente dans les catégories ~~U06 e~~t U07. Ces catégories et sous-catégories doivent être disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et utilisées, sans délai, selon les instructions de l'OMS. Ces ~~vingt~~ dix nouveaux codes, dont le libellé d'attente est Usage urgent de ~~U06. – et~~ U07.– (~~U06.0 Usage urgent de U06.0, U06.1 Usage urgent de U06.1~~ U07.0 Usage urgent de U07.1 Usage urgent de U07.1…), sont intégrés à la liste des codes utilisables dans les recueils PMSI. Cependant, en l'absence de consignes spécifiques données par l'OMS, leur utilisation est proscrite et conduit à un groupage en erreur.

CHAPITRE VI

EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

VI. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

Rééducation et réadaptation d'une hémiplégie

1) Un patient a été pris en charge en SSR pour une hémiplégie 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
Semaines de rééducation FPP : rééducation physique MMP : hémiplégie spastique AE : 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*
Semaines de réadaptation FPP : réadaptation MMP : hémiplégie spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne	FPP : Z50.8 *Soins impliquant* d'*autres moyens de rééducation* MMP : G81.1 *Hémiplégie spastique* AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*

NB : les catégories I65 et I66 excluent l'infarctus cérébral, comme l'indique leur intitulé. En cas d'infarctus cérébral, l'emploi de ces catégories est une erreur. En conséquence, l'emploi de G46.0 à G46.2, codes *astérisque* correspondant aux codes *dague* I66.0 à I66.3 est aussi une erreur. En cas d'infarctus cérébral, seuls les codes I63.– conviennent (se reporter au point 6.1 *supra*).

2) Un patient a été pris en charge en SSR pour rééducation d'une hémiplégie flasque récente par infarctus cérébral dû à une thrombose de l'artère sylvienne gauche ; par ailleurs diabète sucré de type 2 et hypertension artérielle primitive.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : hémiplégie flasque AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne DA : diabète, hypertension artérielle	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : G81.00 *Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures* AE : I63.3 *Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales* DA : E11.58 *Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques* I10 *Hypertension artérielle essentielle (primitive)*

Rééducation d'une héminégligence

Un patient pris en charge en SSR pour rééducation d'une héminégligence consécutive à un infarctus cérébral secondaire dû à une thrombose cérébrale.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : héminégligence AE : infarctus cérébral par thrombose cérébrale	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : R48.10 *Hémiasomatognosie*[1] AE : I63.3 *Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales*

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.

Hiérarchisation	Codage
Soins postchirurgicaux FPP : soins postopératoires MMP : pneumonectomie AE : cancer bronchique lobaire supérieur	FPP : Z48.8 *Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* MMP : Z90.2 *Absence acquise de poumon [partie de]* AE : C34.1 *Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon*
Rééducation FPP : rééducation respiratoire MMP : absence de poumon AE : cancer bronchique lobaire supérieur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z90.2 *Absence acquise de poumon* AE : C34.9 *Tumeur maligne bronches ou poumon, sans précision*

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

[1] Code étendu national

Soins après amputation d'un membre

1) 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
Soins locaux de cicatrisation FPP : pansements postopératoires MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* AE : I70.21 *Athérosclérose des artères distales avec gangrène*[2]
Infection du moignon FPP : soins locaux MMP : infection du moignon AE : sans objet	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : T87.4 *Infection d'un moignon d'amputation* AE : sans objet[3]
Suite de greffe d'un moignon d'amputation FPP : pansements postopératoires MMP : greffe cutanée AE : infection du moignon	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z94.5 *Présence de greffe de peau* AE : T87.4 *Infection d'un moignon d'amputation*
Adaptation de prothèse FPP : adaptation de prothèse MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieur	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 : I70.21 *Athérosclérose des artères distales avec gangrène*[2]
Rééducation FPP : rééducation à la marche MMP : porteur d'une prothèse de membre inférieur AE : sans objet	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z97.1 *Présence d'un membre artificiel (complet) (partiel)* AE : sans objet

[2] Extension internationale (OMS) introduite en 2013 (se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

[3] 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.

2) Un patient a été victime d'une amputation traumatique d'un membre inférieur (niveau cuisse). Admis en SSR en phase postopératoire, l'essentiel des soins a porté sur les pansements du moignon et la surveillance de la cicatrice.

Hiérarchisation	Codage
FPP : pansements postopératoires MMP : amputé d'un membre inférieur (niveau cuisse) AE : amputation traumatique d'un membre inférieur (niveau cuisse)	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z89.6 *Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou* AE : S78.1 *Amputation traumatique entre la hanche et le genou*

La catégorie Z89- comprend : perte d'un membre :

- après intervention chirurgicale
- post traumatique.

Suites de chirurgie osseuse

1) Rééducation après ostéosynthèse d'une fracture fermée de la diaphyse fémorale.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : porteur d'une ostéosynthèse du fémur AE : fracture diaphysaire fermée du fémur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux* AE : S72.30 *Fracture fermée de la diaphyse fémorale*

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

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture fermée du col du fémur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* AE : S72.00 *Fracture fermée du col du fémur*

3) Soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse menaçant la peau, cet implant orthopédique avait été mis en place dans les suites d'une fracture ouverte du tibia.

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins locaux postopératoires MMP : patient opéré AE : déplacement d'une vis d'ostéosynthèse	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z98.8 *États postchirurgicaux précisés* AE : T84.1 *Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre*[4]

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.

4) Rééducation après fractures fermées de la malléole externe droite et du bras gauche (diaphyse humérale). L'essentiel de la rééducation a porté sur la cheville.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : fracture fermée de la cheville AE : sans objet DA : fracture fermée de la diaphyse humérale	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : S82.60 *Fracture fermée de la malléole externe* AE : sans objet DA : *S42.30 Fracture fermée de la diaphyse de l'humérus*

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.

5) Patient admis en SSR après prise en charge chirurgicale d'une fracture fermée du fémur gauche ET d'une fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius droit, toutes deux ostéosynthésées. L'essentiel de la rééducation a porté sur la fracture fémorale.

