

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

Version provisoire

Décembre 2026

PRÉAMBULE

Ce guide, version définitive du *Guide Méthodologique des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins médicaux et de réadaptation*, publiée au Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité et applicable à partir du 1^e janvier 2026¹, est l'annexe III de l'arrêté du 27 décembre 2023 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins médicaux et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI- SMR »). Il se substitue à l'édition précédente publiée au bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarités du 23/07/2025.

Des informations complémentaires sont disponibles :

- sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH) ;
- dans la Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI (CCAM) ;
- dans le Manuel des groupes médicoéconomiques en soins médicaux et de réadaptation ;
- dans la 10^{ème} révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dite à usage PMSI
- dans le Guide de lecture et de codage du Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR)
- dans le Guide de codage du Catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSAR)
- dans la Notice technique PMSI 2026 tous champs d'activité

Il est en outre conseillé de se reporter en tant que de besoin aux textes officiels cités dans ce guide : codes de la santé publique et de la sécurité sociale, autres textes législatifs et réglementaires, circulaires et instructions.

¹ Se reporter au III. 1. Transmission des informations

LE PMSI EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

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

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité autorisée en soins médicaux et de réadaptation, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

L'enregistrement de l'activité est réalisé par semaine calendaire sous la forme d'un *résumé hebdomadaire standardisé* (RHS)². Ce recueil couvre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel réalisée dans les établissements de santé. L'activité de consultations et de soins externes de SMR réalisée par les établissements est également enregistrée (RSF-ACE). Le recueil ne concerne pas les actes réalisés par les intervenants de SMR pour des patients hospitalisés dans un autre champ d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, ...). Les informations du RHS constituent un résumé normalisé et codé conforme au contenu du dossier médical du patient.

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

Les recueils d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI). Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation des tableaux par les établissements rend les données transmises disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du PMSI en SMR, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 27 décembre 2023 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins médicaux et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

Ce guide comporte sept chapitres. Le chapitre I précise les conditions de production des informations du RHS et pour chacune d'elles sa définition, son origine et les nomenclatures de codage utilisées. Le chapitre II décrit le recueil des informations relatives à la facturation de l'activité. Le chapitre III expose les modalités techniques de la transmission

² Le rythme hebdomadaire de recueil de l'activité est motivé par la durée de prise en charge en , qui peut être longue. Il a été établi à la demande des professionnels, pour faire état de l'évolution des patients.

des informations et du chainage anonyme des recueils, et les obligations en matière de qualité, de confidentialité et de conservation des informations.

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

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN SOINS MEDICAUX ET DE RÉADAPTATION	2
1. CHAMP DE RECUEIL ET DÉFINITIONS	3
1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNES	3
1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION	3
2. CONTENU DU RECUEIL	4
2.1 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ.....	4
2.1.1 <i>Les informations administratives constantes au cours du séjour</i>	4
2.1.2 <i>Les Informations variables au cours du séjour.....</i>	8
2.1.2.1 <i>Informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient.....</i>	8
2.1.2.2 <i>Informations hebdomadaires du RHS.....</i>	12
2.1.2.3 <i>Informations hebdomadaires médicales, paramédicales et socio-éducatives.....</i>	17
2.2 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME.....	20
2.3 FORMATS DES RÉSUMÉS.....	21
3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS (PIE)	21
3.1 DÉFINITION	21
3.2 OBJECTIFS DU DISPOSITIF	22
3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF	22
4. PRESTATIONS INTER-ACTIVITÉS (PIA).....	23
4.1 DÉFINITION	23
4.2 CAS DES SEANCES DE DIALYSE RENALE, DE RADIOTHERAPIE ET DE CHIMIOTHERAPIE REALISEES EN MCO	24
II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN SOINS MEDICAUX ET DE RÉADAPTATION	26
1. ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MENTIONNÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 26	
1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION	26
1.2 LE FICHIER FICHCOMP	28
2. ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES MENTIONNÉS AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22 DU CSS	29
2.1 LE FICHIER VID-HOSP	29
2.2 LE FICHIER FICHCOMP	31
2.3 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES	32
III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS	35
1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS	35
2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME	36
3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME.....	36
3.1 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES MENTIONNÉS AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS	36
3.1.1 <i>Création du numéro anonyme du patient</i>	36
3.1.2 <i>Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation</i>	37
3.1.3 <i>Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation</i>	37
3.2 ETABLISSEMENTS PRIVES MENTIONNÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	38

3.3	TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME e-PMSI	38
4.	CONFIDENTIALITÉ	38
5.	QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS	40
6.	CONSERVATION DES FICHIERS	40
IV.	HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ	43
1.	LA MORBIDITÉ	43
1.1	LA MORBIDITÉ PRINCIPALE	43
1.2	LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS (DA)	44
1.2.1	<i>Les diagnostics associés significatifs (DAS)</i>	44
1.2.2	<i>Les diagnostics associés par convention (DAC)</i>	46
2.	LES ACTES MÉDICAUX	47
3.	LES ACTES DE RÉADAPTATION	48
V.	CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^E RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10)	51
1.	RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10	51
2.	CODES DE LA CIM-10 NON UTILISABLES	51
2.1	LES CODES DES CATEGORIES « NON VIDÉS » DE LA CIM-10	52
2.2	CODES NE DEVANT PAS ETRE UTILISÉS POUR LE CODAGE DE « L'AFFECTION PRINCIPALE »	52
2.3	LES CODES PERES INTERDITS	52
2.4	LES CODES INTERDITS PARCE QUE TRES IMPRECIS	52
3.	CODES DE LA CIM-10 DONT L'EMPLOI DOIT ÊTRE ÉVITÉ	52
4.	LE DOUBLE CODAGE DAGUE-ASTÉRISQUE	53
5.	EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM-10 (« CODES Z »)	54
5.1	CODAGE DE LA MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE	54
6.	DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM-10	55
6.1	ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX	55
6.1.1	<i>Les types d'accidents vasculaires cérébraux</i>	55
6.1.2	<i>Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux</i>	56
6.1.3	<i>Séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux</i>	56
6.1.4	<i>Règles de codage des accidents vasculaires cérébraux</i>	57
6.2	CARENCE VITAMINIQUE	57
6.3	COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX	57
6.3.1	<i>Les codes du groupe T80-T88</i>	58
6.3.2	<i>Les catégories « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé[e]s ailleurs »</i>	59
6.3.3	<i>Les codes « habituels » de la CIM-10</i>	59
6.3.4	<i>Les circonstances sont enregistrées avec le chapitre XX de la CIM-10</i>	61
6.4	CYSTITE AIGÜE	62
6.5	DÉNUTRITION, MALNUTRITION	62
6.6	DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITE PAR INSULINE	68
6.7	EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS	68
6.7.1	<i>Les intoxications accidentelles et volontaires</i>	68
6.7.2	<i>Les effets indésirables</i>	68
6.8	ÉTAT GRABATAIRE	69
6.9	HÉMANGIOME ET LYMPHANGIOME	69

