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 2

Décembre 2014

PRÉAMBULE

Le présent document est la seconde version provisoire du Guide méthodologique de production 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 2015/2 bis, fascicule spécial) sera applicable à partir du 29 décembre 2014. La version définitive du guide annulera et remplacera à partir du 29/12/2014 la version précédente (*Bulletin officiel* n° 2014/2 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) (*Bulletin officiel* spécial n° 2015/8 *bis*)
- dans le *Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation* (*Bulletin officiel* spécial n° 2015/1 *bis*) ;
- dans la 10ème révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dite à usage PMSI (*Bulletin officiel* spécial n° 2015/9 *bis*) ;
- dans le *Guide de lecture et de codage* du *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR) : *Bulletin officiel* spécial n° 2015/3 *bis* ;
- dans la notice technique n° CIM-MF 1210-3-2014 du 19 décembre 2014.

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.

VERSION PROVISOIRE 2

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 prend une forme qui dépend du mode de financement, dotation annuelle ou objectif quantifié national.

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 l'arrêté du 30 juin 2011 modifié[2].

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

VERSION PROVISOIRE 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 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 »).

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.

VERSION PROVISOIRE 2

SOMMAIRE

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

1. CHAMP DE RECUEIL ET DÉFINITIONS 2

1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNES 2
1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION 2

2. CONTENU DU RECUEIL 3

2.1 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ 3
2.1.1 Les informations administratives constantes au cours du séjour 3
2.1.2 Les Informations variables au cours du séjour 6
2.1.2.1 Informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient 6
2.1.2.2 Informations hebdomadaires du RHS 10
2.1.2.3 Informations hebdomadaires médicales, paramédicales et socio-éducatives 12
2.2 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME 15
2.3 FORMATS DES RÉSUMÉS 15

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS 16

3.1 DÉFINITION 16
3.2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF 16
3.2.1 Cas général 16
3.2.2 Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie 17

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION 20

1. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL 20

1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION 20
1.2 LE FICHIER FICHCOMP 22

2. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE 22

2.1 LE FICHIER VID-HOSP 22
2.2 LE FICHIER FICHCOMP 24
2.3 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES 24

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 27

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS 27

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME 27

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME 28

3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE 28
3.1.1 Création du numéro anonyme du patient 28
3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation 29
3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation 29
3.2 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL 29
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME E-PMSI 30

VERSION PROVISOIRE 2

4. CONFIDENTIALITÉ 30

5. QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS 30

6. CONSERVATION DES FICHIERS 31

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ 33

1. LA MORBIDITÉ 33

1.1 LA MORBIDITÉ PRINCIPALE 33
1.2 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS 34

2. LES ACTES MÉDICAUX 35

3. LES ACTES DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION 36

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES* (CIM–10) 39

1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10 39

2. CODES DE LA CIM–10 NON UTILISABLES 39

2.1 LES CODES DES CATEGORIES « NON VIDES » DE LA CIM–10 40
2.2 CODES NE DEVANT PAS ETRE UTILISES POUR LE CODAGE DE « L'AFFECTION PRINCIPALE » 40
2.3 LES CODES-PERES INTERDITS 40
2.4 LES CODES INTERDITS PARCE QUE TRES IMPRECIS 40

3. CODES DE LA CIM–10 DONT L'EMPLOI DOIT ÊTRE ÉVITÉ 40

4. LE DOUBLE CODAGE *DAGUE-ASTÉRISQUE* 41

5. EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM–10 (« CODES Z ») 42

5.1 CODAGE DE LA FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE 42
5.2 CODAGE DE LA MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE 46

6. DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM–10 47

6.1 ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX 47
6.1.1 Les types d'accidents vasculaires cérébraux 47
6.1.2 Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux 47
6.1.3 Séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux 48
6.1.4 Règles de codage des accidents vasculaires cérébraux 48
6.2 COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX 48
6.2.1 Les codes du groupe T80–T88 49
6.2.2 Les catégories « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé[e]s ailleurs » 50
6.2.3 Les codes « habituels » de la CIM–10 51
6.2.4 Les circonstances sont enregistrées avec le chapitre XX de la CIM–10 52
6.3 DIABETE DE TYPE 2 TRAITE PAR INSULINE 53
6.4 EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS 53
6.4.1 Les intoxications accidentelles et volontaires 53
6.4.2 Les effets indésirables 54
6.5 ÉTAT GRABATAIRE 54
6.6 HÉMANGIOME ET LYMPHANGIOME 54
6.7 LÉSIONS TRAUMATIQUES 55
6.8 ŒDÈME PULMONAIRE 55
6.9 POLYHANDICAP LOURD 55
6.10 PRÉCARITÉ 56
6.11 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS 57
6.12 SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES 58
6.13 TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE 59

VERSION PROVISOIRE 2

6.14 CODES OMS RESERVES A UN USAGE URGENT 59

VI. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ 62

VII. COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE 73

1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE 73

1.1 SIX VARIABLES 73
1.2 UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS ACTIONS 73
1.3 QUATRE NIVEAUX DE COTATION 73
1.4 PRINCIPES DE COTATION 74
1.5 CAS PARTICULIERS 75

2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE 75

2.1 HABILLAGE 75
2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION 76
2.3 ALIMENTATION 77
2.4 CONTINENCE – HYGIENE DE L'ELIMINATION 78
2.5 COMPORTEMENT 79
2.6 COMMUNICATION 80

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE 81

3.1 HABILLAGE 81
3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION 81
3.3 ALIMENTATION 82
3.4 CONTINENCE- HYGIENE DE L'ELIMINATION 82
3.5 COMPORTEMENT 82
3.6 COMMUNICATION 83

APPENDICE 1 – Extensions nationales de codes de la CIM–10 85

INDEX ALPHABÉTIQUE 100

INDEX DES CODES ET RUBRIQUES DE LA CIM–10 CITÉS 105

VERSION PROVISOIRE 2

CHAPITRE I

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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

VERSION PROVISOIRE 2

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.

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

Le découpage en UM est en effet du ressort de l'établissement. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), une UM ne peut pas être partagée entre deux SA[1].

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.

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

Dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission). Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours peuvent correspondre à des présences discontinues. Il ne peut être produit de RHS qu'au titre d'une semaine au cours de laquelle le patient a été présent en hospitalisation, 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

[1] « 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).

VERSION PROVISOIRE 2

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 »[2]). 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 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 juridique, s'agissant des établissements de santé publics ;
- dans l'entité géographique, s'agissant des établissements de santé privés.

Il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour (voir ci-dessous). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre les

[2] 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.

VERSION PROVISOIRE 2

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.

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[3].

Dans les établissements privés financés par objectif quantifié national, 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 (médecine, chirurgie, obstétrique — MCO —, psychiatrie… ; voir plus loin ce qui concerne les

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

VERSION PROVISOIRE 2

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)*[4]

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[5].

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[6].

❒ 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.

VERSION PROVISOIRE 2

---

[4] Par rapport à la nomenclature des formes d'activité (FA) de la *Statistique annuelle des établissements* (se reporter au point 1 du chapitre), le code 1 correspond aux FA 03 et 20, le code 2 à la FA 04, le code 3 à la FA 05, le code 4 à la FA 19.

[5] 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).

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

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

❒ Date de 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.

VERSION PROVISOIRE 2

❒ Type d'autorisation de l'unité médicale[7]

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)*

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* et le *transfert*.

Code 6 *Mutation*

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

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

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

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

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

Code 7 *Transfert définitif*

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

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

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

Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est *domicile*[8] (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, selon le cas, à une autre entité juridique ou 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 vient de son domicile personnel ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale[9]. 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

[8] 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.

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

VERSION PROVISOIRE 2

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*[10]

- 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, qu'elle soit celle de l'établissement de SSR ou celle d'un autre établissement.

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale* 9

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).

❒ 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*.

Code 6 *Mutation*

Le patient sort vers une autre unité médicale appartenant :

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

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

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

Code 7 *Transfert définitif*

Le patient sort vers :

- une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

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

Code 0 *Transfert provisoire (« 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*[11]

- en cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*[12]

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).

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

[12] Se reporter à la note 9.

VERSION PROVISOIRE 2

En hospitalisation complète les numéros de semaines des RHS consécutifs d'un même patient doivent être continus. En hospitalisation de jour en revanche, par exemple, 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[13]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

VERSION PROVISOIRE 2

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

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 juridique, s'agissant des établissements de santé publics ; appartenant à la même entité géographique, s'agissant des établissements de santé privés - cette information **médicale** atteste que la prise en charge du patient s'inscrit dans le cadre du même projet thérapeutique.

Cette information doit être codée '1' (oui) dès lors que :

- l'interruption entre deux séjours administratifs consécutifs d'hospitalisation complète ~~est de plus de 48 heures mais~~ 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 ayant précédé cette réadmission ;
  - ou lors du premier séjour en cas d'interruptions répétitives (hospitalisation de semaine par exemple) ;
- le mouvement enregistré entre deux séjours administratifs peut être une sortie, une mutation ou un transfert.

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

La saisie de cette information est facultative en 2015.

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 CIM–10 à usage PMSI 2015 publiée au *Bulletin officiel,* et consultable et téléchargeable sur le site internet de l'agence. Compte tenu de cette publication, les codes étendus, propres au recueil national, figurent dans l'appendice 1 de ce guide pour la dernière année.

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 significatifs, s'il y a lieu

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

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

Les définitions et les règles de codage de la morbidité principale et des DAS 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.