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

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : porteur d'une ostéosynthèse AE : fracture fermée de la diaphyse fémorale DA : fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius ostéosynthésée	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z967 *Présence d'autres implants osseux et tendineux* AE : S72.30 *Fracture fermée de la diaphyse fémorale* DA : Z967 *Présence d'autres implants osseux et tendineux* *S52.50 Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius*

Suites 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
Soins postopératoires FPP : surveillance postopératoire MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	FPP : Z48.8 *Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* MMP : Z95.1 *Présence d'un pontage aortocoronaire* AE : I21.08 *Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge*
Rééducation cardiaque FPP : rééducation cardiaque MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	FPP : Z50.0 *Rééducation cardiaque* MMP : Z95.1 *Présence d'un pontage coronaire* AE : I21.08 *Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge*

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

Suites d'angioplastie périphérique

Rééducation après une angioplastie périphérique pour artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : porteur d'une angioplastie périphérique AE : artériopathie des membres inférieurs	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z95.80 *Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique* AE : I70.20 *Athérosclérose des artères distales sans gangrène*[5]

Suites de chirurgie reconstructrice

Soins locaux après chirurgie plastique d'escarre fessière stade IV chez un patient tétraplégique.

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins locaux postopératoires MMP : patient opéré AE : escarre fessière stade IV DA : tétraplégie	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z98.8 *États postchirurgicaux précisés* AE : L89.3 *Ulcère de décubitus de stade IV* DA : *G82.5 Tétraplégie, sans précision*

Sevrage alcoolique

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

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

Intercure de chimiothérapie

Un patient est hospitalisé pour chimiothérapie pour lymphome gastrique. Les soins en SSR ont concerné la surveillance après chimiothérapie.

[5] Extension internationale (OMS) introduite en 2013 (se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

Hiérarchisation	Codage
FPP : surveillance après chimiothérapie MMP : lymphome gastrique AE : sans objet	FPP : Z08.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne* MMP : C85.9 *Lymphome non hodgkinien, non précisé* AE : sans objet

Un lymphome peut s'exprimer à un moment ou à un autre au niveau d'un organe particulier (ici l'estomac). Il n'en reste pas moins que le lymphome est une maladie systémique dont le codage emploie les catégories C81 à C85 et jamais les codes des cancers d'organes.

Intercure de radiothérapie

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

Hiérarchisation	Codage
Surveillance après radiothérapie FPP : surveillance après radiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet	FPP : Z08.1 *Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne* MMP : C50.2. *Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein* AE : sans objet

Survenue d'une affection aigüe intercurrente

1) 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 aigüe qui a été traitée pendant deux semaines ~~mobilisé l'essentiel des soins pendant deux semaines~~, au cours desquelles les pansements du moignon ont été poursuivis.

Hiérarchisation	Codage
Soins locaux de cicatrisation FPP : pansements postopératoires MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* AE : I70.20 *Athérosclérose des artères distales sans gangrène*[6]
Survenue d'une affection aigüe intercurrrente, poursuite des soins locaux de cicatrisation FPP : pansements postopératoires MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs DA : pyélonéphrite	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* AE : I70.20 *Athérosclérose des artères distales sans gangrène*[7] DA : N10 *Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*

~~Les soins de la semaine considérée ont principalement porté sur la pyélonéphrite~~, Lors de la semaine où survient une affection aigüe intercurrente, on continuera de coder en FPP les soins sur le moignon d'amputation, en MMP l'amputation et en AE ~~et la surveillance de~~ l'artériopathie comme la semaine précédant la survenue de l'affection aigüe intervurrente, ~~qui ont été poursuivis~~. La pyélonephrite sera ~~sont~~ enregistrée en DA.

[6] Extension internationale (OMS) introduite en 2013 (se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

[7] Extension internationale (OMS) introduite en 2013 (se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

2) 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~~ poursuivie a minima, ~~le traitement de~~ la phlébite est traitée ~~mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée~~.

Hiérarchisation	Codage
Rééducation FPP : rééducation MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture fermée du col du fémur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* AE : S72.00 *Fracture fermée du col du fémur*
Traitement phlébite surale, poursuite de la rééducation FPP : rééducation MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture fermée du col du fémur DA : phlébite surale	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* AE : S72.00 *Fracture fermée du col du fémur* DA : I80.2 *Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs*

2) Une patiente est hospitalisée pour une rééducation après mise en place d'une prothèse de hanche. Au cours de la première semaine de prise en charge elle présente une phlébite surale du membre inférieur droit. Lors de cette première semaine la phlébite est traitée, aucun autre type de prise en charge n'est réalisé (pas de rééducation, pas de surveillance de suture et pansements chirurgicaux, par exemple)

Hiérarchisation	***Codage***
Traitement phlébite surale, aucune autre prise en charge *FPP : soins médicaux* *MMP : porteur de prothèse de hanche* *AE : fracture fermée du col du fémur* *DA : phlébite surale*	*FPP : Z50.1 Autres thérapies physiques* *MMP : Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques* *AE : S72.00 Fracture fermée du col du fémur* *FPP : Z50.1 Autres thérapies physiques* *MMP : Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques* *AE : S72.00 Fracture fermée du col du fémur* *DA : I80.2 Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs*

Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique
Mis en forme : Police :Italique

Pansements de brulure

Un patient atteint de brulures du 2e 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
Pansements FPP : pansements MMP : brulure d'une main au 2e degré AE : surface brulée	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : T23.2 *Brulure du deuxième degré du poignet et de la main*[8] AE : T31.0 *Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps*
Suites de greffe de peau FPP : pansements postopératoires MMP : greffe de peau AE : brulure d'une main au 2e degré DA : surface brulée	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z94.5 *Greffe de peau* AE : T23.2 *Brulure du deuxième degré du poignet et de la main* DA : T31.0 *Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps*

Rééducation nutritionnelle

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

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation nutritionnelle MMP : obésité, IMC à 35 kg/m² AE : état anxiodépressif	FPP : Z71.3 *Surveillance et conseils diététiques* MMP : E66.00 *Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité due à un excès calorique de l'enfant*[9] AE : F41.2 *Trouble anxieux et dépressif mixte*

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

[8] 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.

[9] Code national étendu.

Rééducation respiratoire

Prise en charge d'un patient pour rééducation respiratoire pour bronchite chronique asthmatiforme.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation respiratoire MMP : bronchite chronique asthmatiforme AE : sans objet	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : J44.8 Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques précisées AE : sans objet

Pour le codage de la bronchite chronique asthmatiforme, voir l'index alphabétique de la CIM–10 à l'entrée : Bronchite, chronique, asthmatique.