6.10	LÉSIONS TRAUMATIQUES	69
6.11	ŒDÈME PULMONAIRE	70
6.12	POLYHANDICAP LOURD	70
6.13	FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX	70
6.14	RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS	72
6.15	SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES	73
6.16	TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE	74
6.17	CODES OMS RESERVES A UN USAGE URGENT	75
6.18	MALADIES INFECTIEUSES	75
6.19	IDENTIFICATION DES SEJOURS AVEC ADMINISTRATION DE SEDATION PALLIATIVE	76
VI.	EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ	78
VII.	COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	92
1.	RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE	92
1.1	SIX VARIABLES	92
1.2	PRINCIPE DE LA COTATION DE LA DÉPENDANCE	92
1.3	COTATION DES ACTIONS D'UNE VARIABLE DE DÉPENDANCE	93
1.4	COTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE	94
1.5	CAS PARTICULIERS	94
2.	PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE	95
2.1	HABILLAGE OU TOILETTE	95
2.2	DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION	97
2.3	ALIMENTATION	98
2.4	CONTINENCE – HYGIENE DE L'ELIMINATION	99
2.5	COMPORTEMENT	100
2.6	COMMUNICATION	101
3.	EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE	101
3.1	HABILLAGE OU TOILETTE	101
3.2	DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION	102
3.3	ALIMENTATION	103
3.4	CONTINENCE- HYGIENE DE L'ELIMINATION	103
3.5	COMPORTEMENT	103
3.6	COMMUNICATION	104
<u>INDEX ALPHABÉTIQUE</u>		<u>105</u>
<u>INDEX DES CODES ET RUBRIQUES DE LA CIM-10 CITÉS</u>		<u>110</u>

CHAPITRE I

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

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

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

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

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

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

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

1. CHAMP DE RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNES

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

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

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

On désigne par séjour administratif¹ la prise en charge d'un patient dans une ou plusieurs UM SMR de même type d'hospitalisation d'un établissement géographique. Ainsi, le cas particulier de la prise en charge successive en SMR d'un patient dans deux entités géographiques d'une même entité juridique donne lieu à la production de deux séjours administratifs.

Le découpage en UM est en effet du ressort de l'établissement. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), une UM ne peut pas être partagée entre deux SA².

1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION

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

Par **hospitalisation** on entend :

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

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

- hospitalisation complète (24 heures consécutives ou plus) (FA 01) ;

¹ Se reporter au paragraphe 2.1.1.

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

- hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit (FA 02).

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

Dans le cadre de l'hospitalisation à temps partiel, les séjours peuvent correspondre à des présences discontinues. En hospitalisation à temps partiel, il ne peut être produit de RHS qu'au titre d'une semaine au cours de laquelle le patient a été présent en hospitalisation, c'est-à-dire une semaine comptant au moins une journée de présence au sens du point 2.1.2.2 de ce chapitre. En matière d'hospitalisation à temps partiel, il n'est pas produit de RHS pour une semaine au cours de laquelle le patient n'a jamais été présent, sans que cela interrompe le séjour.

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

2. CONTENU DU RECUEIL

2.1 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

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

Les informations du RHS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient (arrêté « PMSI SMR »³). Le contenu du dossier médical est décrit dans l'article [R.1112-2](#) du code de la santé publique.

2.1.1 Les informations administratives constantes au cours du séjour

Numéro FINESS d'inscription e-PMSI

On désigne ainsi le numéro de l'établissement de santé dans le [fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS). Il s'agit :

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

La dénomination « numéro FINESS d'inscription e-PMSI » fait référence à la [plateforme d'échange e-PMSI](#) présentée dans la [circulaire DHOS/E3 n° 2004-187 du 22 avril 2004](#).

Chaque établissement de santé doit vérifier cette information au moyen du site internet du [fichier FINESS](#). Il est indispensable que le numéro FINESS enregistré dans le RHS soit identique à celui avec lequel l'établissement est inscrit sur la plateforme e-PMSI pour pouvoir effectuer correctement la transmission des informations (voir le point 1 du chapitre III).

³ Arrêté du 23 décembre 2016 Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique.

Numéro de séjour SMR

Il s'agit de l'identifiant correspondant à l'ensemble de l'hospitalisation en SMR dans l'entité géographique, s'agissant des établissements de santé publics ou des établissements de santé privés.

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

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

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

Le numéro de séjour SMR doit changer en cas de changement de *type d'hospitalisation* (voir *infra* ce qui concerne cette information). Chaque séjour correspond à un seul type d'hospitalisation : complète (y compris de semaine), partielle (de jour ou de nuit) ou en séances.

Il est rappelé que dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission). Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours peuvent recouvrir des présences discontinues (par exemple, hospitalisations de jour le mardi et le vendredi de chaque semaine).

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

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

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

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

Numéro administratif de séjour

Il est attribué par les services administratifs de l'établissement de santé⁴.

Dans les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS), il peut être identique au « numéro d'entrée » de la facture du séjour (voir le point 1 du chapitre II).

