**Guide Méthodologique MCO 2020**

**Version provisoire**

Le document ci-joint est **la version provisoire** du Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, **applicable à partir du 1er mars 2020**.

Pour faciliter la lecture, les modifications intervenues par rapport à la version de 2019 sont signalées par un surlignage jaune.

Seule la publication au *Bulletin officiel*de ce document*,*à venir sous le numéro de fascicule spécial n° 2020/6 *bis,*constituera la version officielle de référence.

<https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3735/guide_mco_2020_bis_version_provisoire.pdf>

Les modifications portées en surligné jaune dans ce Guide 2020 MCO :

**1.3.1. Nouveau-né (page 12)**

Le séjour d’un nouveau-né fait toujours l'objet de la production d'un RUM propre, y compris si sa présence ne donne pas lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission (nouveau-né parfois dit « non hospitalisé ») 9 . Les consignes de codage des informations administratives concernant les nouveau-nés sont publiées sur le site de l’ATIH.

**1.6. DISTINCTION ENTRE SOINS EXTERNES ET HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL**

Ce paragraphe évoluera lors de la publication de l’instruction gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Les informations seront publiées dans la version provisoire 2 du guide méthodologique MCO 2020.

❑ **INSTRUCTION GRADATION (page 26)**

L’instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, précisera les règles de facturation des prises en charge en ambulatoire en décrivant une gradation allant des prises en charge en externe jusqu’à l’hospitalisation de jour. Lors de la publication de cette instruction, le point 1.6 du présent chapitre sera modifié pour intégrer les évolutions dans la distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel. Dans l’intervalle, les évolutions relatives au recueil peuvent être précisées.

**Les évolutions de recueil :** les nouvelles variables

Les nouvelles variables recueillies pour décrire les moyens mobilisés lors de la prise en charge des patients en séjours de médecine (séjours dont la 3ème lettre est M ou Z) pour lesquels la date de sortie est la même que la date d’entrée sont les suivantes :

❑ **Variable : Nombre d’interventions**

La variable « nombre d’interventions » permet d’identifier le nombre d’interventions professionnelles réalisées pour un patient, que celles-ci concernent des actes et/ou des consultations et/ou des interventions de professionnels. La variable « Nombre d’interventions » est à recueillir avec les modalités suivantes :

▪ A = nombre d’interventions inférieur à 3

▪ B = 3 interventions de professionnels différents ont été réalisées

▪ C = plus de 3 interventions différentes réalisées au cours de ce séjour ▪ non renseigné.

❑ **Variable : Contexte du patient/surveillance particulière**

Le « contexte patient » fait référence à la fragilité du patient et à son terrain à risque au moment de la prise en charge. Ce contexte justifie un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières, que d’autres patients n’auraient pas requis.

La « surveillance particulière » fait référence à des modalités de prises en charge qui nécessitent un temps plus important de surveillance du patient ou de réalisation, ceci hors administration de produits de la réserve hospitalière.

La variable « contexte du patient/surveillance particulière » est à recueillir avec les modalités suivantes :

▪ 1 = oui (oui contexte particulier ou surveillance particulière)

▪ 2 = non

▪ non renseigné

**❑ Variable : Administration de produits de la réserve hospitalière (RH**)

Cette variable est codée dans les situations où une hospitalisation est requise pour l’administration de produits de la réserve hospitalière. La variable « administration d’un produit de la RH » est à recueillir avec les modalités suivantes :

▪ 1 = oui (oui administration de produit de la RH)

▪ 2 = non

▪ non renseigné Remarque : cette variable peut également être recueillie dans les séjours réalisés en UHCD.

**❑ Variable : Rescrit tarifaire**

Dès lors que la décision de rescrit est publiée, celle-ci devient opposable pour les autres établissements, pour des situations de fait comparables. Les séjours relevant de ces situations de faits comparables peuvent donner lieu au codage de la variable « Rescrit tarifaire ». La variable « Rescrit tarifaire » est à recueillir avec les modalités suivantes :

▪ 1 = oui (situation relevant d’une hospitalisation de jour)

▪ 2 = non

▪ non renseigné

2**.3. LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME** (page 32)

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

• numéro de RSS ;

• numéro administratif de séjour ;

• ~~date de naissance, remplacée par l'âge calculé à la date d'entrée (en jours pour les enfants de moins de un an à cette date) ;~~