Soins médicaux

1) Cardiopathie hypertensive : un patient atteint d'une cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque globale, ayant présenté un épisode d'œdème aigu du poumon, 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 (équilibration du traitement).

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins médicaux et surveillance MMP : cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque AE : sans objet	FPP : Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs* MMP : I11.09 *Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée* AE : sans objet

2) Diabète sucré de type 1 : après un séjour en MCO pour décompensation d'un diabète sucré, un patient a été hospitalisé en SSR en raison des difficultés à équilibrer son traitement. Il est par ailleurs porteur d'une polynévrite diabétique, ayant fait l'objet d'une surveillance et d'un traitement, et d'une presbyacousie.

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins médicaux MMP : diabète sucré de type 1 AE : sans objet DA : polynévrite diabétique	FPP : Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux* MMP : E10.4 *Diabète sucré de type 1 avec complications neurologiques* AE : sans objet DA : *G63.2 Polynévrite diabétique*

La FPP est codée Z51.88 car les soins ont essentiellement porté sur l'équilibre de l'insulinothérapie. La polynévrite diabétique, dont le traitement est poursuivi, est un DAS. En

revanche, le déficit auditif n'est pas un DA car il n'a pas motivé de prise en charge pendant la semaine.

3) État végétatif chronique : surveillance et soins médicaux d'un patient en **état végétatif chronique**, à la suite d'un traumatisme craniocérébral diffus lors d'un accident de la route.

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins de nursing et d'hygiène MMP : état végétatif chronique AE : traumatisme craniocérébral diffus	FPP : Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs* MMP : R40.20 *État végétatif chronique* AE : S06.2 *Lésion traumatique cérébrale diffuse*

4) Coma en phase d'éveil : surveillance et soins médicaux d'un patient en phase d'éveil de coma après un traumatisme cranien.

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins de nursing et d'hygiène MMP : éveil de coma AE : traumatisme craniocérébral diffus	FPP : Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs* MMP : R40.28 *Coma, autre et sans précision* AE : S06.2 *Lésion traumatique cérébrale diffuse*

Les « coma en phase d'éveil » se codent R40.28.

Le code R40.10 *Etat paucirelationnel* est réservé aux patients en état paucirelationnel chronique avéré. Les « états végétatifs chroniques et paucirelationnels chroniques » relèvent, le plus souvent, d'unités dédiées[10].

[10] Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002

CHAPITRE VII

COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

VII. 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 ?** » et précise le cas échéant après évaluation, le besoin d'assistance. ~~Elle correspond à l'évaluation du besoin d'assistance auquel répond, le cas échéant, une assistance effective (a besoin d'aide et une aide est apportée).~~

La cotation est effectuée à l'issue de la semaine observée. Elle ~~et~~ mesure le degré de ~~la~~ réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante et décrit le cas échéant le niveau d'assistance apporté. Elle constitue un des facteurs explicatifs de la charge en soins.

1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

La dépendance du patient est cotée **à l'issue de la semaine** considérée.

~~En~~ Depuis 2015, pour le recueil de la dépendance d'une suite de RHS (SSRHS) en **hospitalisation complète,** les établissements peuvent faire le choix :

- de poursuivre le recueil hebdomadaire des variables de dépendance ;
- ou - à titre expérimental - d'alléger la fréquence de ce recueil qui est toutefois obligatoire, au minimum, en première et en dernière semaine ainsi que toutes les 4 semaines.

La fréquence du recueil de la dépendance reste hebdomadaire en hospitalisation à temps partiel.

1.1 SIX VARIABLES

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

- habillage ou toilette ;
- déplacement et locomotion ;
- alimentation ;
- continence-hygiène de l'élimination ;
- comportement ;
- communication.

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

1.2 ~~UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS ACTIONS~~PRINCIPE DE LA COTATION DE LA DEPENDANCE

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

La cotation de la dépendance permet de chiffrer ce que fait (ou ne fait pas) le patient en situation. Elle se déroule en deux étapes. La première consiste à répondre à la question « le patient fait-il telle action ? » par « oui » (le patient fait complètement et seul) ou « non » (le patient ne fait pas, ce qui va de « fait incomplètement » à « ne fait pas du tout »). La seconde étape est celle du chiffrage. Elle est cotée « 1 » lorsque le patient « fait » seul complètement ou losqu'aucune assistance n'est apportée, « 2 à 4 » dans les autres cas, selon le besoin d'assistance nécessaire et réellement apportée pour « faire ».

1.3 ~~QUATRE NIVEAUX DE~~ COTATION DES ACTIONS D'UNE VARIABLE DE DEPENDANCE

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

1 Indépendance complète ou modifiée

Indépendance complète : le patient est totalement autonome

OU
Indépendance modifiée :

- le patient a besoin d'aides techniques ou d'adaptations qu'il maitrise parfaitement*;*
- ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ;
- ou il le fait avec un risque acceptable ne nécessitant pas la présence d'un tiers.

2 Supervision ou arrangement

Supervision :

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action : pour encourager, superviser ou surveiller le patient ou pour enseigner un geste.

OU
Arrangement :
La présence d'une tierce personne est nécessaire (par exemple pour préparer les vêtements pour la cotation de l'habillage), mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.

~~A noter : la mise en place d'orthèses ou de prothèses, ainsi que la présentation et la vidange du bassin sont considérés comme des arrangements.~~

A noter : la mise en place d'orthèse ou de prothèse est considérée comme un arrangement. Un type d'orthèse ou un type de prothèse, impactera toujours la même variable de dépendance (voir exemple de cotation dans le paragraphe 3).

De même, la présentation et la vidange du bassin ~~est~~ sont considérées comme ~~un~~ des arrangements.

3 Assistance partielle : aide par un tiers

L'**aide** d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser partiellement au moins une action ; cette aide implique un contact physique direct avec le patient.

4 Assistance totale : réalisation par un tiers

Une tierce personne est nécessaire pour **réaliser** la totalité d'au moins une action ; cette aide implique un contact physique direct avec le patient.

Tableau récapitulatif

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide humaine
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers : aide
4	Assistance totale	Contact avec un tiers : réalisation

1.4 ~~PRINCIPES DE~~ COTATION DES VARIABLES DE DEPENDANCE

~~**Ce que le patient fait** (ou ne fait pas)~~

Chaque variable doit avoir une cotation qui reflète ~~action doit être cotée en fonction de~~ ce que fait réellement le patient au cours de la semaine observée et non ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles, physiologiques 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.