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

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

Type d'hospitalisation

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

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

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

Code 2 *Hospitalisation partielle de jour*

Code 3 *Hospitalisation partielle de nuit*

Code 4 *Séances (traitements et cures ambulatoires)*⁵

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

Date de naissance : jour, mois et année

Elle est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie⁶.

Lorsqu'une personne admise dans un établissement de santé demande à garder l'anonymat conformément aux articles [326 du code civil](#), [R.1112-28](#) et [R.1112-38](#) du code de la santé publique (CSP), le recueil de la date de naissance est limité à l'année⁷.

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

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

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

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

Sexe du patient

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

Code 1 *Masculin*

Code 2 *Féminin*

Code 3 *Indéterminé*⁸ ⁹

Le code 3 doit être utilisé en cas d'impossibilité médicalement constatée de déterminer le sexe jusqu'à 90 jours d'âge à l'entrée.

Code postal du lieu de résidence

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

- Si le code postal précis est inconnu : on enregistre le numéro du département suivi de 999.
- Si le patient réside en France mais que le département est inconnu : on enregistre 99100.
- Pour les patients résidant hors de France : on enregistre 99, suivi du [code INSEE du pays](#).
- Si le pays de résidence est inconnu : on enregistre 99999.
- Dans le cas d'un patient hospitalisé depuis plusieurs années dans un établissement de SMR, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu. Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médico-sociale devenue son domicile, il convient de saisir le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de types *CEDEX* ne doivent pas être utilisés.
- Dans le cas d'un enfant hospitalisé depuis sa naissance (en MCO puis en SMR), le code postal est celui de la résidence de la mère.
- Le code postal du lieu de résidence d'une personne détenue est celui de l'établissement pénitentiaire de détention.

Lorsqu'une personne admise dans un établissement de santé demande à garder l'**anonymat** conformément aux articles [326 du code civil](#), [R.1112-28](#) et [R.1112-38](#) du code de la santé publique (CSP), les informations d'identification sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro de séjour SMR et au numéro administratif du séjour. Le code postal de résidence enregistré est « 99999 » (article [R.6113-1](#) du CSP).

⁸ Le codage de cette modalité de sexe Indéterminé est autorisé dans le cadre de la [loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique](#)

⁹ Article 30 de la loi [n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique \(1\)](#)

Date de début du séjour : jour, mois et année

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

Date de fin du séjour : jour, mois et année

Elle est unique pour un séjour en SMR donné¹⁰, identifié par un numéro de séjour SMR donné. Elle change lors de chaque séjour en SMR, à l'instar du numéro de séjour SMR. La date de fin du séjour doit être enregistrée au moins dans le RHS de la dernière semaine du séjour en SMR.

Date de la dernière intervention chirurgicale

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

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

2.1.2 Les Informations variables au cours du séjour

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

Numéro d'unité médicale

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

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

Type d'autorisation de l'unité médicale¹¹

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

- Les 2 premiers caractères correspondent à l'une des treize mentions :

Code 50 *Polyvalent*

Code 51 *Locomoteur*

Code 52 *Système nerveux*

Code 53 *Cardio-vasculaire*

Code 54 *Pneumologie*

Code 55 *Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition*

Code 57 *Brûlés*

Code 58 *Conduites addictives*

Code 59 *Gériatrie*

Code 60 *Enfants et adolescents*

¹⁰ Le changement d'année civile en cours de séjour n'a pas pour effet de clôturer le séjour en SMR.

¹¹ [Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022](#) et [Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022](#) et [INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022](#).

Code 61 *Jeunes enfants, enfants et adolescents*

Code 62 *Oncologie*

Code 56 *Oncologie et hématologie*

- Le troisième caractère correspond à l'une des modalités :

Code P *Pédiatrie*

Code C *Cancer*

Code N lorsqu'il n'existe pas de modalité spécifique

On distingue :

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

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

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

Mode d'entrée dans l'unité médicale

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue la mutation, le transfert.

Code 6 *Mutation*

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

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

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

Code 7 *Transfert définitif*

Le patient vient d'une autre entité géographique.

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

Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique ou d'un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est *domicile*¹² (voir ci-dessous).

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

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

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

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

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile personnel ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale¹³. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique, notamment pour les patients sans abri.

Provenance, si le mode d'entrée le nécessite :

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

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

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

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

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

Code 4 *En provenance d'une unité de psychiatrie*

Code 6 *En provenance de l'hospitalisation à domicile*¹⁴

- en cas d'entrée à partir du domicile :

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

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

Code U *En provenance de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique*

¹² Cette consigne est justifiée par une volonté de cohérence des bases de données. Si l'établissement de santé de destination codait une admission par transfert, on chercherait en vain le séjour antérieur contigu.

¹³ Établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Par exemple, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), logement-foyer pour personnes âgées, maison de retraite, section de cure médicale, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

¹⁴ Lorsqu'avant son hospitalisation en SMR, le patient était pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

Le code U est utilisé, en complément du mode d'entrée domicile, afin d'identifier les admissions de patients en provenance d'une structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique. L'emploi de ce code est réservé aux situations où le patient n'a fait l'objet que d'un passage dans cette structure d'accueil des urgences sans hospitalisation préalable en MCO, unité d'hospitalisation de courte durée comprise.

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale*¹³

NB : lorsqu'un patient vient d'une structure d'hébergement médicosocial et passe par une structure d'accueil des urgences, il faut privilégier le code de provenance « 5 » ou « U » aux dépens du code « 7 ». Lorsqu'un patient est hospitalisé en SMR directement depuis son domicile personnel (à l'exclusion d'une structure d'hébergement médicosocial), le code du mode d'entrée est « 8 », il n'est pas saisi de code de provenance.

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

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

Mode de sortie de l'unité médicale

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue la mutation, et le transfert définitif.

Code 6 *Mutation*

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

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

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

Code 7 *Transfert définitif*

Le patient part vers une autre entité géographique.