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

VERSION PROVISOIRE 2

Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage[14].

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 ;
- 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. 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° 2015/3 *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 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.

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

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).

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

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

- le numéro de séjour SSR, remplacé par un numéro séquentiel de séjour ;
- le numéro administratif de séjour ;
- la date de naissance, remplacée par l'âge 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.

VERSION PROVISOIRE 2

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS

3.1 DÉFINITION

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

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

- un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement de santé prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation de soins ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuit passée hors de A) ;

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

3.2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

On distingue le cas général et celui de certaines séances.

3.2.1 **Cas général**

1°) L'unité médicale de SSR demandeuse A fait figurer dans le RHS :

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

Journées de présence : le jour du transfert et le jour du retour sont considérés comme une journée de présence par l'unité de SSR demandeuse (se reporter à la notion de *transfert provisoire* dans le point 2.1.2.2).

Il ne doit être produit qu'un seul RHS englobant la période de suspension de l'hospitalisation à l'exception des circonstances suivantes ; l'établissement A peut être amené à réaliser deux RHS (avant et après prestation) :

- 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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

2°) L'établissement prestataire B

Par « établissement prestataire B » on entend :

- s'agissant des établissements de santé publics, une autre entité juridique ;
- s'agissant des établissements de santé privés, une autre entité géographique de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique.

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

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 facture celle-ci.

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, étant facturée à A, ne doit pas l'être 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 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 rappelées ci-dessus ne peuvent pas s'appliquer. La situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes rejoignant le cas général, avec leurs recueils d'informations respectifs également distincts.

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

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.

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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

VERSION PROVISOIRE 2

CHAPITRE II

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

VERSION PROVISOIRE 2

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 30 juin 2011 modifié dit « arrêté PMSI-SSR »[1], a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de soins de suite et de réadaptation, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

En ce qui concerne l'activité médicale, toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé hebdomadaire anonyme (se reporter au chapitre I).

Les établissements privés financés par objectif quantifié national (OQN) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, **le résumé standardisé de facturation** (RSF), transmis à l'agence régionale de santé après anonymisation sous la forme d'un **résumé standardisé de facturation anonyme** (RSFA). Ils doivent produire également des recueils nommés « FICHCOMP ».

Les établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle produisent, quant à eux, les recueils « VID-HOSP », « FICHCOMP » et « RSF-ACE ».

1. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements financés par l'objectif quantifié national 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 financés par objectif quantifié national (OQN) 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 financés par l'OQN 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 » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM,* « L » *Codage affiné des actes de biologie*[2].

[1] Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite 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.

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

VERSION PROVISOIRE 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.

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 ;
- 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 RSA) ;
- le numéro de facture séquentiel ;
- les mois et année de la date d'entrée et de sortie du séjour ;

VERSION PROVISOIRE 2

- 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 »), qui entre en vigueur le 03 mars 2014, est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses. 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). En 2014, est 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 FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle 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).

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 »).

VERSION PROVISOIRE 2

VID-HOSP est l'équivalent de l'enregistrement « A » (*Début de facture*) du RSF produit par les établissements privés financés par l'OQN (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[3], qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs entités juridiques ou établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.

  Exemples :

  - hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, puis mutation ou transfert 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 en SSR de l'établissement E2 le 29 avril, retour en MCO de E1 le 9 mai, nouveau transfert 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 doivent être 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 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.

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

VERSION PROVISOIRE 2

2.2 LE FICHIER FICHCOMP

FICHCOMP (pour « fichiers complémentaires ») est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses. 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). En 2014, est 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 — 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*[4], « 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)[5] ;

[4] *Classification commune des actes médicaux*.

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

VERSION PROVISOIRE 2

- 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).

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

L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié[6] »). 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.

VERSION PROVISOIRE 2

[6] 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

VERSION PROVISOIRE 2

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 30 juin 2011 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 financés par dotation annuelle (DAF) : 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-HOSP2 et le fichier de chainage anonyme (voir ci-dessous) ;
- établissements de santé privés financés par objectif quantifié national : fichiers de RHA, de SSRHA1 et de RSFA2.

Depuis le deuxième semestre 2011, la transmission a évolué d'une périodicité trimestrielle à une périodicité bimestrielle. 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 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).

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des

[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.

VERSION PROVISOIRE

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 FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE

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 ;
- et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

[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.

VERSION PROVISOIRE 2

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 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

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

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 données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4. CONFIDENTIALITÉ

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

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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

VERSION PROVISOIRE 2

[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

VERSION PROVISOIRE 2

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 (facultative en 2015) – Se reporter au paragraphe 2.1.2.3 du chapitre I.

VERSION PROVISOIRE 2

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.

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 SIGNIFICATIFS

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

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

Exemples

1) Après un infarctus antéroseptal du myocarde, un patient a bénéficié d'une rééducation cardiaque qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant la semaine considérée. Par ailleurs, il a été nécessaire de poursuivre le traitement et la surveillance d'un diabète sucré de type 2 connu depuis 10 ans. Le patient est en outre atteint d'un asthme ancien non traité. Pas de problème respiratoire au cours de l'hospitalisation.

- FPP : rééducation cardiaque ;
- MMP : infarctus antéroseptal du myocarde ;

VERSION PROVISOIRE 2

- AE : sans objet ;
- DAS : diabète sucré de type 2 ;
- En revanche, la maladie asthmatique stable, non traitée, n'est pas un DAS.

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

- FPP : pansement ;
- MMP : amputé du membre inférieur gauche ;
- AE : artériopathie oblitérante ;
- DAS : infection urinaire basse (elle a été prise en charge, diagnostic et traitement, elle est donc un DAS).

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

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

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.

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.

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 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 associe les informations suivantes :

- le code principal à 10 caractères en CCAM à usage PMSI (4 lettres, 3 chiffres, 1 tiret, 2 chiffres) ;
- le code de la phase : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- le code de l'*activité* ;
- le nombre de réalisations de l'acte pendant la semaine.

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

- ou bien 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. 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° 2014/3 *bis*) sont exposées dans le *Guide de lecture et de codage*.

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 :
  1. 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 ;
  2. 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* :
  3. 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 pendant la semaine :

  L'enregistrement de la date de réalisation de l'acte est souhaité mais n'est pas obligatoire pour 2014.
  4. lorsque cette date est enregistrée, 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 ;
  5. lorsqu'elle la date n'est pas saisie, il est possible, pour la semaine considérée :

VERSION PROVISOIRE 2

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

Les actes réalisés doivent être mentionnés dans le dossier du patient de manière à permettre d'en vérifier le codage[2].

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.

VERSION PROVISOIRE 2

[2] 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)

VERSION PROVISOIRE 2

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 2015 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*.

VERSION PROVISOIRE 2

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. En conséquence, ils sont utilisables uniquement comme DAS.

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, l'une diaphysaire de la jambe, l'autre de la malléole externe, on code chacune d'elles : S82.2 et S82.6 ; on n'emploie pas T02.3 *Fractures de plusieurs parties d'un membre inférieur*.

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.

VERSION PROVISOIRE

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*.

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

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* ;
- AE : sans objet.

[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.

VERSION PROVISOIRE 2

Dans la catégorie Z04, qui a un contenu plus médicolégal, seuls sont autorisés les codes de la sous-catégorie Z04.8 qui permettent le codage de situations caractérisées par des investigations diverses, spécialement paracliniques.

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).

VERSION PROVISOIRE 2

Catégorie Z42 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*

Elle permet le codage des semaines comportant ou faisant suite à une intervention de chirurgie reconstructrice, y compris la surveillance de l'expansion cutanée par expandeur[5].

Exemples :

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

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

La catégorie Z43 est 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 sous-glottique* ;
- 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[6]), 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 (voir l'appendice 1 répertoriant les extensions nationales des codes de la CIM–10) :

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

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

VERSION PROVISOIRE 2

- 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 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,
  - aphérèse sanguine : Z51.31.

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.

[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.

VERSION PROVISOIRE 2

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*

La catégorie Z93 est une rubrique de soins de stomie. 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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

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 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*.

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, persistante 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*), de la sensibilité (R20 *Troubles de la sensibilité*

VERSION PROVISOIRE 2

cutanée), visuels (H51 *Autres anomalies des mouvements binoculaires*, H53 *Troubles de la vision*).

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, 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, et une affection étiologique (AE) qui est ici l'AVC (I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–).

Exemples :

- rééducation d'une hémiplégie au stade spastique, due à un infarctus par embolie cérébrale : FPP Z50.1 *Autres thérapies physiques*[9]; 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 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[10]. 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.

---

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

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

VERSION PROVISOIRE 2

Le volume 2 de la CIM–10 présente, pages 107-108 ou 140-141[11], 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 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 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. »

6.2.1 **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[12].

[11] Se reporter à la note 22 de ce chapitre.

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

VERSION PROVISOIRE 2

Des sous-catégories telles que *Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* (T80.0) ou *Choc anaphylactique dû au sérum* (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les 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[13] 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.**

6.2.2 Les catégories « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé[e]s ailleurs »[14]

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.

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**[15].

VERSION PROVISOIRE 2

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

[14] 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.

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

6.2.3 **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 : 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 sous-phrénique 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 sous-phrénique 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 ;

VERSION PROVISOIRE 2

- 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 […] ».

6.2.4 **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 sous-phrénique 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*.

VERSION PROVISOIRE 2

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*.

6.3 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).