Cotation des variables recouvrant plusieurs actions

S'il apparait que le patient n'effectue pas les différentes actions d'une même variable de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle la dépendance est la plus importante.

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.

Cotation ~~Variations~~ d'une variable lorsque ~~de~~ la dépendance varie au cours de la semaine

De même, si pour une une variable donnée, la dépendance a évolué au cours de la semaine écoulée, il faut retenir la cotation la plus élevée, correspondant à la journée pendant laquelle la dépendance a été la plus importante.

1.5 CAS PARTICULIERS

- **Enfants**

Coter également ce que l'enfant « fait ou ne fait pas » sans chercher à comparer son niveau de dépendance à celui des enfants de même âge.

- **Actions non observées**

Ce peut être le cas, lors de l'hospitalisation à temps partiel, pour certaines actions non réalisées à l'hôpital (exemple : habillage). Dans cette éventualité, on pourra demander au patient ou à son entourage s'il a été aidé pour réaliser ces actions au cours de la semaine écoulée.

Concernant l'utilisation des escaliers, si cette action n'est pas observable en raison du recours systématique aux ascenseurs, on demandera l'évaluation du kinésithérapeute[1].

- **Alitement passager d'un patient habituellement autonome par exemple lors d'un épisode infectieux**

Le niveau de cotation correspond à l'aide effectivement apportée.

2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

2.1 HABILLAGE OU TOILETTE

En hospitalisation complète, on cotera l'habillage lorsque le patient s'habille ou est habillé par le personnel du service (port de vêtements de ville et chaussage de chaussures). Dans le cas contraire (patient restant en pyjama/chemise d'hôpital et chaussons) on cotera la toilette.

En hospitalisation de jour, seule la cotation de l'habillage sera réalisée, selon les consignes du paragraphe 1.5.

- **L'habillage**

  L'habillage inclut deux actions :

- l'habillage 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'habillage 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.

Cotation de l'habillage :

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient s'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements de ville à leur place habituelle (suppose une réalisation spontanée, sans besoin de présence, suggestion ni stimulation) :

- peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, 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

Indépendance modifiée

Le patient utilise une aide technique spécialisée ou requiert une adaptation permettant l'indépendance pour l'habillage (exemples : vêtements adaptés facilitant l'habillage et chaussures y compris chaussures à scratch)

OU prend plus de temps que la normale.

---

[1] Sauf pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant pour lesquelles cette action n'est pas cotée. Voir pages suivantes le paragraphe 2.2 « Déplacement et locomotion ».

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation)
  OU
- Requiert un arrangement :
  - préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée pour l'habillage,
  - aide pour la mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse.

3 Assistance partielle

Le patient assure une partie de son habillage, mais nécessite une aide partielle pour au moins l'une des deux actions (habillage du haut du corps, habillage du bas du corps).

Exemple : un patient assure une partie de son habillage du bas du corps, mais une aide est nécessaire pour enfiler les chaussettes et les chaussures.

4 Assistance totale

Le patient a besoin d'une aide totale à l'habillage pour au moins l'une des deux actions.

- **La toilette**

La toilette inclut deux actions :

- la toilette du haut du corps : se laver au-dessus de la taille, se raser et se coiffer ;
- la toilette du bas du corps : se laver les régions intimes, les membres inférieurs dont ~~et~~ les pieds.

L'installation sanitaire dont dispose la chambre/le service (baignoire, douche...) n'entre pas dans l'évaluation : on peut se laver et être propre sans disposer d'une baignoire ou d'une douche.

Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu : on se situe dans le cadre de l'hygiène corporelle, non dans celui de la recherche esthétique.

Cotation de la toilette :

1 Indépendance complète ou modifiée

- Le patient fait sa toilette seul et correctement en prenant les accessoires nécessaires à leur place habituelle (gant, serviette, savonnette, rasoir...).
- Peut se laver les dents, se raser, se laver le dos (si besoin avec l'aide d'une brosse munie d'un manche), se coiffer
- OU
- Indépendance modifiée
  - requiert une adaptation pour les gestes fins : manipulation de la brosse à dents, du dentifrice, du rasoir...
- OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation)

- OU
- Requiert un arrangement (ouverture du tube de dentifrice, préparation du rasoir ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale

Le patient a besoin d'une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

Attention si le patient se lave entièrement seul, une fois que le personnel du service l'a aidé à aller jusqu'à la baignoire/douche/lavabo, alors la cotation de la toilette est 1, les difficultés de locomotion seront cotées dans la variable déplacement et locomotion.

2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

La variable « déplacement et locomotion » inclut **cinq** actions :

- les transferts lit-chaise-fauteuil roulant : passer du lit et de la chaise à la position debout et inversement OU si le fauteuil roulant est le mode habituel de locomotion se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement ;
- les transferts aux toilettes : s'assoir 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

- Indépendance complète :

Le patient effectue seul et sans risque particulier l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts

OU

- Indépendance modifiée :
  - utilise des aides techniques ou adaptations qu'il maitrise parfaitement et sans risque particulier (Exemples d'aides techniques au déplacement : cannes anglaises, fauteuils roulants, déambulateurs, …),
  - OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision (présence, surveillance, suggestion, stimulation)
  - Pour réaliser les transferts
  - 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),

OU

- Requiert un arrangement : positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied…

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une des actions.

Exemple : pour descendre les escaliers, le patient doit être accompagné par un soignant qui lui tient le bras.

4 Assistance totale

Le patient nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une des actions.

Cas particulier : le niveau de cotation correspond à '4' pour les patients confinés durablement au lit et que l'on ne lève pas (patients grabataires, …).

2.3 ALIMENTATION

Cette variable 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 (avaler la bouchée ou la gorgée).