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

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

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

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

Code 8 *Domicile*

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

Code 9 *Décès*

Le patient est décédé dans l'unité médicale.

Destination, si le mode de sortie le nécessite :

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

Code 1 *Vers une unité de MCO*

Code 2 *Vers une autre unité de SMR*

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

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

Code 4 *Vers une unité psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*¹⁵

- En cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médico-social*¹⁶

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

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

2.1.2.2 Informations hebdomadaires du RHS

Numéro de la semaine

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

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

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

Une année PMSI SMR se définit comme l'ensemble des semaines ayant au moins une journée calendaire de l'année concernée. Ainsi, une année PMSI SMR peut contenir des semaines calendaire d'une autre année.¹⁷

Journées de présence

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

¹⁵ À sa sortie de SMR le patient reçoit des soins d'une structure d'hospitalisation à domicile.

¹⁶ Se reporter à la note 11.

¹⁷ Se reporter au III. 1. Transmission des informations

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

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

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

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

- **le jour de l'entrée** dans une unité médicale de SMR est enregistré comme une journée de présence par l'unité de SMR dès lors que le patient est présent à minuit.
- **Le jour de la sortie** d'une unité médicale de SMR n'est pas enregistré comme une journée de présence par l'unité SMR de départ (codé « 0 ») dans les situations suivantes :
 - Mutation vers une autre unité médicale de SMR de la même entité géographique (en revanche, le jour d'entrée est enregistré comme une journée de présence dans l'unité receveuse, si le patient est présent à minuit dans l'unité receveuse) ;
 - Transfert définitif vers une autre unité médicale de SMR d'une autre entité géographique (en revanche, le jour d'entrée est enregistré comme une journée de présence dans l'unité receveuse, si le patient est présent à minuit dans l'unité receveuse) ;
 - Mutation ou transfert définitif vers un autre champ d'activité (MCO, psychiatrie, hospitalisation à domicile) ;
 - Sortie vers le domicile.

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

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

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

- **Permission**

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

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

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

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

Type d'autorisation de lit (place) identifié(e) (dédié(e))

Cette variable a vocation à identifier les établissements de santé disposant d'une reconnaissance contractuelle pour une ou plusieurs des activités spécifiques ou d'activité d'expertise¹⁸ mentionnées ci-dessous, avec identification de lits (places) identifié(e)s (dédié(e)s) pour développer l'activité considérée :

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de Soins Palliatifs** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité de soins palliatifs¹⁹ dans des lits identifiés (places dédiées).

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

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation des patients amputés, appareillés ou non**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) des patients amputés, appareillés ou non.

Le code à enregistrer dans ce cas est « 12 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation des patients avec lésion médullaire** la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées) de prise en charge en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) des lésions médullaires.

¹⁸ Arrêté du 15 mai 2023 fixant la liste des prises en charge spécifiques en soins médicaux et de réadaptation pouvant faire l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article R. 6123-125-2 du code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

[cahier des charges activité d'expertise - page 44](#)

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

Le code à enregistrer dans ce cas est «13».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation des patients avec une obésité complexe**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) des patients en situation d'obésité complexe.

Le code à enregistrer dans ce cas est «14».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation précoce post aigue cardio vasculaire** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en réadaptation PRÉcoce Post-Aiguë cardio vasculaire (PREPAC) en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Le code à enregistrer dans ce cas est « 15 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation précoce post aigue neurologique**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Le code à enregistrer dans ce cas est «16».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation précoce post aigue respiratoire** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en réadaptation PRÉcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR) en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Le code à enregistrer dans ce cas est «17 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation en neuro-orthopédie**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en neuro-orthopédie.

Le code à enregistrer dans ce cas est «18 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébrolésés**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébrolésés.

Le code à enregistrer dans ce cas est «19 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation des troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge en établissement de soins

médicaux et de réadaptation (SMR) des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive dans des lits dédiés.

Le code à enregistrer dans ce cas est «20 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation de patients polyhandicapés** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge du polyhandicap en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) autorisé à la modalité « pédiatrie ».

Le code à enregistrer dans ce cas est «21 ».

- **Lit(s) (place(s) identifié(s) (dédié(e)s) de réadaptation des troubles du langage et des apprentissages**: la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité, dans des lits identifiés (places dédiées), de prise en charge des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages (TLA) en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) autorisé à la modalité « pédiatrie ».

Le code à enregistrer dans ce cas est «22 ».

Lorsqu'un patient bénéficie au cours de la même semaine, d'une prise en charge relevant de deux activités d'expertise, l'activité d'expertise qui a mobilisé l'effort de soins le plus important doit être enregistrée. Si les deux activités d'expertise ont mobilisé un effort de soins équivalent, le choix de l'activité d'expertise enregistrée est laissé à l'établissement de santé.

Pour les soins palliatifs, cette activité est développée dans des lits identifiés au sein d'unités médicales SMR (quelle que soit la mention associée à l'unité médicale) exerçant par ailleurs une autre activité SMR.

Les autres activités sont développées au sein d'unités médicales SMR dont la mention est précisée dans les cahiers de charges respectifs.

Lorsque la prise en charge n'est pas réalisée dans un lit dédié ou une place dédiée, la variable reste à blanc.

Type d'unité spécifique

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

- **Unité de Soins Palliatifs** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité de soins palliatifs²⁰ dans une unité dédiée.

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

²⁰ Voir note 15

- **Unité Cognitivo-Comportementale**²¹ : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé développe une activité de réhabilitation cognitivo-comportementale dans une unité dédiée à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
Le code à enregistrer dans ce cas est « 09 ».
- **Unité de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) (Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel)**²² : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé a identifié une unité de soins dédiée à l'accueil des patients en Etat Végétatif Chronique ou en Etat Pauci Relationnel, dans le respect du cahier des charges.

Le code à enregistrer dans ce cas est « 10 ».

- **Service de réadaptation post réanimation** : la variable doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé a identifié une unité de soins dédiée à la réadaptation post réanimation.