6.4 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*[16] et les distingue de *l'effet indésirable en usage thérapeutique*[17].

6.4.1 Les intoxications accidentelles et volontaires

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (la CIM–10 emploie pour les secondes les qualificatifs *auto-infligées, intentionnelles* et *auto-induites*) doit utiliser les catégories T36 à T50. La distinction entre les circonstances accidentelles et volontaires est assurée par le chapitre XX : codes des catégories X40 à X44 pour les

[16] 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.

[17] 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.

VERSION PROVISOIRE 2

premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en position de diagnostic associé significatif (DAS)[18].

6.4.2 **Les effets indésirables**[19]

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.**

6.5 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 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.

6.6 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

[18] 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.

[19] 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).

VERSION PROVISOIRE 2

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.

6.7 LÉSIONS TRAUMATIQUES

La précision du caractère *fermé* ou *ouvert* des fractures devient obligatoire en 2015 (Chapitre XIX de la CIM–10). Les fractures non précisées comme *fermées* ou *ouvertes* se codent en fractures fermées.

6.8 ŒDÈME PULMONAIRE

Les dénominations « œdème pulmonaire », « œdème aigu pulmonaire » (OAP), correspondent à une insuffisance ventriculaire [insuffisance cardiaque] gauche. 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. En revanche, l'entité classée par la CIM–10 à J81 *Œdème pulmonaire* correspond à une affection différente, peu fréquente, couramment désignée non pas par « œdème pulmonaire » mais par « œdème pulmonaire **lésionnel** », et dont le traitement relève d'une unité de **réanimation**. L'œdème pulmonaire lésionnel J81 est une maladie dans laquelle le cœur n'a pas de responsabilité (d'où sa désignation parfois, pour la distinguer, par œdème pulmonaire « non cardiogénique » ou œdème pulmonaire « non hémodynamique »), c'est pourquoi l'œdème pulmonaire lésionnel est classé dans le chapitre X de la CIM–10 avec les maladies de l'appareil respiratoire. On doit donc coder I50.1 tout œdème pulmonaire ou œdème aigu du poumon [OAP] et réserver J81 aux seuls cas pour lesquels est donnée la précision « lésionnel ».

6.9 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.

VERSION PROVISOIRE 2

6.10 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 socio-économiques ont justifié une prise en charge particulière[20].

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 ;
- Z59.13 *Logement en habitat temporaire ou de fortune*, est à utiliser pour des hébergements tels que 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),

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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

6.11 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 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[21].

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.

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 BMR 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 : U82.101.

VERSION PROVISOIRE 2

[21] 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.

6.12 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[22]).

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.–[23], E68, G09, I69.–, O97, T90-T98, Y85-Y89)[24]. 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 à la page 75 ou 101 du volume 2. Les situations concernées sont celles dans lesquelles il n'est pas identifié d'autre cause au décès[25].

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 :

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.

VERSION PROVISOIRE 2

---

[22] 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.

[23] 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.

[24] 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).

[25] 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.

- FPP : Z50.7 *Ergothérapie et rééducation professionnelle, non classées ailleurs*
- MMP : F07.2 *Syndrome post-commotionnel*
- 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[26], 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.

6.13 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 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.

6.14 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

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

VERSION PROVISOIRE 2

systèmes d'information, l'OMS a retenu 20 codes d'attente dans les catégories U06 et 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 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…), 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.

VERSION PROVISOIRE 2

CHAPITRE VI

EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

VERSION PROVISOIRE 2

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 DAS : 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* DAS : E11.58 *Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques* I10 *Hypertension artérielle essentielle (primitive)*

VERSION PROVISOIRE 2

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*[i] AE : I63.3 *Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales*

[i] Code étendu national.

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 **Rééducation** FPP : rééducation respiratoire MMP : absence de poumon 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* FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z90.2 *Absence acquise de poumon* AE : C34.1 *Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon*

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

Soins après amputation d'un membre

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

VERSION PROVISOIRE 2

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* [i]
Infection du moignon FPP : soins locaux MMP : infection du moignon AE : sans objet [i]	 FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : T87.4 *Infection d'un moignon d'amputation* AE : sans objet [ii]
Adaptation de prothèse FPP : adaptation de prothèse MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	 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* [i]
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

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

[ii] 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.

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*

VERSION PROVISOIRE 2

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 post chirurgicaux précisés* AE : T84.1 *Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre* [i]

Z98.8 est le code à employer pour les états postopératoires lorsque l'intervention subie ne relève pas des catégories Z52, Z89, Z90, Z94, Z95 ou Z96.
[i] La complication ayant été traitée, elle n'est pas la MMP mais bien l'AE, à l'origine de l'intervention chirurgicale.

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 DAS : fracture fermée de la diaphyse humérale	FPP : Z50.1 Autres thérapies physiques MMP : S82.60 *Fracture fermée de la malléole externe* AE : sans objet DAS : *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.

VERSION PROVISOIRE 2

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 aorto-coronaire* AE : I21.08 *Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge* [i]
Rééducation cardiaque FPP : rééducation cardiaque MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	FPP : Z50.0 *Rééducation des cardiaques* 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*[1]]

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

VERSION PROVISOIRE 2

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.

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 préparation puis la surveillance après radiothérapie.

Hiérarchisation	Codage
Préparation FPP : préparation à une radiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet	FPP : Z51.00 *Séance de préparation à une irradiation* MMP : C50.2 *Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein* AE : sans objet
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

VERSION PROVISOIRE 2

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

Hiérarchisation	Codage
FPP : diagnostic et traitement d'une affection aigüe MMP : pyélonéphrite aigüe AE : sans objet DAS : amputation	FPP : ZAIGU MMP : N10 *Néphrite tubulo-interstitielle aigüe* AE : sans objet DAS : Z89.5 *Absence acquise de membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* I70.20 *Athérosclérose des artères distales sans gangrène*[2]

Les soins de la semaine considérée ont principalement porté sur la pyélonéphrite. Les soins sur le moignon d'amputation et la surveillance de l'artériopathie, qui ont été poursuivis, sont mentionnés en DAS.

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, le traitement de la phlébite mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée.

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

VERSION PROVISOIRE 2

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

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 second degré du poignet et de la main*[3] 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 DAS : surface brulée	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z94.5 *Greffe de peau* AE : T23.2 *Brulure du second degré du poignet et de la main* DAS : T31.0 *Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps*

Rééducation nutritionnelle

Une patiente présentant une obésité (IMC 35 kg/m^2) 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/m^2 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* [i] AE : F41.2 *Trouble anxieux et dépressif mixte*

[i] Code national étendu.
La psychothérapie n'est pas à renseigner en tant que DAS car elle doit être codée comme un acte selon le *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptatio*n.

[3] 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.

VERSION PROVISOIRE 2

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 : I11.0 *Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)* AE : sans objet

VERSION PROVISOIRE 2

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 DAS : 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 DAS : *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 DAS 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*

VERSION PROVISOIRE 2

CHAPITRE VII

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

VERSION PROVISOIRE 2

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 ?** ». 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 et mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. 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 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 ;
- déplacement et locomotion ;
- alimentation ;
- continence-hygiène de l'élimination ;
- comportement ;
- communication.

1.2 UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS ACTIONS

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

1.3 QUATRE NIVEAUX DE COTATION1

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

1 Indépendance complète ou modifiée

[1] Se référer aux exemples de cotation précisés pour chaque variable.

VERSION PROVISOIRE 2

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.

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

VERSION PROVISOIRE 2

1.4 PRINCIPES DE COTATION

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

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

- **Variations de la dépendance au cours de la semaine**

De même, si la dépendance a évolué au cours de la semaine écoulée, il faut retenir la cotation 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[2].

- **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

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.

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète

Le patient s'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle :

- peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures,

[2] 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 ».

VERSION PROVISOIRE 2

- 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 :
  - utilise une aide technique spécialisée ou requiert une adaptation permettant l'indépendance pour l'habillage (exemples : vêtements adaptés facilitant l'habillage)
  - OU prend plus de temps que la normale.

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.

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

VERSION PROVISOIRE 2

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,

VERSION PROVISOIRE 2

- 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,
  - 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'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'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 :

VERSION PROVISOIRE 2

- 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.

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.

VERSION PROVISOIRE 2

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

VERSION PROVISOIRE 2

- 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

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

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

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

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

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

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

3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

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

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

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

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

VERSION PROVISOIRE 2

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**.

VERSION PROVISOIRE 2

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**.

VERSION PROVISOIRE 2

Appendice 1

Extensions nationales de codes de la CIM–10

VERSION PROVISOIRE 2

Appendice 1 — Extensions nationales de codes de la CIM–10

Compte tenu de la publication par l'ATIH, en 2015, d'une CIM–10 à usage PMSI (*Bulletin officiel spécial* n° 2015/9 bis), cet appendice ne sera plus publié à compter de 2016.

La table analytique (chapitres I à XXII[1]) de la dixième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) est divisée en *catégories* dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en *sous-catégories* codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; les codes à trois caractères ne sont admis que lorsqu'ils correspondent à des catégories non subdivisées. Mais les recueils standards d'information du PMSI utilisent aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère. Ils ont deux origines :

- des extensions prévues par la CIM–10 elle-même ; il s'agit donc d'extensions à caractère international ;
- la création d'extensions nationales.

1. Les extensions internationales

La CIM–10 propose des extensions de codes dans ses chapitres XIII Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif, XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes et XX Causes externes de morbidité et de mortalité. Elles sont présentées comme « une sous-classification » ou comme « des subdivisions données à titre facultatif ».