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète : mange seul en prenant les aliments de toute consistance sur une assiette ou un bol et boit seul à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles habituels,

OU

- Indépendance modifiée :
  - utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau ou fourchette adaptés, etc.),
  - OU requiert plus de temps que la normale,
  - OU nécessite des aliments à consistance modifiée.
  - OU, si le repas est administré par une autre voie (entérale ou stomie digestive), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision (suggestion, stimulation, présence ou surveillance par exemple en cas de risque de fausse route),

OU

- Requiert un arrangement :
  - mise en place d'une prothèse ou d'une orthèse, quelque soit l'importance de l'aide (supervision, aide partielle ou aide totale),
  - OU requiert une aide pour ouvrir les récipients (pots, bouteilles, …), couper la viande, beurrer le pain, et/ou verser les liquides.

3 Assistance partielle

- Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions (par exemple : pour porter les aliments à la bouche)

OU

- lorsque le repas est administré par une autre voie (entérale ou stomie digestive), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale

- Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions (par exemple : porter les aliments à la bouche),

OU

- lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale, entérale ou stomie digestive), le patient ne le gère pas du tout.

2.4 CONTINENCE – HYGIENE DE L'ELIMINATION

Cette variable inclut **deux** actions :

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

Exemples de dispositifs et moyens spécifiques pour la continence :

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

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 apporte une aide physique partielle au patient pour gérer la poche à urine, coter 3
- Si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion du collecteur qui est évaluée (cotation : voir ci-dessus).

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète :

Le patient contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent. Il s'essuie seul.
OU

- Indépendance modifiée :

- Le patient requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul. Il est autonome et n'est jamais incontinent.
- OU prend un traitement médicamenteux qui l'aide à garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision, une incitation ou l'enseignement de gestes (par exemple pour le changement des poches, …),

OU

- Requiert l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant : la présentation et la vidange du bassin par un tiers sont des arrangements si les patients les positionnent et les retirent eux-mêmes,

OU

- Incontinence exceptionnelle (au maximum une fois par semaine).

3 Assistance partielle

- Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions (pour installer le patient sur le bassin, le désinstaller, pour l'essuyer, pour l'entretien du collecteur urinaire, etc.),

OU

- Incontinence occasionnelle (plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours).

4 Assistance totale

- Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions

Exemple : Le patient nécessite une assistance totale pour changer ses protections.
OU

- Incontinent total : le patient se souille fréquemment (tous les jours)

2.5 COMPORTEMENT

Il inclut une seule action, l'interaction sociale, définie comme la **capacité à s'entendre avec les autres** et à **participer** aux situations sociales ou thérapeutiques hospitalières pour assurer ses besoins propres, tout en respectant ceux des autres.

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète

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

- Indépendance modifiée

- Le patient peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales,
- OU prend un traitement médicamenteux qui l'aide à garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

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

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 fréquemment des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : attitude très renfermée avec isolement et évitement de tout contact social, ou bien rires et pleurs manifestement excessifs, crises de colère fréquentes, langage grossier ou violent, ou, à l'extrême, violences physiques .

NB : 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 code de la CIM–10.

2.6 COMMUNICATION

Cette variable inclut deux actions :

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

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète : comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées,

  OU

- Indépendance modifiée :
  - nécessité d'un interprète (langue des signes, personne non francophone),
  - comprend et s'exprime lentement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

- Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges,

OU

- requiert un arrangement : faire répéter, parler plus lentement, s'aider de gestes, utilisation de dispositifs d'aide à l'audition ou à la communication, de supports écrits, etc.).

3 Assistance partielle

Ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes très simples et nécessite fréquemment une aide pour comprendre ou s'exprimer.

4 Assistance totale

Ne comprend pas et/ou ne s'exprime pas, OU s'exprime de façon incompréhensible.

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

3.1 HABILLAGE OU TOILETTE

3.1.1) En hospitalisation complète : Un patient ayant un déficit de flexion de la hanche et du genou, lorsque vient le moment d'enfiler ses vêtements de ville, met seul son slip et son pantalon mais ne pouvant atteindre ses pieds avec ses mains, il est aidé pour mettre ses chaussettes et ses chaussures.

Il s'agit ici et pour ce patient de coter l'habillage, on ne cotera pas la toilette. 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**.

3.1.2) En hospitalisation partielle : Le même patient dit (en réponse à une question du soignant sur l'accomplissement à domicile de son habillage) qu'il est capable de mettre son slip et son pantalon. Mais, qu'il doit se faire aider par quelqu'un de son entourage pour mettre ses chaussettes et ses chaussures.

Il faut coter l'habillage. Et comme précédemment, il est à **3**.

3.1.3) En hospitalisation complète : Un patient est muté du MCO en SSR. Il est encore très fatigué et reste en pyjama pendant la journée. Le personnel soignant l'aide pour s'installer devant le lavabo et pour enlever son pyjama/chemise d'hôpital. Le personnel lui ouvre le tube de dentifrice. Le patient réalise ensuite seul sa toilette du haut du corps. Il a besoin d'une aide partielle pour la toilette du bas du corps. Le personnel soignant l'aide pour remettre son pyjama.

L'action d'enlever ou de mettre un pyjama n'est pas cotée dans la cotation de l'habillage. La variable dépendance à l'habillage est cotée uniquement lorsque l'habillage concerne des vêtements de ville.

Pour la cotation de la toilette :

- la cotation pour le haut du corps est 2 (ouverture du tube dentifrice)
- la cotation pour le bas du corps est 3.

Il faut retenir l'action concernant la toilette pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance, 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- HYGIENE DE L'ELIMINATION

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

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 aplanir 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**.

