

**GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION  
DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR DU PMSI  
EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE**

Applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2004



## INTRODUCTION

La précédente publication du guide de production des résumés de sortie du PMSI a été faite en 1996. Certes le PMSI n'est pas une matière figée, d'ailleurs cette publication introduisait les développements intervenus depuis l'édition de 1994. Aujourd'hui, de nouveau, plusieurs circonstances imposent une nouvelle publication, à son tour ultérieurement révisable.

De fait, depuis cette date :

- il a été nécessaire de publier diverses mises au point (pour faire part de nouveautés améliorant le dispositif PMSI ou pour le préciser, souvent d'ailleurs en réponse aux observations ou aux demandes des établissements) ;
- la réforme du financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A) a renforcé la nécessité de règles strictes dans la production des résumés de sortie du PMSI. En outre, par ses modalités d'application, la T2A induit des modifications de procédures.

Cette nouvelle édition du guide a ainsi pour objet de récapituler, sous une forme pratique, les différentes règles et consignes encadrant la réalisation des résumés de sortie. Des renvois à divers textes, directement ou indirectement en rapport avec le sujet, ont en outre été ajoutés.

Je souhaite que les établissements de santé, et les médecins responsables de l'information médicale en particulier, y trouvent les précisions dont ils ont besoin, et que ce guide soit leur référence. Il tient compte des évolutions les plus récentes, il cherche à anticiper les changements prévisibles. La volonté d'y intégrer les nouveautés majeures en cours de mise en place en a d'ailleurs différé la parution.

La mise en œuvre de la T2A dans les établissements requerra rapidement de nouveaux ajustements des règles de production. Une nouvelle mise à jour est donc à prévoir dans un délai rapproché.

Dans l'intervalle, chaque fois que cela sera requis, les informations nécessaires seront portées à la connaissance des utilisateurs par des moyens de diffusion rapides (lettre circulaire et, surtout, diffusion via l'Internet).

Comme pour ses précédentes éditions, les observations en provenance des établissements, sur ce guide, sont les bienvenues.

Elles seront une contribution précieuse à son amélioration comme à celle du dispositif PMSI.

Édouard COUTY  
Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins



Les observations sur ce guide peuvent être formulées auprès de :

– pour la DHOS :

– Dr Jean-Pierre Blériot

– Dr Joëlle Dubois

– pour l'ATIH :

– Dr Jean-François Noury

En les adressant à la boîte aux lettres : [guiderss@atih.sante.fr](mailto:guiderss@atih.sante.fr)



## Le présent guide annule et remplace les documents suivants :

- le guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI (*Bulletin officiel – BO* – du ministère chargé de la santé n° 94/6) ;
- l'additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI (*BO* n° 96/13 bis) ;
- le fascicule « PMSI et recueil d'information : ce qui change au 1<sup>er</sup> janvier 2000 » (mission PMSI, Direction des hôpitaux – DH – juillet 1999) ;
- le paragraphe 3.2 (« Contenu du RUM »), les quatrième et cinquième parties (« Règles de codage CIM 10 » et « Modifications de certaines règles de production des RSS ») de la présentation générale du manuel de la 6<sup>ème</sup> version de la classification des groupes homogènes de malades, version 5.6 de la fonction groupage (*BO* n° 2000/2 bis) ;
- le fascicule « Questions-réponses relatives aux nouveautés 2000 du recueil d'information PMSI » (mission PMSI, DH, juillet 2000) ;
- les « Consignes pour le recueil d'informations PMSI de l'année 2001 » (mission PMSI, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – DHOS – 21 décembre 2000) ;
- le fascicule « PMSI et recueil d'information : nouveautés 2002 et précisions » (mission PMSI, DHOS, septembre 2001) ;
- la troisième partie (« Rappels utiles et consignes ») de la présentation générale du manuel de la 7<sup>ème</sup> version de la classification des groupes homogènes de malades, version 6.7 de la fonction groupage<sup>1</sup>.

Des informations complémentaires au présent guide sont disponibles :

- dans le manuel des groupes homogènes de malades, 9<sup>ème</sup> version de la classification, version 7.9 de la fonction groupage ;
- dans le guide de lecture et d'utilisation de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- dans le volume 2 de la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes », dixième révision (CIM-10) ; OMS éd. ;
- et sur le site Internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

Il est en outre conseillé de se reporter aux textes officiels en vigueur cités dans le guide : code de la santé publique, arrêtés...

---

<sup>1</sup> Ce manuel n'a pas fait l'objet d'une publication au *Bulletin officiel*. Il avait été adressé aux établissements de santé au début de l'année 2002, sur un cédérom qui contenait aussi la version 0 de la « classification commune des actes médicaux » (CCAM).



# SOMMAIRE

<b>I. PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE .....</b>	<b>1</b>
<b>1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR.....</b>	<b>2</b>
1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS .....	2
1.1.1 Admission dans une unité d'hospitalisation de MCO.....	2
1.1.2 Séjours exclus du champ du PMSI en MCO.....	4
1.1.3 Distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel.....	4
1.1.4 Cas particuliers .....	4
<b>2. CONTENU DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR.....</b>	<b>5</b>
2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE .....	5
2.1.1 Informations relatives à l'identification du patient.....	5
2.1.2 Autres informations dites administratives.....	6
2.1.3 Informations de nature médicale.....	8
2.2 LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ .....	9
2.3 LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME.....	10
2.4 FORMATS DES RÉSUMÉS .....	11
2.5 QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS.....	11
<b>3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS.....</b>	<b>12</b>
3.1 DÉFINITION .....	12
3.2 OBJECTIF DU DISPOSITIF .....	12
3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF .....	13
3.3.1 L'établissement demandeur [A] .....	13
3.3.2 L'établissement prestataire [B].....	13
<b>II. PRODUCTION DES RÉSUMÉS STANDARDISÉS DE FACTURATION .....</b>	<b>15</b>
<b>1. MESURES TRANSITOIRES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS A BUT NON LUCRATIF.....</b>	<b>15</b>
<b>2. DESCRIPTION SUCCINTE DU RSF .....</b>	<b>15</b>
<b>III. CHAÎNAGE, TRANSMISSION, ET CONSERVATION DES FICHIERS .....</b>	<b>17</b>
<b>1. PRINCIPES DU CHAÎNAGE ANONYME.....</b>	<b>17</b>
1.1 LE NUMÉRO ANONYME DE PATIENT.....	17
1.2 LIAISON ENTRE LE NUMÉRO ANONYME ET LES DONNÉES MÉDICALES ET DE FACTURATION .....	18
<b>2. DONNÉES ET FICHIERS PRODUITS POUR LE CHAÎNAGE.....</b>	<b>19</b>
2.1 DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS A BUT NON LUCRATIF .....	19
2.2 DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS .....	20
2.3 L'ÉCHELON DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION .....	20
<b>3. CONFIDENTIALITÉ.....</b>	<b>20</b>

4.	CONSERVATION DES FICHIERS .....	21
----	---------------------------------	----

## **IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR..... 23**

1.	RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10 .....	23
2.	LA MORBIDITÉ PRINCIPALE.....	24
2.1	DÉFINITIONS .....	24
2.1.1	Le diagnostic principal.....	24
2.1.2	Le diagnostic relié.....	25
2.2	GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES.....	26
2.2.1	Cas d'un patient hospitalisé pour diagnostic.....	26
2.2.2	Cas d'un patient hospitalisé pour traitement.....	28
2.2.3	Cas d'un patient hospitalisé pour surveillance.....	31
2.2.4	La notion de « bilan » .....	33
2.2.5	Maladies chroniques et de longue durée.....	34
2.2.6	Patients atteints de plusieurs affections de lourdeur comparable.....	36
2.2.7	La cohérence entre DP et acte n'est pas un principe de hiérarchisation des diagnostics .....	36
3.	LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS.....	38
4.	LES ACTES.....	39

## **V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10<sup>EME</sup> RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES..... 41**

1.	LES SÉQUELLES .....	41
1.1	QUAND EMPLOYER UN CODE DE SÉQUELLES ? .....	41
1.2	COMMENT EMPLOYER LES CODES DE SÉQUELLES ? .....	42
2.	LES COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX.....	43
2.1	LES CODES T80-T88.....	44
2.2	LES CATÉGORIES « ATTEINTES [TROUBLES] [AFFECTIONS] DE L'APPAREIL... APRÈS UN ACTE À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, NON CLASSÉES AILLEURS ».....	45
2.3	LES CODES « HABITUELS » DE LA CIM.....	46
2.4	CONCLUSION À PROPOS DU CODAGE DES COMPLICATIONS D'ACTES.....	46
3.	LES EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS.....	47
3.1	LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES ET VOLONTAIRES .....	47
3.2	LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS .....	48
4.	LES ANTÉCÉDENTS .....	49
5.	LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	50
5.1	LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE .....	50
5.1.1	Codage des IVG.....	50
5.1.2	Codage des IMG .....	50
5.2	LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE .....	51
5.3	LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	51
5.4	LA VIOLENCE ROUTIÈRE .....	51
5.4.1	La nature des lésions traumatiques .....	51
5.4.2	Les circonstances des lésions.....	51
5.4.3	Facteurs favorisants au moment de l'accident .....	52
6.	EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DU CHAPITRE XVI DE LA CIM .....	52
7.	EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM (CODES Z).....	53

<b>VI. LES SÉANCES.....</b>	<b>63</b>
1. DÉFINITION .....	63
2. SÉANCES DE DIALYSE RÉNALE .....	64
3. SÉANCES DE CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR.....	64
4. L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE .....	64
4.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION.....	65
4.2 LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION .....	66
5. LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES.....	68
<b>INDEX ALPHABÉTIQUE .....</b>	<b>69</b>
<b>INDEX DES GROUPES, CATÉGORIES ET SOUS-CATÉGORIES DE LA CIM-10 CITÉS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>75</b>



## I. PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du secteur d'hospitalisation en soins de courte durée en médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO) public et privé, repose sur le recueil systématique de données médicoadministratives minimales et normalisées, contenues dans le **résumé de sortie standardisé** (RSS), et sur le traitement méthodique et partiellement automatisé de ces données.

Dans ce qui suit, le secteur d'hospitalisation en soins de courte durée en médecine, chirurgie, et obstétrique sera désigné par l'expression « MCO »<sup>1</sup>.

Toute hospitalisation, avec ou sans hébergement, dans le secteur MCO d'un établissement de santé, fait l'objet d'un RSS, constitué d'un ou de plusieurs **résumés d'unité médicale** (RUM)<sup>2</sup>. Un RSS doit être produit chaque fois qu'un patient a quitté le secteur d'hospitalisation MCO d'une entité juridique hospitalière.

L'anonymisation du RSS a pour résultat la production d'un **résumé de sortie anonyme** (RSA) qui est transmis, en même temps que le fichier de chaînage anonyme et les fichiers de facturation<sup>3</sup>, à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dont dépend l'établissement.

Les conditions de production de ces différents résumés, ainsi que leur contenu, sont décrits dans le présent chapitre.

Les établissements visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, seront appelés dans ce qui suit « établissements publics et établissements privés à but non lucratif ». Les établissements privés mentionnés aux alinéas *d* et *e* de l'article L.162-22-6, seront dénommés « établissements privés ».

---

<sup>1</sup> La production de résumés d'hospitalisation du PMSI concerne d'autres secteurs d'hospitalisation : le secteur des soins de suite ou de réadaptation (SSR) selon une méthodologie déjà diffusée depuis 1998, et le secteur de psychiatrie dans lequel une expérimentation est en cours.

<sup>2</sup> Les rapports entre RUM et RSS sont précisés plus loin, dans le point 2.2 de ce chapitre.

<sup>3</sup> Sur le fichier de chaînage anonyme, voir le chapitre III ; sur les fichiers de facturation, voir le chapitre II.

## 1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR

### 1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS

- ☐ **Le secteur MCO** est l'ensemble des unités médicales d'un établissement, dispensant des soins de courte durée en médecine, chirurgie, et obstétrique, au sens de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.
- ☐ On désigne par **unité médicale** un ensemble individualisé de moyens assurant des soins à des malades hospitalisés, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement.

Le découpage de l'établissement en UM est du ressort de celui-ci. Néanmoins, pour des raisons de cohérence entre les différentes modalités de découpage, une unité médicale doit correspondre à une ou plusieurs unités fonctionnelles.

De plus, les établissements disposant d'une autorisation d'activité en **réanimation** doivent impérativement identifier l'unité médicale (ou les unités médicales) de réanimation dans ce découpage. Cette consigne sera étendue à d'autres activités hospitalières, à partir de 2005, pour les besoins de la tarification à l'activité. Des instructions complémentaires seront donc publiées en 2004, mais il est d'ores et déjà possible d'annoncer dans ce cadre, le besoin d'identification des unités médicales de **soins intensifs**, de **surveillance continue** et de **zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD)**.

L'existence d'une **clinique ouverte** impose également son identification comme unité médicale<sup>4</sup>.

*NB* : l'obligation d'identifier ainsi certaines unités médicales à l'activité particulière est liée au modèle de financement de ces activités. Le respect de cette obligation fera l'objet de contrôles dans le cadre des procédures de contrôle de la qualité des données prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (article 25)<sup>5</sup>.

#### 1.1.1 Admission dans une unité d'hospitalisation de MCO

1.1.1.1 L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO est le facteur déclenchant de la production d'un résumé de séjour. Tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une entrée – d'une admission – dans une unité médicale d'hospitalisation en MCO entraîne la production d'un résumé d'unité médicale (RUM), établi à la fin du séjour dans l'unité. En particulier :

- les passages en ZSTCD, qui donnent lieu à une admission conformément aux règles de distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel (*cf.* 1.1.3) font l'objet d'un RUM ;

---

<sup>4</sup> Les conditions de création de cette structure sont décrites dans les articles L. 6146-10 et R. 714-29 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, modifiant le code de la sécurité sociale. Les articles concernant ces dispositions et insérés dans le code sont les articles L.162-22-17 et L.162-22-18.

- le décès donne toujours lieu à la production d'un RUM ; même dans ce cas une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du patient et son décès ;
- l'interruption de grossesse, à l'exclusion de la consultation médicale pour la seule délivrance d'un médicament abortif, doit faire l'objet d'un RUM<sup>6</sup>.

#### 1.1.1.2 Aux séjours ainsi définis s'ajoutent :

1) Ceux des **enfants nouveau-nés** : ils font l'objet d'un RUM propre, y compris dans le cas habituel où ils séjournent en maternité auprès de leur mère et n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission. Le système d'information doit donc être en mesure de produire des résumés de séjour en l'absence d'ouverture de dossier administratif, sous le contrôle du service ou du département de l'information médicale.

Le numéro d'unité médicale à mentionner dans leur RUM est celui de l'unité d'hospitalisation : obstétrique (maternité) ou néonatalogie.

Le diagnostic principal (DP) du RUM est à choisir dans la catégorie Z38 de la Classification internationale des maladies (CIM) ; il est le plus souvent Z38.0 *enfant unique né à l'hôpital* ; si le nouveau-né présente un problème de santé le DP doit être d'abord cherché dans le chapitre XVI de la CIM (puis, à défaut, dans un autre chapitre).

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

2) **Les séances de radiothérapie ou de dialyse rénale** : lorsqu'elles sont effectuées dans un établissement de santé soumis au recueil du PMSI en MCO, elles donnent lieu à la production d'un RUM, même s'il n'y a pas eu admission dans une unité médicale<sup>7</sup>.

Pour mémoire, le champ de production d'un résumé de séjour en MCO inclut les types d'activité, de la *statistique annuelle des établissements* (SAE), suivants :

- hospitalisation complète et de semaine : respectivement types d'activité (TA) 03 et 20 ;
- hospitalisation à temps partiel de jour (TA 04) et de nuit (TA 05) ;
- anesthésie ou chirurgie ambulatoires (TA 23) ;
- séances (TA 19)<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Cette obligation doit être respectée en dépit des modalités particulières de financement de cette activité et bien qu'elle fasse partie des données à traiter par le module logiciel FICHSUP (fichier informatique supplémentaire d'informations transmis à la tutelle avec les RSA). Pour le codage des interruptions de grossesse, voir le chapitre V, point 5.1.

<sup>7</sup> L'extension de la production de résumés au secteur privé de la radiothérapie ambulatoire, actuellement exclue du champ de recueil, est envisagée avec les professionnels.

<sup>8</sup> Le recueil des séances dans le cadre du PMSI est traité dans le chapitre VI.

### 1.1.2 Séjours exclus du champ du PMSI en MCO

À l'exception de celles citées au point 1.1.1.2, les activités n'ayant pas fait l'objet de l'enregistrement administratif d'une entrée – d'une admission – dans une unité médicale d'hospitalisation en MCO, ne donnent pas lieu à la production d'un RUM. C'est le cas des alternatives à la dialyse en centre, de l'hospitalisation à domicile, des consultations externes et des actes réalisés à titre externe.

### 1.1.3 Distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel

Les soins pouvant être prodigués à un patient externe (consultations et actes externes) ne doivent pas être confondus avec ceux qui requièrent une hospitalisation de jour (ou de nuit), et ne doivent donc pas faire l'objet d'un RUM.

En effet, si cette règle existe depuis le début de la mise en place du PMSI dans les établissements de santé, la réforme de leur financement sous forme de tarification à l'activité, introduite par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, renforce encore cette contrainte.

Dans ce cadre, il est exclu qu'un établissement puisse prétendre à un financement d'hospitalisation pour des prestations réalisables en soins externes.

Ainsi, seules les prises en charge nécessitant une mobilisation de ressources suffisantes pour justifier au moins une hospitalisation de jour (ou de nuit), et qui ne peuvent pas être réalisées en soins externes, doivent faire l'objet d'un résumé de séjour.

Afin d'établir une distinction plus objective des différentes situations permettant ou non la réalisation d'un tel résumé, il conviendra de se reporter aux règles précisées et fixées par arrêté à paraître<sup>9</sup>. Ces règles serviront de référence dans le cadre des procédures de contrôle.

### 1.1.4 Cas particuliers

**Passage dans une structure d'accueil des urgences suivi d'hospitalisation** : quand un patient est hospitalisé dans une unité médicale de MCO à l'issue d'un passage sans hébergement par la structure d'accueil des urgences du même établissement, les diagnostics retenus et les actes effectués dans cette structure sont portés dans le RUM de l'unité médicale où est hospitalisé le malade au sortir de la structure d'accueil des urgences.

**Le cas des enfants mort-nés** a donné lieu antérieurement à différentes consignes et mises au point. La règle à suivre est désormais univoque :

- il ne faut pas produire de RUM de nouveau-né pour un enfant mort-né, quel que soit le terme ;
- il faut décrire le résultat de l'accouchement dans le résumé de la mère en utilisant les codes appropriés de la catégorie Z37 de la CIM (*résultat de l'accouchement*), en position de diagnostic associé significatif<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Arrêté pris en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

<sup>10</sup> Voir le chapitre IV, point 3 : *Les diagnostics associés* et le chapitre V, point 7 : *Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM (codes Z)*.

Ces codes permettent non seulement de mieux qualifier le séjour de la mère, mais sont également utiles pour repérer les cas d'enfants mort-nés, dans un but d'épidémiologie et de santé publique.

Par ailleurs, les obligations de déclaration à l'état civil et d'établissement d'acte d'enfant sans vie, indépendantes de la consigne ci-dessus, sont régies par une circulaire du 30 novembre 2001<sup>11</sup>.

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

## 2. CONTENU DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR<sup>12</sup>

### 2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Le résumé d'unité médicale (RUM) contient un nombre limité de rubriques qui doivent être renseignées. Les informations fournies sont de natures administrative et médicale.

#### 2.1.1 Informations relatives à l'identification du patient

- Identifiant correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement

Couramment dit **numéro de RSS**<sup>13</sup>, c'est une chaîne de caractères alphanumériques. Il est attribué au gré des établissements, sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale. Il peut être le numéro de séjour administratif ; sinon, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre ce numéro et le numéro de RSS<sup>14</sup>.

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

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

- Sexe : 1 masculin, 2 féminin

- Date de naissance : jour, mois, année

---

<sup>11</sup> Circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL/2001/576 du 30 novembre 2001 qui rappelle les critères importants que sont le terme de 22 semaines d'aménorrhée et le poids de 500 grammes du fœtus pour les déclarations à l'état civil.

<sup>12</sup> Référence : arrêté du 31 décembre 2003 (JO du 11 février 2004) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique.

<sup>13</sup> Pour les rapports entre RUM et RSS, voir plus loin le point 2.2.

<sup>14</sup> Pour la durée de conservation de cette table de correspondance, voir le chapitre III, point 4.

Code postal du lieu de résidence ou code du pays de résidence

99 suivi du code INSEE du pays pour les patients résidant hors de France<sup>15</sup>

99999 si le code postal ou le code du pays de résidence est inconnu

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux dispositions légales, les informations concernant l'identification sont limitées à l'année de naissance, au sexe et au numéro d'hospitalisation.

### 2.1.2 Autres informations dites administratives

Numéro de l'entité juridique dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

Numéro de l'unité médicale (UM) : code alphanumérique déterminé par l'établissement et utilisé dans son système d'information

Le numéro mentionné dans le RUM est celui de l'UM dans laquelle le patient est hospitalisé, y compris lorsque le médecin responsable de la prise en charge est rattaché à une UM différente.

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

Mode d'entrée dans l'unité

6 *Mutation*

Le patient vient d'une autre unité médicale de la même entité juridique

7 *Transfert normal*

Le patient vient d'une autre entité juridique pour une hospitalisation à part entière (à distinguer de l'entrée pour prestation demandée par un autre établissement, à coder 0)

8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique

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

Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements*

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

- en cas d'entrée par transfert ou par mutation :

1 En provenance d'une unité de MCO

2 En provenance d'une unité de soins de suite ou de réadaptation

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

4 En provenance d'une unité de psychiatrie

- en cas d'entrée à partir du domicile :

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

---

<sup>15</sup> Ces codes sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

Afin de distinguer les passages dans la structure d'accueil des urgences relevant d'un mode particulier d'organisation (passage systématique) des passages réellement motivés par l'état du patient, ce code n'est à utiliser que lorsque le patient s'est spontanément présenté dans cette structure ou lorsqu'il y a été adressé par un médecin extérieur à l'établissement.