• numéro(s) d'unité médicale ; seul figure le nombre de RUM composant le RSS d’origine ;

• ~~code postal, remplacé par un code géographique attribué selon une liste convenue à l’échelon national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;~~

~~• dates d'entrée et de sortie, remplacées par la durée du séjour, le mois et l'année de sortie ;~~

~~• date des dernières règles et date de réalisation des actes, remplacées par le délai en jours par rapport à la date d’entrée.~~

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

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

• l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;

• le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;

• La durée du séjour, le mois et l’année de sortie

…

2.5 LE RESUME DE PARCOURS PATIENT POUR LA MALADIE RENALE CHRONIQUE RPPMRC (page 35)

Ce résumé est un recueil standardisé, produit en référence à l’arrêté du 25 septembre 2019 modifié en application de l’article L. 162-22-6-2 , concernant les forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique, hors suppléance de stade 4 ou 5

L’annexe 1 de cet arrêté décrit les variables constitutives du recueil. Un guide de recueil de ces données accompagne l’arrêté.

Un corpus de documents relatifs à la production de ce recueil figure sur le site de l’ATIH, arrêté du 25 septembre 2019 modifié, guide de recueil, notice technique MRC.

2.6. FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des résumés d’activité, du fichier d’information des unités médicales et du fichier de RPP-MRC 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

…

**4. PRESTATIONS INTER-ACTIVITES (PIA) (page 39)**

4.1. DÉFINITION

On désigne par « prestation inter-activités » une situation dans laquelle une unité d’hospitalisation a recours au plateau technique ou aux équipements d’une autre unité d’hospitalisation relevant d’un champ d’activité différent 70 , pour assurer au patient des soins ou des examens qu’elle ne peut pas effectuer elle-même. Il convient de distinguer les prestations réalisées à titre externe des prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation :

Le régime des prestations inter activités (PIA) dites « séjours », facturables directement à l’assurance maladie par les établissements prestataires, a été clarifié en 2016. La clarification du régime des PIA « externes », qui correspondent aux situations où la prestation réalisée par l’établissement prestataire prend la forme d’une prise en charge externe (ACE), avait été renvoyée à un texte ultérieur.

Depuis mars 2019, les modalités de facturation des PIA « externes » sont alignées sur celles des PIA « séjours **». Les prises en charges externes réalisées par des établissements MCO pour des patients hospitalisés en SSR ou en psychiatrie seront désormais facturables directement à l’assurance maladie par l’établissement MCO prestataire et ne feront plus l’objet d’une refacturation entre établissements.**

~~• Les prestations de type « actes et consultations externes » ne doivent pas faire l’objet d’une facturation à l’assurance maladie par le prestataire.~~

~~• Les prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation font l’objet d’une facturation à l’assurance maladie par le prestataire.~~

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

…

2**.1.3.2 Fichiers DATEXP** (page 48)

Tout comme les fichiers FICHCOMP, ces fichiers permettent de recueillir au séjour, des informations complémentaires aux informations du RSS. La différence avec FICHCOMP réside dans le format de ces fichiers qui sont produits au format CSV, plus simple d’utilisation.

Ces fichiers sont apparus dans le cadre de l’article 51 de la LFSS pour 2018 permettant d’expérimenter de nouvelles procédures, pour réformer l’organisation et le financement de notre système de santé (d’où Datexp, pour « données d’expérimentation »). Par extension, ils ont vocation à accompagner les nouveaux projets nécessitant un recueil adapté, au séjour ou au parcours.

Plusieurs fichiers DATEXP existent actuellement pour les recueils suivants :

- CAR-T-CELL

- Médicaments anticancéreux

- Médicaments

-Dispositifs médicaux (DM) intra GHS

- Maladies rénales chroniques (MRC). Un fichier Datexp est produit pour le recueil des informations liées à la Maladie rénale chronique, tel que défini et décrit dans l’arrêté du 29 septembre 2019 modifié. Il est produit depuis le 1er octobre, et jusqu’au 1er mars 2020. A compter du 1er mars 2020, ce fichier sera renommé résumé de parcours patient pour la maladie rénale chronique (RPP-MRC), sans que le contenu du recueil ne soit modifié (voir point 2.5 du chapitre I). Des informations complémentaires seront produites avant cette échéance

…

2.1.4. Le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (page 50)

2.1.4.1 Description

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

Une information est ajoutée dans le type « A » en 2020 :

• Le numéro d’identification permanent du patient (IPP)

2.2.2. Contenu du résumé standardisé de facturation (p58)

Deux informations sont ajoutées dans le type « A » en 2020 :

• Le numéro d’identification permanent du patient (IPP)

• Le code postal du lieu de résidence du patient.