3.6 COMMUNICATION

1) Un patient hémiplégique 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

Abcès
de paroi 58, 59
sous-phrénique 58, 59
Ablation
d'appareil d'immobilisation 51
de matériel d'ostéosynthèse 51
Accident dû à médicament 61
Accident ischémique transitoire 54
Accident vasculaire cérébral 54
Acte
réalisé dans un autre établissement 19
réalisé dans un champ différent 21
transfert pour la réalisation d'un — 19, 21
Acte de rééducation et réadaptation 17, 43
codage 43
complication 56
date de réalisation 44
Acte médical 16, 42
biologie 25
codage 42
complication 56
date de réalisation 43
nombre de réalisations 43
Activités de la vie quotidienne 17, 82
alimentation 17, 87, 92
arrangement 82
assistance partielle 82
assistance totale 82
communication 17, 90
comportement 17, 90
continence 17, 88, 92
cotation 17, 82
déplacement 17, 86, 91
habillage 17
indépendance 82
locomotion 17, 86, 91
relation 17, 90
supervision 82
toilette 17, 85
transferts 86, 91
Administration de produits et prestations en environnement hospitalier 29
Admission
administrative 3
réadmission le jour de la sortie 5
Affection étiologique (AE) 16, 39
code non utilisable (interdit) 46
AGRAF-SSR 18, 25, 34
Alcool, sevrage 75
Alimentation (dépendance) 17, 87, 92
Amputation, moignon 76
Amputé d'un membre 71, 72, 76
Anévrysme artère cérébral, rupture 54
Angioplastie périphérique 74
ANO 32, 34, 35
ANO-HOSP 33
Anonymat des soins 6, 7
Antécédent
d'accident vasculaire cérébral 55
Aphasie 54
Appareil d'immobilisation (changement, ablation) 51
Appareillage 51
Arrangement (dépendance) 82
Artères cérébrales, syndrome des 55
Assistance partielle (dépendance) 82
Assistance totale (dépendance) 82
Astérisque (code) 48
Astérisque (code, CIM–10) 41
ATU . Voir Médicament, autorisation temporaire d'utilisation
Autorisation de l'unité médicale (type) 8
AVC ..... *Voir* Accident vasculaire cérébral
Avitaminose 55
AVQ ..... *Voir* Activités de la vie quotidienne

B

B2, norme 25
Bilan d'évaluation professionnelle 49
Biologie, acte 25
BMR 65

C

Carences vitaminiques 55
Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation 17, 43, 56
Catégorie d'intervenant 44
CCAM.. *Voir* Classification commune des actes médicaux
Chainage anonyme 32
index (numéro d'–) 34, 35
Changement d'appareil d'immobilisation 51
Chimiothérapie 50, 75
CIM–10… *Voir* Classification internationale des maladies
Classification commune des actes médicaux 16, 42
Classification internationale des maladies ... 16, 46
catégorie 46
chapitre XX 61
code à 3 caractères 46
code à 4 caractères 46
code *astérisque* 48
code *dague* 48
code étendu (extension de code) 46
code non utilisable (interdit) 46

double codage *dague-astérisque* 48
sous-catégorie.....46
Codage état postopératoire.....73
Code
à 3 caractères (CIM–10).....46
à 4 caractères (CIM–10).....46
à usage urgent 67
astérisque (CIM–10) 41, 48
avec un signe + (CIM–10).....46
d'acte de rééducation et réadaptation 43
d'acte médical 42
dague (CIM–10) 41, 48
de manifestation (CIM–10).....41
étendu (CIM–10) 46, 47
étiologique (CIM–10) 41
géographique 18
INSEE de pays.....7
non utilisable (interdit) (CIM–10) 46
père (CIM–10) 47
postal 7
V, W, X, Y (CIM–10) 61
Coloscopie, perforation 60
Communication (dépendance) 17, 90
Complication d'un acte de rééducation-réadaptation 56
Complication d'un acte médical 56
Comportement (dépendance).....17, 90
Conduite automobile, permis.....49
Confidentialité des informations 35
Conservation des fichiers d'activité et de facturation 36
Continence (dépendance) 17, 88, 92
Contre-indication.....52
Contrôle de la qualité des informations.....36
Contrôle, soins de – 51
COTOREP, bilan.....49
CSARR*Voir* Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
Cystite aigüe.....60

D

Dague (code).....48
Dague (code, CIM–10).....41
Date
d'entrée.....7, 9
de la dernière intervention chirurgicale.....8
de l'hospitalisation 27
de réalisation d'un acte.....43
de sortie 10
Décès 11
journée de présence.....13
Dépendance 17
alimentation.....17, 87, 92
arrangement.....82
assistance partielle 82
assistance totale.....82
communication 17, 90
comportement 17, 90
continence.....17, 88, 92
cotation 17, 82
déplacement.....17, 86, 91
habillage.....17
indépendance.....82
locomotion.....17, 86, 91
niveaux.....17, 82
relation 17, 90
sonde urinaire 89
stomie 89
supervision.....82
toilette 17, 85
transferts 86, 91
Dépendance envers
un aspirateur 53
un respirateur 53
une machine, un appareil 53
Dépistage 50
Déplacement (dépendance) 17, 86, 91
Déplacement d'électrode de stimulation cardiaque 57, 59
Dernière intervention chirurgicale, date 8
Diabète 79
Diabète de type 2.....60
Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications multiples.....48
Diagnostic associé
par convention (DAC) 41
significatif (DAS).....39
Diagnostic associé (DA) 39
Dispositif médical implantable 21
Dossier médical 4
Double codage *dague-astérisque* (CIM–10) .48
Durée de conservation des fichiers d'activité et de facturation 36

E

Effet nocif de médicament.....61
Effet secondaire, indésirable, de médicament 61
Électrode de stimulation cardiaque, déplacement.....57, 59
Embauche, examen 49
Endocardite sur valve prothétique 58, 59
Entrée
date.....7, 9
mode.....9
é-PMSI (plateforme).....5, 32, 35
État grabataire 62
État postopératoire, codage 73
État végétatif.....79
Etat Végétatif Chronique – Etat Pauci Relationel 14
Étiologie (codage de l'—) 41
Évaluation professionnelle 49
EVC-EPR.....14

F

Facturation individuelle des séjours.....28
FICHCOMP, FICHCOMPA..... 24, 26, 28, 32

conservation 36
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux 4
Finalité principale de prise en charge 16, 38
code non utilisable (interdit) 46
Finalité principale de prise en charge
codage 49
FINESS ..... Voir Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN) 33
FPP .Voir Finalité principale de prise en charge
Fracture 62
Fracture (rééducation après –) 72

G

Générateur de RHA, GENRHA 18, 34
Grabataire, état 62
Greffe, rejet 57, 59
Grossesse à risque 50

H

Habillage (dépendance) 17
Handisport 49
Hémangiome 62
Héminégligence 70
Hémiplégie
flasque 54
spastique 55, 66, 69
Hémorragie
cérébrale 54
sousarachnoïdienne 54
sous-durale, extradurale 54
Hôpital de jour
journée de présence 13
Hôpital de nuit
journée de présence 12
HOSP-FACT 25
Hospitalisation à domicile 10, 11
Hospitalisation complète
journée de présence 12
HOSP-PMSI 34