- 6 Bénéficie d'une hospitalisation à domicile
- 7 En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale

*NB* : lorsqu'un malade bénéficie d'une hospitalisation à domicile ou vient d'une structure d'hébergement médicosociale et passe par la structure d'accueil des urgences de l'établissement, il faut privilégier le code 5 aux dépens des codes 6 et 7.

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

Mode de sortie de l'unité

- 6 *Mutation*  
Le patient sort vers autre unité médicale de la même entité juridique
- 7 *Transfert normal*  
Le patient, hospitalisé à part entière, sort vers une autre entité juridique pour une hospitalisation à part entière (à distinguer de la sortie après prestation réalisée pour le compte d'un autre établissement, à coder 0)
- 8 *Domicile*  
Le patient rentre chez lui, y compris dans une structure d'hébergement médicosociale
- 9 *Décès*  
Le patient est décédé dans l'unité médicale
- 0 *Transfert pour ou après réalisation d'un acte*  
Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements*

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

- les sorties par transfert et mutation :
  - 1 Vers une unité de MCO
  - 2 Vers une unité de soins de suite ou de réadaptation
  - 3 Vers une unité de soins de longue durée
  - 4 Vers une unité de psychiatrie
- le mode de sortie vers le domicile :
  - 6 Avec hospitalisation à domicile
  - 7 Vers une structure d'hébergement médicosociale

Pour les établissements publics et privés à but non lucratif, une absence provisoire du patient dite *permission* n'est pas à considérer comme faisant suite à une sortie, autrement dit elle ne doit pas faire clore le RUM. Dans ce cas, les dates d'entrée et de sortie portées dans le RUM sont celles du début et de la fin du séjour dans l'unité médicale, au cours duquel la permission a eu lieu. Il faut entendre par permission « toute autorisation d'absence supérieure

à douze heures consécutives dans le cadre d'une journée d'hospitalisation »<sup>16</sup>. Sa durée maximale est de deux jours.

☐ Nombre de séances : se reporter au chapitre VI

### 2.1.3 Informations de nature médicale

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

Leur définition et les règles présidant à leur choix sont précisées dans le chapitre IV *Hierarchisation et codage des informations médicales des résumés de séjour*.

Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la Classification internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé et la liste nationale d'extensions donnée dans le manuel des groupes homogènes de malades (GHM) publié au *Bulletin officiel* du ministère chargé de la santé.

Les consignes de codage sont détaillées dans les chapitres IV et V (*Consignes de codage avec la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies*) du présent guide.

☐ Données associées documentaires, s'il y a lieu<sup>17</sup>

☐ Actes médicaux réalisés au cours du séjour

Les actes doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) publiée au *Bulletin officiel*<sup>18</sup>.

Le codage d'un acte avec la CCAM associe obligatoirement son code principal (sept caractères alphanumériques) et la phase (« 0 » dans la plupart des cas, seule une minorité d'actes étant concernés par une réalisation en phases distinctes).

**Le nombre de réalisations** de chaque acte pendant le séjour dans l'unité médicale doit être mentionné dans le RUM<sup>19</sup>. Cette information peut être utilisée dans le cadre des procédures de financement de l'activité qui tiennent compte, pour certains actes (notamment ceux de suppléance vitale), de leur répétition. Elle peut par ailleurs être mise à profit pour une utilisation interne aux établissements et pour servir des objectifs de santé publique.

Quand un patient est hospitalisé dans une unité médicale de MCO à l'issue d'un passage sans hébergement par la structure d'accueil des urgences du même établissement, il est rappelé que les actes effectués dans cette structure sont portés dans le RUM de l'unité médicale où est hospitalisé le malade au sortir de la structure d'accueil des urgences.

Quand un patient a été momentanément transféré d'un établissement demandeur [A] vers un établissement prestataire [B] pour y réaliser un acte facturé à [A], [A] est autorisé à coder l'acte dans le RUM du séjour et doit le faire s'il s'agit d'un acte dont la saisie est obligatoire<sup>20</sup>.

---

<sup>16</sup> Lettre-circulaire (Direction des hôpitaux) n° 127 du 12 décembre 1995.

<sup>17</sup> Voir le chapitre IV, point 3 *Les diagnostics associés*.

<sup>18</sup> Par dérogation et à titre transitoire pour les données de l'année 2004, les établissements peuvent coder les actes selon le Catalogue des actes médicaux (CdAM) paru au *Bulletin officiel* du ministère chargé de la santé. Cette dérogation prendra fin lors de la parution de la version 1 de la CCAM.

<sup>19</sup> Le recueil de cette information est nécessaire, que les actes soient codés avec la CCAM ou avec le CdAM.

<sup>20</sup> Voir le point 3 de ce chapitre : *prestations interétablissements*.

Les actes à recueillir sont au minimum les actes classants au regard de la classification des GHM et les actes utilisés comme repères pour le financement de certaines activités. Mais il est fortement recommandé de ne pas limiter le recueil aux actes dont la saisie est obligatoire<sup>21</sup> et de l'étendre aux actes significatifs d'une mobilisation particulière de ressources (excluant en outre les actes de radiologie conventionnelle). Cette recommandation est renforcée, pour les RUM des séjours de moins de deux jours (sortie le jour même ou le lendemain de l'entrée)<sup>22</sup>, par les dispositions d'un arrêté à paraître déjà évoqué au point 1.1.3<sup>23</sup>.

☐ Poids à l'entrée dans l'unité médicale pour les nouveau-nés

Poids en grammes à l'entrée dans l'unité médicale des enfants âgés de moins de 29 jours. Le recueil de cette information est nécessaire au classement des séjours des nouveau-nés quand ils sont orientés dans la catégorie majeure de diagnostic n° 15 de la classification des GHM<sup>24</sup>.

☐ Indice de gravité simplifié (IGS II) : sa mention ne concerne que les patients hospitalisés dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue<sup>25</sup>.

Dans le cas de la réanimation, cette obligation s'applique à l'ensemble des malades adultes. En revanche, pour les soins intensifs et la surveillance continue, le clinicien appréciera si le recueil de l'IGS II est pertinent en fonction du patient qu'il prend en charge. Dans le cas inverse, cet indice ne sera pas recueilli<sup>26</sup>.

Toutes les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier du patient.

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

**L'attention du lecteur est attirée sur les deux modifications les plus récentes du contenu du RUM que sont le poids du nouveau-né à l'entrée dans l'unité médicale (et non plus à la naissance) et la provenance avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement, qui précise le mode d'entrée domicile le cas échéant.**

## 2.2 LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ

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

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

---

<sup>21</sup> Voir le chapitre IV, point 4 *Les actes*.

<sup>22</sup> Voir ce qui concerne la distinction entre soins externes et courts séjours d'hospitalisation dans le point 1.1.3)

<sup>23</sup> Arrêté pris en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

<sup>24</sup> Se reporter au manuel des groupes homogènes de malades.

<sup>25</sup> Sa description *princeps* a été effectuée dans la publication suivante : Le Gall J-R., Lemeshow S., Saulnier F., *A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a european/north american multicenter study*. JAMA 1993; 270: 2957-2963.

<sup>26</sup> Des consignes pratiques de recueil sont publiées par la Société de réanimation de langue française (SRLF) (site Internet : [www.srlf.org](http://www.srlf.org)).

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

Si le patient a fréquenté plusieurs unités médicales on parle de séjour multiunité et le RSS est constitué par la suite des RUM résultant des séjours dans les différentes unités. Cette suite est ordonnée chronologiquement par le médecin responsable de l'information médicale, avant classement en groupes homogènes de malades (GHM) ou *groupage*.

Le RSS ainsi constitué comporte alors un ensemble d'enregistrements jointifs possédant tous le même numéro de RSS. La date d'entrée du premier RUM du RSS est la date d'entrée dans le secteur MCO. La date de sortie du dernier RUM est la date de sortie du secteur MCO. La date d'entrée d'un RUM intermédiaire est la date de sortie du RUM précédent. Les modes d'entrée et de sortie, ainsi que les codes de provenance et de destination doivent s'enchaîner avec cohérence. Le diagnostic principal du RSS multiunité est déterminé par un algorithme inscrit dans la procédure de groupage<sup>27</sup>.

Un fichier de RUM/RSS groupés est un fichier dont les enregistrements sont enrichis des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement, renseignés conformément au format informatique en vigueur.

### 2.3 LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME

La production de résumés de sortie anonyme (RSA) est effectuée à partir des fichiers de RSS ; elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé GENRSA (pour « générateur de RSA ») fourni par les services de l'État.

Le RSA est toujours un enregistrement unique, y compris pour les RSS multiunités. Dans ce cas :

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

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

- numéro de RSS ;
- 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) ;
- numéros d'unité médicale ; seuls figurent le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour, ainsi que la durée du passage éventuel dans une unité médicale repérée comme étant une unité de réanimation ;

---

<sup>27</sup> Se reporter à la présentation générale du manuel des GHM publié au *Bulletin officiel*.

- code postal, remplacé par un code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ;
- dates d'entrée et de sortie, remplacées par la durée de séjour, le mois et l'année de sortie.

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

En revanche, le RSA comporte des informations supplémentaires :

- le numéro d'index (ou numéro séquentiel) servant au chaînage ; c'est en raison de la présence de ce numéro d'index que le RSA est encore appelé RSA chaînable (RSAc) ;
- le numéro de groupe homogène de séjours ;
- la durée de séjour dans l'unité associée aux actes de suppléance vitale ;
- le nombre de journées au delà de la borne extrême haute ;
- l'existence ou non d'une durée inférieure à la borne extrême basse ;
- le nombre d'actes de dialyse ;
- le nombre d'actes de radiothérapie ;
- la présence ou non d'actes de prélèvement d'organe.

## **2.4 FORMATS DES RÉSUMÉS**

Les fichiers informatiques utilisés dans la production des résumés de séjour du PMSI en MCO sont des fichiers normalisés. Il en est ainsi aussi bien des fichiers produits par les logiciels et programmes fournis par les tutelles que des fichiers produits en amont de ceux-ci et sur lesquels ils s'appliquent.

La description de ces formats informatiques de fichiers est régulièrement mise à jour sur le site Internet de l'ATIH. Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité y sont également indiquées.

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

## **2.5 QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS**

Conformément aux articles R. 710-5-1 et R. 710-5-4<sup>28</sup> 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

---

<sup>28</sup> Articles issus du décret n° 94-666 du 27 juillet 1994.

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 la perspective des contrôles externes de qualité de l'information produite, il doit en outre être en mesure d'assurer, lors de ceux-ci, le rapprochement entre dossier médical du patient et numéro de RSS correspondant.

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

- que le directeur de l'établissement est responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'établissement ;
- 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 (médecins chargés de l'information médicale, médecins responsables du patient ...).

### **3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS**

#### **3.1 DÉFINITION**

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

- un patient est momentanément transféré d'un établissement demandeur [A] vers un établissement prestataire [B] pour y réaliser un acte qui sera facturé à [A] ;
- le séjour du patient en [B] dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de [A]).

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

#### **3.2 OBJECTIF DU DISPOSITIF**

Il est triple :

- faire en sorte que les séjours au cours desquels un acte est réalisé à l'extérieur mais financièrement supporté par l'établissement demandeur [A] soient justement renseignés sur le plan médical et correctement classés si l'acte concerné est classant ;
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer sur les RSA produits par [A] des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation) ou pour lesquels il n'est pas équipé ; telle est la fonction principale du code de la Classification internationale des maladies étendu pour la circonstance : *Z75.80 sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* ;

- permettre à l'établissement prestataire [B] de faire valoir, dans la base régionale du PMSI, l'activité technique qu'il a réalisée au bénéfice de malades hospitalisés en son sein, alors même que la logique financière ne l'autorise pas à produire de résumé de séjour pour une activité qui lui est payée par ailleurs par un autre établissement.

### 3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

#### 3.3.1 L'établissement demandeur [A]

Il fait figurer dans le RUM :

- le code de l'acte effectué en [B], dont il assume la charge financière ;
- et le code Z75.80 en position de diagnostic associé significatif<sup>29</sup> pour signaler qu'un acte a été réalisé à l'extérieur de l'établissement.

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

Toutefois, l'établissement [A] peut être amené à réaliser 2 RUM (pré- et post-prestation), soit en raison de contraintes liées à son système d'information, soit en raison du retour du patient dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti. Dans ce cas, les deux RUM doivent comporter le même numéro de RSS. Les modes de sortie et d'entrée encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RUM (début de la suspension du séjour, départ vers [B]) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte) et le mode d'entrée du second RUM (fin de suspension de séjour, retour de [B]) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte).

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

Si les 2 RUM pré- et post-prestation concernent la même UM, ils sont considérés par l'algorithme de détermination du diagnostic principal du RSS comme un RUM unique, avec durée de séjour cumulée.

#### 3.3.2 L'établissement prestataire [B]

Si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, l'établissement prestataire [B] produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (*transfert provisoire pour réalisation d'un acte*).

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

Si le patient n'est pas hospitalisé, aucun RSS ne doit être produit par l'établissement prestataire [B].

---

<sup>29</sup> Voir le chapitre IV, point 3 *Les diagnostics associés*.

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

## II. PRODUCTION DES RÉSUMÉS STANDARDISÉS DE FACTURATION

Les établissements doivent produire, parallèlement aux résumés de sortie standardisés<sup>1</sup>, des résumés standardisés de facturation (RSF).

L'anonymisation des informations effectuée par les logiciels fournis par les services de l'État conduit à la création de plusieurs fichiers anonymes. Au nombre de ceux-ci figurent le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA.dat) et le fichier (fact.dat), correspondant tous deux aux données de facturation.

Ces fichiers anonymisés sont élaborés sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale de l'établissement de santé, et ce dernier les transmet à l'agence régionale de l'hospitalisation dont il dépend.

Le fichier de RSF à produire contient les données de facturation relatives aux mêmes séjours que ceux contenus dans le fichier de RSS. La procédure, en effet, implique un rapprochement des données de facturation et des données médicales de chaque séjour.

### **1. MESURES TRANSITOIRES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS A BUT NON LUCRATIF**

Ces établissements ne sont effectivement concernés par la production de résumés de facturation qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. À titre transitoire, pour les données des années 2004 et 2005 ainsi que pour celles de l'année 2003 transmises en 2004, ces établissements recueillent et traitent les informations relatives à leurs dépenses annuelles afférentes à l'activité développée en médecine, chirurgie et obstétrique sous forme de « retraitements comptables »<sup>2</sup>.

### **2. DESCRIPTION SUCCINCTE DU RSF**

Il s'agit du RSF actuellement produit par les établissements privés, pour lesquels la procédure et le logiciel d'anonymisation à utiliser (AGRAF) demeurent inchangés.

Les informations qu'il contient sont issues du bordereau de facturation transmis aux organismes de l'assurance maladie. En effet, le RSF reprend les données de facturation portées dans le bordereau 615, qu'il s'agisse des frais de séjour ou des honoraires médicaux.

---

<sup>1</sup> Chapitre I.

<sup>2</sup> La procédure correspondante est décrite dans un guide des retraitements comptables (publication de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, DHOS) du ministère chargé de la santé, prévue pour le 2<sup>ème</sup> trimestre 2004).

Les éléments communs au RSF et au RSS (numéro de RSS, codes d'actes...) répondent aux définitions qui ont été précisées pour le RSS.

La structure générale et les types d'informations contenues dans les fichiers de facturation sont donnés en annexe. Ces éléments étant susceptibles d'évoluer, il convient de se reporter au site Internet de l'ATIH pour y trouver des informations mises à jour ainsi que la description des formats informatiques.

### III. CHAÎNAGE, TRANSMISSION, ET CONSERVATION DES FICHIERS

Les établissements de santé transmettent les fichiers de données (résumés de sortie anonymes (RSA)<sup>1</sup> et fichiers de facturation<sup>2</sup>) ainsi que les fichiers de chaînage, à l'agence régionale de l'hospitalisation dont ils dépendent, conformément à l'arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé et aux articles L. 6113-8 et R. 710-5-10 du code de la santé publique.

Cette transmission s'effectue par support magnétique ou par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'État.

La périodicité de transmission est fixée par arrêté<sup>3</sup>.

#### 1. PRINCIPES DU CHAÎNAGE ANONYME

Depuis 2001, une nouvelle procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre<sup>4</sup>. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même patient.

Afin de permettre les opérations de chaînage et de garantir une totale confidentialité des données, différents fichiers informatiques sont produits et différentes actions logicielles sont exercées.

Le principe du chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même patient (quel que soit le secteur d'hospitalisation : public ou privé d'une part, mais aussi MCO ou soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou même psychiatrie à l'avenir).

Sur une période donnée, les différents épisodes d'hospitalisation d'un même patient peuvent ainsi être identifiés et liés entre eux.

##### 1.1 LE NUMÉRO ANONYME DE PATIENT

Il est créé en deux temps un numéro à la fois anonyme et caractéristique du patient.

---

<sup>1</sup> Chapitre 1, point 2.3.

<sup>2</sup> Chapitre II.

<sup>3</sup> L'arrêté du 31 décembre 2003 fixe cette périodicité au trimestre. Les informations sont transmises un mois après chaque trimestre civil.

<sup>4</sup> Circulaire DHOS-PMSI-2001 n°106 du 22 février 2001.

Il est créé en deux temps :

1) Un *numéro anonyme premier* est créé, à l'échelon de l'établissement, à partir de variables identifiantes, par un procédé sécurisé dénommé *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN)<sup>5</sup>. Les variables identifiantes utilisées pour construire le numéro anonyme sont :

- le numéro d'assuré social (ouvrant droit) ;
- la date de naissance ;
- le sexe.

2) Un *numéro anonyme second* est créé, au niveau de l'agence régionale de l'hospitalisation, par l'application une seconde fois de FOIN. C'est ce numéro anonyme second qui est utilisable au plan national.

Il est anonyme car :

- il est impossible de retrouver l'identité d'un patient à partir de ce numéro (non réversibilité du cryptage) ;
- à partir des données nominatives de deux personnes, qui seraient approchantes, on n'obtient pas de numéros anonymes similaires.

Il est caractéristique d'un individu car :

- à partir des mêmes données d'identité on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité) ;
- la probabilité d'obtenir le même numéro à partir de données nominatives différentes est faible.

À noter toutefois, que les jumeaux de même sexe ayant le même ouvrant droit ne peuvent être distingués.

**Il est donc possible d'identifier par ce numéro anonyme les différentes hospitalisations d'un même malade, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, sans connaître l'identité de ce patient.** C'est cette opération qui est dénommée « chaînage anonyme ».

## **1.2 LIAISON ENTRE LE NUMÉRO ANONYME ET LES DONNÉES MÉDICALES ET DE FACTURATION**

Le numéro anonyme premier est inséré dans un fichier (chainage.dat) qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation.

Le numéro anonyme y est associé à un numéro séquentiel (ou numéro d'index) qui est un numéro de rang également présent dans les enregistrements correspondants des fichiers de

---

<sup>5</sup> Cette fonction a été élaborée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Elle a été validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et par la Direction centrale de la sécurité des systèmes d'information (DCSSI) placée sous l'autorité du secrétariat général de la Défense nationale (Premier ministre).

données (RSA, RSFA<sup>6</sup> et fact.dat). C'est ainsi qu'est formée la liaison virtuelle et indirecte entre le numéro anonyme et les données.

Lors de la création du numéro anonyme second, un nouveau numéro séquentiel est créé car les enregistrements de données sont rangés dans un ordre différent. Ce réarrangement assure l'absence de liaison entre le numéro anonyme final et les données d'amont.

## **2. DONNÉES ET FICHIERS PRODUITS POUR LE CHAÎNAGE**

### **2.1 DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS A BUT NON LUCRATIF**

À titre **transitoire** jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2006, date à partir de laquelle ces établissements devront produire des résumés de facturation, la procédure d'anonymisation et de chaînage est inchangée.

La création du numéro anonyme premier et la production des fichiers de données exportables se font actuellement en deux étapes.

La **première étape** est réalisée par les services administratifs de l'établissement : un fichier « VID-HOSP » est préparé, contenant les variables identifiantes des personnes ainsi que, dans le même enregistrement, l'identifiant de séjour hospitalier. Ce dernier est le plus souvent le numéro d'hospitalisation ; il peut être également l'identifiant permanent du patient (IPP).

Le fichier VID-HOSP est soumis à l'action du logiciel MAGIC fourni par les services de l'État et intégrant le module FOIN. Cette action produit en sortie un fichier « ANO-HOSP » qui réunit dans chaque enregistrement le numéro anonyme premier ainsi créé et l'identifiant de séjour hospitalier. Ce fichier est transmis par les services administratifs au service ou au département de l'information médicale.

La **deuxième étape** est réalisée au sein de ce dernier. Elle passe par l'utilisation du logiciel POP-MCO qui inclut le programme GENRSA<sup>7</sup>. Ce logiciel traite les fichiers en entrée que sont : le fichier ANO-HOSP, le fichier de RSS, et le fichier HOSP-PMSI qui est le nom de la table de correspondance entre l'identifiant de séjour hospitalier et le numéro de RSS. Les fichiers de données produits sont des fichiers exportables chiffrés : fichier de RSA, et fichier de chaînage qui contient le numéro anonyme premier et un numéro de rang (numéro séquentiel) dans le fichier de RSA.

#### **Remarques :**

Les formats informatiques des fichiers sont consultables sur le site Internet de l'ATIH.

Concernant certains champs à renseigner pour le fichier VID-HOSP :

---

<sup>6</sup> Résumé standardisé de facturation anonyme.

<sup>7</sup> Chapitre I, point 2.3.

- en cas d'information indisponible, le champ concerné doit être rempli par une chaîne de caractères composée uniquement de « X » (soit : XXXXXXXXXXXXXXXX) ; ces cas ne peuvent répondre qu'à des situations exceptionnelles : anonymat légalement admis, malade dans le coma et informations inaccessibles... ;
- il peut être difficile d'obtenir un numéro d'hospitalisation (unique) pour identifier le séjour hospitalier (établissement multisite, radiothérapie sans hospitalisation, nouveau-né sans numéro propre...). Dans ces cas, tout autre numéro administratif d'identification de séjour ou passage peut être utilisé, à la condition absolue d'être également utilisé dans le fichier HOSP-PMSI.

## 2.2 DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

La procédure y est plus directe car les variables identifiantes manquant au RSS (qui ne contient de celles-ci que le sexe) se trouvent dans le résumé standardisé de facturation (RSF).

Les fichiers de RSF et de RSS sont soumis au logiciel AGRAF, qui intègre également la *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN). Il assure alors la production des fichiers anonymes exportables chiffrés que sont les fichiers de RSA, de facturation (RSFA.dat, fact.dat), et de chaînage (chainage.dat).