Le code à enregistrer dans ce cas est « 11 ».

Lorsque la prise en charge n'est pas réalisée dans une unité spécifique, la variable reste à blanc.

2.1.2.3 Informations hebdomadaires médicales, paramédicales et socio-éducatives

Elles comprennent :

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

Poursuite du même projet thérapeutique

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

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

- l'interruption entre deux séjours administratifs consécutifs d'hospitalisation complète n'excède pas cinq journées ;
- la prise en charge s'inscrit dans la continuité du même projet thérapeutique pour le patient, projet établi :

²¹ Références : [Circulaire DHOS/02/O1/DGS/MC3 n°2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012](#) (annexe III)

²² Référence : [Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002](#) relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel

- lors du séjour administratif en SMR ayant précédé cette réadmission ;
- ou lors du premier séjour en SMR en cas d'interruptions répétitives (hospitalisation de semaine par exemple) ;
- le mouvement enregistré entre deux séjours administratifs en SMR peut être une sortie définitive, une mutation ou un transfert définitif.

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

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

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

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

- La morbidité principale est enregistrée dans le RHS au moyen de deux informations :
- la manifestation morbide principale ;
 - l'affection étiologique, s'il y a lieu.

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

Le codage de la morbidité principale est effectué selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* dans sa [version CIM10 à usage PMSI](#) publiée au *Bulletin officiel*, et consultable et téléchargeable sur le site internet de l'agence.

Le codage est effectué de façon rétrospective, pour des semaines révolues, à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient. Les principales règles d'emploi de la CIM-10 sont indiquées dans le chapitre V de ce guide.

- Manifestation morbide principale (MMP)
Cette information désigne le problème de santé qui a motivé l'essentiel des soins au cours de la semaine considérée.
- Affection étiologique (AE), s'il y a lieu
Cette information indique l'étiologie de la manifestation morbide principale.
- Diagnostics associés (DA), s'il y a lieu
Leur définition et les règles de leur choix sont précisées dans le chapitre IV.
L'enregistrement dans le RHS d'un problème de santé correspondant à la définition d'un diagnostic associé est obligatoire.

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

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

Actes médicaux

Tout acte médicotechnique réalisé au cours de la semaine dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui le réalise, doit être enregistré dans le RHS²³.

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

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

Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage²⁴.

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

Dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne

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

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

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

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

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

²³ En hospitalisation complète, les actes médicotechniques réalisés le jour de sortie ou le jour de départ en permission doivent être recueillis dans le RHS correspondant, bien que la journée de présence soit codée à « 0 » (cf. paragraphe 2.1.2.2 *journées de présence*).

²⁴ Le contenu du dossier médical est précisé dans l'article [R.1112-2](#) du code de la santé publique.

□ Actes de réadaptation

Tous les actes de réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis²⁵. Ils sont codés conformément à la nomenclature et aux règles d'utilisation figurant dans *le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR), publié au *Bulletin officiel*.

Les modalités de codage d'un acte avec le CSARR sont exposées dans le [Guide de lecture et de codage](#).

Les actes réalisés doivent être mentionnés dans le dossier du patient de manière à permettre d'en vérifier le codage¹⁴.

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

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

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

Le résumé hebdomadaire standardisé groupé (RHS groupé) est un enregistrement enrichi des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement de santé, renseignés conformément au format en vigueur.

2.2 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME

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

- DRUIDES (Dispositif de Remontée Unifiée et intégrée des Données des Établissements de Santé) dans les établissements de santé publics et privés mentionnés aux a, b, c, d et e de l'article L. 162-22 du CSS

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

- le numéro de séjour SMR ;
- le numéro administratif de séjour ;
- le numéro d'unité médicale ; seul figure, dans les *synthèses par séjour de RHA* (HA, voir ci-dessous) le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour ;

Le RHA comporte des informations supplémentaires, en particulier :

- le résultat du groupage effectué par la *fonction groupage officielle*
- le numéro séquentiel de séjour

²⁵ En hospitalisation complète SMR, les actes de réadaptation réalisés le jour de sortie ou le jour de départ en permission doivent être recueillis dans le RHS correspondant, bien que la journée de présence soit codée à « 0 » (cf. paragraphe 2.1.2.2 *journées de présence*).

- l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national
- la durée du séjour, le mois et l'année de sortie
- La spécification d'une semaine de début de séjour SMR (oui/non), d'une semaine de fin de séjour (oui/non), de l'antériorité dans l'UM du séjour SMR lors de la semaine considérée et d'un indicateur permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans un établissement ;
- Le nombre de jours entre la date d'intervention et le lundi de la semaine couverte par le RHS
- Le nombre de jours entre la date de réalisation de l'acte CSARR ou de l'acte CCAM et le lundi de la semaine couverte par le RHS

DRUIDES produit également, à partir des RHA, une ***synthèse par suites de RHA*** (HA).

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

2.3 FORMATS DES RÉSUMÉS

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

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

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS (PIE)

3.1 DÉFINITION

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

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

- un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé SMR demandeur A vers un établissement de santé SMR prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation de soins ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée en B), après quoi le patient revient en A ;
- le séjour en A et la prestation réalisée en B relèvent du même champ d'activité au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 (MCO, SMR, psychiatrie).

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

3.2 OBJECTIFS DU DISPOSITIF

Ils sont au nombre de trois :

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

3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

1°) L'établissement de santé SMR prestataire B

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

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

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

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

En particulier, lorsque B est un établissement de santé visé aux *a*, *b* et *c* de l'[article L162-22](#) du code de la sécurité sociale, la consultation ou les actes donnent lieu à la production d'un résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE)²⁶ **non facturable à l'assurance maladie**.

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

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

²⁶ Le RSF-ACE est décrit dans le chapitre II.

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

- la prestation effectuée en B dont il assume la charge financière, notamment le code du ou des actes s'il s'agit d'actes médicotechniques inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dans le Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) ;
- et le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* en position de diagnostic associé²⁷ pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement. Le sens du mot «acte» ne doit pas être limité à la notion d'acte médicotechnique. Il doit être compris avec le sens large de «prestation de soins», «prise en charge».