I

Immobilisation (changement, ablation d'appareil) 51
Indépendance 82
Index (numéro d'–) du chainage anonyme ... 34, 35
Infarctus cérébral 54, 69
Infarctus du myocarde postopératoire ... 58, 59, 60
Infection
nosocomiale 60
ostéosynthèse (matériel) 58, 59
prothèse articulaire 58, 59
prothèse valve cardiaque 58, 59
Infection des voies urinaires 60
Infection urinaire basse 60
infection vésicale aigüe 60
INSEE, code de pays 7
Insuffisance cardiaque 79
Intervenant, catégorie 44
Intervention chirurgicale 8
Intoxication médicamenteuse 61
Isolement prophylactique 50

J

Journée de présence
décès 13
hôpital de jour 13
hôpital de nuit 12
hospitalisation complète 12
mutation 12
séances 13
transfert 13
transfert provisoire 13

L

Lésions traumatiques multiples 62
Lit identifié 14
Locomotion (dépendance) 17, 86, 91
Luxation de prothèse articulaire 57, 59
Lymphangiome 62
Lymphome, codage 75

M

MAGIC 33
Manifestation (codage de la —) 41
Manifestation morbide principale 16, 39
code non utilisable (interdit) 46
Matériel d'ostéosynthèse
ablation 51
infection 58, 59
Médecine du travail 49
Médicament
accident 61
autorisation temporaire d'utilisation (ATU) 26, 28
effet nocif 61
effet secondaire, indésirable 61
intoxication 61
payé en plus 21
suicide et tentative 61
surdosage 61
Médicosocial (hébergement) 11
MMP ..... Voir Manifestation morbide principale
Mode
d'entrée 9
de sortie 11
Moignon d'amputation 76
Molécule onéreuse.. Voir Médicament, payé en plus
Morbidité principale 15, 38
Mutation 9, 11
journée de présence 12

N

Névrome de moignon d'amputation 59
Nombre de réalisations, acte médical.....43
Norme B2 25
Nosocomial, facteur 60
Numéro
  administratif de séjour.....6
  d'entrée 25
  de la semaine 12
  de séjour en SSR 5
  d'unité médicale 8
  séquentiel de séjour 18
Nutrition, rééducation 78

O

OAP..... *Voir* Œdème pulmonaire
Obésité 78
Œdème pulmonaire.....62
Orthèse.....51
Ostéosynthèse (matériel)
  ablation 51
  infection.....58, 59

P

Pays de résidence (code).....7
Perforation colique perendoscopie 60
Permis de conduire 49
Permission.....12, 13
Phlébite due à perfusion 58, 59, 60
Plateforme é-PMSI.....5, 32, 35
Plus (signe + dans un code).....46
Pneumonectomie 70
Pneumonie postopératoire 58, 59, 60
Pneumothorax postopératoire 58, 59, 60
Polyhandicap lourd
  définition.....63
Pontage artériel, thrombose 58, 59
Pontage coronaire.....74
Poursuite du même projet thérapeutique 15
Précarité 63
PREFACE.....30
Prestation
  inter-activités (PIA) 21
  inter-établissements (PIE).....19
Prestation relevant
  d'un champ d'activité différent.....21
  du même champ d'activité 19
Produit et prestation.....21
Prothèse 51
  articulaire, infection.....58, 59
  articulaire, luxation.....57, 59
  valvulaire cardiaque, infection.....58, 59
Provenance 10

Q

Qualité des informations 36

R

Radiothérapie 76
RAFAEL 30
Réadmission le jour de la sortie 5
Rééducation après fracture 72
Rééducation et réadaptation professionnelle
  .....49, 66
Rééducation et réadaptation, acte.....17, 43
Rééducation nutritionnelle.....78
Rééducation respiratoire 78
Rejet de greffe 57, 59
Relation (dépendance) 17, 90
Résidence, code géographique 18
Résumé hebdomadaire anonyme.....18
  conservation.....36
  transmission 32
Résumé hebdomadaire standardisé
  champ de production 4
  conservation.....36
  contenu 4
  groupé.....18
Résumé standardisé de facturation 24
  conservation.....36
Résumé standardisé de facturation anonyme
 25
  conservation.....36
  transmission 32
Résumé standardisé de facturation des actes
  et consultations externes 20, 24, 29
RHA..... *Voir* Résumé hebdomadaire anonyme
RHS.. *Voir* Résumé hebdomadaire standardisé
RSF... *Voir* Résumé standardisé de facturation
RSFA. *Voir* Résumé standardisé de facturation
  anonyme
RSF-ACE.....Voir Résumé standardisé de
  facturation des actes et consultations
  externes
Rupture d'anévrysme artériel cérébral 54

S

SAE ..... *Voir* Statistique annuelle des
  établissements de santé
Séances
  journée de présence 13
Secret professionnel 35
Séjour administratif, numéro.....6
Séjour en SSR, numéro 5
Semaine, numéro.....12
Séquelles de.....65
Sevrage alcoolique 75
Sexe 7
Signe + dans un code 46
Soins de contrôle 51
Soins palliatifs.....52
Sonde urinaire 89
Sortie
  date.....10
  mode.....11
  suivie de réadmission 5

Sortie contre avis médical 52
SSRHA..... *Voir* Synthèse par séjour de RHA
Statistique annuelle des établissements de
santé 4
Stomie
codage 51
dépendance 89
soins 53
Suicide et tentative.....61
Supervision (dépendance) 82
Surdosage médicamenteux.....61
Surveillance
de traitement 50
postopératoire, postinterventionnelle 51
Syndrome des artères cérébrales.....55
Synthèse par séjour de RHA 18

T

Tentative de suicide 61
Thrombose de pontage artériel 58, 59
Toilette (dépendance) 17, 85
Trachéostomie 51, 53
Traitement, surveillance 50
Transfert 11
journée de présence.....13
pour prestation de soins 19, 21
pour réalisation d'un acte.....19, 21
provisoire 9, 11, 19, 21
Transfert provisoire
journée de présence.....13
Transferts (dépendance).....86, 91
Transmission des informations.....32
Travail, médecine du.....49
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue
.....66
Type
d'activité (SAE).....4
d'autorisation de l'unité médicale 8
d'hospitalisation.....6
Type d'autorisation de lit
identifié (dédié).....14
soins palliatifs.....14
Type d'unité
Etat Végétatif Chronique – Etat Pauci
Relationel.....14
EVC-EPR 14
spécifique.....14
Unité cognitivo-comportementale.....14
Unité de soins palliatifs 14
Type d'unité spécifique 14

U

UCC 14
Unité cognitivo-comportementale 14
Unité de soins palliatifs 14
Unité médicale 3
numéro.....8
type d'autorisation 8
USP 14

V

VID-HOSP 20, 27, 34
Vitamines, carence 55

INDEX DES CODES ET DES RUBRIQUES DE LA CIM–10 CITÉS

Les entrées de cet index sont les codes pour lesquels le présent guide fournit des explications ou des exemples d'emploi. Il permet au codeur qui s'interroge sur les conditions d'utilisation d'un code de la CIM–10 de trouver des informations susceptibles de l'aider.