Ce dernier, comme pour le secteur public, contient le numéro anonyme premier et un numéro de rang dans le fichier de RSA et dans les fichiers de facturation.

## 2.3 L'ÉCHELON DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION

Au niveau de l'ARH, qui est destinataire de l'ensemble des fichiers exportables, le logiciel de traitement des données (jusqu'ici dénommé MAHOS<sup>8</sup>) applique une deuxième fois FOIN sur le fichier de chaînage avant de lancer les traitements d'exploitation de données.

Il calcule ainsi un *numéro anonyme second*, utilisable à l'échelon national, qui est distinct du *numéro anonyme premier* élaboré dans les établissements, et totalement dissocié des données identifiantes d'amont (cf. *supra* le point 1.1 consacré au numéro anonyme du patient).

## 3. CONFIDENTIALITÉ

Les données médicales recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel.

Le service ou département de l'information médicale qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous l'autorité d'un médecin. Son rôle en matière de centralisation des informations médicales est prévu par les articles L. 6113-7, R. 710-5-1, R. 710-5-4, R. 710-5-5, R. 710-5-6 et R. 710-5-8 du code de la santé publique<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Mesure de l'Activité HOSPitalière.

<sup>9</sup> Les articles R. 710-5-1, R. 710-5-4, R. 710-5-5, R. 710-5-6 et R. 710-5-8 sont issus du décret N° 94-666 du 27 juillet 1994.

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).

La transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement, ou à l'extérieur de celui-ci, s'opère sur la base de données agrégées ou de résumés de sortie anonymes.

Les fichiers de RUM et de RSS sont considérés comme étant indirectement nominatifs par la CNIL. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

Dans les conditions prévues à l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, les médecins inspecteurs de la santé publique et les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin chargé de l'information médicale, aux fichiers des résumés de sortie lors des procédures de contrôle et de validation des données qu'ils mettent en œuvre.

#### **4. CONSERVATION DES FICHIERS**

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

La durée de conservation des fichiers de RUM et de RSS constitués au titre d'une année est de cinq ans<sup>10</sup>.

La table de correspondance entre les numéros d'hospitalisation et les numéros de RSS, s'ils diffèrent, doit être conservée pendant la même durée.

---

<sup>10</sup> À distinguer de la durée de conservation du dossier médical.



## IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR

### 1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10<sup>1</sup>

La dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du résumé de sortie standardisé (RSS)<sup>2</sup>. Sa table analytique (chapitres I à XXI) 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'information 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. Les recueils standard d'information du PMSI utilisent aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère<sup>3</sup>.

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

1) Deux de ces directives sont incompatibles avec les règles du recueil standard du PMSI :

- celle selon laquelle « Si, à la fin de l'épisode de soins, l'affection principale est toujours qualifiée de suspectée, douteuse, etc., et s'il n'y a pas d'autres informations ou explications, le diagnostic suspecté sera codé comme s'il était certain » (volume 2 page 103) ; en effet, dans cette situation il faut consulter le dossier du patient pour obtenir les informations nécessaires au respect des règles exposées *infra* dans le *guide des situations cliniques* (2.2) ;
- celle qui concerne le codage des affections multiples : « Lorsque des affections multiples sont enregistrées dans une catégorie intitulée "...multiples", et qu'aucune d'elles ne prédomine, le code pour la catégorie "...multiples" doit être utilisé de préférence, et des codes supplémentaires facultatifs peuvent être ajoutés pour chacune des affections mentionnées » (volume 2 page 103). Cette recommandation privilégie le code « ...multiples » et considère comme facultatifs les codes précis correspondant à chacune des lésions ou affections. Ce sont au contraire ces derniers qui doivent être enregistrés dans le RSS, le code « ...multiples » étant dès lors redondant et n'ayant plus aucune raison d'être saisi (sinon comme donnée associée documentaire). Le choix du diagnostic principal (DP) en cas d'affections multiples est traité plus loin dans ce chapitre (2.2.6).

---

<sup>1</sup> Classification internationale des maladies, dixième révision, de l'Organisation mondiale de la santé.

<sup>2</sup> Arrêté du 31 décembre 2003 *relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique.*

<sup>3</sup> Se reporter au manuel des groupes homogènes de malades (GHM).

2) Lorsque les directives de la CIM diffèrent de celles données dans le présent guide méthodologique, c'est ce guide qui prévaut.

## 2. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

### 2.1 DÉFINITIONS

Elle est constituée par le **diagnostic principal** complété, le cas échéant, par le **diagnostic relié**.

#### 2.1.1 Le diagnostic principal

Dans le résumé de séjour du PMSI en MCO<sup>4</sup>, le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation.

Il peut être une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX de la CIM, ou bien l'une des entités classées dans le chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z). En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) n'est pas autorisé pour le codage du DP<sup>5</sup>.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est énoncé **en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant**, y compris les résultats d'examen effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie du patient (anatomopathologie, virologie...) dans la mesure où ils sont disponibles au moment où le résumé de séjour doit être réglementairement produit. La question du choix du DP se pose à l'échelon de **l'unité médicale**, lors de la production du **résumé d'unité médicale** (RUM), y compris en cas de séjour multiunité où il faut, pour chaque unité médicale successive, déterminer le DP destiné au RUM concluant la part du séjour dont elle a eu la charge.

Dans le cas des séjours multiunités, il importe de ne pas confondre cette notion de DP du RUM avec celle de DP du résumé de sortie standardisé (RSS). Le choix du DP du RUM est le résultat d'une réflexion au terme de chaque séjour de patient dans l'unité médicale. La notion de DP du RSS multiunité renvoie, quant à elle, à un processus ultérieur et automatique qui dépend d'un algorithme inscrit dans la procédure de classement en groupes homogènes de malades (GHM) ou *groupage*<sup>6</sup>.

Déterminer le DP consiste à répondre à la question : « pour **quoi** le patient a-t-il été principalement pris en charge **pendant son séjour dans l'unité** ? ».

---

<sup>4</sup> Médecine, chirurgie, obstétrique.

<sup>5</sup> Son emploi est abordé dans le point 3 de ce chapitre (*les diagnostics associés*) et développé dans le chapitre V.

<sup>6</sup> Se reporter au manuel des GHM.

La description de l'activité en termes d'hospitalisations et non de maladies et de malades, impose aux médecins un mode de raisonnement différent de celui qu'ils emploient dans leur pratique clinique. **La détermination du DP au sens du recueil d'information du PMSI en MCO nécessite une analyse préalable en termes de situation clinique** (voir plus loin le *guide des situations cliniques*, point 2.2) **et la connaissance des possibilités de codage offertes par la CIM.**

### 2.1.2 Le diagnostic relié

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

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

2.1.2.1 Il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM. En effet, l'imprécision médicale de certains codes Z a parfois pour corollaire une imprécision « économique », c'est-à-dire une médiocre caractérisation de la prise en charge en termes de consommation de moyens. C'est évidemment par ce défaut, qui s'entend au regard de la classification des GHM, que le PMSI est concerné.

Toutefois, le fait qu'un DR ne doit être mentionné que lorsque le DP est un code Z ne signifie pas que l'indication d'un DR est obligatoire chaque fois que le DP est un code Z ; en effet :

- d'une part il existe des codes du chapitre XXI de la CIM qui rendent compte par eux mêmes du cadre médicoéconomique de la prise en charge et ne nécessitent pas d'information supplémentaire ;
- d'autre part le DR doit aussi respecter les deux autres principes, précisés ci-dessous.

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

Le DR ne peut pas être une affection aiguë : en effet, si une telle affection est présente lors du séjour, ou bien elle a mobilisé l'essentiel des soins et elle est le DP, ou bien une autre affection a rang de DP et elle est un diagnostic associé significatif ; s'il s'agit d'un antécédent, elle n'existe plus et ne doit pas figurer dans le résumé de séjour, sinon comme donnée associée documentaire<sup>7</sup>.

Seule une maladie en cours (« active ») au moment du séjour peut être mentionnée comme DR. Une maladie constituant un antécédent personnel – une maladie antérieure guérie – ne peut pas être un DR ; un antécédent familial – une maladie dont le patient n'est

---

<sup>7</sup> Voir le point 3 du chapitre : *les diagnostics associés*.

personnellement pas atteint – non plus<sup>8</sup>. Dans le même esprit, au terme d'un séjour conclu par la non confirmation d'une affection suspectée, celle-ci ne peut pas être codée comme DR<sup>9</sup>.

Par « **état permanent** » on entend notamment certaines entités classées dans le chapitre XXI de la CIM, correspondant en particulier à des états postopératoires : stomie, présence d'implant ou de greffe, absence acquise d'un membre ou d'un organe... et quelques exceptionnels symptômes sans diagnostic étiologique : ronflement, troubles de la sensibilité cutanée, amnésie... Ces états peuvent être qualifiés de permanents dans la mesure où, lors du séjour au cours duquel ils sont enregistrés, l'état des connaissances ne permet pas de leur prévoir un terme ou autorise à estimer qu'ils peuvent durer jusqu'à la fin de la vie du patient.

2.1.2.3 Le DR est l'affection motivant la prise en charge indiquée par le DP. Pour autant, le rôle dévolu au DR n'est pas d'accroître le sens médical du codage (même s'il y concourt), par exemple de traduire la filiation entre une cause et des effets ; il est de qualifier le diagnostic principal lorsqu'il ne suffit pas isolément, **au regard de la classification des GHM**, à traduire quelle a été la prise en charge **en termes de consommation de ressources**.

On ne doit pas non plus inférer de la mention d'un DR qu'il jouera forcément un rôle pour le classement en GHM ; autrement dit, pour un DP donné, le classement en GHM n'est pas forcément modifié selon qu'un DR est mentionné ou non (pour plus de détails on se reportera au manuel des GHM).

Il résulte de ce qui vient d'être exposé qu'il existe une différence fondamentale de sens entre DR et diagnostic associé. Jusqu'à la version 6.7 de la fonction groupage, un code en position de DR était automatiquement « récupéré » pour le groupage comme un diagnostic associé. Il n'en est plus ainsi depuis la version 7.9 et les codes enregistrés comme DR ne sont donc plus pris en considération lors des tests sur la présence d'une *complication ou morbidité associée* (CMA)<sup>10</sup>.

## 2.2 GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES<sup>11</sup>

### 2.2.1 Cas d'un patient hospitalisé pour diagnostic

On traitera ici du cas d'un patient hospitalisé pour un ou des symptômes appelant un diagnostic étiologique. Par symptôme on entend un signe clinique, recueilli par l'interrogatoire ou par l'examen physique, ou un résultat anormal d'examen complémentaire.

2.2.1.1 **Lorsque le séjour a permis le diagnostic** de l'affection cause du ou des symptômes, elle est le DP.

---

<sup>8</sup> La CIM permet le codage des antécédents personnels et familiaux, mais avec des codes particuliers distincts de ceux des affections en cours (chapitre V, point 4 *Les antécédents*).

<sup>9</sup> Par exemple, dans le cas d'une suspicion non confirmée de maladie de Horton, un codage associant Z03.8 en DP et M31.6 en DR serait erroné. Il ne faut toutefois voir là qu'un exemple fabriqué pour illustrer un mauvais emploi du DR ; celui de Z03.8 comme DP serait aussi erroné : au regard du guide des situations cliniques (voir le point 2.2 qui suit) ce sont les céphalées ou le syndrome inflammatoire, par exemple, qui devraient figurer comme DP d'un tel séjour, non Z03.8.

<sup>10</sup> Pour des explications sur la notion de CMA on se reportera à la présentation générale du manuel des GHM.

<sup>11</sup> Il s'inspire d'un travail réalisé au début des années 1990, à la demande de la Direction des hôpitaux, par le groupe IMAGE de l'École nationale de la santé publique.

Exemples :

- hospitalisation pour confusion ; découverte d'une tumeur cérébrale ; DP : tumeur cérébrale ;
- hospitalisation en raison de douleurs thoraciques ; diagnostic d'angine de poitrine ; DP : angine de poitrine.

Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement, y compris chirurgical, la règle est la même.

**Le bilan initial d'extension d'un cancer :** en matière de choix du DP on l'assimilera à la situation 2.2.1.1. On désigne par « bilan initial d'extension d'un cancer » l'ensemble des investigations suivant la découverte (le diagnostic positif) d'une tumeur maligne, qui visent à déterminer son stade selon la classification TNM<sup>12</sup> et à décider du protocole thérapeutique qui sera appliqué : bilan couramment dit de « stadification préthérapeutique ». Au terme du séjour concerné le DP est la tumeur maligne.

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

- que le bilan d'extension ait été réalisé au cours du même séjour que le diagnostic positif ou bien qu'il l'ait été au cours d'un séjour distinct ;
- quel que soit le résultat du bilan : si une métastase a été découverte, elle est une complication du DP et elle est mentionnée comme diagnostic associé significatif<sup>13</sup>.

**Double codage *dague-astérisque* :** lorsque la CIM offre la possibilité de coder le DP à la fois en termes de manifestation (code signalé par un astérisque) et étiologiques (code signalé par une dague : †), les deux codes doivent être enregistrés dans le résumé de séjour. Le code *astérisque* doit être enregistré en position de DP et le code *dague* comme diagnostic associé significatif<sup>13</sup>.

**Le DR :** dans la situation 2.2.1.1 le codage du DP utilise les chapitres I à XVII et XIX de la CIM ; il ne fait pas appel aux codes Z ; il n'est donc pas mentionné de DR dans le résumé de séjour.

#### 2.2.1.2 S'il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie, elle est le DP

Exemples :

- hospitalisation pour céphalées ; conclusion de sortie : « céphalées sans cause trouvée » ; DP : céphalées ;
- hospitalisation pour état de choc ; décès précoce sans diagnostic étiologique ; DP : état de choc ;
- hospitalisation pour syndrome inflammatoire ; sortie sans diagnostic étiologique ; DP : syndrome inflammatoire<sup>14</sup>.

La symptomatologie explorée est le DP, que le signe persiste ou qu'il ait disparu au terme du séjour. Le codage du DP fait en général appel au chapitre XVIII de la CIM<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Tumeur, nœud [ganglion] lymphatique, métastase.

<sup>13</sup> Voir le point 3 du chapitre : *les diagnostics associés*.

<sup>14</sup> Pour le codage duquel le code R70.0 de la CIM est recommandé.

<sup>15</sup> Quelques symptômes spécifiques d'un appareil sont classés dans d'autres chapitres (par exemple : *autres signes et symptômes observés au niveau du sein* N64.5).

**Le DR :** dans la situation 2.2.1.2, le DP n'étant pas un code Z, il n'y a pas de DR.

La même règle s'applique aux situations dans lesquelles le motif d'admission est **une suspicion diagnostique qui n'est pas confirmée** au terme du séjour. Dans ces situations le DP est en général la symptomatologie à l'origine de la suspicion. Rarement il peut être un code Z de la CIM<sup>16</sup>. Dans ce cas, ces derniers correspondant à des affections non confirmées, donc non présentes, excluent par définition la mention d'un DR<sup>17</sup>.

On prendra garde à l'emploi parfois inapproprié du mot « **dépistage** » dans le langage médical courant. Ce mot a dans la CIM son sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les codes correspondants ne doivent donc pas être employés dans les cas de patients présentant un problème personnel. **Il est erroné** de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un sujet par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA<sup>18</sup>, par exemple). Dans ce cas le codage du DP ne doit pas faire appel aux codes des catégories Z11 à Z13 ou Z36 de la CIM. C'est la raison des explorations qui doit être codée : selon le cas antécédent personnel ou familial (catégories Z80 et suivantes), facteur de risque ou bien signe clinique ou paraclinique.

## 2.2.2 Cas d'un patient hospitalisé pour traitement

Un malade peut-être hospitalisé pour le traitement d'une affection antérieurement diagnostiquée.

2.2.2.1 S'il s'agit d'un **traitement unique**, tel une intervention chirurgicale, le plus souvent la maladie traitée est le DP (*NB* : voir les exceptions dans le paragraphe suivant).

Exemple : hospitalisation pour adénomectomie prostatique ; DP : adénome prostatique.

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

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

En effet, on rappelle que le DP doit être énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales concernant le patient (point 2.1.1).

Le cas échéant, la règle relative au **double codage *dague-astérisque*** (point 2.2.1.1), s'applique.

**Le DR :** dans les situations de *traitement unique*, lorsque le DP est l'affection traitée, son code n'est pas un code Z, il n'y a donc pas de DR.

---

<sup>16</sup> Se reporter à leurs consignes d'emploi dans le chapitre V.

<sup>17</sup> La situation clinique dite « comme si » qui avait été définie dans le guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI publié en 1994 (BO n° 94/6, abrogé par le présent guide) avait été supprimée dans son additif (BO n° 96/13 bis). Elle n'avait pratiquement donné lieu qu'à des utilisations impropres. Elle ne fait plus partie du *guide des situations cliniques* et n'est plus une référence pour le choix du DP.

<sup>18</sup> *Prostate specific antigen* : antigène spécifique de la prostate.

### 2.2.2.2 Il existe des exceptions à la règle 2.2.2.1

Certaines situations de *traitement unique* imposent en effet pour le codage du DP l'emploi de codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM<sup>19</sup>. Sont spécialement dans ce cas les hospitalisations dont le motif a été l'un des suivants.

1) Un acte de **chirurgie esthétique** : on désigne par « acte de chirurgie esthétique » toute intervention de chirurgie plastique non admise au remboursement par l'assurance maladie. Il en résulte que les séjours de chirurgie plastique donnent lieu à deux codages distincts :

- dans le cas de la chirurgie esthétique, le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code ;
- dans le cas de la chirurgie plastique non esthétique, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, admise au remboursement par l'assurance maladie, le DP doit être codé avec un autre code de la CIM ; il peut s'agir d'un code des chapitres I à XIX, mais aussi d'un code de la catégorie Z42.

Exemples : séjour pour...

- mise en place de prothèses internes pour augmentation du volume mammaire à visée esthétique : DP Z41.1 ;
- mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie : DP Z42.1 ;
- rhinoplastie à visée esthétique : DP Z41.1 ;
- rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : DP J34.2.

Il n'appartient pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique. Il s'agit d'un diagnostic qui est de la compétence du médecin qui a opéré le patient, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie.

2) Une irradiation par **curiethérapie à bas débit de dose** : le DP doit toujours être codé Z51.01, comme dans les autres cas d'irradiation externe et interne, à l'exclusion de tout autre code.

3) Des **soins palliatifs** : dès lors que leur définition est respectée<sup>20</sup>, le DP doit toujours être codé Z51.5, à l'exclusion de tout autre code. En particulier, la possibilité d'enregistrer la maladie motivant les soins palliatifs comme DP n'est plus admise, y compris lors d'un séjour s'achevant par le décès du patient (voir ci-dessous le codage du DR dans le cas des soins palliatifs).

#### Le DR :

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

---

<sup>19</sup> Se reporter à leurs consignes d'emploi dans le chapitre V.

<sup>20</sup> Loi n° 99-477 du 9 juin 1999.

- au terme des séjours pour **chirurgie plastique réparatrice** (chirurgie plastique non esthétique), la question du DR ne se pose, par définition, que lorsque le DP est un code Z ;

Exemples :

- séjour de mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie : DP Z42.1 ; DR Z90.1<sup>21</sup> ;
- séjour pour rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : DP J34.2, pas de DR.

- au terme des séjours pour **curiethérapie** à bas débit de dose ou **soins palliatifs**, le DR est l'affection qui a motivé la prise en charge.

Exemples :

- séjour pour curiethérapie à bas débit de dose pour cancer de la prostate : DP Z51.01, DR C61 ;
- séjour de soins palliatifs pour cancer utérin en phase terminale : DP Z51.5, DR C54.-<sup>22</sup> ;
- séjours de soins palliatifs pour SIDA avec cachexie : DP Z51.5, DR B22.2.

Dans la situation de *traitement unique*, le codage du DP fait aussi appel au chapitre XXI de la CIM dans les cas classés dans les catégories Z40 et Z43 à Z48.

Exemples :

- sujet ayant subi six mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de la colostomie : DP Z43.3 ;
- séjour pour changement du générateur (épuisement normal) d'un stimulateur cardiaque : DP Z45.0 ;
- séjour de mise en place ou d'ablation d'une chambre implantable : DP Z45.2 ;
- sujet ayant subi un brochage pour fracture ; réhospitalisation pour ablation des broches : DP Z47.0.

**Le DR :** dans les cas ci-dessus le DP suffit en général à rendre compte de la prise en charge, sans besoin d'un DR. Lorsque l'affection ayant motivé la prise en charge n'existe pas (opération prophylactique, Z40) ou n'existe plus (telle la sigmoïdite diverticulaire lors du rétablissement de la continuité ou la fracture lors de l'ablation du brochage), par définition elle n'a pas sa place dans le résumé de séjour, sinon comme une donnée associée documentaire<sup>23</sup>.

2.2.2.3 S'il s'agit d'un **traitement répétitif** (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse rénale...), le codage du DP utilise un code Z.

Exemples :

- hospitalisation pour chimiothérapie d'un malade atteint d'un cancer bronchique ; DP : chimiothérapie (Z51.1) ;
- hospitalisation pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire ; DP : transfusion sanguine (Z51.3).

---

<sup>21</sup> La plupart des séjours pour intervention plastique réparatrice des séquelles d'une lésion traumatique ou d'une perte de substance postopératoire font en effet appel à la catégorie Z42 pour le codage du DP. Le DR peut être un code Z s'il correspond, tel Z90.1, à un « état permanent » (voir le point 2.1.2).

<sup>22</sup> On rappelle que le signe « .- » (point tiret) de la CIM indique que le quatrième caractère du code dépend de l'information à coder et doit être cherché dans la catégorie.

<sup>23</sup> Voir le point 3 du chapitre : *les diagnostics associés*.

**Le DR :** dans la situation 2.2.2.3, le DP étant un code Z, il faut mentionner l'affection traitée comme DR si elle respecte sa définition. C'est le cas dans les deux exemples choisis : le DR est le cancer bronchique dans le premier, l'anémie réfractaire dans le second. Le codage de l'affection traitée en position de DR est en général le cas dans la situation de *traitement répétitif* puisqu'elle concerne habituellement des maladies chroniques.