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

Il est fortement recommandé de ne produire qu'un seul RHS englobant la période de suspension de l'hospitalisation à l'exception des circonstances suivantes.

L'établissement A peut être amené à réaliser deux RHS (avant et après prestation) :

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

Dans ces cas, les deux RHS doivent comporter le même *numéro de séjour SMR*.

Les modes de sortie et d'entrée de l'UM encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RHS (début de la suspension de l'hospitalisation, départ vers B) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte) et le mode d'entrée du second RHS (fin de suspension de séjour, retour de B) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire après réalisation d'un acte). La destination doit être codée dans le premier RHS et la provenance dans le second. Les dates de départ vers B et de retour de B ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour.

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

4. PRESTATIONS INTER-ACTIVITÉS (PIA)

4.1 DÉFINITION

On désigne par « prestation inter-activités » une situation dans laquelle une unité d'hospitalisation a recours au plateau technique ou aux équipements d'une autre unité d'hospitalisation **relevant d'un champ d'activité différent**²⁸, pour assurer au patient des soins ou des examens qu'elle ne peut pas effectuer elle-même.

²⁷ La notion de diagnostic associé est développée dans le paragraphe 1.2 du chapitre IV.

²⁸ au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 (MCO, SMR, psychiatrie)

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

- Les prestations donnant lieu à une **admission en hospitalisation** font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire ;
- Depuis mars 2019, les modalités de facturation des PIA « externes » réalisées par un établissement MCO sont alignées sur celles des PIA « séjours ». Les prises en charges externes réalisées par des établissements MCO pour des patients hospitalisés en SMR sont facturables directement à l'assurance maladie par l'établissement MCO prestataire et ne feront plus l'objet d'une refacturation entre établissements.

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

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

Lorsque le patient est transféré provisoirement dans un établissement de santé ou **dans une unité médicale B appartenant au champ d'activité de MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie pour tumeur ou pour maladie non tumorale**, B facture la séance comme si le patient était hospitalisé dans ses murs, et non en A. En d'autres termes B ne facture pas la séance à A mais à l'assurance maladie.

En conséquence, la séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie ne figure pas dans le RHS puisque A n'en assure pas la charge financière. Les éventuelles spécialités pharmaceutiques consommées au cours des séances effectuées en B ne sont pas, non plus, enregistrées dans le fichier FICHCOMP de A.

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

CHAPITRE II

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

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

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé dans le cadre du PMSI, décrit dans de l'arrêté du 27 décembre 2023 dit « arrêté PMSI-SMR »¹, a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de soins médicaux et de réadaptation, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

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

Les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de [l'article L.162-22 du CSS](#) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, **le résumé standardisé de facturation** (RSF), transmis à l'agence régionale de santé après anonymisation sous la forme d'un **résumé standardisé de facturation anonyme** (RSFA). Ils doivent produire également des recueils nommés « FICHCOMP ».

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

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

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

1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION

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

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

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

¹ de l'arrêté du 27 décembre 2023 Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins médicaux et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique.

Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie².

Le type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chainage anonyme (voir le chapitre III). Les autres types le sont ou non selon les soins dispensés.

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

Le lien entre RSF et résumés hebdomadaires standardisés (RHS) correspondants (c'est-à-dire relatifs aux mêmes semaines) est assuré par la relation entre le *numéro d'entrée* (information du RSF) et le numéro administratif de séjour (information du RHS). En l'absence d'identité entre ces deux numéros, l'établissement de santé doit fournir un fichier de correspondance nommé HOSP-FACT dont le format est disponible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

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

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

Les éléments communs au RSF et au RHS (numéros FINESS, sexe, date de naissance, dates d'entrée et de sortie) respectent les définitions données dans le chapitre I.

Une information est ajoutée dans le type « A » en 2022 :

- L'INS³ (identifiant national de santé)

Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie.

Le contenu et le format des enregistrements du RSF sont conformes au cahier des charges de la [norme B2](#) publié par l'Assurance maladie.

Le RSF anonymisé est le **résumé standardisé de facturation anonyme** (RSFA). La production du RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel — DRUIDES — qui est à l'origine du résumé hebdomadaire anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III). Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

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

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

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

³ La [loi N°2016-41 du 26 janvier 2016](#) et le [décret d'application N° 2017-412 du 27 mars 2017](#), [L 1111-8](#) et [article R 1111-8-1 à 7](#) du CSP précisent les modalités de référencement des données de santé par un identifiant national de santé (INS).

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

Les variables suivantes sont ajoutées :

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

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

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

1.2 LE FICHIER FICHCOMP

Les fichiers FICHCOMP (pour « fichiers complémentaires ») enregistrent les prestations suivantes :

- les nuitées d'hébergement temporaire non médicalisé: Suite à la publication du [décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé](#) et de l'[arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé](#) (HTNM), les établissements doivent transmettre les données de leur activité par le fichier complémentaire dédié⁴.

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

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

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

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

⁴ [Notice technique du 09 septembre 2021](#)

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

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

2.1 LE FICHIER VID-HOSP

VID-HOSP (« VID » pour « variables identifiantes », l'abréviation « HOSP » faisant référence au numéro administratif de séjour) est produit par les services administratifs (bureau des admissions ou des frais de séjour) sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés hebdomadaires anonymes (voir le chapitre III).

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

VID-HOSP est l'équivalent de l'enregistrement « A » (*Début de facture*) du RSF produit par les établissements privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22 du CSS](#) (se reporter *supra* au point 1).