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 ;

**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 ;

• la durée du séjour ;

• Le code géographique de résidence.

6. CONSERVATION DES INFORMATIONS (p69)

Le médecin responsable de l'information médicale pour l’établissement de santé sauvegarde le fichier de RSS , RPP-MRC qui est à la source du fichier de RSA, RPPAMRC ou RSFA ainsi que l’ensemble des fichiers créés par les programmes informatiques générateurs des résumés anonymes et assure la conservation de la copie produite.

**CHUTES A REPETITION (p90)**

Le codage des chutes à répétition (R29.6) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : chutes à répétition **en raison du grand âge ou d'autres problèmes de santé mal définis**. La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ. **Le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes dans l’année qui précède le recueil d’information.**

**Exemples** La chute à répétition est le DP d’un séjour motivé par la chute, séjour au cours duquel aucune lésion (conséquence de la chute) n’est traitée et aucune cause n’est trouvée. Il peut donc s’agir :

• d’une chute constatée répétitive (au moins deux chutes dans l’année), le DP est la chute R29.6 ;

• d’un bilan de chutes répétitives à la recherche d’une pathologie causale et sans que cette cause soit trouvée, le DP est la chute R29.6 ; La notion de chute à répétition peut être un DAS car elle marque une fragilité du patient dans les cas pour lesquels elle ne sera pas le DP :

• Dans les cas où la chute à répétition est à l’origine de lésion, la lésion étant le DP du séjour, et seulement si aucune causalité n’est retrouvée, le DAS est la chute R29.6.

…

**DOULEUR CHRONIQUE** (p95)

La douleur chronique prise en compte dans les recommandations de la HAS14 est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte ; il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes : • Persistance ou récurrence ;

• Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;

• Réponse insuffisante au traitement ;

• Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l’école ou au travail. La douleur chronique peut être accompagnée :

• De manifestations psychopathologiques ;

• D’une demande insistante par le patient, de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu’il déclare leur inefficacité à soulager ;

• D’une difficulté du patient à s’adapter à la situation.

L’utilisation du code **R52.2 douleur chronique** nécéssite que le dossier mentionne l’existence d’une douleur chronique dans le cadre de cette définition.

**DOULEUR CHRONIQUE IRREDUCTIBLE**

La douleur chronique irréductible est une douleur chronique ne cédant pas aux traitements habituels délivrés en ville, engendrant une altération durable de la vie du patient, **et nécessitant** une prise en charge par une équipe multidisciplinaire et spécialisée **pour prescription d’antalgiques de pallier 3 +/- adjuvants, antiépileptiques ou antidépresseurs, et/ou autres stratégies antalgiques complexes** (rotations d’antalgiques ; traitements nécessitant des compétences particulières : traitements invasifs médicaux, actes anesthésiques ou chirurgicaux, ou radiothérapie).

Le traitement de la douleur chronique irréductible : dans le cas d’un séjour dont le motif principal a été une prise en charge spécifiquement algologique, indépendante du traitement de la cause, à comme DP R52.10 ou R52.18 15 ; c’est le cas lorsque l’hospitalisation s’est déroulée dans une unité de prise en charge de la douleur chronique.

…

ENFANTS NÉS SANS VIE (p100)

Pour la production des informations concernant les enfants nés sans vie (« mort-nés ») et leur mère, la référence est la note technique qui constitue l’annexe II de l’instruction du 26 octobre 2011 relative à la mortinatalité.

Les enfants nés sans vie et les produits d’interruption de grossesse pour motif médical (IMG) donnent lieu à la production d’un résumé d’unité médicale (RUM) 22 à partir de vingtdeux semaines révolues d’aménorrhée ou d’un poids d’au moins cinq-cents grammes.

L’enregistrement du diagnostic principal doit employer le code P95 de la CIM–10, à l’exclusion de tout autre, y compris, par convention, si la cause du décès est connue. Le RUM-RSS enregistre l’âge gestationnel (se reporter au chapitre I), la cause de la mort. Les codes des actes éventuels, en particulier celui d’autopsie, sont saisis dans le RUM.