Lorsque l'affection correspondant au DR renvoie à un **double codage *dague-astérisque***, le choix entre les deux dépend de l'effort de soins mobilisé ; selon qu'il se sera adressé principalement à l'étiologie ou à la manifestation, l'enregistrement du DR utilisera le code *dague* ou le code *astérisque*. Cette alternative se rencontrant sans doute rarement dans la situation de traitement, davantage dans celle de surveillance, elle sera développée dans le paragraphe suivant.

### 2.2.3 Cas d'un patient hospitalisé pour surveillance

Un malade peut être hospitalisé pour la surveillance d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement antérieurement traitée.

**2.2.3.1 Lorsqu'il n'est pas découvert d'affection nouvelle** la surveillance est dite *négative*, le DP est un code Z

Exemple : surveillance d'une cirrhose ; absence d'affection nouvelle ; DP : code Z de surveillance<sup>24</sup>.

**Le DR :** dans la situation de *surveillance négative* l'affection surveillée est enregistrée comme DR si elle respecte sa définition.

Exemples :

- surveillance d'une cirrhose ; absence d'affection nouvelle ; DP : code Z de surveillance, DR : la cirrhose (maladie chronique, présente lors du séjour, objet de la surveillance) ;
- surveillance après drainage d'un pneumothorax spontané lors d'une hospitalisation antérieure ; DP : code Z de surveillance ; pas de DR (le pneumothorax n'est pas une maladie chronique et surtout il n'existe plus lors de l'hospitalisation pour surveillance<sup>25</sup>).

Lorsque l'affection retenue comme DR correspond à un **double codage *dague-astérisque***, la priorité n'est pas donnée au code *astérisque* comme pour le DP. Il est en effet logique, s'agissant du DR, de donner à l'étiologie autant d'importance qu'à la manifestation. En conséquence, le choix entre les deux dépend de l'effort de soins mobilisé ; selon qu'il aura essentiellement porté sur l'étiologie ou sur la manifestation, l'enregistrement du DR utilisera le code *dague* ou le code *astérisque*.

Exemple : chez un malade atteint d'une maladie de Crohn, présentant une arthropathie...

- cas n° 1 : Prise en charge pour bilan, principalement axé sur la maladie de Crohn

DP : surveillance médicale (de la maladie de Crohn)

DR : maladie de Crohn (*dague*)

Diagnostic associé significatif (DAS) : arthropathie de la maladie de Crohn (*astérisque*)

---

<sup>24</sup> Voir les consignes d'emploi des codes Z de la CIM dans le chapitre V.

<sup>25</sup> D'où il résulte que le pneumothorax n'a pas non plus sa place en diagnostic associé significatif ; il ne peut être enregistré que comme une donnée associée documentaire (voir le point 3 du chapitre : *les diagnostics associés*).

- cas n° 2 : prise en charge pour bilan de l'arthropathie
  - DP : surveillance médicale (de l'arthropathie)
  - DR : arthropathie de la maladie de Crohn (*astérisque*)
  - DAS : maladie de Crohn (*dague*)
- cas n° 3 : bilan général de la maladie de Crohn et de l'arthropathie
  - DP : surveillance médicale
  - DR : maladie de Crohn (*dague*)
  - DAS : arthropathie de la maladie de Crohn (*astérisque*).

Dans le cas n° 3 on considère qu'il n'est pas possible de déterminer laquelle des deux formes de l'affection a mobilisé le plus grand effort de soins ; par convention, parce qu'il s'agit du DR, on donne alors la priorité à l'étiologie : code *dague*.

Lors d'une hospitalisation pour surveillance, l'institution ou la modification du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement antérieurement traitée, ne transforme pas la situation de surveillance en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection surveillée comme DP. Les prescriptions (examens paracliniques, modification du traitement) conséquences des investigations faites lors d'un séjour pour surveillance font partie de la surveillance.

#### 2.2.3.2 **Lorsqu'une affection nouvelle est découverte**, la surveillance est dite *positive*

Dans ce cas l'affection découverte est le DP. La maladie surveillée est un diagnostic associé significatif<sup>26</sup>.

Le cas échéant, la règle relative au **double codage *dague-astérisque*** du DP (point 2.2.1.1), s'applique.

Exemple : hospitalisation pour surveillance d'un lupus érythémateux disséminé (LED) ; mise en évidence d'une néphropathie ; DP : la néphropathie (code *astérisque* N08.5) ; diagnostic associé significatif : LED (code *dague* M32.1).

**Le DR** : dans la situation de *surveillance positive*, le DP étant l'affection découverte il n'est pas codé Z, il n'y a donc pas de DR.

Les règles sont les mêmes lorsque, au lieu d'une maladie à surveiller, c'est l'existence de facteurs de risque personnels ou familiaux qui a motivé l'hospitalisation.

Exemples :

- antécédents familiaux de cancer ; « bilan » négatif ; DP : code Z80.– (*surveillance négative*)<sup>27</sup> ;
- « bilan » d'un alcoolisme et d'un tabagisme chroniques ; découverte d'un cancer œsophagien ; DP : cancer œsophagien, pas de DR (*surveillance positive*).

---

<sup>26</sup> Voir le point 3 du chapitre : *les diagnostics associés*.

<sup>27</sup> Pas de DR ici puisqu'il s'agit d'antécédents familiaux : le patient n'est pas atteint d'une affection correspondant à la définition du DR.

## 2.2.4 La notion de « bilan »

2.2.4.1 **Un faux ami aux sens multiples** : les guillemets entourant le mot *bilan* veulent attirer l'attention sur les sens différents donnés à ce mot dans le langage médical courant. Il est, en effet, employé indifféremment dans des situations diverses. Par exemple :

- « bilan de céphalées » aboutissant au diagnostic de tumeur cérébrale (ou de toute autre étiologie) ou à l'absence de diagnostic : sens de « bilan diagnostique », renvoyant à la situation 2.2.1 ;
- « bilan de cirrhose » conduisant au diagnostic d'hépatocarcinome ou à l'absence de découverte nouvelle ; bilan d'un « alcoolotabagisme » ou d'antécédents familiaux de cancer : sens de « bilan de surveillance », renvoyant à la situation 2.2.3.

En conséquence, **devant le mot *bilan*, il faut se garder d'en déduire par automatisme un codage en Z du DP**. La mention de ce mot dans la description d'un séjour hospitalier ne constitue jamais une aide au choix du DP et l'analyse doit toujours être faite en termes de situation clinique. Il est indispensable de déterminer quel était le but du bilan. Il est parfois diagnostique, et son codage alors **n'emploie pas un code Z** (situation 2.2.1). Il est souvent de surveillance : en cas de *surveillance positive* (situation 2.2.3.2) son codage **n'emploie pas un code Z**, il ne le fait qu'en cas de *surveillance négative* (situation 2.2.3.1). Il peut être aussi « de dépistage » et on relira à ce propos le point 2.2.1.2.

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

1) Dans les suites du diagnostic positif : c'est la situation de bilan initial d'extension d'un cancer, dite de stadification préthérapeutique, qui est traitée dans le point 2.2.1.1.

2) À distance du diagnostic positif et du bilan initial d'extension préthérapeutique : surveillance (habituellement programmée) au cours du traitement, à son terme ou ultérieurement en période de rémission ; il s'agit de la situation de surveillance décrite dans le point 2.2.3 ; les règles de choix du DP sont celles qui ont été énoncées.

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

- découverte d'une métastase osseuse ; situation de *surveillance positive* (2.2.3.2) : le DP est la métastase, le cancer du sein est un diagnostic associé significatif ;
- pas d'affection nouvelle ; situation de *surveillance négative* (2.2.3.1) : DP : surveillance (ici code Z08.2) ; le cancer du sein est le diagnostic relié.

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

- bilan initial de stadification préthérapeutique : situation de diagnostic (2.2.1.1) ; quel que soit son résultat le DP est le cancer primitif ; il n'y a pas de DR ;
- autres : situations de surveillance positive ou négative (2.2.3) ; le DP est un code Z ou une affection nouvelle (telle une métastase), il n'est jamais le cancer primitif ; celui-ci est enregistré en position de DR lorsque la surveillance est *négative* puisque dans cette situation le DP est un code Z.

Il n'appartient pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de choisir entre cancer et antécédent de cancer. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui a donné ses soins au malade. L'emploi des codes d'antécédent personnel de cancer (catégorie Z85 de la CIM) n'est licite que lorsque la notion d'antécédent ou de cancer guéri est explicitement présente dans le dossier du patient<sup>28</sup>.

### 2.2.5 Maladies chroniques et de longue durée

Elles sont parfois à l'origine de difficultés et les erreurs dans le choix du DP sont souvent dues à une tendance à privilégier abusivement le diagnostic étiologique.

Des règles, également simples, complètent les précédentes dans les cas de telles maladies. Elles se fondent sur la description des différents événements survenant au cours de l'évolution des affections « au long cours » :

- diagnostic de la maladie, à l'occasion de ses premières manifestations ;
- traitement ;
- surveillance ;
- acutisation (« poussée aiguë ») ;
- complication de la maladie ou de son traitement ;
- événement pathologique intercurrent, indépendant de la maladie.

2.2.5.1 Au terme d'un séjour motivé par les premiers symptômes de la maladie, aboutissant au **diagnostic** de celle-ci, les règles énoncées au point 2.2.1.1 s'appliquent.

2.2.5.2 Lorsqu'une personne atteinte d'une maladie chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisée pour **traitement**, les règles de la situation 2.2.2 s'appliquent : le DP est la maladie traitée (*traitement unique*) ou un code Z (exceptions à la règle du *traitement unique* et situation de *traitement répétitif*).

2.2.5.3 Lorsqu'une personne atteinte d'une maladie chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisée pour surveillance :

- si elle est négative, les règles présentées dans le point 2.2.3.1 s'appliquent ;
- si elle est positive, on est renvoyé aux situations d'acutisation, de complication ou d'événement intercurrent traitées ci-dessous.

2.2.5.4 Lors d'une **acutisation** de la maladie, c'est-à-dire lorsque celle-ci dans son ensemble se manifeste à nouveau par une « poussée aiguë », la maladie est le DP.

Exemples :

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

On ne doit pas confondre l'aggravation progressive d'une maladie chronique avec la situation d'acutisation. Le terme de l'acutisation d'une maladie chronique est en général soit

---

<sup>28</sup> Voir aussi le chapitre V, point 4 *Les antécédents*.

le décès (par exemple : acutisation terminale d'une hémopathie maligne), soit un retour à l'état antérieur, éventuellement aggravé (par exemple, après une poussée de sclérose en plaques, le malade peut présenter un déficit accentué). En revanche, des évolutions telles que l'accroissement du volume d'une tumeur ou d'un anévrisme artériel, ou l'augmentation du gradient d'un rétrécissement aortique, ne correspondent pas à la situation clinique d'acutisation au sens du recueil d'information du PMSI en MCO. La constatation de ces évolutions n'autorise pas à coder la maladie comme DP au terme des bilans : on doit se référer à la situation de surveillance.

Il existe des exceptions au codage de l'affection chronique sous-jacente comme DP des séjours pour acutisation, quand la CIM contient des codes *ad hoc* :

Exemples :

- état de mal épileptique : DP G41.- ;
- état de mal asthmatique : DP J46 ;
- thyrotoxicose aiguë : DP E05.5 ;
- acidocétose diabétique : E1-.1.

Le cas échéant, la règle relative au **double codage *dague-astérisque*** du DP (point 2.2.1.1) s'applique.

**Le DR** : dans la situation 2.2.5.4 le DP n'étant pas un code Z, il n'y a pas de DR.

2.2.5.5 Hospitalisation pour **une complication** d'une maladie chronique ou de longue durée, ou pour une complication de son traitement : dès lors qu'elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins, la complication est le DP.

Exemples :

- hospitalisation pour passage en fibrillation auriculaire d'un malade atteint d'une cardiopathie ; DP : fibrillation auriculaire ; diagnostic associé significatif : la cardiopathie ;
- hospitalisation pour bradycardie iatrogénique par « intoxication » digitalique, chez le même malade ; DP : bradycardie ; diagnostics associés significatifs : fibrillation auriculaire, la cardiopathie, l'effet secondaire des digitaliques<sup>29</sup>.

Le cas échéant, la règle relative au **double codage *dague-astérisque*** du DP (point 2.2.1.1) s'applique.

**Le DR** : dans la situation 2.2.5.5 le DP n'étant pas un code Z, il n'y a pas de DR.

2.2.5.6 Hospitalisation pour une **affection intercurrente**, indépendante de la maladie de longue durée sous-jacente : dès lors qu'elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins, l'affection intercurrente est le DP, qu'elle soit ou non en rapport avec la spécialité ou l'orientation de l'unité médicale.

Exemple : hospitalisation en cardiologie pour extractions dentaires, d'un malade porteur d'une prothèse valvulaire cardiaque ; le DP est l'affection dentaire ; la présence de la prothèse valvulaire est un diagnostic associé significatif.

---

<sup>29</sup> Se reporter au chapitre V, point 3 *Les effets nocifs des médicaments*.

Le cas échéant, la règle relative au **double codage *dague-astérisque*** du DP. (point 2.2.1.1) s'applique.

**Le DR :** dans la situation 2.2.5.6 le DP n'étant pas un code Z, il n'y a pas de DR.

Les règles liées aux situations 2.2.5.5 et 2.2.5.6 s'appliquent, que la complication ou l'affection intercurrente soit présente à l'admission du malade ou bien qu'elle survienne au cours du séjour<sup>30</sup> : la complication ou l'affection intercurrente est le DP dès lors qu'elle répond à sa définition, c'est-à-dire lorsqu'elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours du séjour dans l'unité médicale.

Exemple : malade hospitalisé pour un bilan préthérapeutique d'un cancer bronchique ; survenue au cours du séjour d'une pneumonie nécessitant un traitement prolongé « mobilisant l'essentiel de l'effort » ; DP : pneumonie; diagnostic associé significatif : le cancer bronchique (et, le cas échéant, la ou les découvertes faites au cours du bilan).

## 2.2.6 Patients atteints de plusieurs affections de lourdeur comparable

Chez de tels patients (couramment quoique inélegamment dénommés « polyopathologiques »), il peut être difficile de mettre en rapport les prises en charge avec l'une des situations décrites. Il se peut qu'aucune hiérarchisation n'apparaisse possible, chaque affection ayant mobilisé un effort d'importance comparable. Dans de tels cas de prises en charge **équivalentes**, le choix du DP ne saurait être codifié. **Dans ces cas seulement**, il ne peut qu'être laissé à la discrétion des unités médicales qui peuvent retenir comme DP, par exemple, le problème de santé le plus en rapport avec leur spécialité.

## 2.2.7 La cohérence entre DP et acte n'est pas un principe de hiérarchisation des diagnostics

Dans les unités chirurgicales, la cohérence entre acte et DP est habituelle (la situation clinique étant en général celle de *traitement unique* décrite dans le point 2.2.2.1) ; son absence doit faire évoquer en premier lieu une erreur de traitement de l'information<sup>31</sup>.

En médecine en revanche, l'application stricte d'un tel principe pourrait être responsable de descriptions des séjours sans rapport avec leur réalité.

Exemple : malade hospitalisé dix jours pour angine de poitrine ; séjour émaillé de plusieurs crises ; survenue en fin d'hospitalisation de douleurs épigastriques ; réalisation d'une fibroscopie œsogastroduodénale dont le résultat est normal (ou qui montre une gastrite, ou une œsophagite...).

Choisir pour DP les douleurs épigastriques (ou la gastrite, ou l'œsophagite...) en raison de la fibroscopie serait une erreur. Le DP est « angor instable », car c'est la maladie **qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins**, même si le seul acte medicotechnique a été une exploration gastroentérologique. Dans cet exemple, l'association à un DP d'angine de poitrine d'une endoscopie digestive ne modifie pas le classement en GHM, mais le même raisonnement vaut dans tous les cas.

---

<sup>30</sup> Elles s'appliquent donc, en particulier, dans les cas de complications iatrogéniques.

<sup>31</sup> Des insuffisances de la classification des groupes homogènes de malades peuvent parfois être en cause ; on se reportera à la présentation générale du manuel des GHM.

Exemple : enfant hospitalisé pour fièvre, déshydratation, rhinopharyngite, broncho-pneumonie... ; l'indication d'aérateurs transtympaniques est posée pendant le séjour. Si au motif de cet acte, pour éviter un classement dans le groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal*, le DP choisi est l'otite, alors que ce sont le problème infectieux et la déshydratation qui ont *mobilisé l'essentiel de l'effort de soins*, le RSS est classé dans un GHM qui ne correspond pas à la prise en charge<sup>32</sup>.

Il importe que le choix du DP ne soit pas soumis à une volonté de cohérence mécanique entre lui et un ou des actes, mais qu'il tienne compte de sa définition, de la situation clinique identifiée et des règles qui en découlent.

En conséquence, le groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal* de la classification des GHM doit d'abord être considéré comme un groupe de séjours inclassables méritant d'être valorisés puis comme un « groupe-erreur » méritant d'être analysé. La grande majorité (plus de 99%) des RSS ainsi classés le sont en raison d'erreurs de choix du DP ou de codage. Toutefois, ces RSS erronés coexistent avec d'autres, médicalement cohérents, mais décrivant :

- des modes de prise en charge mal pris en compte par la classification des GHM car nouveaux ou peu répandus ;
- ou des cas dans lesquels un acte classant opératoire se rapporte à un diagnostic associé et non au DP, les diagnostics étant correctement hiérarchisés.

Depuis la sixième version de la classification des GHM (version 5.6 de la *fonction groupage*, FG) une solution partielle a été apportée à la seconde situation par la distinction d'actes chirurgicaux dits « reclassants ». Un RSS mono-unité antérieurement classé dans le groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal* l'est dans un groupe « médical » si les actes classants opératoires qu'il contient font partie de la liste des actes *reclassants dans un groupe « médical »*<sup>33</sup>.

L'analyse du groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal* s'impose donc aux établissements :

- dans le cadre du contrôle de la qualité des données ;
- pour identifier certains séjours trop complexes pour trouver leur place dans la classification des GHM<sup>34</sup> ;
- pour que cette classification évolue avec les pratiques médicales.

---

<sup>32</sup> Et qui, dans l'exemple choisi, est moins bien valorisé (échelle de coûts relatifs 2003), mais l'erreur serait la même si elle avait pour conséquence une valorisation supérieure.

<sup>33</sup> Se reporter à la présentation générale du manuel de la 6<sup>ème</sup> version des groupes homogènes de malades (FG 5.6, BO n° 2000/2 bis), point 3.4.5.

<sup>34</sup> Rappelons le caractère mutuellement exclusif des GHM : un séjour (un RSS) ne peut être classé que dans un GHM et dans un seul. C'est à la fois un choix méthodologique et une limite intrinsèque des classifications bâties sur le modèle des *Diagnosis Related Groups (DRGs)*.

### 3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

Avant la 6<sup>ème</sup> version de la classification des GHM (version 5.6 de la FG), un diagnostic associé (DA) était ainsi défini : « un problème de santé associé au DP, une complication de celui-ci ou de son traitement ». Dans la 6<sup>ème</sup> version les DA ont été séparés en deux catégories : les « diagnostics associés significatifs » (DAS) et les « diagnostics associés documentaires » (DAD).

Les DAS sont susceptibles d'intervenir dans le classement en GHM et ils sont présents dans le résumé de sortie anonyme (RSA)<sup>35</sup> ; les DAD, au contraire, ne sont pas lus par l'algorithme de groupage (ils sont ignorés par lui) et ne sont pas présents dans le RSA : au contraire des DAS, ils ne sont donc pas transmis à la tutelle. Mais le mot « diagnostic » sousentendait que le codage des DAD ne relevait que de la CIM ; c'est pourquoi, avec la 7<sup>ème</sup> version de la classification des GHM (FG 6.7), le sigle DAD a pris le sens de « donnée associée documentaire » pour exprimer qu'il peut s'agir de n'importe quelle information, de codes d'actes ou de diagnostics ou de langage naturel. Si des nomenclatures de codage sont employées, elles peuvent être celles du PMSI ou n'importe quelle autre.

Du fait de leur test lors du groupage et de leur présence dans le RSA, la seule définition qu'il convient de bien cerner est celle des DAS. *Stricto sensu* ils correspondent seuls à l'appellation de **diagnostics** associés. Leur définition est la suivante : ce sont les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours **significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens** par rapport au seul DP ou, ce qui revient au même, par rapport au couple DP-DR.

Est considérée comme significative toute morbidité associée au DP ayant donné lieu à **une prise en charge diagnostique ou thérapeutique supplémentaire au cours du séjour**, dans le cadre :

- d'une affection nouvelle ;
- de l'évolution d'une affection connue ;
- d'une affection aiguë intercurrente ;
- d'une affection chronique en cours de traitement.

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

Le codage des DAS peut utiliser l'ensemble des chapitres I à XXI de la CIM. Les codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes débutant par les lettres V, W, X, Y) sont utilisables en position de DAS (alors qu'ils ne le sont pas pour le DP).

Lorsque la CIM offre la possibilité de coder un DAS à la fois selon l'étiologie (code *dag*) et la manifestation (code *astérisque*), les deux codes doivent être enregistrés en position de DAS dans le résumé de séjour.

---

<sup>35</sup> Chapitre I.

Il est essentiel que le résumé de séjour décrive le plus exactement possible le séjour du patient, notamment sans oublier aucun DAS :

- pour ne pas prendre le risque d'omettre une *complication ou morbidité associée* (CMA)<sup>36</sup> ou une complication spécifique d'une catégorie majeure de diagnostic (CMD) ;
- parce que, du fait des listes d'exclusions<sup>36</sup>, il ne suffit pas que le RSS mentionne un DAS appartenant à la liste des CMA pour être classé dans un GHM « avec CMA » ;
- parce que la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est (et, de façon générale, de l'état de la classification des GHM) à un moment donné, expose à perdre toute possibilité de comparer son activité dans le temps ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des diagnostics associés dans les bases nationales de RSA est nécessaire pour faire évoluer la classification des GHM.

Des diagnostics associés (voire des actes) sont omis parce qu'ils sont sans rapport avec la spécialité de l'unité médicale qui produit le résumé de séjour. Mais celui-ci n'a pas pour objectif un recueil d'information limité à la discipline de l'unité qui le produit. Il importe qu'il résume **le séjour réel** du patient, y compris le cas échéant les soins liés à des problèmes situés hors du champ de cette discipline, sans omission et avec une précision homogène.