Le fichier VID-HOSP est identique dans tous les champs du PMSI : psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD), médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), et soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP, se reporter à la documentation des formats sur le [site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation \(ATIH\)](#). Des informations complémentaires sur les règles de gestion du fichier VID-HOSP sont disponibles sur des ressources de la CNAM :

- Documentation de la norme B2 pour les variables qui sont issues de cette dernière : <https://www.ameli.fr/assure/documentation-technique/norme-b2>
- Documentation des variables liées au flux d'information de séjours : <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/flux-information-sejour-fsi>

Trois nouvelles variables ont été ajoutées en 2012 :

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

~~La date de l'hospitalisation est la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption⁵, qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.~~

⁵ On rappelle qu'une permission n'interrompt pas l'hospitalisation (se reporter au point 2.1.2 du chapitre I).

Exemples :

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

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

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

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

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

En 2017, les variables suivantes sont ajoutées :

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

La variable suivante est ajoutée en 2022 :

- *L'INS⁶ (identifiant national de santé)*.

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

- une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, quel que soit leur champ d'activité ;

⁶ La loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 et le décret d'application N° 2017-412 du 27 mars 2017, L 1111-8 et article R 1111-8-1 à 7 du CSP précisent les modalités de référencement des données de santé par un identifiant national de santé (INS).

• une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements de MCO retenus pour mener l'expérimentation FIDES devront renseigner.

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

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

2.2 LE FICHIER FICHCOMP

Les fichiers FICHCOMP (pour « fichiers complémentaires ») enregistrent les prestations suivantes :

- FICHCOMP est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses⁷. Il enregistre, s'il y a lieu, les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-23-6 du code de la sécurité sociale et les médicaments disposant d'une autorisation d'accès compassionnel (AAC). Une liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au secteur est publiée sur le site de l'ATIH.

Trois fichiers doivent être utilisés :

- le FICHCOMP liste en sus (LES) pour les médicaments appartenant à la liste des médicaments onéreux commune avec les autres champs
- le FICHCOMP AP-AC) pour les médicaments appartenant à la liste des médicaments en accès précoce / accès compassionnel, liste commune avec les autres champs
- le FICHCOMP liste en sus spécifique SMR (LES SMR).
- les nuitées d'hébergement temporaire non médicalisé: Suite à la publication du décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé et de l'arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM), les établissements doivent transmettre les données de leur activité par le fichier complémentaire dédié⁸.
- Les transports interétablissements ;

Le FICHCOMP contient les données relatives aux mêmes semaines que celles des RHS correspondants (c'est-à-dire les RHS relatifs aux mêmes semaines), auxquels FICHCOMP est relié par le numéro administratif de séjour, information commune aux deux recueils.

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

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont publiés sur le site Internet de l'ATIH.

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

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

⁸ Notice technique du 09 septembre 2021

2.3 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

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

On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM⁹*, « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

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

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

- les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* ;
- les actes médicaux techniques codés selon la *Classification commune des actes médicaux* ;
- les actes de la *Nomenclature des actes de biologie médicale* (RSF-ACE « L ») ;
- la prestation *Administration de produits et prestations en environnement hospitalier* (APE)¹⁰ ;
- les forfaits techniques liés aux actes de scanographie, remnographie et tomographie à émission de positons ;
- les forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (D).

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

Une information est ajoutée dans le type « A » en 2022 :

- L'INS¹¹ (identifiant national de santé)

L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié¹² »). La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus

⁹ *Classification commune des actes médicaux*.

¹⁰ [Décret n°2011-221](#) modifiant l'article [R.162-32](#) du code de la sécurité sociale. Enregistrement « P » du RSF-ACE.

¹¹ La [loi N°2016-41 du 26 janvier 2016](#) et le [décret d'application N° 2017-412 du 27 mars 2017, L 1111-8](#) et [article R 1111-8-1 à 7](#) du CSP précisent les modalités de référencement des données de santé par un identifiant national de santé (INS)

¹² Le mot « lié » est en rapport avec le résumé. Il est justifié par les informations de chainage anonyme (voir le chapitre III) contenues dans le RAFAEL.

automatique réalisé par un module logiciel nommé PREFACE (pour « production des résumés enchainés de facturation des actes et consultations externes ») fourni par l'ATIH.

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

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

CHAPITRE III

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

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

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles [L.6113-8](#) et [R.6113-10](#) du code de la santé publique et à de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié, les établissements de santé publics et privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'[article L 162-22](#) du CSS : fichiers de RHA et de HA¹, FICHCOMPA² et RAFAEL ; il s'y ajoute un fichier nommé ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP² et le fichier de chainage anonyme (voir ci-dessous) ;
- établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'[article L 162-22](#) du CSS : fichiers de RHA, de HA¹ et de RSFA².

Depuis le M10 2024, ces établissements transmettent également le fichier VID-CHAINAGE, permettant la production de variables de chaînage dans le cadre de la réforme de financement du SMR, pour les séjours d'hospitalisation complète non clos de moins de 90 jours de présence.

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

La transmission est cumulative reprenant les envois des mois précédents. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque **les données ont été validées par l'établissement de santé producteur**.

Les données transmises lors d'une année PMSI SMR comportent l'ensemble des informations recueillies lors de cette année. Une année PMSI SMR se définit comme l'ensemble des semaines ayant au moins une journée calendaire de l'année concernée. Ainsi, une année PMSI SMR peut contenir des semaines calendaires d'une autre année. Les modalités de transmission des séjours à cheval sur une année calendaire connaissent une évolution à compter de fin 2025. Ces modalités sont décrites dans la notice « [nouveautés PMSI 2026](#) », et dans une fiche technique détaillée, à paraître prochainement³

La transmission doit être réalisée sur la base du FINESS juridique pour les établissements publics et sur la base du FINESS géographique pour les établissements privés.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la [circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004](#) relative à l'organisation des droits d'accès à [la plateforme d'échange e-PMSI](#).

¹ Se reporter au chapitre I.

² Se reporter au chapitre II.

³ Se reporter au document de référence, qui sera publié sur le site ATIH

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

Un chainage anonyme des recueils d'informations du PMSI est mis en œuvre depuis 2001 ([circulaire DHOS-PMSI n° 2001-106 du 22 février 2001](#)). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient eu lieu : secteur public ou privé, soins médicaux et de réadaptation, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, hospitalisation à domicile ou psychiatrie. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme (« non signifiant ») propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe⁴. Les hospitalisations d'une même personne peuvent ainsi être reconnues et « chainées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de retourner du numéro au patient).