Lorsqu’un acte d’autopsie est réalisé sur un enfant né sans vie ou sur un fœtus, l’acte est codé :

• dans le RUM de l’enfant lorsqu’il en est produit, c’est-à-dire à partir de vingt-deux semaines révolues d’aménorrhée ou d’un poids d’au moins cinq-cents grammes ;

• dans le RUM de la mère s’il ne doit pas être produire de RUM, c’est-à-dire pour une issue de grossesse avant vingt-deux semaines révolues d’aménorrhée et d’un poids de moins de cinq-cents grammes.

En cas de naissance d’un enfant mort-né hors d’un établissement de santé (domicile ou maison de naissance) un RSS devra être produit si la mère est hospitalisée. Un RSS est produit lorsque la naissance est assurée par un service mobile d’urgence et de réanimation, quelque soit son établissement d’implantation.

**~~En cas d’accouchement délibéré à domicile, résultant du choix de la mère, un enfant né sans vie ne donne pas lieu à la production d’un RSS. Cette circonstance est la seule dans laquelle il n’est pas produit de RSS pour un mort-né. Un RSS est produit dans les autres : naissance dans un établissement de santé, naissance impromptue assurée par un service mobile d’urgence et de réanimation, quel que soit son établissement d’implantation, naissance impromptue non médicalisée survenue avant l’arrivée dans un établissement de santé~~**.

MALNUTRITION, DÉNUTRITION (p116-120)

La CIM–10 classe les états de malnutrition dans le groupe E40–E46 : E40 Kwashiorkor, E41 Marasme nutritionnel ; E42 Kwashiorkor avec marasme 58 ; E43 Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision ;E44.0 Malnutrition protéinoénergétique modérée ; E44.1 Malnutrition protéinoénergétique légère ; E46 Malnutrition sans précision 59 . Elle range sous le terme générique de malnutrition60 un groupe d’affections résultant d’une carence d’apport ou d’une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l’entendre dans le sens restreint de dénutrition.

La HAS publie en novembre 2019 des recommandations de bonne pratique pour le diagnostic de la dénutrition de l’enfant et de l’adulte. Ce document a été élaboré en collaboration avec la Fédération française de nutrition (FFN). Diagnostic de la dénutrition de l’enfant et de l’adulte - novembre 2019. Le diagnostic de la dénutrition nécessite la présence d’au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique. Ce diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger de sa sévérité. Il repose exclusivement sur des critères non biologiques. Ces critères sont ici résumés :

**~~Dans un rapport publié en septembre 2003 61 , l’Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé (ANAES) en a donné une définition : « la dénutrition protéinoénergétique résulte d’un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino- 58 Les codes E40, E41 et E42 ne peuvent connaître qu’un emploi exceptionnel en France. 59 Auxquels s’ajoute O25 Malnutrition au cours de la grossesse. 60 Cet anglicisme désigne de fait tout trouble lié à un déséquilibre alimentaire, aussi bien en défaut qu’en excès. 61 ANAES. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Septembre 2003. 117 énergétiques de l’organisme. Ce déséquilibre entraine des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s’agit d’une perte tissulaire involontaire. » Cette définition distingue clairement « l’amaigrissement […] de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale » et sa nature éventuellement volontaire. Dans le même rapport, l’ANAES a établi les critères permettant d’évaluer la dénutrition protéinoénergétique des adultes hospitalisés, tous âges confondus. Elle a en effet estimé que la définition fournie par la CIM–10, reposant sur des critères statistiques, « n’est pas opérationnelle en l’absence de données représentatives de la distribution du poids par tranche d’âge et par sexe […] en France. » La Haute Autorité de santé (HAS) a révisé les critères permettant d’évaluer la dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée dans un rapport publié en avril 2007 62 .~~**

1. Le diagnostic de la dénutrition chez les patients âgés de moins de 18 ans

Les **critères phénotypiques** sont les suivants :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;

- IMC < courbe IOTF 18,5 ; - stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel de l’enfant (courbe de poids) ;

- réduction de la masse et/ou de la fonction musculaires (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles)

**Les critères étiologiques** sont les suivants :

- réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d’1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :

• à la consommation alimentaire habituelle quantifiée,

• ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ;

- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;

- situation d’agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :

• pathologie aiguë ou

• pathologie chronique évolutive ou

• pathologie maligne évolutive

**1.2 Les critères de dénutrition modérée chez les patients âgés de moins de 18 ans**

- courbe IOTF 17 < IMC < courbe IOTF 18,5 ;

- perte de poids ≥ 5 % et ≤ 10 % en 1 mois ou ≥ 10 % et ≤ 15 % en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; 62 HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007. 118

- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel.