On confirme ainsi que DAS et diagnostic relié sont des données de sens absolument différents (point 2.1.2). Le premier correspond à une affection supplémentaire, venant **en sus du DP**, le compliquant ou compliquant son traitement, alors que le diagnostic relié est une information, une précision **qui fait partie du DP**.

Jusqu'à la version 6.7 de la fonction groupage, les codes en position de DR étaient automatiquement « récupérés » pour le groupage comme des diagnostics associés significatifs, il n'en est plus ainsi depuis la version 7.9 et les codes figurant en position de DR lors du groupage ne sont donc plus pris en considération par les tests sur la présence d'une CMA.

#### 4. LES ACTES

Les règles d'utilisation de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ) sont précisées dans un guide propre à cette nomenclature et publié avec elle au *Bulletin officiel*.

L'enregistrement dans le résumé de séjour des actes suivants, lorsqu'ils sont réalisés, est obligatoire :

- actes *classants* de la classification des GHM, signalés comme tels dans la classification des actes ;
- actes *de suppléance vitale* (marqueurs de réanimation) ;
- actes de prélèvement d'organes.

---

<sup>36</sup> Pour des explications sur les notions de CMA et de listes d'exclusions on se reportera à la présentation générale du manuel des GHM.

Les actes de suppléance vitale servent à repérer les séjours de réanimation ayant nécessité des manœuvres instrumentales visant à suppléer une défaillance vitale. Ils seront utilisés dans le cadre du financement de l'activité de réanimation. Certains d'entre eux, pour être pris en compte, requièrent un nombre d'exécutions supérieur à deux par séjour. Ils n'interviennent pas dans le classement en GHM.

Mais la mention des actes obligatoires ne constitue qu'un minimum. L'évolution des pratiques médicales, de la classification des GHM et de la valorisation de l'activité, est susceptible de rendre d'autres actes discriminants en termes de prise en charge. Les actes à recueillir sont au minimum les actes classants au regard de la classification des GHM et les actes utilisés comme repères pour le financement de certaines activités, mais il est fortement recommandé d'étendre le recueil à tous les actes qui entraînent une mobilisation significative de ressources. Cette recommandation est renforcée, pour les RUM des séjours de moins de deux jours (sortie le jour même ou le lendemain de l'entrée), par les dispositions de l'arrêté à paraître<sup>37</sup> et déjà évoqué au point 1.1.3 du chapitre I. L'évolution ainsi décrite est rendue possible par la mise en place de la CCAM, dont l'emploi nécessite une saisie automatisée des codes des actes au niveau des plateaux techniques.

---

<sup>37</sup> Arrêté pris en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

## V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10<sup>ème</sup> RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Pour ce qui concerne les règles générales d'emploi de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) on se reportera au chapitre IV (point 1). Le présent chapitre traite de difficultés de codage dont certaines apparaissent récurrentes. Elles sont en général la preuve que la synthèse des règles d'utilisation de la CIM-10 avec celles du choix du diagnostic principal (DP) peut créer des difficultés qui sont à l'origine de divergences dans les pratiques de codage. Il a donc été jugé utile d'inscrire dans ce guide des consignes pour les problèmes le plus souvent rencontrés. Elles cherchent à rester proches de celles qui figurent dans le volume 2 de la CIM, avec pour objectif une interprétation unique des possibilités offertes.

### 1. LES SÉQUELLES

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

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

Page 106 : « La CIM fournit un certain nombre de catégories intitulées " Séquelles de... " (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89). 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... " ».

Le mot « séquelle » pose donc deux questions : celle de sa définition – en d'autres termes : quand employer un code de séquelles ? – et celle des règles d'emploi des codes correspondants : comment employer les codes de séquelles ?

#### 1.1 QUAND EMPLOYER UN CODE DE SÉQUELLES ?

Des notes figurent dans la table analytique de la CIM (volume 1) sous les titres des groupes ou catégories B90-B94, G09, I69, T90-T98 et Y85-Y89, qui complètent les définitions du volume 2. Il en résulte que finalement doivent être considérés et codés comme des séquelles :

- « les états précisés comme tels », c'est-à-dire les situations dans lesquelles l'information à coder contient explicitement le mot « séquelle »,

- en l'absence de la mention explicite de séquelle « il suffit... que l'affection causale soit décrite comme étant " ancienne ", " stabilisée ", etc.<sup>1</sup> ou que les affections résultantes soient décrites comme " complications tardives de... ". Il n'y a pas d'intervalle de temps minimum » (CIM, volume 2 page 106).

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes propres à certaines rubriques : G09, I69, T90-T98, Y85-Y89. Il n'y a pas lieu d'en tenir compte ; il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué à la page 75 du volume 2 : « pour certaines affections, les décès se produisant un an ou plus après le début de la maladie ou du traumatisme sont supposés être dus à une séquelle ou à un effet tardif de l'affection, bien qu'aucune séquelle ne soit explicitement indiquée ». Sont donc concernées des situations dans lesquelles il n'est pas reconnu d'autre cause au décès.

En conclusion, la notion de séquelle peut être retenue et codée :

- chaque fois qu'elle est explicitement mentionnée ;
- et, dans les autres cas, lorsqu'une atteinte est désignée comme effet, conséquence ou complication (précisé ou non « tardif ») d'une affection qualifiée d'ancienne, de stabilisée, de guérie ou par un autre terme d'acception équivalente, quel que soit le délai écoulé depuis son début.

L'exemple 17 donné page 106 du volume 2 de la CIM témoigne de la souplesse d'emploi des codes de séquelles et de l'absence de signification du délai d'un an en morbidité.

La CIM donne ainsi aux gestionnaires de l'information médicale les éléments nécessaires pour choisir entre le codage d'une maladie présente ou d'un état séquellaire. La bonne pratique n'en reste pas moins qu'ils recourent autant que de besoin à l'aide du médecin ayant donné les soins au malade et qu'ils sensibilisent les cliniciens à l'utilisation appropriée de la notion de séquelle car elle est d'abord de leur compétence.

## 1.2 COMMENT EMPLOYER LES CODES DE SÉQUELLES ?

On comprendra les codes de séquelles comme étant de sens étiologique et on donnera la priorité au code qui correspond à leur nature. Le code de séquelle sera mentionné comme un diagnostic associé significatif (DAS).

Exemples :

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

---

<sup>1</sup> Page 75 du volume 2 de la CIM sont aussi indiqués les mots « guérie », « inactive », « latente ».

Les catégories Y85-Y89 (chapitre XX de la CIM) permettent de coder l'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de DAS<sup>2</sup>, chaque fois que l'information nécessaire existe.

Exemple : épilepsie généralisée séquellaire d'un traumatisme intracrânien dû à un accident de voiture ; le codage associé G40.3, T90.5 et Y85.0.

## 2. LES COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Pour leur codage, on utilise aujourd'hui le plus souvent le groupe T80-T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*. Par exemple, il est habituel de voir coder T80.1 une phlébite superficielle d'un membre supérieur due à une perfusion, T81.0 une hémorragie postopératoire, T81.4 un abcès pariétal ou une autre infection postopératoire, T84.8 une phlébothrombose profonde après mise en place d'une prothèse articulaire ou de matériel d'ostéosynthèse, etc. Lorsque la complication a mobilisé la totalité ou l'essentiel des soins, le code du groupe T80-T88 est employé seul, ou bien associé à un code d'un autre chapitre correspondant plus précisément à la nature de la complication. Cela dépend aujourd'hui de la précision du code T et des habitudes du codeur.

Le volume 2 de la CIM présente pages 107-108 les rubriques destinées au codage des complications des actes médicochirurgicaux : « Il existe dans le chapitre XIX (T80-T88) des catégories pour certaines complications liées à des actes chirurgicaux et à d'autres actes, par exemple : infections d'une plaie chirurgicale, complications mécaniques d'implants, choc, etc. La plupart des chapitres relatifs aux divers systèmes, appareils et organes contiennent également des catégories pour les accidents qui sont soit des conséquences d'actes et de techniques particuliers, soit le résultat de l'ablation d'un organe, par exemple, syndrome de lymphœdème post-mastectomie, hypothyroïdie après irradiation. Certaines affections (par exemple pneumopathie, embolie pulmonaire) qui peuvent apparaître dans la période qui suit un acte médical ou chirurgical ne sont pas considérées comme des entités particulières et sont, de ce fait, classées de la façon habituelle... ».

Les recommandations qui suivent s'appuient :

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

---

<sup>2</sup> On rappelle que les codes du chapitre XX de la CIM ne doivent jamais être utilisés en position de diagnostic principal.

## 2.1 LES CODES T80-T88

Ils doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication<sup>3</sup>.

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. Il n'existe pas d'autre code dans la CIM 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 ;
- névrome sur moignon d'amputation de jambe : T87.3.

En revanche, plusieurs sous-catégories sont imprécises. Il s'agit notamment de T80.2, T81.4, T83.5 et T83.6, T84.5 à T84.7, T88.0 et T88.1, T88.7 et toutes les sous-catégories de la forme T8–.8<sup>4</sup>. On leur préférera chaque fois que possible un codage selon la nature de la complication et on enregistrera la circonstance iatrogénique en associant un code du chapitre XX<sup>5</sup> en position de diagnostic associé significatif (DAS).

Exemples :

- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, Y84.8 ;
- septicémie à staphylocoque consécutive à une perfusion : A41.2, Y64.0 ;
- hémorragie après extractions dentaires : K08.8, Y83.6 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, Y83.6 ;
- abcès sous-phrénique après cholécystectomie : K65.0, Y83.6 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3, Y83.1.

Toutefois, la mention d'un code du groupe T80-T88 en position de DAS, en complément de celui de la complication (par exemple « abcès de paroi après cholécystectomie : L02.2, Y83.6, T81.4 ») n'est pas une erreur. En effet :

- à la date de publication du présent guide, certains d'entre eux appartiennent aux *complications ou morbidités associées* (CMA) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM)<sup>6</sup> ;
- d'autre part, pour le codage des complications des actes médicochirurgicaux, l'index alphabétique de la CIM renvoie aux codes du groupe T80-T88, y compris à ceux qui sont imprécis ; imposer les règles de codage présentées ci-dessus nécessite que l'index alphabétique soit au préalable modifié en conséquence ;

---

<sup>3</sup> Rappel du titre du groupe : « Complications de soins chirurgicaux et médicaux, **non classées ailleurs** ».

<sup>4</sup> L'imprécision des sous-catégories T8–.9 les rend inacceptables ; leur emploi pour le codage du diagnostic principal n'est pas autorisé.

<sup>5</sup> S'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage peut être chaque fois complété par Y95 *facteurs nosocomiaux*.

<sup>6</sup> Pour des explications sur la notion de CMA on se reportera à la présentation générale du manuel des GHM.

- enfin, les codes du chapitre XX de la CIM sont actuellement ignorés par l’algorithme de classement en GHM ; leur prise en compte nécessiterait de leur accorder les caractéristiques classantes des codes T ; cela demande des travaux particuliers, non encore faits à la date de publication de ce guide.

En conséquence, les recommandations ci-dessus visent à promouvoir les bonnes règles de codage des complications des actes médicochirurgicaux. Elles sont en accord avec les recommandations générales de la CIM-10 et sont garantes, en termes de classement en GHM, d’une orientation des RSS conforme aux motifs de prise en charge.

Par exemple, une endocardite sur prothèse valvulaire codée I33.0<sup>7</sup> oriente dans la CMD 5 *Affections de l’appareil circulatoire* alors que T82.6 oriente dans la CMD 21 *Traumatismes, allergies et empoisonnements*.

## **2.2 LES CATÉGORIES « ATTEINTES [TROUBLES] [AFFECTIONS] DE L’APPAREIL... APRÈS UN ACTE À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, NON CLASSÉES AILLEURS »**

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

Exemples :

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

On en rapprochera les complications d’actes classées dans le chapitre XV de la CIM *Grossesse, accouchement et puerpéralité* : quatrièmes caractères des catégories O03-O06 et O08 pour les avortements, 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 : *Suppuration d’une cicatrice de césarienne* O86.0. Ils seront complétés avec le chapitre XX.

Mais les sous-catégories codées .8 et .9 telles que *Autres troubles de l’appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (I97.8) et *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (J95.8) sont imprécises. Leur usage doit être évité. Une information orientant vers la sous-catégorie .9 doit faire rechercher davantage de précision. La sous-catégorie .8 ne doit pas être utilisée pour classer indifféremment les complications touchant l’appareil concerné, absentes des sous-catégories qui les précèdent : il faut préférer les codes « habituels » de la CIM<sup>8</sup>. L’enregistrement associé des circonstances iatrogéniques au moyen du chapitre XX est également recommandé. Voir les exemples du point 2.3 ci-après.

Toutefois, dans ces cas aussi, la mention d’un code du groupe T80-T88 en position de DAS, en complément de celui d’une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l’appareil... après un acte à visée... » n’est pas une erreur, pour les motifs exposés au point précédent, notamment tant que certains d’entre eux sont des CMA.

---

<sup>7</sup> Complété par Y83.1 en position de DAS.

<sup>8</sup> Rappel du titre : « Atteintes [Troubles] [Affections] de l’appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, **non classées ailleurs** ».

### 2.3 LES CODES « HABITUELS » DE LA CIM

Le volume 2 désigne ainsi les autres codes des chapitres I à XIX. On les préférera à un code T imprécis ou à un code .8 d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... ».

Les affections qui correspondent à ces codes peuvent compliquer un acte médicochirurgical, mais elles sont aussi susceptibles d'apparaître indépendamment de tout contexte iatrogénique. La CIM donne pour exemples : pneumopathie, embolie pulmonaire (volume 2 p. 108). On pourrait ajouter : anémie, infection urinaire, ulcère gastroduodéal « de stress » et bien d'autres.

Toutefois, ces codes correspondent à la seule nature de la complication : utilisés isolément, ils laissent dans l'ignorance de son origine iatrogénique. Seul l'emploi du chapitre XX permet d'enregistrer celle-ci.

Exemples :

- pneumonie postopératoire : J18.9 (non J95.8), Y83.– ;
- ulcère gastrique « de stress » postopératoire : K25.3 (non K91.8), Y83.– ;
- infarctus du myocarde postopératoire : I21.– (non I97.8), Y83.–.

### 2.4 CONCLUSION À PROPOS DU CODAGE DES COMPLICATIONS D'ACTES

Les complications des actes médicaux et chirurgicaux doivent faire appel chaque fois que possible à un codage :

- en manifestation (nature de la complication) et en étiologie (circonstances d'origine) ;
- fournissant la meilleure précision possible pour la manifestation.

Cette double exigence peut, dans certains cas, être satisfaite par l'emploi d'un code unique : code T, à l'exclusion des codes imprécis, ou code d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... », à l'exclusion des subdivisions .8 et .9. On utilisera les codes du chapitre XX à titre complémentaire<sup>9</sup>. Dans les autres cas, il faut utiliser les « codes habituels » des chapitres I à XIX de la CIM. Ils codent la nature de la complication, et son origine iatrogénique ne peut être enregistrée qu'au moyen du chapitre XX.

Exemples :

- éviscération après cholécystectomie : T81.3, Y83.6 ;
- insuffisance respiratoire aigüe après pneumonectomie : J95.1, Y83.6 ;
- abcès par perforation du sigmoïde lors d'une coloscopie : K65.0, Y60.4.

Dans les cas de complication infectieuse, il est recommandé de coder le germe avec les catégories B95-B97.

Exemples :

- cystite à colibacille postopératoire : N30.0, Y83.– , B96.2 ;
- abcès de paroi à staphylocoque doré après appendicectomie : L02.2, Y83.6, B95.6 ;

---

<sup>9</sup> Rappel : s'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage peut être chaque fois complété par Y95.

- suppuration à staphylocoque d'une cicatrice de césarienne : O86.0, Y83.8, B95.8.

**Rappel :** les codes du chapitre XX et ceux des catégories B95-B97 ne peuvent pas être utilisés pour le diagnostic principal ; l'emploi des codes du chapitre XX est recommandé, en position de DAS.

Suivre ou non les recommandations concernant l'emploi du chapitre XX reste sans conséquence au regard de la classification des GHM puisque ces codes ne sont pas utilisés dans le processus algorithmique à la date de publication du présent guide (version 7.9 de la fonction groupage). Elles s'inscrivent dans le cadre plus large de la médicalisation des systèmes d'information, dont l'utilisation ne se limite pas à l'obtention de l'éventail des cas aux fins d'allocation des ressources.

### 3. LES EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS

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

#### 3.1 LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES ET VOLONTAIRES

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (la CIM 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 permise par le chapitre XX : codes des catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en position de DAS<sup>11</sup>.

La définition du diagnostic principal est parfois utilisée pour justifier le codage du symptôme engendré par une intoxication médicamenteuse volontaire, au lieu d'employer son code T.

Le « coma » (terme sans doute employé de manière générique pour les troubles de la conscience classés dans la catégorie R40) après prise de psychotrope en est un exemple fréquent. Il est souvent avancé que « c'est le coma qui a mobilisé l'essentiel des soins » pour le coder comme diagnostic principal, l'intoxication (le code T) étant mentionnée comme diagnostic associé. Le résultat est le classement du RSS dans le GHM *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique*.

Cette attitude est erronée : d'une part, le symptôme R40.– n'a pas à être choisi pour diagnostic principal alors que sa cause, l'intoxication, est diagnostiquée ; d'autre part, le

---

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

<sup>11</sup> On prendra garde que ces codes ont quatre caractères ; une note dans le volume 1 de la CIM, sous le titre des groupes X40-X49 (page 1168) et X60-X84 (page 1173), indique que les quatrièmes caractères sont donnés pages 1091-1095.

contenu du GHM *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique* dans lequel classe le DP « coma » correspond à des affections dont la cause est ignorée. Ainsi, pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine de troubles de la conscience, le code exact est celui de l'intoxication par le produit (T42.–).

En effet, les codes T d'intoxication incluent les effets des produits utilisés. En témoignent :

- les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36-T50 à la page 1042 du volume 1 de la CIM ; elles distinguent clairement deux situations, l'une de prise erronée ou avec surdosage, l'autre « d'effets indésirables de la substance appropriée administrée correctement » ; seule la seconde, c'est-à-dire l'usage thérapeutique, doit être codée selon la nature de l'effet ; la première renvoie aux codes T36-T50 ;
- l'index alphabétique qui, pour l'effet d'un médicament pris par erreur ou avec un surdosage renvoie aux codes T : à T50.9 pour « médicament » sans précision, et à la table des effets nocifs si la substance est précisée ;
- les catégories T51 à T78 destinées aux produits non médicamenteux dont les intitulés précisent « Effet(s) de... »<sup>12</sup>.

### 3.2 LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS

Comme il est écrit dans les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36-T50 (CIM, volume 1 page 1042), les effets indésirables d'une « substance appropriée administrée correctement » doivent être codés selon la nature de l'effet. Dans ce cas, la iatrogénicité ne peut être codée qu'au moyen du chapitre XX (catégories Y40-Y59). **Enregistrer les effets secondaires des médicaments n'est en effet possible que si l'on emploie le chapitre XX de la CIM.**

Le mot « surdosage » est parfois à l'origine de difficultés. Par « substance appropriée administrée correctement », on entendra le respect de la prescription médicamenteuse, notamment de sa posologie. Le langage médical courant utilise volontiers le mot « surdosage », par exemple lorsqu'une prise d'anticoagulant est responsable d'une chute du taux de prothrombine en dessous du seuil thérapeutique ou lorsqu'un autre traitement a pour conséquence une concentration sanguine du produit concerné supérieure à la valeur thérapeutique admise (digoxinémie, lithémie...). De tels cas, lorsque la posologie prescrite a été respectée, doivent être classés comme des effets indésirables et leur codage ne doit pas utiliser les codes T.

---

<sup>12</sup> On observera toutefois que ces dernières excluent les brûlures et les corrosions et certains « effets toxiques localisés classés ailleurs ».

#### 4. LES ANTÉCÉDENTS

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM-10 des catégories (Z80 à Z92) permettant de coder explicitement la notion d'antécédent.

On notera que les affections qui entraînent habituellement des séquelles font partie des exclusions de ces catégories.

Exemples :

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

Le seul problème que pose l'utilisation de ces catégories d'antécédents en général, et d'antécédents personnels en particulier, est celui de la définition du mot « antécédent ». **On retient comme définition le fait qu'il s'agit d'une affection ancienne qui n'existe plus et qui n'est pas cause de troubles résiduels<sup>13</sup> au moment du séjour concerné par le recueil d'information.**

Dès lors, le problème concerne surtout les antécédents personnels de tumeur maligne : à partir de quand un cancer peut-il être considéré comme un antécédent ?

Faute de la production, par les spécialistes, d'un document répertoriant, pour les principaux cancers, la durée à partir de laquelle une rémission peut faire considérer une tumeur maligne comme un antécédent, nombre de codeurs se sont référés à un délai de cinq ans. Cette référence est de tradition purement orale ; elle n'a jamais figuré dans aucun document officiel et elle est médicalement erronée puisque la durée à partir de laquelle une rémission autorise à parler d'antécédent de cancer varie, en fonction notamment de l'organe atteint et du type histologique.

Il ne faut plus se référer au délai de cinq ans. Le choix entre « cancer » et « antécédent de cancer » est d'abord une question médicale, il n'est jamais le choix d'un codeur au vu d'informations du type « cancer datant de 3 ans » ou « cancer datant de 10 ans ». Si un clinicien estime qu'un cancer « extirpé chirurgicalement dans sa totalité » est devenu un antécédent, il faut le coder avec la catégorie Z85 de la CIM. S'il considère, au contraire, qu'il est trop tôt pour parler d'antécédent, il faut l'enregistrer comme présent au moyen du code adapté du chapitre II de la CIM.

Ainsi, il n'appartient pas au codeur ou au responsable de l'information médicale de choisir entre les notions de cancer et d'antécédent de cancer. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui a donné des soins au malade.

---

<sup>13</sup> Sinon on parlerait de séquelles, non d'antécédents (voir la première partie du chapitre).

## 5. LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

### 5.1 LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE

Par « interruption de grossesse » on entend :

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

#### 5.1.1 Codage des IVG

Il associe un code de la catégorie O04 en position de diagnostic principal (DP) et le code Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* en position de diagnostic associé significatif (DAS).

#### 5.1.2 Codage des IMG

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

5.1.2.1 IMG **avant vingt-deux semaines** entières d'aménorrhée. Il s'agit d'un avortement :

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

5.1.2.2 IMG **à partir de vingt-deux semaines** entières d'aménorrhée. Il s'agit **d'un accouchement**. Le codage diffère selon que le motif de l'interruption est fœtal ou maternel.