Dans les recueils standards du PMSI ces extensions doivent être placées en cinquième position des codes. Lorsqu'elles s'appliquent à un code à trois caractères (catégorie de la CIM–10 non subdivisée) la quatrième position vide doit être complétée par le signe « + » (plus). Par exemple : M45.+7 *Spondylarthrite ankylosante lombosacrée* (code M45 de la spondylarthrite ankylosante étendu par le code 7 de la localisation lombosacrée : CIM–10, volume 1, subdivisions relatives au groupe M40–M54 *Dorsopathies*[2]).

Pour ce qui concerne le chapitre V de la CIM–10 *Troubles mentaux et du comportement*, les extensions de ses codes se fondent sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*[3]. En raison de leur grand nombre, elles ne sont pas incluses dans cet appendice. Le chapitre V *in extenso* de la CIM–10, incluant les extensions, est accessible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour son emploi, il est recommandé de consulter l'avertissement figurant dans l'encadré de la page suivante.

2. Les extensions nationales

Les modifications nationales consistent essentiellement en des extensions de codes de la CIM–10 mais elles comprennent aussi depuis 2009 (pour la version 11 des GHM) la création d'une catégorie : U90 *Autres formes de pharmacorésistance*, comportant deux sous-catégories : U90.0 *Résistance aux antiépileptiques* et U90.9 *Résistances a un traitement, autres et sans précision*.

---

[1] Le chapitre XXII a été créé par la mise à jour de 2003.

[2] Référence : édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM–10) ; OMS éd.

[3] Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la Santé et Masson (1994).

VERSION PROVISOIRE 2

Il a été décidé de donner aux utilisateurs — tout particulièrement en psychiatrie — la possibilité d'utiliser une version augmentée de la CIM–10 la plus complète possible. C'est pourquoi le chapitre V publié par l'ATIH inclut les propositions de codage fournies dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche* (ouvrage à couverture verte, coédité par l'OMS et Masson). Celle-ci reprend en effet les extensions de codes mentionnées dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (ouvrage à couverture bleue, coédité par l'OMS et Masson), à l'exception de celles pour la catégorie F66 (*cf. infra*) et en y ajoutant les siennes propres. **L'ATIH insiste sur le fait que ces deux ouvrages ne doivent pas être utilisés pour le codage** : ils contiennent de nombreuses erreurs de codes, et les libellés peuvent différer de ceux du volume 1 de la CIM–10, qui reste l'ouvrage réglementaire de référence. D'autre part, pour respecter les prescriptions internationales, la 4e position du code (celle située après le point) ne peut pas être employée : toutes les extensions utilisant cette position ont donc été révisées, en déplaçant le caractère supplémentaire en 5e position et en remplaçant la 4e position actuellement vide par le signe « + » (plus). **Ce sont donc bien les libellés et codes donnés dans le document en téléchargement sur le site de l'ATIH que les utilisateurs doivent employer.** Par ailleurs, seules les modifications présentes dans le document fourni par l'ATIH sont intégrées dans les tables de contrôle du recueil et de la *fonction groupage*. Les extensions de F66 caractérisant des orientations sexuelles, mentionnées dans le « livre bleu », non reprises dans le « livre vert », ne peuvent pas être utilisées.

On insiste également sur le fait que l'emploi de certains libellés ainsi complétés peut entrainer des difficultés, en particulier quand ils intègrent des informations de nature différente : ainsi en est-il, par exemple, de l'extension « avec traumatismes ou autres blessures physiques » (5e caractère « 1 ») proposée avec le 4e caractère « .0 » des catégories F10–F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Chaque fois qu'un libellé contient plusieurs informations qui peuvent être codées distinctement, il est préférable d'utiliser un codage multiple. Cette consigne est tout spécialement à appliquer pour les extensions suivantes, utilisables :

– avec le caractère .0 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec traumatismes ou autres blessures physiques* : coder ceux-ci selon leur nature

2 *avec d'autres complications médicales* : coder celles-ci selon leur nature

5 *avec coma* : coder en sus le coma

6 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

– avec le caractère .3 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

– avec le caractère .4 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

VERSION PROVISOIRE 2

Le remaniement du chapitre V a été l'occasion d'intégrer les règles d'orthographe, de ponctuation et de typographie recommandées en France. Les libellés incomplets (non signifiants hors contexte) ont été reconstitués. La prise en compte de toutes ces modifications a obligé à modifier la mise en page initiale du chapitre V : c'est la raison de sa publication *in extenso* sur le site Internet de l'ATIH.

Les extensions de codes de la CIM–10 à usage national ont été créées pour le PMSI dans un double but :

- apporter plus de précision à certains codes pour permettre le repérage de prises en charge susceptibles d'expliquer des différences de consommation de ressources ;
- apporter plus d'information à visée documentaire, à la demande de sociétés savantes.

On désignera dans ce qui suit par « codes-pères » les codes bénéficiant d'extensions nationales, créées pour les besoins du PMSI ou à titre documentaire. Les codes étendus qui en résultent seront nommés « codes-fils ».

Le tableau suivant recense les extensions nationales utilisables. Les parenthèses, crochets et notes d'exclusion ont le même sens que dans la CIM–10. Bien qu'on se situe à un niveau inférieur à celui de la catégorie, les notes d'inclusion sont introduites par « ***Comprend :*** » pour la clarté de la présentation.

Dans ce tableau, on entend par « code-père » le code immédiatement susjacent au code étendu observé ; par exemple, ci-dessous, A63.0 est le code-père de A63.00 et de A63.08 ; dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche,* F11.24 est le code-père de F11.240 ;

Codes	Intitulés
A63.00	Condylomes anaux (vénériens)
A63.08	Autres condylomes anogénitaux (vénériens)
B24.+0	Complexe relatif au SIDA [préSIDA] [ARC], sans précision
B24.+1	Syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA] avéré, sans précision
B24.+9	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], sans précision
B60.80	Microsporidiose extra-intestinale
B60.88	Maladie précisée due à d'autres protozoaires
B96.80	Acinetobacter (A. baumannii), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B96.81	Citrobacter, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B96.88	Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B99.+0	Autres maladies infectieuses précisées
B99.+1	Syndrome infectieux sans cause trouvée
C16.9+0	Estomac, tumeur maligne familiale liée au gène CDH 1
C16.9+8	Estomac, tumeurs malignes autres et non précisées
C18.9+0	Syndrome de Lynch
C18.9+8	Côlon, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.4+0	Pancréas endocrine, tumeur maligne avec néoplasie endocrine multiple de type I [NEM 1]
C25.4+8	Pancréas endocrine, tumeurs malignes autres et non précisées

VERSION PROVISOIRE 2

C25.9+0 Pancréas, tumeur maligne familiale
C25.9+8 Pancréas, tumeurs malignes autres et non précisées
C46.70 Sarcome de Kaposi de la sphère O.R.L.
C46.71 Sarcome de Kaposi digestif
C46.72 Sarcome de Kaposi pulmonaire
C46.78 Sarcome de Kaposi d'autres localisations
C49.30 (Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax
Comprend : veine cave supérieure
C49.38 (Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
C49.40 (Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen
Comprend : veine cave inférieure
C49.48 (Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
C49.50 (Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
C49.58 (Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
C80.+0 Tumeur maligne primitive de siège inconnu

NB *:* depuis 2011, pour coder une tumeur maligne de siège primitif non précisé ou inconnu, il était déconseillé d'employer C80.+0. Ce code ne peut désormais plus être utilisé, il faut employer C80.0 (sans signe « + ») Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit, sous-catégorie créée par l'OMS en 2011 dans la catégorie C80 Tumeur maligne de siège non précisé.

D12.6+0 Polypose (colique) familiale adénomateuse
D12.6+1 Polypose (colique) liée au gène APC
D12.6+2 Polypose (colique) liée au gène MYH
D12.6+3 Polypose (colique) festonnée
D12.6+4 Polypose (colique) juvénile
D12.6+5 Polypose (colique) au cours du syndrome de Peutz–Jeghers
D12.6+6 Polypose (colique) au cours de la maladie de Cowden
D12.6+8 Tumeurs bénignes du côlon, autres et non précisées
D13.90 (Tumeur bénigne de la) Rate
D21.30 (Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax
Comprend : veine cave supérieure
À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.38 (Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
D21.40 (Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen
Comprend : veine cave inférieure
À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.48 (Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
D21.50 (Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.58 (Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
D44.40 Craniopharyngiome
D44.48 Autres tumeurs du canal craniopharyngien à évolution imprévisible ou inconnue
D48.30 Tératome [dysembryome] sacrococcygien
D48.38 Autres tumeurs du rétropéritoine à évolution imprévisible ou inconnue
E11.00 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec coma
E11.08 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec coma
E11.10 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec acidocétose
E11.18 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec acidocétose
E11.20 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec complications rénales
E11.28 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec complications rénales
E11.30 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec complications oculaires