L’observation d’un seul critère de dénutrition modérée suffit pour poser le diagnostic de dénutrition modérée dès lors que la dénutrition est présente ( 1 caractère phénotypique + 1 caractère étiologique).

**1.3 Les critères de dénutrition sévère chez les patients âgés de moins de 18 ans**

- IMC ≤ courbe IOTF 17 ; - perte de poids > 10 % en 1 mois ou > 15 % en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;

- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs (représentant 3 écarttypes) en dessous du couloir habituel ;

- infléchissement statural (avec perte d’au moins un couloir par rapport à la taille habituelle). L’observation d’un seul critère de dénutrition sévère suffit à qualifier la dénutrition de sévère dès lors que la dénutrition est présente (1 caractère étiologique + 1 caractère phénotypique).

**2. Le diagnostic de la dénutrition chez l’adulte (≥ 18 ans et < 70 ans)**

Les critères phénotypiques sont les suivants :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;

- IMC < 18,5 kg/m2 ; - réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires.

Les critères étiologiques sont les suivants :

- réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d’1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :

• à la consommation alimentaire habituelle quantifiée,

• ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ;

- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;

- situation d’agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :

• pathologie aiguë ou

• pathologie chronique évolutive ou

• pathologie maligne évolutive.

**2.1 Les critères de dénutrition modérée chez l’adulte (≥ 18 ans et < 70 ans)**

- 17 < IMC < 18,5 kg/m2 ;

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;

- mesure de l’albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie >30 g/L et < 35 g/L.

L’observation d’un seul critère de dénutrition modérée suffit à qualifier la dénutrition de modérée dès lors que la dénutrition est présente (1 caractère étiologique + 1 caractère phénotypique).

**2.2 Les critères de dénutrition sévère chez l’adulte (≥ 18 ans et < 70 ans)**

- IMC ≤ 17 kg/m2 ;

- perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;

- mesure de l’albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≤ 30g/L.

L’observation d’un seul critère de dénutrition sévère suffit à qualifier la dénutrition de sévère dès lors que la dénutrition est présente (1 caractère étiologique + 1 caractère phénotypique).

Lors de l’observation simultanée d’un seul critère de dénutrition sévère et d’un ou plusieurs critères de dénutrition modérée, il est recommandé de poser un diagnostic de dénutrition sévère.

3. Le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée ≥ 70 ans repose sur les recommandations HAS 2007, intitulées « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »

**3.1 Les critères diagnostic de la dénutrition chez la personnes âgée ≥ 70 ans repose sur la présence d’un ou de plusieurs critères ci-dessous** : 63

* perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois
* IMC<21kg/m²
* Albuminémie<30g/l

L’emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères64 .

**Chez les patients âgés de moins de 70 ans :**

**• perte de poids égale ou supérieure à 10 % par rapport à une valeur antérieure à l’hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • perte de poids égale ou supérieure à 5% en1 mois par rapport à une valeur antérieure à l’hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;**

**• indice de masse corporelle (IMC) inférieur ou égal à 17 kg/m² ;**

**• si le dosage est réalisé et en l’absence de syndrome inflammatoire :**

**• albuminémie inférieure à 30 g/l ;**

**• préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 110 mg/l.**

**Chez les patients âgés de 70 ans et plus :**

**• perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois ;**

**• IMC inférieur à 21 kg/m2 ;**

**• albuminémie inférieure à 35 g/l65 . 2) Le diagnostic de dénutrition sévère repose sur la présence d’au moins un des critères suivants. Chez les patients âgés de moins de 70 ans : • perte de poids égale ou supérieure à 15 % en 6 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l’hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;**

**• si le dosage est réalisé et en l’absence de syndrome inflammatoire :**

**• albuminémie inférieure à 20 g/l,**

**• préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 50 mg/l.**

**Chez les patients âgés de 70 ans et plus :**

**• perte de poids égale ou supérieure à 10 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 15 % en 6 mois ;**

**• IMC inférieur à 18 kg/m2 ;**

**• albuminémie inférieure à 30 g/l.**