Si la cause est une anomalie fœtale :

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

Si la cause de l'interruption est maternelle :

- DP : un code de la catégorie O98 ou O99 ; pas de DR ;
- DAS : on enregistre par convention un code de chacune des catégories O28 et Z37 ; si besoin, un code des chapitres I à XVII de la CIM précise le DP<sup>14</sup> ;
- acte d'accouchement.

---

<sup>14</sup> Voir dans le volume 1 de la CIM les notes figurant en tête des catégories O98 et O99.

## 5.2 LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

Les RUM produits pour les séjours dont suicide et tentative de suicide sont le motif mentionneront un DP codé avec le chapitre XIX de la CIM *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe*. Il n'y a donc pas de DR. On portera en position de DAS les éventuelles complications, conformément à la définition des DAS (point 3 du chapitre IV), ainsi qu'un code du groupe X60-X84 du chapitre XX de la CIM<sup>15</sup> pour enregistrer le ou les moyens utilisés.

S'agissant des suicides et tentatives de suicide médicamenteuses, on se reportera plus haut au point 3.1.

## 5.3 LES MALADIES PROFESSIONNELLES

En plus du codage selon la nature de l'affection (silicose, poumon de fermier, etc.) la CIM donne la possibilité de signaler le caractère professionnel d'une affection au moyen du code Y96 *Facteurs liés aux conditions de travail*. Dès lors que la causalité a été établie, il est recommandé de le porter en position de DAS. Cette préconisation vaut pour tous les problèmes de santé de cause professionnelle, y compris les lésions traumatiques et leurs séquelles.

## 5.4 LA VIOLENCE ROUTIÈRE<sup>16</sup>

Pour tout accident de la circulation routière on enregistrera dans le RUM les informations suivantes.

### 5.4.1 La nature des lésions traumatiques

Elle sera codée en position de DP ou de DAS dans le respect de leur définition (chapitre IV). Elle sera codée avec le chapitre XIX de la CIM dont on emploiera autant que possible les codes commençant par la lettre S ; l'usage des codes des catégories T00 à T14 est déconseillé en raison de leur imprécision ; il faut toujours préférer un codage détaillé des lésions au moyen des codes S<sup>17</sup>.

### 5.4.2 Les circonstances des lésions

Elles seront codées au moyen du chapitre XX de la CIM, spécialement de ses catégories V01 à V89. V89.2 comprenant « accident de la circulation sans autre indication », c'est lui qu'on choisira pour coder la notion d'« accident de la voie publique » sans précision<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> NB : il s'agit de codes à quatre caractères. Une note dans la CIM, sous le titre du groupe (page 1173), indique que les quatrièmes caractères sont donnés pages 1091-1095.

<sup>16</sup> Programme interministériel de lutte contre la violence routière : loi n° 2003-495 du 12 juin 2003.

<sup>17</sup> L'usage des codes T00-T14 est en outre susceptible de conduire à une sousestimation des séjours par l'intermédiaire de leur classement en GHM.

<sup>18</sup> On notera que tous les codes V01-V89 ont quatre caractères, indiqués au niveau des codes eux mêmes dans les catégories dont le troisième caractère est 9 (V09, V19, V29, etc.) et sous le titre du groupe (V01-V09 page 1105, V10-V19 page 1107, etc.) pour les autres.

### 5.4.3 Facteurs favorisant au moment de l'accident

D'éventuels facteurs favorisant **présents au moment de l'accident** (prise d'alcool, de drogues ou de médicaments,...) seront enregistrés, notamment avec les codes de la catégorie R78 *Présence de drogues et d'autres substances non trouvées normalement dans le sang* ou avec ceux du groupe F10-F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. On rappelle que l'enregistrement des effets secondaires des médicaments impose l'emploi des catégories Y40-Y59 (se reporter plus haut au point 3.2). L'importance d'une intoxication alcoolique peut être précisée avec les catégories Y90-Y91.

## 6. EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DU CHAPITRE XVI DE LA CIM

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

Il est apparu que cette contrainte empêchait de recueillir des informations nécessaires pour expliquer les consommations de ressources inhabituelles de certains séjours de nouveau-nés. Par exemple, dans le cas d'une naissance par césarienne, un nouveau-né en parfaite santé voit sa durée de séjour augmentée du seul fait de la prolongation de l'hospitalisation de sa mère. Si on allègue la contrainte ci-dessus pour ne pas employer le code P03.4, aucune information du résumé de séjour du nouveau-né n'explique l'allongement du séjour.

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

Par ailleurs, on constate une large utilisation des codes du chapitre XVI pour des nouveau-nés dont les autres caractéristiques du séjour ne permettent pas de penser qu'il s'agit d'un nouveau-né « à problème ». Il s'agit probablement, dans certains cas, d'une utilisation de type « documentaire ». Il est particulièrement important, compte tenu de l'arbre de décision de la catégorie majeure de diagnostic (CMD) n° 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*<sup>19</sup>, que les codes retenus pour décrire un nouveau-né (et pas seulement son séjour) soient enregistrés correctement comme diagnostics associés significatifs en respectant leur définition (point 3 du chapitre IV). Cette observation s'applique également à l'ensemble des codes des autres chapitres de la CIM utilisés pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

---

<sup>19</sup> Pour plus de détails, se reporter à la description de cette catégorie majeure dans le manuel des GHM.

## 7. EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM (CODES Z)

La qualité de la hiérarchisation et du codage des diagnostics du résumé de séjour du PMSI en MCO<sup>20</sup> nécessite une bonne connaissance du chapitre XXI des *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z) de la CIM-10.

Les codes Z peuvent et, souvent, **doivent** être utilisés dans le résumé de séjour du PMSI en MCO, tant comme diagnostic principal (DP) qu'associé significatif (DAS)<sup>21</sup>. Leur emploi pour le codage du DP est, dans plusieurs situations, la condition d'une description juste des séjours (voir le guide des situations cliniques dans le chapitre IV). Par ailleurs, un classement correct en GHM peut dépendre de la présence de certains codes Z parmi les DAS du résumé de séjour.

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

Les recommandations qui suivent ne figurent pas forcément dans la CIM : il s'agit de préconisations, fondées notamment sur les principes de groupage.

### Catégories Z00-Z02

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

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

La catégorie Z03 est celle des « suspicions non confirmées » . Elle est destinée au codage du DP de séjours motivés par l'éventualité, à l'admission, d'une maladie qui n'est pas confirmée à la sortie<sup>22</sup> ; il est conseillé de lire dans la CIM la note d'inclusion située sous son titre.

Si l'on se reporte aux règles de hiérarchisation de la morbidité dans le résumé de séjour, une alternative apparaît pour la détermination du DP<sup>21</sup> : doit-on choisir le symptôme à l'origine de la suspicion ou utiliser un code de la catégorie Z03 ?

Dès lors qu'une symptomatologie est présente on préférera toujours son code (chapitre XVIII de la CIM) à un code Z. Les cas dans lesquels l'emploi de la catégorie Z03 est inévitable apparaissent, en pratique, exceptionnels. La suspicion trouve en effet le plus souvent son origine dans un symptôme, un résultat d'examen complémentaire, ou dans un antécédent personnel ou familial, toutes circonstances pour lesquelles la CIM contient les codes adéquats. On mettra à part Z03.6 *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de*

<sup>20</sup> Médecine, chirurgie, obstétrique.

<sup>21</sup> Se reporter au chapitre IV, point 2.2.1.2.

<sup>22</sup> Z32.0 est un autre code de *suspicion non confirmée*.

*substances ingérées* qui peut être le code le plus adapté aux suspicions non confirmées d'absorption de produit toxique, notamment chez les enfants, lorsque la suspicion repose sur une déclaration et non sur une symptomatologie.

La catégorie Z04 a un contenu plus médico-légal ; elle est destinée au codage de séjours motivés par la suspicion :

- de la présence dans le sang d'alcool ou de substances pharmacologiques ; le code Z04.0 est employé lorsque leur présence n'est pas confirmée, sinon on ferait appel à la catégorie R78 ;
- d'une lésion susceptible de se manifester secondairement par rapport au traumatisme responsable : codes Z04.1 à Z04.3 ; leur emploi est réservé aux situations dans lesquelles aucune lésion n'est finalement diagnostiquée puisque, dans le cas contraire, c'est elle qu'on coderait ;
- d'autres problèmes médico-légaux : Z04.4, Z04.5, Z04.6 ; les codes Z04.4 et Z04.5 peuvent être utilisés autant pour les coupables que pour les victimes : on les emploie lorsque aucun état morbide (lésion traumatique, trouble mental...) n'est mis en évidence, sinon c'est lui qu'on coderait (ce que l'on code, c'est un motif d'utilisation des services de santé).

Z04.8 est recommandé pour le codage des séjours pour des investigations diverses, notamment paracliniques, volontiers programmées (par exemple un bilan préopératoire) au terme desquelles il n'est pas découvert d'affection (sinon c'est elle qu'on coderait).

Z04.9 ne peut correspondre qu'à une information trop imprécise pour être acceptable.

Lorsqu'un code des catégories Z03 ou Z04 est en position de DP, par définition il ne justifie pas de diagnostic relié (DR). Z04.8 peut faire exception lorsqu'il correspond au DP d'une hospitalisation pour bilan d'une affection respectant la définition du DR, **non traitée** (les surveillances de traitement emploient les catégories Z08-Z09).

### **Catégories Z08 et Z09 - Examen de contrôle après traitement**

Les codes de ces catégories sont typiquement des codes de *surveillance négative* au sens du guide des situations cliniques (chapitre IV, situation 2.2.3.1). Il s'y ajoute Z34, Z35 et Z39 pour l'*ante* et le post-partum (voir plus loin).

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 que dans la CIM le mot *chimiothérapie* n'a pas 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 »<sup>23</sup>.

Lorsqu'un code des catégories Z08 ou Z09 est en position de DP, la maladie surveillée est le DR si elle respecte sa définition (chapitre IV, point 2.1.2).

---

<sup>23</sup> C'est en ce sens qu'on a longtemps parlé de « chimiothérapie antituberculeuse ».

### **Catégorie Z10 - Examen général de routine d'une sous-population définie**

Elle n'a pas d'emploi dans le champ couvert par le PMSI en MCO car elle ne comprend que des motifs de consultation externe dont certains ne concernent pas les établissements d'hospitalisation.

### **Catégories Z11 à Z13 - Examens spéciaux de dépistage**

Le mot *dépistage* a dans la CIM 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 dans les cas de patients présentant un problème personnel. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un sujet par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA<sup>24</sup>, par exemple). Dans ce cas c'est la raison des explorations qui doit être codée : selon le cas l'antécédent personnel ou familial (voir plus loin ce qui concerne les catégories Z80 à Z92), le facteur de risque, le signe clinique ou paraclinique.

### **Catégories Z20 à Z29 - Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles**

Catégorie Z20 : le DP du résumé de séjour est codé au moyen de cette catégorie après constat de l'absence de la maladie infectieuse, suspectée du fait du contact du patient avec une personne infectée, ou de tout autre mode d'exposition à un agent infectieux (personnel soignant, de laboratoire...); en effet, dans le cas contraire, le DP serait cette maladie (chapitre IV, guide des situations cliniques).

Exemple : enfant hospitalisé après la découverte chez son père d'une tuberculose pulmonaire, dans la crainte d'une contamination qui n'est finalement pas confirmée :

- cet enfant n'est pas tuberculeux : le DP n'est donc pas cette maladie (chapitre I de la CIM) ;
- il ne présente aucun symptôme, seule la maladie de son père a motivé le recours aux soins : le DP ne peut donc être codé au moyen du chapitre XVIII de la CIM.

Le code du DP est ici Z20.1 (il n'y a pas de DR).

Z21 est le code la séropositivité **isolée** au VIH<sup>25</sup> ; si la séropositivité s'associe à l'un des états compris dans les catégories B20 à B24 du chapitre I de la CIM, c'est un code de ces catégories qu'on emploiera et non plus Z21.

La catégorie Z22, dans la suite logique de Z21, est la catégorie des « porteurs sains » : de bactéries, d'antigène d'hépatite virale...

La catégorie Z29 comprend certaines mesures de prévention :

- la sous-catégorie Z29.0 *Isolement* n'est pas destinée au classement des situations d'isolement social qui doivent être codées avec la catégorie Z60 ; le code Z29.0 est destiné au codage de l'isolement dans un but thérapeutique, tel qu'il s'en réalise pour des sujets atteints d'une maladie infectieuse contagieuse ou bien susceptibles de contracter une telle maladie ; bien que la catégorie Z29 soit classée dans un groupe (Z20-Z29) qui concerne les maladies infectieuses, l'absence d'un autre code d'isolement dans le

---

<sup>24</sup> *Prostate specific antigen* : antigène spécifique de la prostate.

<sup>25</sup> Virus de l'immunodéficience humaine.

chapitre XXI conduit à autoriser l'emploi de Z29.0 dans toutes les situations où un patient est isolé pour être mis à l'abri de l'entourage ou pour mettre celui-ci à l'abri du patient ;

- Z29.1 ou Z29.2 peuvent être utilisés lors de tous les 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 (ou préventif) soit explicite.

Exemple : séjour pour instillation intravésicale de BCG pour prévenir la récurrence d'une tumeur de la vessie ; le code du DP est Z29.2.

Parmi les catégories Z20 à Z29, dans le champ actuel du PMSI en MCO, seules Z20, Z21, Z22 et Z29 sont, en pratique, susceptibles d'être utilisées pour le codage des résumés de séjour. Si un code de ces rubriques est en position de DP, seuls ceux de la catégorie Z29 sont susceptibles de justifier un DR, à condition que l'affection concernée respecte sa définition.

### **Catégories Z30 à Z39 - Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction**

La catégorie Z33 permet, pour une femme enceinte hospitalisée pour un motif sans rapport avec sa grossesse, de l'enregistrer comme diagnostic associé lorsqu'elle se déroule normalement.

Exemple : traumatisme de la jambe chez une femme enceinte ; DP : la lésion de la jambe ; diagnostic associé : Z33.

Catégories Z34 et Z35 : Z34 comprend la surveillance systématique de la grossesse normale, habituellement réalisée en consultation externe. L'intitulé de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* ne doit pas être lu de manière rigide. La CIM est une classification, cet intitulé doit être compris dans son contexte ; finalement, deux classes sont destinées au codage des surveillances de grossesses : Z34 pour les grossesses normales et Z35 pour les autres, c'est-à-dire pour toutes les non normales (à risque, « haut » ou non).

Dans le cas des hospitalisations de l'*ante partum*, la mention d'un code Z35.– comme DAS est indispensable à l'orientation correcte du RSS entre les groupes homogènes de malades de l'*ante partum* et du post-partum<sup>26</sup>.

Catégorie Z37 : le cas échéant, la mention d'un de ses codes comme DAS peut être indispensable à l'orientation du RSS dans un groupe homogène d'accouchement<sup>26</sup>. Un code de cette catégorie doit être enregistré dans les RSS des séjours avec accouchement<sup>27</sup>.

Catégorie Z38 : Z38.0 est le code le plus fréquemment utilisé comme DP des résumés de séjour des nouveau-nés, puisqu'il l'est pour tous ceux en bonne santé, venus au monde au cours d'une naissance unique dans un établissement d'hospitalisation. Dans cette situation il ne justifie évidemment aucun DR.

---

<sup>26</sup> Pour plus de détails, se reporter à la description de la catégorie majeure de diagnostic n° 14 dans le manuel des GHM.

<sup>27</sup> On rappelle que les codes Z37.– sont, dans le PMSI, le seul « compteur d'accouchements » fiable et exhaustif.

### **Catégories Z40 à Z54 - Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques**

Ce groupe est destiné au codage des séjours motivés par des prises en charge **thérapeutiques**. Ses rubriques correspondent particulièrement au rôle décrit dans l'alinéa (a) de la première page du chapitre XXI de la CIM : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé pour une raison précise, par exemple pour recevoir des soins ou des services de niveau limité pour une affection en cours... ».

La catégorie Z41 comprend les soins « sans raison médicale », c'est-à-dire non motivés par un état morbide. Elle est notamment destinée aux séjours pour chirurgie esthétique (Z41.0, Z41.1). Dans le cadre du PMSI, on désigne par chirurgie esthétique toute intervention de chirurgie plastique non admise au remboursement par l'assurance maladie.

La catégorie Z42 comprend les prises en charge pour des interventions chirurgicales plastiques réparatrices, nécessitées par les conséquences d'une intervention antérieure – c'est le sens de « soins de contrôle » – ou d'un traumatisme ancien.

Il résulte de ce qui vient d'être dit à propos des catégories Z41 et Z42 que la chirurgie plastique donne lieu à deux codages distincts<sup>28</sup> :

- lorsqu'il s'agit de chirurgie esthétique le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code ; le défaut corrigé peut être codé en position de diagnostic relié ;
- lorsqu'il s'agit de chirurgie plastique non esthétique, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, admise au remboursement par l'assurance maladie, le DP doit être codé avec un autre code de la CIM ; il peut s'agir d'un code des chapitres I à XIX ou d'un code de la catégorie Z42 ; le choix entre les deux possibilités obéit au principe de la CIM qui veut que le meilleur code soit le plus précis (volume 2 p. 109, règle MB4) ; la mise en place d'un implant mammaire après mastectomie ou d'un implant testiculaire après pulpectomie sont deux exemples de ce qui ne peut pas être codé ailleurs dans la CIM plus précisément que Z42.–. Le motif de l'intervention peut être mentionné en position de DR s'il respecte sa définition.

On en déduit que la note d'inclusion située sous le titre de la catégorie Z42, qui demande de l'employer pour coder les prises en charge comprenant la réparation de cicatrice, ne s'impose qu'en situation de monocodage, qui n'est pas celle du recueil du PMSI : au terme d'un séjour motivé par une intervention plastique de réparation d'une cicatrice, le DP n'est pas Z42.– mais la cicatrice (chapitre XII de la CIM).

Exemples : séjour pour...

- mise en place de prothèses internes pour augmentation du volume mammaire à visée esthétique : Z41.1 ;
- mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie : Z42.1 ;
- rhinoplastie à visée esthétique : Z41.1 ;
- rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : J34.2 ;
- excrèse d'une cicatrice chéloïde : L91.0.

---

<sup>28</sup> Voir le chapitre IV, guide des situations cliniques, point 2.2.2.2.

Il n'appartient pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique. Il s'agit d'un diagnostic qui est de la compétence du médecin qui a opéré le patient, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie.

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

Exemple : sujet ayant subi six mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de sa colostomie : le code du DP est Z43.3 (pas de DR).

Z45.1 et Z45.2 comprennent les prises en charge pour mise en place et ablation de pompe à perfusion et de dispositif d'accès vasculaire ; notamment, Z45.2 est le code du DP des séjours **pour mise en place, entretien ou ablation** d'une chambre implantable<sup>29</sup>. Le DP des séjours pour mise en place d'une fistule de dialyse rénale sera codé Z49.0 et non Z45.2 (voir ci-dessous le commentaire à propos de la catégorie Z49).

Placés en position de DP, les codes Z45.1 et Z45.2 se suffisent à eux-mêmes, ils ne nécessitent pas de DR. L'affection motivant la prise en charge (par exemple cancer et chambre implantable) ne peut être enregistrée comme diagnostic associé significatif que si elle a justifié des soins **en plus** de ceux indiqués par le DP (par exemple traitement ou examens de surveillance du cancer) conformément à la définition du DAS.

On comparera les catégories Z43 à Z46 avec les catégories Z93 à Z98 étudiées plus loin.

Z47.0 doit notamment être utilisé pour coder le DP des séjours pour ablation de matériel d'ostéosynthèse ; il ne faut pas, au terme de ces séjours, coder à nouveau la lésion osseuse initiale guérie ou consolidée, ni comme DP, ni comme DR, ni comme DAS : elle ne peut figurer dans le résumé de séjour que comme une donnée associée documentaire<sup>30</sup>.

La catégorie Z48 est celle des soins postopératoires immédiats, sans complication au cours du séjour, sinon c'est la complication qu'on coderait.

La catégorie Z49 comprend, malgré la présence du mot « surveillance » dans son intitulé, les prises en charge pour des actes de préparation et de réalisation de dialyse rénale ; Z49.0 comprend l'entraînement à la dialyse et la mise en place des fistules et cathéters de dialyse. En effet, en raison de la spécificité de cette catégorie et de son rôle dans la classification des GHM, il faut coder Z49.0 (et non Z45.2) le DP des séjours pour mise en place d'une fistule.

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges motivées par des actes thérapeutiques (radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine...) ; son utilisation pour le codage du DP est la condition d'un enregistrement juste des situations de *traitement répétitif* et des séances<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Voir l'index alphabétique de la CIM à l'entrée « accès vasculaire ».

<sup>30</sup> Se reporter à la partie du chapitre IV traitant des diagnostics associés.

<sup>31</sup> Traitement répétitif : chapitre IV, guide des situations cliniques, situation 2.2.2.3. Séances : chapitre VI

Z51.1 code le DP des séjours pour chimiothérapie anticancéreuse, quels que soient les produits administrés : antitumoraux, antiémétiques, correcteurs de l'hypercalcémie...<sup>32</sup>. Le mot *chimiothérapie* a en effet dans la CIM son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »<sup>33</sup> ; c'est pourquoi on retrouve le mot chimiothérapie dans l'intitulé du code suivant, Z51.2.

Z51.2 peut être employé pour tous les autres séjours pour « chimiothérapie », dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur<sup>32</sup>.

Z51.3 : on ne tiendra pas compte de la précision « sans mention de diagnostic ». Elle tient à la « philosophie » générale du chapitre XXI de la CIM<sup>34</sup>, elle est sans conséquence pour le codage ; Z51.3 est le code du DP des séances de transfusion sanguine.

Exemple : hospitalisation pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire, DP Z51.3.

Lorsqu'un code Z51.0–, Z51.1, Z51.2, Z51.3 ou Z51.5 est en position de DP, la maladie traitée est enregistrée comme DR chaque fois qu'elle respecte sa définition, ce qui est le plus souvent le cas.

La catégorie Z53 est destinée au codage des séjours au cours desquels les soins envisagés ne peuvent être prodigués ; le mot *acte* de l'intitulé doit être lu avec l'acception étendue de « soins », de « prise en charge ».

Exemples :

- hospitalisation programmée pour mise en place d'une prothèse articulaire ; constatation d'une fièvre à l'entrée qui fait reporter l'intervention : Z53.0 ;
- refus d'une transfusion sanguine pour motif de conviction : Z53.1 ;
- sortie contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

Un code Z53.– en position de DP ne justifie pas de DR.