VERSION PROVISOIRE 2

E11.38 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec complications oculaires
E11.40 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec complications neurologiques
E11.48 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec complications neurologiques
E11.50 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec complications vasculaires périphériques
E11.58 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques
E11.60 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec autres complications précisées
E11.68 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec autres complications précisées
E11.70 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec complications multiples
E11.78 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec complications multiples
E11.80 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, avec complications non précisées
E11.88 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, avec complications non précisées
E11.90 Diabète sucré de type 2, insulinotraité, sans complication
E11.98 Diabète sucré de type 2, non insulinotraité ou sans précision, sans complication
E66.00 Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité due à un excès calorique de l'enfant
E66.01 Obésité due à un excès calorique de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.02 Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.03 Surpoids dû à un excès calorique, de l'adulte ou de l'enfant
E66.09 Obésité due à un excès calorique de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.10 Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité médicamenteuse de l'enfant
E66.11 Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.12 Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.13 Surpoids médicamenteux de l'adulte ou de l'enfant
E66.19 Obésité médicamenteuse de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.20 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²
E66.21 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.22 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.29 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.80 Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou autres obésités de l'enfant
E66.81 Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.82 Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.83 Autres surpoids de l'adulte ou de l'enfant

VERSION PROVISOIRE 2

E66.89 Autres obésités de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.90 Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité sans précision de l'enfant
E66.91 Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.92 Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.93 Surpoids de l'adulte ou de l'enfant, sans précision
E66.99 Obésité sans précision de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E83.50 Hypercalcémie supérieure à 3 millimoles [mmol] par litre
E83.51 Hypocalcémie inférieure à 1,5 millimoles [mmol] par litre
E83.58 Anomalies du métabolisme du calcium, autres et sans précision
E87.00 Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre
E87.08 Hyperosmolarités et hypernatrémies, autres et sans précision
E87.10 Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre
E87.18 Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision
E87.50 Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre
E87.58 Hyperkaliémies, autres et sans précision
E87.60 Hypokaliémie inférieure à 2,5 millimoles [mmol] par litre
E87.68 Hypokaliémies, autres et sans précision
G81.00 Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.01 Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures
G81.08 Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G83.8+0 Syndrome de déafférentiation motrice [*locked-in syndrome*][4]
G83.8+8 Autres syndromes paralytiques précisés, non classés ailleurs
G97.80 Perforation et déchirure accidentelle des méninges après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse
G97.81 Perforation et déchirure accidentelle d'un autre organe du système nerveux après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse
G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse
H32.00* Rétinite à cytomégalovirus (B25.8†)
H32.01* Rétinite à Toxoplasma (B58.0†)
H32.08* Affections choriorétiniennes au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
I20.0+0 Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
I21.00 Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I21.000 Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.08 Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I21.10 Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I21.100 Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.18 Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I21.20 Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale

[4] Dit aussi : syndrome de verrouillage, syndrome d'enfermement.

VERSION PROVISOIRE 2

I21.200 Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.28 Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, autres prises en charge
I21.30 Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale
I21.300 Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.38 Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge
I21.40 Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale
I21.400 Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.48 Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge
I21.90 Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale
I21.900 Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.98 Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge
I22.00 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I22.000 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.08 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I22.10 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I22.100 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.18 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I22.80 Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale
I22.800 Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.88 Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, autres prises en charge
I22.90 Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale
I22.900 Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.98 Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, autres prises en charge
~~I98.20* Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, hémorragiques~~
~~I98.29* Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, non hémorragiques ou sans précision~~

NB : l'emploi des codes I98.20 et I98.29 n'est plus possible depuis 2011. Il faut employer les codes des libellés créés par l'OMS en 2009 : respectivement I98.3* Varices œsophagiennes hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs et I98.2* Varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs.

J96.1+0 Insuffisance respiratoire chronique obstructive
J96.1+1 Insuffisance respiratoire chronique restrictive
J96.100 Insuffisance respiratoire chronique obstructive de type I [hypoxique]
J96.101 Insuffisance respiratoire chronique restrictive de type I [hypoxique]
J96.110 Insuffisance respiratoire chronique obstructive de type II [hypercapnique]
J96.111 Insuffisance respiratoire chronique restrictive de type II [hypercapnique]
J96.190 Insuffisance respiratoire chronique obstructive, type non précisé
J96.191 Insuffisance respiratoire chronique restrictive, type non précisé
J98.60 Paralysie du diaphragme

VERSION PROVISOIRE 2

J98.68	Autres maladies du diaphragme
K23.80*	Œsophagite herpétique (B00.8†)
K23.81*	Œsophagite à Candida (B37.8†)
K23.88*	Atteintes de l'œsophage au cours de maladies classées ailleurs, autres
K63.5+0	Polypose (colique) hyperplasique
K63.5+8	Polype du côlon, autre et non précisé
K86.1+0	Pancréatite chronique héréditaire
K86.1+8	Pancréatites chroniques, autres et non précisées
K87.00*	Cholangite à cytomégalovirus (B25.8†)
K87.08*	Atteintes de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.80*	Atteintes de la cavité buccale au cours de maladies classées ailleurs
K93.81*	Atteintes de l'estomac au cours de maladies classées ailleurs
K93.82*	Atteintes de l'intestin au cours de maladies classées ailleurs
K93.820*	Colite à cytomégalovirus (B25.8†)
K93.828*	Atteintes de l'intestin au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.83*	Atteintes du rectum au cours de maladies classées ailleurs
K93.830*	Infection du rectum par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.838*	Atteintes du rectum au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.84*	Atteintes de l'anus au cours de maladies classées ailleurs
K93.840*	Infection de l'anus par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.848*	Atteintes de l'anus au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.88*	Atteintes d'organes digestifs précisés autres, au cours de maladies classées ailleurs
L51.20	Épidermolyse nécrosante suraigüe [Lyell] avec décollement cutané égal ou supérieur à 30% (de la surface du corps)
L51.29	Épidermolyse nécrosante suraigüe [Lyell] avec décollement cutané inférieur à 30% (de la surface du corps) ou sans précision
M62.8–0	Rhabdomyolyse, siège non précisé
M62.8–8	Autres atteintes musculaires précisées, non classées ailleurs, siège non précisé
N01.70	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N01.79	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, autre et sans précision
N02.00	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.09	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
N02.10	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.19	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.10	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.19	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.30	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.39	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, autre et sans précision
N03.80	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.89	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions morphologiques, autre et sans précision

VERSION PROVISOIRE 2

N04.00 Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N04.09 Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
P36.00 Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.09 Infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.10 Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.19 Infection du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.20 Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.29 Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.30 Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.39 Infection du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.40 Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli
P36.49 Infection du nouveau-né à Escherichia coli
P36.50 Sepsis du nouveau-né due à des anaérobies
P36.59 Infection du nouveau-né due à des anaérobies
P36.80 Autres sepsis du nouveau-né
P36.89 Autres infections bactériennes du nouveau-né
P36.90 Sepsis du nouveau-né, sans précision
P36.99 Infection bactérienne du nouveau-né, sans précision
Q18.00 Kyste de la queue du sourcil
Q18.08 Autres fissures, fistules et kystes d'origine branchiale
R26.30 État grabataire[5]
R26.38 Immobilité, autre et sans précision
R40.10 État paucirelationnel
R40.18 Stupeur, autre et sans précision
Comprend : semi-coma [coma vigile]
R40.20 État végétatif chronique
R40.28 Coma, autre et sans précision
Comprend : perte de conscience SAI
À l'exclusion de : syncope, évanouissement, perte de connaissance (R55)
R47.00 Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
R47.01 Aphasie récente, régressive dans les 24 heures
R47.02 Aphasie, autre et sans précision
R47.03 Dysphasie
R48.10 Hémiasomatognosie
Comprend : héminégligence
R48.18 Agnosie, autre et sans précision
R52.10 Douleur neuropathique
R52.18 Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées
R53.+0 Altération [baisse] de l'état général
R53.+1 Malaise
À l'exclusion de : avec perte de connaissance (R55)
lipothymie (R55)
R53.+2 Fatigue [asthénie]
R54.+0 Syndrome de glissement (sénile)
R54.+8 Autres états de sénilité sans mention de psychose
S25.80 Lésion traumatique de la veine azygos
S25.88 Lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins précisés du thorax
S37.800 Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.808 Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale

[5] Sa définition est donnée à la suite du tableau.

VERSION PROVISOIRE 2

S37.810	Lésion traumatique de la glande surrénale, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.818	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S38.10	Écrasement de la fesse
S38.18	Écrasement d'autres parties précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S38.19	Écrasement de parties non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S47.+0	Écrasement de la région scapulaire
S47.+8	Écrasement de parties autres et non précisées de l'épaule et du bras
T31.30	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.31	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.40	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.41	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.50	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T31.51	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T68.+0	Hypothermie, température corporelle égale ou inférieure à 32°C
T68.+8	Hypothermie, température corporelle supérieure à 32°C ou non précisée
T81.30	Éviscération postopératoire
T81.38	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
T85.50	Complication mécanique due à un dispositif implantable périgastrique de gastroplastie pour obésité
T85.58	Complication mécanique due à d'autres prothèses, implants et greffes gastro-intestinaux
T86.00	Rejet d'une greffe de moelle osseuse par l'hôte
T86.01	Réaction aigüe d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.02	Réaction chronique d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.09	Rejet d'une greffe de moelle osseuse, SAI
T86.80	Échec et rejet de greffe d'intestin
T86.81	Échec et rejet de greffe de pancréas
T86.82	Échec et rejet de greffe de poumon
T86.83	Échec et rejet de greffe de cornée
T86.84	Échec et rejet de greffe d'os
T86.85	Échec et rejet de greffe de peau
T86.88	Autres échecs et rejets de greffe
U82.0+0	Résistance à la pénicilline, situation d'infection
U82.0+1	Résistance à la pénicilline, situation de portage sain
U82.100	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM], situation d'infection
U82.101	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM], situation de portage sain
U82.180	Staphylocoques, autres et non précisés, résistants à la méthicilline, situation d'infection
U82.181	Staphylocoques, autres et non précisés, résistants à la méthicilline, situation de portage sain
U822+0	Résistance par bétalactamases à spectre étendu [BLSE], situation d'infection
U822+1	Résistance par bétalactamases à spectre étendu [BLSE], situation de portage sain
U82.8+0	Résistance à d'autres antibiotiques bétalactamines, situation d'infection
U82.8+1	Résistance à d'autres antibiotiques bétalactamines, situation de portage sain
U82.9+0	Résistance aux antibiotiques bétalactamines, non précisée, situation d'infection