A

A41.2 ..... 59, 60

B

B24.+9 46
B90-B94 66
B91 67

C

C34.1 71
C81–C89 77

D

D12.2 63
D18 63
D37–D48 67

E

E10.– 48
E10.4 81
E11– 61
E11.20 48
E11.40 48
E11.58 ..... 49, 70
E11.70 48
E50-E56 56
E64 66
E66.0– 80
E68 66

F

F00.1 48
F07.2 67
F10.2 76
F41.2 80

G

G09 66
G30.1 48
G40 67
G46 55
G46.0–G46.2 ..... 55, 70
G46.3–G46.8 55
G63.2 ..... 76, 81
G81.0– 55
G81.1 ..... 56, 67, 70
G83.1 67

I

I11.09 81
I21 ..... 59, 60
I21.08 75
I33.0 ..... 59, 60
I50.1 63
I60 54
I61 54
I61.3 56
I62 55
I63 ..... 55, 70
I63.3 ..... 70, 71
I63.4 ..... 56, 70
I64 55
I65–I66 70
I66.0–I66.3 70
I69 66
I69.3 67
I70.2– 72, 76, 78
I74.3 ..... 59, 60
I79.2 49
I80.2 79
I80.8 ..... 59, 60
I97.2 58
I97.8 ..... 58, 59

J

J18.9 ..... 59, 60
J44.8 81
J95.1 58
J95.8 ..... 58, 59

K

K25.3 ..... 59, 60
K29.1 62
K43.1 58
K43.5 58
K65.0 ..... 59, 60

K91.8 ..... 58, 59

L

L02 ..... 59, 60

M

M00 ..... 59, 60
M86 ..... 59, 60

N

N08.3 48
N30.0 61
N39.0 61

O

O94 66
O97 66

R

R00.1 62
R26.30 62
R40.2– 56
R40.20 82
R47.0– 55
R48.10 71
R54.+0 46

S

S06.2 82
S27.01 ..... 59, 60
S32.80 48
S36.5 61
S42.3 74
S52.50 75
S66 ..... 59, 60
S72.0 ..... 73, 79
S72.3 73
S72.30 75
S78.1 73
S82.6 74

T

T00–T07 48
T08–T14 47
T23.2 80
T29.3 48
T29–T30 48
T31.0 80
T36–T50 62
T80.0 57
T80.1 ..... 59, 60
T80.2 ..... 58, 59, 60
T80.5 57
T80–T88 57
T81.2 ..... 58, 61
T81.3 ..... 59, 60
T81.4 ..... 58, 59, 60
T81.8 ..... 59, 60
T82.0–T82.5 58
T82.1 ..... 58, 60
T82.6 ..... 59, 60
T82.8 ..... 59, 60
T83.0–T83.4 58
T84.0 ..... 58, 60
T84.0–T84.4 58
T84.1 ..... 74, 76
T84.5 ..... 59, 60
T84.6 ..... 59, 60
T85.0–T85.6 58
T86 58
T87 58
T87.3 ..... 58, 60
T87.4 72
T88.0, T88.1 58
T88.7 58
T90.5 67
T90-T98 66

U

U00-U49 68
U06 68
U07 68
U82-U84 65

X

X40–X44 62
X60–X64 62

Y

Y40–Y59 62
Y45.3 62
Y52.0 62
Y60.4 61
Y60–Y69 60
Y70–Y82 60
Y83 60
Y83.1 60
Y83.4 60
Y83.5 60
Y83.6 60
Y83–Y84 60
Y84.8 60
Y85.0 67
Y85-Y89 ..... 66, 67
Y95 61

Z

Z02.1 49
Z02.4 49
Z02.5 49
Z02.6 49

Z03 49
Z04 49
Z08 50
Z08.1 77
Z08.2 ....50, 77
Z09 50
Z09.2 50
Z11 50
Z12 50
Z13 50
Z29 50
Z30 51
Z31 51
Z31.5 51
Z31.6 51
Z35 51
Z43 51
Z43.0 51
Z44 51
Z44.1 ....49, 72
Z45 51
Z46 51
Z46.7 51
Z46.8 51
Z47 52
Z48 52
Z48.0 ....72, 73, 74, 76, 78, 80
Z48.8 ....71, 75
Z49 52
Z50.0 ....52, 75
Z50.1 48, 56, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 81
Z50.2 76
Z50.5 52
Z50.7 ....49, 67
Z50.8 ....48, 70
Z51 52
Z51.1 52
Z51.2 52
Z51.3 52
Z51.30 52
Z51.31 52
Z51.5 53
Z51.88 ....56, 81, 82
Z52 74
Z53 53
Z53.0 53
Z53.2 53
Z54 53
Z55.0 64
Z55.1 64
Z56 49
Z59.0 64
Z59.10 64
Z59.11 64
Z59.12 64
Z59.13 65
Z59.50 65
Z59.62 65
Z60.20 65
Z60.30 65
Z71 53
Z71.3 80
Z74.2 ....53, 56
Z75.5 56
Z76 53
Z86.70 56
Z89 ....53, 74
Z89- 73
Z89.5 ....49, 72
Z89.6 73
Z90 74
Z90.2 71
Z93–Z98 ....53, 54
Z94 54
Z94.5 80
Z94–Z96 74
Z95 54
Z95.1 75
Z95.80 76
Z96 54
Z96.6 ....54, 73, 79
Z96.7 ....54, 73, 75
Z97.1 72
Z98.8 ....74, 76
Z99 54
Z99.0 54
Z99.4 54

Ce document est conforme à la nouvelle orthographe
www.orthographe-recommandee.info