**Catégories Z55 à Z76 - Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales - Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs**

Elles sont proposées pour le codage de situations nombreuses et variées, qui concernent tant l'hospitalisation que les soins externes. Elles répertorient des problèmes familiaux, sociaux, économiques, psychologiques, scolaires et professionnels, parmi lesquels des marqueurs de précarité socioéconomique utiles à enregistrer. Il n'est guère d'autre moyen que la lecture de leur contenu pour prendre connaissance des possibilités offertes par ces catégories.

Au regard de la note figurant dans la CIM à la première page du chapitre XXI, elles correspondent à la fois à l'alinéa (a) : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec

---

<sup>32</sup> Voir aussi ce qui a été écrit plus haut à propos de la chimioprophylaxie (catégorie Z29).

<sup>33</sup> Voir ce qui a été écrit plus haut à propos des catégories Z08 et Z09.

<sup>34</sup> Et, en toute cohérence, devrait être présente dans chacun des intitulés des codes Z51.–, ou mieux dans aucun car, présente depuis la 9<sup>ème</sup> révision de la CIM (CIM-9), elle engendre des interrogations inutiles chez les codeurs.

les services de santé..., par exemple, pour... discuter d'un problème qui ne représente pas en soi une maladie ou un traumatisme », et à l'alinéa (b) : « ...des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme. De tels facteurs peuvent... être enregistrés comme facteur supplémentaire... ».

Z75.1 « Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat » ne doit être employé (en DP ou en DAS) que si le séjour ou le prolongement du séjour est motivé par la seule attente de l'unité ou de l'établissement adéquat, non par un événement pathologique.

### **Catégories Z80 à Z92 - Antécédents personnels et familiaux**

Les codes de ces catégories peuvent notamment être utilisés pour le codage du DP, dans des situations de *surveillance négative* au sens du guide des situations cliniques (chapitre IV, situation 2.2.3) ;

Exemple : homme ayant un antécédent de cancer colique opéré, hospitalisé pour s'assurer de l'absence de récurrence, ce qui est confirmé :

- l'absence de récurrence est confirmée : le DP n'est donc pas la maladie *cancer colique* ;
- cet homme ne présente aucun symptôme (l'antécédent a seul justifié le recours aux soins) : le DP ne peut donc être codé au moyen du chapitre XVIII.

Le codage du DP utilise le code Z85.0.

Un antécédent personnel ou familial de maladie en position de DP ne justifie pas de DR.

Z92.1 et Z92.2 : la complexité apparente de leur intitulé est due à l'acception large du mot « antécédent » qui est celle de la CIM. Ces codes peuvent être employés lorsqu'un recours aux soins est motivé par la prise d'un médicament, que cette prise soit poursuivie (« utilisation actuelle ») ou qu'elle ait cessé au moment du recours.

Exemple : patient porteur d'une valve cardiaque prothétique, prenant un antivitamine K au long cours, hospitalisé pour des extractions dentaires : le DP est l'affection dentaire, les DAS signalent la valve cardiaque (voir ci-dessous) et la prise de l'antivitamine K : Z92.1.

### **Catégories Z93-Z98**

Elles sont destinées au codage d'états postchirurgicaux qui ne nécessitent pas de soins de la part de l'équipe soignante : elles permettent d'enregistrer une « présence » (de stomie, de cristallin artificiel...) et s'opposent aux catégories Z43 à Z46 qui doivent être employées lorsque les mêmes états nécessitent des soins (comparer Z43 avec Z93 ; Z44, Z45 et Z46 avec Z96 et Z97). En conséquence, il est illogique d'utiliser la plupart des codes des catégories Z93-Z98 pour coder le DP ou les DAS<sup>35</sup>.

Exemples :

- malade porteur d'une trachéostomie, hospitalisé pour des soins de celle-ci : le code du DP est Z43.0 ;
- malade porteur d'une trachéostomie, hospitalisé pour un autre problème (une autre affection) ; le personnel soignant assure les soins de la stomie : ils justifient d'enregistrer Z43.0 comme DAS ;
- même malade mais il assure lui-même les soins de sa stomie : l'absence de soins impose Z93.0, qui ne peut être enregistré que comme une donnée associée documentaire.

Ou encore :

---

<sup>35</sup> Se reporter à leur définition dans le chapitre IV.

- malade porteur d'un stimulateur cardiaque, hospitalisé pour changement du générateur (épuisement normal) : DP Z45.0 ;
- même malade hospitalisé pour un autre problème (une autre affection) ; le stimulateur a été contrôlé quelques jours auparavant : l'absence de soins impose Z95.0 qui ne peut être enregistré que comme une donnée associée documentaire.

Dans le cadre du recueil d'informations pour le PMSI les catégories Z94 et Z95 doivent être distinguées. En effet, en l'absence de rubriques correspondantes dans le groupe Z43-Z46 (hors Z45.0), elles peuvent être employées pour coder le DP des situations de *surveillance négative*<sup>36</sup> des porteurs d'organes greffés (Z94), de pontages coronaires, valves cardiaques et greffes cardiovasculaires (Z95).

Exemples :

- malade porteur d'un cœur transplanté, hospitalisé pour bilan postgreffe ; aucune anomalie n'est constatée ; le DP du séjour est codé Z94.1<sup>37</sup> ;
- malade porteur d'un pontage coronaire hospitalisé pour bilan ; aucune anomalie n'est constatée : le DP du séjour est codé Z95.1.

---

<sup>36</sup> Chapitre IV, guide des situations cliniques, situation 2.2.3.1.

<sup>37</sup> Un rejet, en revanche, devrait être codé T86.2.



## VI. LES SÉANCES

### 1. DÉFINITION

Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé – « venue pour séance » – d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : **épuration extrarénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie** (préparation et irradiation), **transfusion sanguine**. Seules les séances répondant à ces critères peuvent donner lieu à la mention d'un chiffre supérieur à zéro au titre de l'item « nombre de séances » du RSS<sup>1</sup>.

Il est laissé au choix des unités médicales :

- soit de produire un RSS à chaque séance (RSS-séance) ;
- soit de produire un RSS réunissant des séances identiques dont le nombre est enregistré au moyen de l'item « nombre de séances » (RSS-séances).

Dans le premier cas, les dates d'entrée et de sortie mentionnées dans le RSS sont celles de la séance et l'item « nombre de séances » est égal à 1. Dans le second cas, à l'exclusion de la radiothérapie dont la particularité sera traitée plus loin, la date d'entrée du RSS est celle de la première séance, la date de sortie est celle de la dernière séance et l'item « nombre de séances » indique le nombre de séances identiques reçues par le patient entre ces deux dates.

La durée maximum couverte par un RSS-séances est dictée par l'obligation de transmission des fichiers de RSA à l'agence régionale de l'hospitalisation<sup>2</sup>.

Lorsqu'un patient hospitalisé dans un établissement pour une raison autre qu'un des motifs de séance cités ci-dessus doit subir, dans le même temps et dans le même établissement, une ou des séances, on distingue deux situations selon le secteur de l'hospitalisation :

- si le patient est hospitalisé en MCO<sup>3</sup> (autrement dit, si les unités d'hospitalisation et de réalisation de la séance appartiennent toutes deux au secteur MCO de l'établissement) il ne peut être produit de RSS-séance et, si un RSS-séances avait été créé préalablement à l'hospitalisation, il doit être suspendu ; l'activité liée aux séances doit être enregistrée en

---

<sup>1</sup> Et un résumé de séjour mentionnant l'un des motifs cités avec une égalité des dates d'entrée et de sortie est classé dans un GHM de séances même si l'item « nombre de séances » n'est pas renseigné.

<sup>2</sup> Arrêté du 31 décembre 2003 *relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique*... Il établit une périodicité de transmission égale au trimestre civil.

<sup>3</sup> Médecine, chirurgie, obstétrique.

tant qu'actes (code et nombre de réalisations) dans le RSS d'hospitalisation à temps complet, la zone « nombre de séances » étant laissée vide ou égale à 0 ;

- si le patient est hospitalisé en SSR<sup>4</sup>, en psychiatrie ou en soins de longue durée dans le même établissement, l'unité de MCO qui réalise les séances produit un RSS-séance ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi.

Pour des séances effectuées au bénéfice de patients hospitalisés dans un autre établissement, on se reportera aux consignes concernant les prestations interétablissements<sup>5</sup>.

## 2. SÉANCES DE DIALYSE RÉNALE

La réalisation d'une séance de dialyse rénale effectuée dans un établissement de santé soumis au recueil d'information du PMSI en MCO, donne lieu à la production ou à la poursuite d'un RSS-séance(s)<sup>6</sup>, qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du diagnostic principal (DP) des séances de dialyse rénale utilise les codes Z49.1 et Z49.2 de la CIM-10<sup>7</sup> et eux seuls.

## 3. SÉANCES DE CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR

Une venue pour séance de chimiothérapie ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance(s) que s'il s'agit d'une chimiothérapie pour tumeur et s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du DP des séances de chimiothérapie pour tumeur utilise le code Z51.1 de la CIM-10 et lui seul, quels que soient les produits administrés : antitumoraux, antiémétiques, correcteurs de l'hypercalcémie...<sup>8</sup>. Le mot *chimiothérapie* a en effet dans la CIM son sens premier de « traitement par des moyens chimiques ».

## 4. L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE

Les consignes qui suivent concernent l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire. Pour toutes les irradiations nécessitant une hospitalisation, les règles de production du résumé de séjour sont identiques à celles des autres séjours hospitaliers. Elles ne concernent pas les établissements privés à but lucratif. Pour ces établissements en effet,

---

<sup>4</sup> Soins de suite et de réadaptation.

<sup>5</sup> Chapitre I, point 3.

<sup>6</sup> Par « poursuite d'un RSS-séances » on désigne l'incrémentation de l'item « nombre de séances » du nombre de séances effectuées.

<sup>7</sup> Classification internationale des maladies, dixième révision, de l'Organisation mondiale de la santé.

<sup>8</sup> Voir dans le chapitre V (point 7) ce qui concerne le code Z51.1.

l'activité de radiothérapie délivrée en soins externes, du fait de son mode de facturation, est actuellement hors du champ du PMSI<sup>9</sup>.

Dans les autres établissements, un RSS-séance(s) est toujours produit dans le cas des séances de radiothérapie, qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Les consignes développées ici concernent les traitements de radiothérapie au sens large, incluant l'irradiation externe (pour la part la plus importante) mais aussi la curiethérapie, lorsqu'elle est réalisée en ambulatoire (curiethérapie à haut débit de dose).

#### **4.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION**

Le résumé standardisé de préparation (RSP) à l'irradiation est de nature différente de celle des autres résumés du PMSI. Il doit être conçu, non comme un résumé de séjour, mais comme un support de description de la préparation à l'irradiation dans son intégralité. Il présente les propriétés suivantes :

- par convention il doit être élaboré à la fin du traitement de radiothérapie, c'est-à-dire après que la dernière séance d'irradiation a eu lieu ;
- il est unique pour chaque patient bénéficiant d'un traitement de radiothérapie ; à ce titre, il doit résumer au mieux la totalité de la prise en charge pour préparation d'irradiation ; pour son élaboration, outre le dossier médical du patient, il s'appuie donc particulièrement sur le document de suivi propre au service de radiothérapie ;
- pour un même patient, son numéro (numéro de RSP) est différent de celui du résumé d'irradiation.

Cas particuliers :

- les cas de reprise de préparation sont à traiter de façon identique : le RSP doit résumer l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un patient donné ; dans les cas de reprise, il comportera donc les actes de première préparation, ainsi que ceux de la seconde (voire troisième) préparation<sup>10</sup>, dans le respect des règles d'emploi de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- dans le cas d'une radiothérapie réalisée en hospitalisation, un RSS est produit selon les règles habituelles pour traduire la séquence d'irradiation ; un RSP sera en outre élaboré, à condition que cette préparation ait eu lieu en un temps différent de celui de l'hospitalisation ;
- dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu dans le même temps d'hospitalisation, on ne réalisera pas de résumé

---

<sup>9</sup> L'extension de la production de résumés au secteur privé de la radiothérapie ambulatoire, actuellement exclue du champ de recueil, est envisagée avec les professionnels.

<sup>10</sup> Sur le plan de la prise en compte de ces reprises de préparation il est à noter que, lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui détermine le GHM d'affectation. Par ailleurs, par construction du modèle de l'étude nationale des coûts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tient compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations d'irradiation comportent un temps de reprise.

standardisé de préparation. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient portés sur le RSS d'hospitalisation<sup>11</sup>.

### **Production du résumé standardisé de préparation :**

- 1) La date d'entrée est la date de première venue pour préparation.
- 2) La date de sortie est la date de la dernière séance d'irradiation.

On rappelle que le RSP est unique pour le traitement d'un patient donné. En conséquence, s'agissant de résumés de préparation, il n'y a pas lieu de s'attacher au problème de périodicité calendaire. À titre d'exemple, une préparation commencée le 30 juin et achevée en juillet, avec une dernière séance d'irradiation réalisée le 15 août ne donnera lieu à l'élaboration que d'un seul RSP, dont la date d'entrée est le 30 juin et la date de sortie le 15 août.

- 3) Le DP est codé Z51.00<sup>12</sup> *séance de préparation à une irradiation*.
- 4) On porte le code de la tumeur en position de diagnostic relié.
- 5) Par convention encore, on renseignera l'item « nombre de séances » du RSS en y portant un chiffre égal ou supérieur à 1. L'effet de cette consigne est de rattacher les résumés standardisés de préparation à la catégorie majeure n° 24 de la classification des GHM.
- 6) Les actes portés sur le RSP sont les actes de préparation à une irradiation, codés au moyen de la classification des actes.

## **4.2 LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION**

Pour un même patient, le numéro du RSS-séance(s) d'irradiation est différent de celui du RSP.

On rappelle qu'il est admis :

- soit d'élaborer un RSS à chaque séance d'irradiation ;
- soit de produire un RSS réunissant des séances identiques ; il convient de considérer comme identiques des séances dont les actes d'irradiation sont identiques ; cette consigne implique donc de produire un nouveau RSS-séance(s) chaque fois que l'acte d'irradiation change.

### **Production d'un RSS-séance(s) d'irradiation :**

Deux cas-types doivent être distingués selon l'option choisie par l'établissement.

- 1) Cas n° 1 – un RSS est produit pour chaque séance :
  - la date d'entrée est égale à la date de sortie et à la date de réalisation de la séance ;
  - l'item « nombre de séances » est renseigné et égal à 1 ;
  - le DP est codé Z51.01 « *séance d'irradiation* »<sup>12</sup> ;
  - la tumeur traitée est enregistrée comme diagnostic relié ;

---

<sup>11</sup> La mention de ces actes sur le RSS d'hospitalisation peut permettre d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler par exemple les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation.

<sup>12</sup> Code Z51.0 de la CIM-10 étendu pour la circonstance depuis la version 6 de la classification des GHM.

- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé au cours de la séance.

2) Cas n° 2 – un RSS-séances réunit plusieurs séances :

- la date d'entrée est la date de la première séance ;
- la date de sortie est la date de la dernière séance comportant le même acte d'irradiation, ou la date imposée par la définition de la période – mois, trimestre –, choisie pour l'élaboration du RSS-séance(s) ;
- l'item « nombre de séances » est renseigné et supérieur à 1 ;
- le DP est codé Z51.01 ;
- la tumeur traitée est enregistrée comme diagnostic relié ;
- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé, identique lors de chacune des séances correspondant à ce RSS-séance(s).

**Un cas particulier** est rencontré lorsque deux actes d'irradiation, voire davantage, sont réalisés dans la même journée<sup>13</sup>. Deux situations doivent être envisagées.

1) Les actes d'irradiation ont été réalisés au cours de la même venue dans l'unité de radiothérapie.

Cette situation se rencontre notamment dans les circonstances suivantes :

- pour des raisons techniques, les différents faisceaux nécessaires à la bonne conduite du traitement ont été réalisés sur des machines distinctes, successivement ;
- pour des raisons médicales, plusieurs volumes cibles ont été traités lors de cette même venue (par exemple, prise en charge de plusieurs métastases).

**Dans ces cas on enregistre un seul acte d'irradiation dans le RSS-séance(s)** et le code est celui de l'acte d'irradiation qui correspond à la somme des faisceaux délivrés et à l'énergie (en MV) de la machine la plus puissante. En effet, les séances correspondent aux venues dans l'unité de radiothérapie, non aux « passages-machine(s) ».

Exemple : au cours de la même venue dans l'unité de radiothérapie, réalisation de trois faisceaux à une énergie de 5 MV sur une machine, puis réalisation de deux faisceaux à une énergie de 15 MV sur une autre machine. L'acte unique enregistré est : « séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus ».

2) Les actes ont été réalisés au cours de plusieurs venues différentes.

Cette situation correspond aux traitements délivrés de manière fractionnée. La notion de traitement fractionné (généralement bifractionné) est sans ambiguïté pour les spécialistes (et sans confusion possible avec une irradiation comportant par exemple deux passages-machine). Il n'appartient donc pas au médecin responsable de l'information médicale de décider de la qualification d'un traitement multiple dans la journée : dans tous les cas, la déclaration du médecin radiothérapeute, prescripteur du traitement, doit être suivie. Quoi qu'il

---

<sup>13</sup> Pour mémoire, le cas le plus fréquent est toutefois, de loin, celui de l'acte d'irradiation unique dans la journée : un seul acte d'irradiation est réalisé, au cours d'une même venue dans l'unité de radiothérapie.

en soit, le cas le plus fréquent est alors celui d'une venue le matin et d'une venue l'après-midi, pour un traitement bifractionné.

Dans la deuxième situation, on enregistre deux actes d'irradiation dans le RSS-séance(s) pour un traitement bifractionné (trois pour un traitement trifractionné).

Il est souhaitable que les établissements enregistrent, d'une part tous les types d'irradiation réalisés au cours d'une hospitalisation et, d'autre part, les préparations d'irradiation entièrement réalisées au cours d'une hospitalisation. Pour être en mesure de faire évoluer la classification des GHM il importe de caractériser au mieux les hospitalisations. La CCAM permettant une description d'actes aussi différents que l'irradiation externe avec un ou deux faisceaux, l'irradiation corporelle totale ou les différents types de préparation d'irradiation, il apparaît essentiel de porter précisément ces actes sur les RSS d'hospitalisation. Une analyse ultérieure appréciera s'ils discriminent effectivement des prises en charge différentes.

## **5. LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES**

Une venue pour transfusion sanguine en séance ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance(s) que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du DP des séances de transfusion sanguine utilise le code Z51.3 de la CIM-10 et lui seul. On rappelle<sup>14</sup> que l'indication « sans mention de diagnostic » contenue dans son intitulé ne tient qu'à la « philosophie » générale du chapitre XXI de la CIM-10 ; elle est sans conséquence pour le codage des séances de transfusion sanguine et ne dispense pas de coder la maladie motivant la transfusion comme diagnostic relié, dès lors qu'elle respecte sa définition.

---

<sup>14</sup> Voir dans le chapitre V (point 7) ce qui concerne le code Z51.3.