VERSION PROVISOIRE 2

U82.9+1	Résistance aux antibiotiques bétalactamines, non précisée, situation de portage sain
U83.0+0	Résistance à la vancomycine, situation d'infection
U83.0+1	Résistance à la vancomycine, situation de portage sain
U83.1+0	Résistance à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine, situation d'infection
U831+1	Résistance à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine, situation de portage sain
U83.2+0	Résistance aux quinolones, situation d'infection
U83.2+1	Résistance aux quinolones, situation de portage sain
U83.700	Bactérie hautement résistante émergente [BHRe], situation d'infection
U83.701	Bactérie hautement résistante émergente [BHRe], situation de portage sain
U83.710	Bactérie multirésistante [BMR], situation d'infection
U83.711	Bactérie multirésistante [BMR], situation de portage sain
U83.780	Autres résistances à de multiples antibiotiques, situation d'infection
U83.781	Autres résistances à de multiples antibiotiques, situation de portage sain
U83.8+0	Résistance à un seul autre antibiotique précisé, situation d'infection
U83.8+1	Résistance à un seul autre antibiotique précisé, situation de portage sain
U83.9+0	Résistance à un antibiotique non précisé, situation d'infection
U83.9+1	Résistance à un antibiotique non précisé, situation de portage sain
Z04.800	Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée
Z04.801	Examen et mise en observation pour poly(somno)graphie
Z04.802	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire
Z04.880	Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées
Z13.50	Examen spécial de dépistage des affections des yeux
Z13.51	Examen spécial de dépistage des affections des oreilles
Z37.10	Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.11	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.30	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.31	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.40	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.41	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.60	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.61	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.70	Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.71	Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z39.00	Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé
Z39.08	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z40.00	Ablation prophylactique de sein
Z40.01	Ablation prophylactique d'organe de l'appareil génital féminin
Z40.02	Ablation prophylactique d'organe de l'appareil digestif
Z40.08	Ablation prophylactique d'autres organes

VERSION PROVISOIRE V2

Z41.80 Intervention de confort
Z41.88 Autres thérapies sans raison médicale, non classées ailleurs
Z45.80 Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire
Comprend : sonde urétérale double J
À l'exclusion de : sonde (urétro)vésicale (Z46.6)
Z45.81 Ajustement et entretien d'une prothèse interne génitale
À l'exclusion de : surveillance d'un dispositif contraceptif (intra-utérin) (Z30.5)
Z45.82 Ajustement et entretien d'une prothèse intraoculaire
À l'exclusion de : mise en place et ajustement d'un œil artificiel (Z44.2)
Z45.83 Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures
Comprend : prothèse phonatoire œsotrachéale, larynx artificiel
Z45.84 Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central
Comprend : dérivation du liquide cérébrospinal [liquide céphalorachidien], électrodes intracrâniennes
Z45.88 Ajustement et entretien d'autres prothèses internes précisées
Z47.80 Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction
Comprend : changement, vérification ou enlèvement d'appareil externe de fixation ou de traction
Z47.88 Autres soins de contrôle orthopédiques NCA
Comprend : changement, vérification ou enlèvement d'un appareil de contention ou d'immobilisation externe [plâtre, orthèse]
Z49.20 Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA]
Comprend : séance de dialyse péritonéale continue cyclique [DPCC]
Z49.21 Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]
Z51.00 Préparation à une radiothérapie
Z51.01 Séance d'irradiation
Z51.30 Séance de transfusion de produit sanguin labile
Z51.31 Séance d'aphérèse sanguine
Z51.80 Séance d'oxygénothérapie hyperbare
Z51.88 Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
Z52.80 Donneuse d'ovocytes
Z52.88 Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs
Z55.00 Analphabétisme et illettrisme
Z55.08 Faibles niveaux éducatifs, autres et sans précision
Z59.10 Logement insalubre ou impropre à l'habitation
Z59.11 Logement sans confort
Z59.12 Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne
Z59.13 Logement en habitat temporaire ou de fortune
Z59.18 Logements inadéquats, autres et non précisés
Z59.50 Absence totale de revenu, d'aide et de prestation financières
Z59.58 Situations de pauvreté extrême, autres et sans précision
Z59.60 Bénéficiaire de la CMUc
Z59.61 Bénéficiaire de l'AME
Z59.62 Bénéficiaire de minima sociaux
Z59.68 Faibles revenus, autres et non précisés
Z59.70 Absence de couverture sociale
Z59.78 Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés
Z60.20 Personne vivant seule à son domicile
Z62.28 Solitudes, autres et non précisées
Z60.30 Difficultés liées à la langue
Z60.38 Difficultés d'acculturation, autres et non précisées
~~Z74.00 État grabataire~~

VERSION PROVISOIRE 2

NB : lors de la mise à jour de la CIM–10 de 2009, l'OMS a créé une sous-catégorie R26.3 Immobilité qui comprend l'état grabataire. L'ATIH a créé l'extension R26.30 pour ce dernier. Les deux codes R26.30 et Z74.00 sont restés également utilisables jusqu'en 2010, l'abandon de Z74.00 et l'emploi R26.30 étant néanmoins recommandés. Depuis 2011 l'utilisation de Z74.00 n'est plus possible, seul R26.30 peut être employé.

Z75.80 Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte
Z75.88 Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs
Z76.800 Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire
Z76.850 Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium
Z76.880 Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs
Z80.00 Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif
Z80.01 Antécédents familiaux de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z80.02 Antécédents familiaux de tumeur maligne de la rate
Z80.09 Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z80.20 Antécédents familiaux de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z80.21 Antécédents familiaux de tumeur maligne du cœur
Z80.28 Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z80.29 Antécédents familiaux de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z80.800 Antécédents familiaux de tumeur maligne du système nerveux
Z80.801 Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'œil
Z80.802 Antécédents familiaux de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z80.803 Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z80.804 Antécédents familiaux de tumeur maligne de la peau et des tissus sous-cutanés
Z80.805 Antécédents familiaux de tumeur maligne des glandes endocrines
Z80.880 Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres localisations
Z83.50 Antécédents familiaux de maladies des organes de la vue
Z83.51 Antécédents familiaux de maladies des organes de l'audition
Z83.70 Antécédents familiaux de maladies du tube digestif
Z83.71 Antécédents familiaux de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z83.72 Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents
Z83.79 Antécédents familiaux de maladies de l'appareil digestif, sans précision
Z84.20 Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil urinaire
Z84.21 Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil génital
Z84.22 Antécédents familiaux de maladies du sein
Z84.80 Antécédents familiaux de tumeur non maligne
Z84.88 Antécédents familiaux d'autres affections non classées ailleurs
Z85.00 Antécédents personnels de tumeur maligne du tube digestif
Z85.01 Antécédents personnels de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z85.02 Antécédents personnels de tumeur maligne de la rate
Z85.09 Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z85.20 Antécédents personnels de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z85.21 Antécédents personnels de tumeur maligne du cœur
Z85.28 Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés

VERSION PROVISOIRE 2

Z85.29 Antécédents personnels de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z85.800 Antécédents personnels de tumeur maligne du système nerveux
Z85.801 Antécédents personnels de tumeur maligne de l'œil
Z85.802 Antécédents personnels de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z85.803 Antécédents personnels de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z85.804 Antécédents personnels de tumeur maligne de la peau et des tissus sous-cutanés
Z85.805 Antécédents personnels de tumeur maligne des glandes endocrines
Z85.880 Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres localisations
Z86.000 Antécédents personnels de tumeur non maligne du système nerveux
Z86.001 Antécédents personnels de tumeur non maligne du tube digestif
Z86.002 Antécédents personnels de tumeur non maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z86.003 Antécédents personnels de tumeur non maligne du sein
Z86.004 Antécédents personnels de tumeur non maligne de la peau
Z86.005 Antécédents personnels de tumeur non maligne de la vessie
Z86.080 Antécédents personnels de tumeur non maligne d'autres localisations
Z86.090 Antécédents personnels de tumeur non maligne sans précision
Z86.60 Antécédents personnels d'accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
Z86.61 Antécédents personnels d'autres maladies du système nerveux
Z86.62 Antécédents personnels de maladies des organes de la vue
Z86.63 Antécédents personnels de maladies des organes de l'audition
Z86.70 Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires
Z86.71 Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques et autres maladies de l'appareil circulatoire
Z87.00 Antécédents personnels de maladies des voies respiratoires supérieures
Z87.01 Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil respiratoire
Z87.09 Antécédents personnels de maladies de l'appareil respiratoire sans,précision
Z87.10 Antécédents personnels de maladies de la bouche et des dents
Z87.11 Antécédents personnels de maladies du tube digestif
Z87.12 Antécédents personnels de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z87.19 Antécédents personnels de maladies de l'appareil digestif sans précision
Z87.40 Antécédents personnels de maladies de l'appareil urinaire
Z87.41 Antécédents personnels de maladies de l'appareil génital
Z87.42 Antécédents personnels de maladies du sein
Z87.80 Antécédents personnels de lésion traumatique intracrânienne
Z87.81 Antécédents personnels de traumatisme des membres et du bassin
Z87.82 Antécédents personnels de traumatismes autres et non précisés
Z87.83 Antécédents personnels d'intoxication
Z87.88 Antécédents personnels d'autres états précisés
Z91.50 Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
Z91.58 Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
Z94.80 Greffe de moelle osseuse
Z94.800 Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques
~~Z94.801 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques~~

NB : Z94.801 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ne peut plus être utilisé depuis 2012 en raison de la création de Z94.809 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision pour tenir compte de la création des extensions Z94.802, Z94.803 et Z94.804.

Z94.802 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté

VERSION PROVISOIRE 2

Z94.803 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté
Z94.804 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté
Z94.809 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision
Z94.81 Greffe de pancréas
Z94.82 Greffe d'intestin
Z94.88 Greffe d'organes et de tissus, autres
Z95.80 Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique
Comprend : suites d'une angioplastie périphérique SAI
Z95.88 Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA
Comprend : présence d'une prothèse intravasculaire NCA
Z99.1+0 Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1 Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8 Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen
Z99.2+0 Dépendance envers une hémodialyse (rénale)
Z99.2+1 Dépendance envers une dialyse péritonéale
Z99.2+8 Dépendance envers une autre dialyse rénale

VERSION PROVISOIRE 2

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès
de paroi 51, 52
sous-phrénique 51, 52
Ablation
d'appareil d'immobilisation 44
de matériel d'ostéosynthèse 44
Accident dû à médicament 53
Accident ischémique transitoire 47
Accident vasculaire cérébral 47
Acte de rééducation et réadaptation 14, 36
codage 36
complication 48
date de réalisation 36
nombre de réalisations 36
réalisé dans un autre établissement 16
transfert provisoire pour la réalisation d'un – 16
Acte médical 13, 35
activité 35
biologie 20
classification commune 35
codage 35
complication 48
date de réalisation 35
nombre de réalisations 35
phase 35
réalisé dans un autre établissement 16
transfert provisoire pour la réalisation d'un – 16
Activité d'un acte médical 35
Activités de la vie quotidienne 14, 73
alimentation 14, 77, 82
arrangement 73
assistance partielle 73
assistance totale 73
communication 14, 80
comportement 14, 79
continence 14, 78, 82
cotation 14, 73
déplacement 14, 76, 81
habillage 14, 75, 81
indépendance 73
locomotion 14, 76, 81
relation 14, 80
supervision 73
transferts 76, 81
Administration de produits et prestations en environnement hospitalier 24
Admission
administrative 2
réadmission le jour de la sortie 4
Affection étiologique (AE) 13, 34
code non utilisable (interdit) 39
AGRAF-SSR 15, 21, 29
Alcool, sevrage 67
Alimentation (dépendance) 14, 77, 82
Amputation, moignon 68
Amputé d'un membre 63, 68
Anévrysme artère cérébral, rupture 47
Angioplastie périphérique 66
ANO 27, 29, 30
ANO-HOSP 28
Anonymat des soins 5, 6
Antécédent 34
d'accident vasculaire cérébral 48
Aphasie 47
Appareil d'immobilisation (changement, ablation) 44
Appareillage 44
Arrangement (dépendance) 73
Artères cérébrales, syndrome des 48
Assistance partielle (dépendance) 73
Assistance totale (dépendance) 73
Astérisque (code) 41
ATU. Voir Médicament, autorisation temporaire d'utilisation
Autorisation de l'unité médicale (type) 7
AVC ....*Voir* Accident vasculaire cérébral
AVQ ....*Voir* Activités de la vie quotidienne

B

B2, norme 21
Bilan d'évaluation professionnelle 42
Biologie, acte 20
BMR 57

C

Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation 14, 36, 48
Catégorie d'intervenant 36
CCAM.. *Voir* Classification commune des actes médicaux
Chainage anonyme 27
index (numéro d'–) 29
Changement d'appareil d'immobilisation 44
Chimiothérapie 43, 67
CIM–10 ....*Voir* Classification internationale des maladies
Classification commune des actes médicaux 13, 35
Classification internationale des maladies 13, 39
catégorie 39
chapitre XX 53, 54
code à 3 caractères 39
code à 4 caractères 39
code *astérisque* 41

VERSION PROVISOIRE 2

code *dague* 41
code étendu (extension de code)....39, 85
code non utilisable (interdit) 39
double codage *dague-astérisque* 41
sous-catégorie 39
Codage état postopératoire 65
Code
à 3 caractères (CIM–10) 39
à 4 caractères (CIM–10) 39
à usage urgent 59
astérisque (CIM–10) 41
avec un signe + (CIM–10)....39
d'acte de rééducation et réadaptation 36
d'acte médical 35
dague (CIM–10) 41
étendu (CIM–10) 39, 40, 85
géographique 15
INSEE de pays....6
non utilisable (interdit) (CIM–10)....39
père (CIM–10)....40
postal....5
V, W, X, Y (CIM–10) 53, 54
Coloscopie, perforation....53
Communication (dépendance) 14, 80
Complication d'un acte de rééducation-réadaptation 48
Complication d'un acte médical....48
Comportement (dépendance)....14, 79
Conduite automobile, permis....42
Confidentialité des informations 30
Conservation des fichiers d'activité et de facturation 31
Continence (dépendance) 14, 78, 82
Contre-indication 45
Contrôle de la qualité des informations 31
Contrôle, soins de –....44
COTOREP, bilan 42
CSARR*Voir* Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation

D

Dague (code)....41
DAS .... *Voir* Diagnostic associé significatif
Date
d'entrée 6, 7
de la dernière intervention chirurgicale....6
de l'hospitalisation....23
de réalisation d'un acte 35
de sortie 9
Décès....10
Dépendance 14
alimentation....14, 77, 82
arrangement....73
assistance partielle 73
assistance totale 73
communication....14, 80
comportement....14, 79
continence....14, 78, 82
cotation....14, 73
déplacement.... 14, 76, 81
habillage 14, 75, 81
indépendance.... 73
locomotion 14, 76, 81
niveaux 14, 73
relation.... 14, 80
sonde urinaire.... 78
stomie.... 79
supervision 73
transferts 76, 81
Dépendance envers
un aspirateur 46
un respirateur 46
une machine, un appareil.... 46
Dépistage.... 43
Déplacement (dépendance) 14, 76, 81
Déplacement d'électrode de stimulation cardiaque.... 50, 52
Dernière intervention chirurgicale, date 6
Diabète.... 71
Diabète de type 2.... 53
Diagnostic associé significatif 13, 34
Dossier médical 3
Double codage *dague-astérisque* (CIM–10). 41
Durée de conservation des fichiers d'activité et de facturation.... 31

E

Effet nocif de médicament 53
Effet secondaire, indésirable, de médicament 54
Électrode de stimulation cardiaque, déplacement.... 50, 52
Embauche, examen.... 42
Endocardite sur valve prothétique 51, 52
Entrée
date.... 6, 7
mode.... 7
é-PMSI (plateforme).... 3, 27, 30
État grabataire 54, 97
État postopératoire, codage.... 65
État végétatif.... 71
Évaluation professionnelle.... 42
Expandeur cutané.... 44
Extension de code (CIM–10) 85

F

Facturation individuelle des séjours.... 23
FICHCOMP, FICHCOMPA 20, 22, 24, 27
conservation.... 31
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux 3
Finalité principale de prise en charge 13, 33
code non utilisable (interdit) 39
ZAIGU 33
Finalité principale de prise en charge
codage.... 42
FINESS .....Voir Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

VERSION PROVISOIRE 2

Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN) 28
FPP. *Voir* Finalité principale de prise en charge
Fracture 55
Fracture (rééducation après –) 64

G

Générateur de RHA, GENRHA 15, 29
Grabataire, état 54, 97
Greffe, rejet 50, 52
Grossesse à risque 43

H

Habillage (dépendance) 14, 75, 81
HAD ..... *Voir* Hospitalisation à domicile
Handisport 42
Hémangiome 55
Héminégligence 63
Hémiplégie
  flasque 47
  spastique 48, 58, 62
Hémorragie
  cérébrale 47
  sousarachnoïdienne 47
  sous-durale, extradurale 47
HOSP-FACT 21
Hospitalisation à domicile 4, 9, 10
Hospitalisation de nuit, journée de présence 11
HOSP-PMSI 29

I

Immobilisation (changement, ablation d'appareil) 44
Indépendance 73
Index (numéro d'–) du chainage anonyme 29
Infarctus cérébral 47, 62
Infarctus du myocarde postopératoire 51, 52
Infection
  nosocomiale 53
  ostéosynthèse (matériel) 51, 52
  prothèse articulaire 51, 52
  prothèse valve cardiaque 51, 52
INSEE, code de pays 6
Insuffisance cardiaque 70
Interétablissement, prestation 16
Intervenant, catégorie 36
Intervention chirurgicale 6
Intoxication médicamenteuse 53

J

Journée de présence 11, 16
  hospitalisation de nuit 11
  mutation 11
  prestation interétablissement 16
  transfert 11, 16

L

Locomotion (dépendance) 14, 76, 81
Luxation de prothèse articulaire 50, 52
Lymphangiome 55
Lymphome, codage 67