## INDEX ALPHABÉTIQUE

### A

Abcès	
de paroi.....	44
sous-phrénique.....	44
Ablation de matériel d'ostéosynthèse.....	30, 58
Accident	
dû à médicament.....	47
de la route.....	51
du travail.....	51
Accouchement.....	56
Acte.....	8, 39
classant.....	39
classification commune.....	8, 39
codage.....	8
complication d'–.....	43
de prélèvement d'organe.....	39
de suppléance vitale (réanimation).....	39
effectué aux urgences.....	4, 8
nombre dans le résumé du séjour.....	8
phase.....	8
réalisé à titre externe.....	4
réalisé dans un autre établissement.....	6, 7, 8, 12
reclassant (dans un groupe « médical »).....	37
sans relation avec le diagnostic principal.....	37
transfert pour réalisation d'un –.....	6, 7, 8, 12
Acutisation (d'une maladie).....	34
Affection intercurrente.....	35
Affections multiples.....	23, 36
AGRAF (logiciel).....	20
Anonymat des soins.....	6
<i>Ante partum</i> .....	56
Antécédent.....	49, 60
de cancer.....	49
<i>Astérisque</i> (code).....	27, 31, 38
Attente de placement.....	60
Avortement.....	50

### B

Bilan.....	27, 33
d'un cancer.....	27, 33
postgreffe.....	61
préopératoire.....	54

### C

Cancer	
antécédent.....	49
antécédent familial.....	32
bilan.....	27, 33
stadification TNM.....	27
CCAM <i>Voir</i> Classification commune des actes médicaux	
Chainage anonyme.....	17
Chambre implantable.....	30, 58
Chimio prophylaxie.....	56

Chimiothérapie.....	30, 54, 59, 64
prophylactique.....	56
Chirurgie	
esthétique.....	29, 57
plastique réparatrice.....	29, 30, 57
Cicatrice, réparation de –.....	57
CIM, CIM-10 <i>Voir</i> Classification internationale des maladies	
Classification commune des actes médicaux.....	8, 39
Classification internationale des maladies.....	8, 23, 41
<i>Voir aussi</i> Code	
affections multiples.....	23
catégorie.....	23
chapitre XX.....	24, 38, 45, 47, 48, 51
chapitre XXI.....	53
sous-catégorie.....	23
table analytique.....	23
Classification TNM.....	27
Clinique ouverte.....	2
CMA..... <i>Voir</i> Complication ou morbidité associée	
Code	
à 3 caractères (CIM).....	23
à 4 caractères (CIM).....	23
<i>astérisque</i> (CIM).....	27, 31, 38
d'acte.....	8
<i>dague</i> (CIM).....	27, 31, 38
de manifestation (CIM).....	27, 31, 38
du lieu de résidence.....	6
étendu (CIM).....	8, 23
étiologique (CIM).....	27, 31, 38
T80-T88 (CIM).....	44, 45
V, W, X, Y (CIM).....	24, 38, 45, 47, 48, 51
Z (CIM).....	53
Colostomie (fermeture).....	30, 58
Coma.....	47
Complication	
d'acte.....	43
de maladie.....	35
Complication ou morbidité associée.....	39
codes T80-T88.....	44, 45
Conservation des fichiers.....	21
Consultation externe.....	4
Continuité intestinale, rétablissement.....	30, 58
Curiethérapie.....	29, 30

### D

DAD..... <i>Voir</i> Donnée associée documentaire	
<i>Dague</i> (code).....	27, 31, 38
DAS..... <i>Voir</i> Diagnostic associé, significatif	
Date de naissance.....	5
Date de sortie.....	7
Date d'entrée.....	6
Décès.....	3
Dépistage.....	28, 55

Destination.....	7
Diagnostic associé.....	38
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i> .....	38
codes V, W, X, Y.....	38
documentaire.....	<i>Voir</i> Donnée associée documentaire
et diagnostic relié.....	26, 39
résultat anormal d'examen.....	38
séquelle.....	42
significatif.....	8, 38
symptôme.....	38
Diagnostic principal.....	8, 24
affections multiples.....	36
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i> .....	27, 28, 32, 35, 36
codes V, W, X, Y.....	24
du RSS.....	24
du RUM.....	24
polypathologie.....	36
sans relation avec les actes.....	37
symptôme.....	27
Diagnostic relié.....	8, 25
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i> .....	31
et diagnostic associé.....	26, 39
Diagnostic, situation de –.....	26
Dialyse rénale.....	3, 30, 58, 64
Donnée associée documentaire.....	8, 38
DP.....	<i>Voir</i> Diagnostic principal

## E

Effet nocif de médicament.....	47
Effet secondaire [indésirable] de médicament.....	48
Entrée (date, mode).....	6
Épuration extrarénale.....	3, 30, 58, 64
Esthétique (chirurgie).....	29, 57
État permanent.....	25, 26
Étiologie (codage de l'–).....	27, 31, 38
Évènement (pathologique) intercurrent.....	35
Examen, résultat anormal.....	26, 38
Extension de code.....	8, 23
Externe (acte, consultation, soins).....	4

## F

Fermeture de colostomie.....	30, 58
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), numéro.....	6
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN).....	18
Format des résumés de séjour.....	11

## G

GENRSA (module logiciel).....	10
Grefe (d'organe), bilan post-.....	61
Grossesse.....	56
interruption.....	3, 50
normale.....	56
à risque.....	56
Groupe.....	
901.....	37
90C01Z.....	37
erreur.....	37

## H

Hébergement (dans une unité médicale).....	6
Hémodialyse.....	3, 30, 58, 64
Hospitalisation à domicile.....	4, 7

## I

IGS (II).....	<i>Voir</i> Indice de gravité simplifié
Immunothérapie.....	56
Indice de gravité simplifié.....	9
Infection nosocomiale <sup>1</sup> .....	44, 46
Inflammatoire (syndrome).....	27
Intercurrente (affection).....	35
Interruption de grossesse.....	3, 50
Intoxication médicamenteuse.....	47
Irradiation.....	<i>Voir</i> Radiothérapie
Isolement d'un patient.....	55

## L

Lit « de porte ».....	2
Luxation de prothèse articulaire.....	44

## M

MAGIC (logiciel).....	19
Maladie chronique ou de longue durée.....	34
Maladie professionnelle.....	51
Manifestation (codage de la –).....	27, 31, 38
Matériel d'ostéosynthèse, ablation.....	30, 58
Médicament.....	
accident.....	47
effet nocif.....	47
effet secondaire [indésirable].....	48
suicide et tentative.....	47
surdosage.....	48
Médicosocial (hébergement).....	7
Mode de sortie.....	7
Mode d'entrée.....	6
Mono-unité (séjour –).....	10
Morbidité principale.....	24
Mort-né.....	4
Multiunité (séjour –).....	10
Mutation.....	6

## N

Nosocomial, facteur <sup>1</sup> .....	44, 46
Nouveau-né.....	3, 52, 56
poids.....	9
Numéro.....	
anonyme.....	17
FINESS.....	6
du résumé de sortie standardisé.....	5
d'unité médicale.....	6

## O

Organe, prélèvement.....	39
Ostéosynthèse (matériel), ablation.....	30, 58

<sup>1</sup> Voir les notes de bas de page.

## P

<i>Pacemaker</i> .....	30, 61
Palliatifs (soins) .....	29
Passage machine (radiothérapie).....	67
Permission .....	7
Phase d'un acte.....	8
Placement, attente de – .....	60
Plastique (chirurgie).....	29, 30, 57
Poids du nouveau-né.....	9
Polypathologie .....	36
Pontage artériel, thrombose .....	44
POP-MCO (logiciel).....	19
<i>Port-a-cath</i> .....	30, 58
Porteur sain .....	55
Poussée aigüe (d'une maladie) .....	34
Prélèvement d'organe.....	39
Prestation interétablissement .....	6, 7, 8, 12
Priorité de santé publique .....	50
Prothèse	
articulaire, luxation.....	44
mammaire.....	29, 30
Provenance.....	6

## Q

Qualité des informations .....	11
--------------------------------	----

## R

Radiothérapie.....	3, 30, 64
curiothérapie .....	29, 30
irradiation .....	66
passage machine .....	67
résumé standardisé de préparation.....	5, 65
traitement fractionné.....	67
Réanimation	
acte de suppléance vitale .....	39
indice de gravité simplifié (IGS II).....	9
unité médicale identifiée.....	2
Réparatrice (chirurgie plastique –).....	29, 30, 57
Résultat anormal d'examen.....	26, 38
Résumé de sortie anonyme .....	1, 10
format .....	11
Résumé de sortie standardisé.....	1, 9
conservation des fichiers .....	21
diagnostic principal du –.....	24
format .....	11
multiunité .....	10, 24
numéro.....	5
RSS-séance(s).....	63, 64
Résumé d'unité médicale .....	1, 5
diagnostic principal du –.....	24
format .....	11
Résumé standardisé de facturation.....	15
Résumé standardisé de préparation.....	5, 65
Rétablissement de la continuité (intestinale).....	30, 58
Rhinoplastie .....	29, 30
RSA .....	<i>Voir</i> Résumé de sortie anonyme
RSF .....	<i>Voir</i> Résumé standardisé de facturation
RSP .....	<i>Voir</i> Résumé standardisé de préparation
RSS .....	<i>Voir</i> Résumé de sortie standardisé
RUM.....	<i>Voir</i> Résumé d'unité médicale

## S

Santé publique, priorité.....	50
Séance.....	3, 8, 63
RSS-séance(s).....	63, 64
Sein (prothèse) .....	29, 30
Séjour	
mono-unité.....	10
multiunité.....	10
diagnostic principal .....	24
Séquelle .....	41
diagnostic associé .....	42
Séropositivité au VIH .....	55
Sexe .....	5
Situation	
de diagnostic .....	26
de surveillance .....	31
de traitement .....	28
Soins externes .....	4
Soins intensifs .....	2, 9
Soins palliatifs .....	29
Sortie	
contre avis médical .....	59
date, mode .....	7
Stadification TNM (d'un cancer).....	27
Stimulateur cardiaque .....	30, 61
Stomie, codage.....	58, 60
Suicide et tentative.....	47, 51
Suppléance vitale, acte de –.....	39
Surdosage médicamenteux.....	48
Surveillance .....	31
situation de –.....	31
négative .....	31, 34, 54, 61
positive .....	32, 34
postgreffe.....	61
postopératoire .....	58
Surveillance continue.....	2, 9
Suspicion non confirmée.....	28, 53
Symptôme .....	26
et diagnostic associé .....	38
et diagnostic principal.....	27
Syndrome inflammatoire .....	27

## T

T80-T88 (codes).....	44, 45
Tentative de suicide .....	47, 51
Thrombose de pontage artériel.....	44
TNM (classification).....	27
Trachéostomie.....	60
Traitement.....	28
situation de –.....	28
fractionné (radiothérapie) .....	67
répétitif [itératif] .....	30, 34
unique .....	28, 34
Transfert.....	6
pour réalisation d'un acte.....	6, 7, 8, 12
Transfusion sanguine .....	30, 68
Travail, accident, maladie du – .....	51
Type d'activité .....	3

## U

Unité médicale .....	2, 24
clinique ouverte .....	2
hébergement .....	6
lits « de porte » .....	2
numéro .....	6
réanimation .....	2
soins intensifs .....	2
surveillance continue .....	2
zone de soins de très courte durée (ZSTCD) .....	2

Urgences .....	4, 6
acte effectué aux – .....	4, 8
diagnostic fait aux – .....	4

## V

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) .....	55
---	----

## Z

Zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) .....	2
---	---

## INDEX DES GROUPES, CATÉGORIES ET SOUS-CATÉGORIES DE LA CIM-10 CITÉS

<b>A</b>		<b>K</b>	
A41.2.....	44	K08.8.....	44
<b>B</b>		K25.3.....	46
B22.2.....	30	K65.0.....	44, 46
B90.1.....	42	K91.8.....	46
B90-B94.....	41	<b>L</b>	
B91.....	42	L02.2.....	44, 46
B95.6.....	46	L91.0.....	57
B95.8.....	47	<b>M</b>	
B95-B97.....	46, 47	M32.1.....	32
B96.2.....	46	M95.0.....	29
<b>C</b>		<b>N</b>	
C54.....	30	N30.0.....	46
C61.....	30	N62.....	29
<b>E</b>		N64.2.....	29
E05.5.....	35	N97.1.....	42
E64.....	41	<b>O</b>	
E65.....	29	O03-O06.....	45
E68.....	41	O04.....	50
<b>G</b>		O08.....	45
G09.....	41, 42	O28.....	50
G40.3.....	42, 43	O29.....	45
G41.....	35	O35.....	50
G83.1.....	42	O74.....	45
<b>I</b>		O86.0.....	45, 47
I21.....	46	O97.....	41
I33.0.....	45	O98-O99.....	50
I69.....	41, 42	<b>P</b>	
I69.3.....	42	P00-P04.....	52
I74.3.....	44	P03.4.....	52
I80.8.....	44	<b>R</b>	
I97.2.....	45	R40.....	47
I97.8.....	46	R78.....	52, 54
<b>J</b>		<b>T</b>	
J18.9.....	46	T00-T14.....	51
J34.2.....	29, 30, 57	T36-T50.....	48
J46.....	35	T51-T78.....	48
J95.1.....	45, 46	T80.0.....	44
J95.8.....	46		

T80.1	43
T80.2	44
T80.5	44
T80-T88	43, 44, 45
T81.0	43
T81.3	46
T81.4	43, 44
T82.0-T82.5	44
T82.1	44
T82.6	45
T83.0-T83.4	44
T83.5, T83.6	44
T84.0	44
T84.0-T84.4	44
T84.5-T84.7	44
T84.8	43
T85.0-T85.6	44
T87.3	44
T88.0-T88.1	44
T88.7	44
T90.5	43
T90-T98	41, 42

## V

V01-V89	51
V89.2	51

## X

X40-X44	47
X60-X64	47
X60-X84	51

## Y

Y40-Y59	48
Y59	52
Y60.4	46
Y64.0	44
Y83	46
Y83.1	44
Y83.6	44, 46
Y83.8	47
Y84.8	44
Y85.0	43
Y85-Y89	41, 42, 43
Y90-Y91	52
Y95 <sup>1</sup>	44, 46
Y96	51

## Z

Z00-Z02	53
Z03	53
Z04	54
Z08.2	33
Z08-Z09	54
Z10	55
Z11-Z13	28, 55
Z20-Z29	55
Z21	55
Z22	55

Z29	55
Z30-Z39	56
Z33	56
Z34, Z35	56
Z36	28
Z37	4, 50, 56
Z38.0	3, 56
Z40	30
Z40-Z54	57
Z41.0, Z41.1	29, 57
Z42	29, 57
Z42.1	30
Z43.0	60
Z43.3	30, 58
Z43-Z46 comparé à Z93-Z98	60
Z43-Z48	30
Z45.0	30, 61
Z45.2	30, 58
Z47.0	30, 58
Z48	58
Z49	58, 64
Z51	58
Z51.00	66
Z51.01	29, 30, 66, 67
Z51.1	30, 59, 64
Z51.2	59
Z51.3	30, 59, 68
Z51.5	29, 30
Z53	59
Z55-Z76	59
Z64.0	50
Z75.1	60
Z75.80	12
Z80-Z92	49, 60
Z85	34, 49
Z85.0	60
Z86.1	49
Z86.7	49
Z90.1	30
Z92.1, Z92.2	60
Z93.0	60
Z93-Z98	60
Z93-Z98 comparé à Z43-Z46	60
Z94-Z95	61
Z95.0	61

---

<sup>1</sup> Voir les notes de bas de page.

## ANNEXES

Résumé standardisé de facturation.

Résumé standardisé de facturation anonyme.

Diagramme actuel de chaînage pour le secteur public.

Diagramme actuel de chaînage pour le secteur privé.

**Structure générale et contenu du Résumé Standardisé de Facturation alimentant AGRAF**

(à titre indicatif)

Applicable en 2004

**RSF - Enregistrement entête de fichier**

Numéro FINESS de la clinique
Numéro de lot
Statut juridique de l'établissement
Mode de fixation des tarifs
Date de début de période
Date de fin de période
Nombre d'enregistrements
Nombre de RSS
Premier numéro de RSS
Dernier numéro de RSS
Dernier envoi du trimestre

**RSF - Enregistrement facture**

Type d'enregistrement
Numéro FINESS de la clinique
Numéro de RSS
Numéro d'assuré social
Code de prise en charge
Rang du bénéficiaire
Grand régime
Nature d'assurance
Date de naissance
Date d'entrée
Date de sortie
Total base de remboursement
Total montant de la facture
Total remboursable par la caisse
Total honoraires facturés
Total honoraires remboursables par la caisse
Code régularisation

**RSF - Enregistrement frais de séjour**

Type d'enregistrement
Numéro FINESS de la clinique
Numéro de RSS
Numéro d'assuré social
Rang du bénéficiaire
Mode de traitement
Discipline médico tarifaire
Date de début des soins
Date de fin des soins
Code acte
Quantité d'actes
Coefficient de l'acte
Prix unitaire
Base de remboursement
Taux de participation de la caisse
Montant remboursable par la caisse
Montant facturé

**RSF - Enregistrement honoraires**

Type d'enregistrement
Numéro FINESS de la clinique
Numéro de RSS
Numéro d'assuré social
Rang du bénéficiaire
Mode de traitement
Discipline médico tarifaire
Date de l'acte
Filler
Code acte
Quantité d'actes
Coefficient de l'acte
Prix unitaire
Base de remboursement
Taux de participation de la caisse
Montant remboursable par la caisse
Montant facturé

<b>Structure générale et contenu actuels du fichier RSFA.dat généré par AGRAF</b>
---

(à titre indicatif)

Applicable en 2004

**Pour les RSF-A  
correspond à la partie haute du bordereau 615 :**

N° séquentiel (le même que pour les RSA)
Type d'enregistrement (A)
N° FINESS
Code de prise en charge
Total Base de remboursement
Total montant de la facture
Total remboursable par la caisse
Total honoraires facturés
Total honoraires remboursables

**Pour les RSF-B (ou C)  
correspond à la partie basse du bordereau 615 :**

N° séquentiel (le même que pour les RSA)
Type d'enregistrement (B ou C)
N° FINESS
Mode de traitement
Discipline médico-tarifaire
Code acte
Quantité d'actes
Coefficient de l'acte
Prix unitaire
Taux de participation de la caisse
Montant base de remboursement
Montant remboursé
Montant facturé

**Fichier de factures (FACT.DAT)**

N° FINESS
N° séquentiel (permettant la jointure avec les RSA)
N° d'erreur du contrôle facture (cf. plus bas)
Code de Prise en charge
Code Grand Régime
Code Géographique de résidence
Résultat du groupage (v° / CMD / GHM / Code retour)
Type de séjour (Prestation inter établissement)
Durée de séjour
Nombre de séances
Compteur 1 : Base de remboursement
Compteur 1 : Montant remboursé
Compteur 1 : Montant facturé
....
Compteur 15 : Base de remboursement
Compteur 15 : Montant remboursé
Compteur 15 : Montant facturé

Les compteurs sont les suivants dans l'ordre :

- 1 Hébergement
- 2 Accueil
- 3 Pharmacie coûteuse
- 4 Autres prestations d'hébergement
- 5 Environnement technique
- 6 Produits sanguins et d'origine humaine
- 7 Prothèses
- 8 Autres consommations
- 9 Actes en K et KC
- 10 Actes en Z
- 11 Autres honoraires des praticiens
- 12 Analyses biologiques
- 13 Frais de transport
- 14 Autres prestations
- 15 Prestations non reconnues

MCO  
Public  
2004

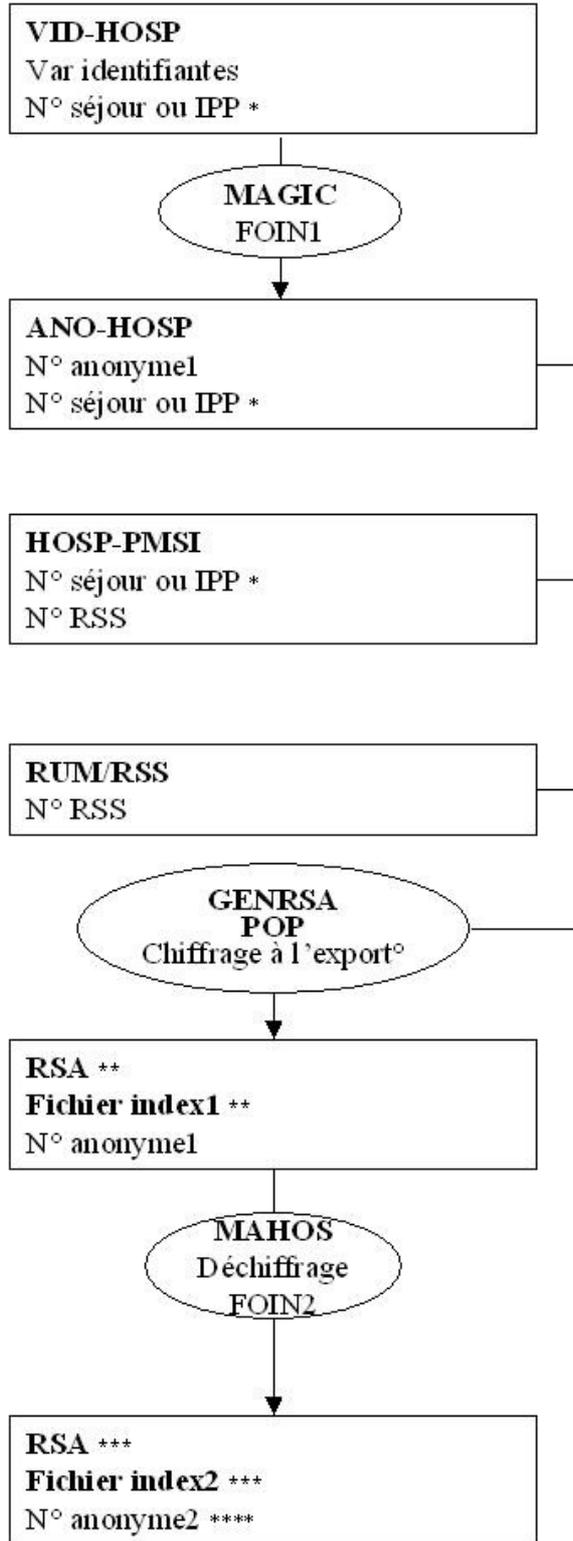
H  
Ô  
P  
I  
T  
A  
L

A  
D  
M

D  
I  
M

A  
R  
H

A  
T  
I  
H



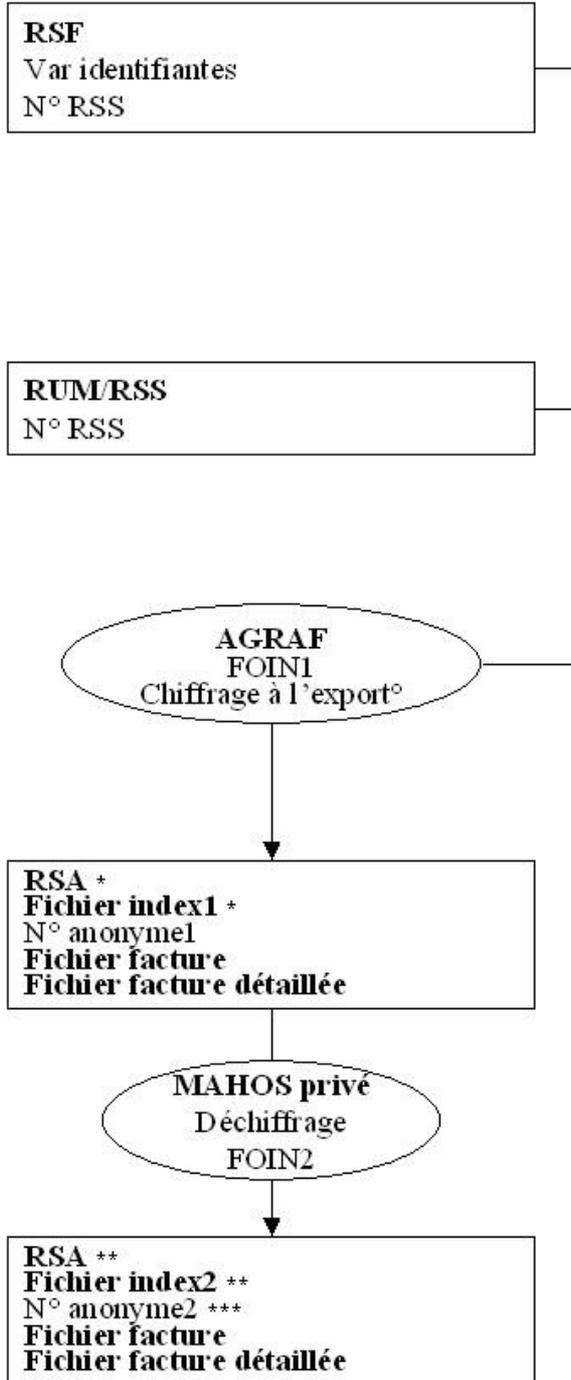
\* Ou tout autre N° pourvu que ce soit le même.  
\*\* Tuples ordonnés.  
\*\*\* Tuples ordonnés (ordre différent).  
\*\*\*\* Différent du N° anonyme1 de l'échelon hôpital.

MCO  
Privé  
2004

É  
T  
A  
B  
L  
I  
S  
S  
E  
M  
E  
N  
T

A  
R  
H

A  
T  
I  
H



\* Tuples ordonnés.  
\*\* Tuples ordonnés (ordre différent).  
\*\*\* Différent du N° anonyme de l'échelon hôpital.