M

MAGIC 28
Manifestation morbide principale 13, 34
  code non utilisable (interdit) 39
Matériel d'ostéosynthèse
  ablation 44
  infection 51, 52
Médecine du travail 42
Médicament
  accident 53
  autorisation temporaire d'utilisation (ATU) 22, 24
  effet nocif 53
  effet secondaire, indésirable 54
  intoxication 53
  suicide et tentative 53
  surdosage 54
Médicosocial (hébergement) 10
MMP ..... Voir Manifestation morbide principale
Mode
  d'entrée 7
  de sortie 9
Moignon d'amputation 68
Morbidité principale 12, 33
Mutation 7, 9
  journée de présence 11

N

Névrome de moignon d'amputation 52
Nombre de réalisations, acte de rééducation et réadaptation 36
Nombre de réalisations, acte médical 35
Norme B2 21
Nosocomial, facteur 53
Nuit (hospitalisation de –), journée de présence 11
Numéro
  administratif de séjour 4
  d'entrée 21
  de la semaine 10
  de séjour en SSR 3
  d'unité médicale 6
  séquentiel de séjour 15
Nutrition, rééducation 69

O

OAP ..... *Voir* Œdème pulmonaire
Obésité 69
Œdème pulmonaire 55
Orthèse 44
Ostéosynthèse (matériel)

VERSION PROVISOIRE 2

ablation....44
infection....51, 52

P

Pays de résidence (code)....6
Perforation colique perendoscopie....53
Permis de conduire....42
Permission....10, 11
Phase d'un acte médical....35
Phlébite due à perfusion....51, 52
Plateforme é-PMSI....3, 27, 30
Plus (signe + dans un code)....39
Pneumonectomie....63
Pneumonie postopératoire....51, 52
Pneumothorax postopératoire....51, 52
Polyhandicap lourd
définition....55
Pontage artériel, thrombose....51, 52
Pontage coronaire....66
Poursuite du même projet thérapeutique....12
PREFACE....25
Prestation interétablissement....16
Prothèse....44
articulaire, infection....51, 52
articulaire, luxation....50, 52
valvulaire cardiaque, infection....51, 52
~~Provenance~~....8

Q

Qualité des informations....31

R

Radiothérapie....67
RAFAEL....25
Réadmission le jour de la sortie....4
Rééducation après fracture....64
Rééducation et réadaptation professionnelle
....42, 59
Rééducation et réadaptation, acte....14, 36
Rééducation nutritionnelle....69
Rééducation respiratoire....70
Rejet de greffe....50, 52
Relation (dépendance)....14, 80
Résidence, code géographique....15
Résumé hebdomadaire anonyme....15
conservation....31
transmission....27
Résumé hebdomadaire standardisé
champ de production....2
conservation....31
contenu....3
groupé....15
Résumé standardisé de facturation....20
conservation....31
Résumé standardisé de facturation anonyme
....21
conservation....31
transmission....27
Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes....20, 24
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....47

S

SAE..... *Voir* Statistique annuelle des établissements de santé
Secret professionnel....30
Séjour administratif, numéro....4
Séjour en SSR, numéro....3
Semaine, numéro....10
Séquelles de....58
Sevrage alcoolique....67
Sexe....5
Signe + dans un code....39
Soins de contrôle....44
Sonde urinaire....78
Sortie
date....9
mode....9
suivie de réadmission....4
Sortie contre avis médical....45
SSRHA..... *Voir* Synthèse par séjour de RHA
Statistique annuelle des établissements de santé....2
Stomie
codage....44
dépendance....79
soins....46
Suicide et tentative....53
Supervision (dépendance)....73
Surdosage médicamenteux....54
Surveillance
de traitement....43
postopératoire, postinterventionnelle....45
Syndrome des artères cérébrales....48
Synthèse par séjour de RHA....15

T

Tentative de suicide....53
Thrombose de pontage artériel....51, 52
Trachéostomie....44, 46
Traitement, surveillance....43
Transfert....9
journée de présence....11, 16
pour réalisation d'un acte....16
provisoire....8, 10, 16
Transferts (dépendance)....76, 81
Transmission des informations....27
Travail, médecine du....42

VERSION PROVISOIRE 2

Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue 59
Type
d'activité (SAE) 2
d'autorisation de l'unité médicale.....7
d'hospitalisation 5

U

Unité médicale.....2
numéro.....6
type d'autorisation 7

V

VID-HOSP..... 17, 22, 29

Z

ZAIGU 33

VERSION PROVISOIRE 2

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 ..... 51, 52

B

B24.+9 39
B90-B94 58
B91 59

C

C34.1 63
C50.2 67
C81–C89 67

D

D12.2 55
D18 55
D37–D48 59

E

E10.– 41
E10.4 71
E11– 53
E11.58 ..... 41, 62
E64 58
E66.0– 69
E68 58

F

F00.1 41
F07.2 59
F10.2 67
F41.2 69

G

G09 58
G30.1 41
G40 59
G46 48
G46.0–G46.2 ..... 48, 62
G46.3–G46.8 48
G63.2 71
G81.0– 47
G81.1 ..... 48, 58, 62
G83.1 59

I

I11.0 70
I21 ..... 51, 52
I21.08 66
I33.0 ..... 51, 52
I50.1 55
I60 47
I61 47
I61.3 48
I62 47
I63 ..... 47, 62
I63.3 ..... 62, 63
I63.4 ..... 48, 62
I64 47
I65–I66 62
I66.0–I66.3 62
I69 58
I69.3 58
I70.2– 64, 66, 68
I74.3 ..... 51, 52
I79.2 41
I80.2 68
I80.8 ..... 51, 52
I97.2 50
I97.8 ..... 50, 51

J

J18.9 ..... 51, 52
J44.8 70
J81 55
J95.1 50
J95.8 ..... 50, 51

K

K25.3 ..... 51, 52
K29.1 54
K65.0 ..... 51, 52
K91.8 ..... 50, 51

L

L02 ..... 51, 52

M

M00 ..... 51, 52

VERSION PROVISOIRE 2

M86 ..... 51, 52

N

N08.3 41
N10 68

O

O94 58
O97 58

R

R00.1 54
R26.30 54
R40.2– 48
R40.20 71
R47.0– 47
R48.10 63
R54.+0 39

S

S06.2 71
S27.01 ..... 51, 52
S32.80 41
S36.5 53
S42.3 65
S66 ..... 51, 52
S72.0 65
S72.3 64
S82.6 65

T

T00–T07 41
T08–T14 40
T23.2 69
T29.3 41
T29–T30 41
T31.0 69
T36–T50 54
T80.0 50
T80.1 ..... 51, 52
T80.2 ..... 50, 51, 52
T80.5 50
T80–T88 49
T81.2 ..... 50, 53
T81.3 ..... 51, 52
T81.4 ..... 50, 51, 52
T81.8 ..... 51, 52
T82.0–T82.5 50
T82.1 ..... 50, 52
T82.6 ..... 51, 52
T82.8 ..... 51, 52
T83.0–T83.4 50
T84.0 ..... 50, 52
T84.0–T84.4 50
T84.1 65
T84.5 ..... 51, 52
T84.6 ..... 51, 52
T85.0–T85.6 50
T86 50
T87 50
T87.3 ..... 50, 52
T87.4 64
T88.0, T88.1 50
T88.7 50
T90.5 59
T90-T98 58

U

U00-U49 59
U06 60
U07 60
U82-U84 57

X

X40–X44 53
X60–X64 54

Y

Y40–Y59 54
Y45.3 54
Y52.0 54
Y60.4 53
Y60–Y69 53
Y70–Y82 53
Y83 52
Y83.1 52
Y83.4 52
Y83.5 52
Y83.6 52
Y83–Y84 52
Y84.8 52
Y85.0 59
Y85-Y89 ..... 58, 59
Y95 53

Z

Z02.1 42
Z02.4 42
Z02.5 42
Z02.6 42
Z03 42
Z04 42
Z08 43
Z08.1 67
Z08.2 ..... 43, 67
Z09 43
Z09.2 43
Z11 43
Z12 43
Z13 43
Z30 43
Z31 43
Z31.5 43

VERSION PROVISOIRE 2

Z31.6....43
Z35....43
Z42....44
Z42.2....44
Z42.4....44
Z43....44
Z43.0....44
Z44....44
Z44.1....41, 64
Z45....44
Z46....44
Z46.7....44
Z46.8....44
Z47....44
Z48....45
Z48.0....64, 65, 69
Z48.8....63, 66
Z49....45
Z50.0....66
Z50.1....41, 48, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 70
Z50.2....67
Z50.7....42, 59
Z50.8....41, 62
Z51....45
Z51.00....67
Z51.1....45
Z51.2....45
Z51.3....45
Z51.30....45
Z51.31....45
Z51.88....48, 70, 71
Z52....65
Z53....45
Z53.0....45
Z53.2....45
Z54....45
Z55.0....56
Z55.1....56
Z56....42
Z59.0....56
Z59.10....56
Z59.11....56
Z59.12....56
Z59.13....56
Z59.50....56
Z59.62....56
Z60.20....57
Z60.30....57
Z71....45, 46
Z71.3....69
Z74.2....46, 48
Z75.5....48
Z75.80....16
Z76....46
Z86.70....48
Z89....46, 65
Z89.5....41, 64, 68
Z90....65
Z90.2....63
Z93–Z98....46
Z94....46
Z94.5....69
Z94–Z96....65
Z95....46
Z95.1....66
Z95.80....66
Z96....46
Z96.6....46, 65, 68
Z96.7....46, 64
Z97.1....64
Z98.8....65
Z99....46
Z99.0....46
ZAIGU....68

VERSION PROVISOIRE 2