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d'un patient donné — c'est-à-dire pour des variables identifiantes identiques — c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé.

Le chainage anonyme s'applique depuis 2001 au RHA. Il s'est appliqué au RSFA en 2007 et concerne désormais FICHCOMPA et RAFAEL. Ainsi, en SMR, le chainage anonyme s'applique à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements de santé publics et privés.

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES MENTIONNÉS AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS

La procédure de chainage anonyme comporte les étapes suivantes :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement de santé ; il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme ; ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- lorsque NAS et numéro de séjour SMR sont différents, le médecin responsable de l'information médicale produit un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro de séjour SMR ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour SMR et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de séjour SMR ou le NAS (RHS et FICHCOMP), un lien est ainsi établi entre l'enregistrement anonymisé et le numéro anonyme.

3.1.1 Création du numéro anonyme du patient

La première étape consiste en la création du numéro anonyme par les services administratifs de l'établissement de santé — bureau des admissions ou des frais de séjour — à partir de *variables identifiantes* : numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), date de naissance et sexe.

⁴ Le dispositif ne permet donc pas de distinguer les jumeaux de même sexe ayant le même ouvrant droit, et le numéro de chainage anonyme d'une personne change lorsqu'elle change de numéro d'assuré social.

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit au point 2.1 du chapitre II.

La création du numéro anonyme utilise un module logiciel nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de chainage* (MAGIC), fourni par [l'ATIH](#). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN)⁵ créée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et par le Service central de sécurité des systèmes d'information.

Le numéro anonyme créé est mis en relation avec le NAS. Un fichier nommé ANO-HOSP (ANO faisant référence au numéro anonyme, HOSP au NAS) est ainsi produit par le service administratif, dont chaque enregistrement :

- associe le NAS au numéro anonyme du patient ;
- et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

Le contenu et le format de ANO-HOSP ainsi que la signification des codes de retour du contrôle de sa conformité sont donnés dans le *Manuel d'utilisation de MAGIC*, téléchargeable sur [le site internet de l'ATIH](#)

3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit si besoin un fichier nommé HOSP-PMSI qui établit une correspondance entre le NAS (« HOSP ») et le numéro de séjour SMR (« PMSI »).

3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation

La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle utilise le programme DRUIDES. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation, RHS, FICHCOMP et RSF-ACE. Il produit :

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

Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier — le fichier de chainage — qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les enregistrements anonymes (RHA et FICHCOMPA). Le fichier de chainage crée ainsi un lien indirect entre chaque enregistrement anonyme et le numéro anonyme correspondant.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier ANO (se reporter *supra* au point 1).

⁵ Elle procède par *hachage* des informations selon la technique du *Standard Hash Algorithme*. Des informations plus détaillées sur la génération et les utilisations du numéro anonyme sont disponibles sur [le site de l'ATIH](#).

3.2 ETABLISSEMENTS PRIVES MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22 du CSS](#) ne produisent pas le fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du RSF⁶.

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

Ainsi, comme dans les établissements publics et privés mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22 du CSS](#), de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RHA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

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

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME E-PMSI

Dès la réception des fichiers anonymes par [la plateforme d'échange e-PMSI](#), avant d'effectuer les traitements d'exploitation des données, la fonction FOIN est appliquée une deuxième fois. Il est ainsi calculé un second numéro anonyme différent du numéro anonyme présent dans l'établissement. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entraînant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4. CONFIDENTIALITÉ

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

Le service ou département de l'information médicale qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles [R.6113-1](#) à [R.6113-8](#) du CSP⁷.

Conformément aux articles [R.6113-1](#) et [R.6113-4](#) du CSP les données recueillies pour chaque patient par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins, sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

⁶ Se reporter au point 1 du chapitre II.

⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006916581/2005-07-26

Les fichiers de RHS sont indirectement nominatifs au regard de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou règlementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

Dans les conditions prévues à l'article [L.1112-1](#) du CSP les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux résumés de sortie dans le cadre de contrôles.

5. QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS

Les informations du RHS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient⁸.

Conformément aux articles [R.6113-1](#) et [R.6113-4](#) du code de la santé publique :

- les données sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient, et elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement ;
- le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. Dans le cadre de contrôles par l'assurance maladie, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro du RHS correspondant.

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

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

- que le directeur est responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'établissement de santé ;
- que le règlement intérieur du département ou du service de l'information médicale, approuvé par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration, est de nature à fixer les responsabilités de chacun des acteurs (services administratifs, médecin responsable de l'information médicale, médecins responsables des soins, ...).

6. CONSERVATION DES FICHIERS

Le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement sauvegarde le fichier de RHS qui est à la source du fichier de RHA et assure la conservation de la copie produite.

La durée de conservation de tous les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation constitués au titre d'une année civile, est de cinq ans⁹.

La table de correspondance entre numéros administratifs de séjour et numéros de séjour en SMR, lorsqu'ils diffèrent (HOSP-PMSI), et le fichier HOSP-FACT (se reporter aux

⁸ À propos du contenu de ce dossier, voir l'article [R.1112-2](#) du code de la santé publique.

⁹ Cette durée ne doit pas être confondue avec celle de la conservation du dossier médical.

informations *numéro de séjour SMR* et *numéro administratif de séjour* dans le point 2.1.1 du chapitre I et au point 1 du chapitre II), doivent être conservés pendant le même temps.

CHAPITRE IV

HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

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

Les informations médicales¹ sont renseignées dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient en suivant des étapes successives : la sélection des informations appropriées, la hiérarchisation et le codage.

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

1. LA MORBIDITÉ

L'enregistrement de la morbidité suppose une hiérarchisation des informations, consistant en l'identification, d'une « manifestation morbide principale » et, le cas échéant, d'une « affection étiologique » et des « diagnostics associés significatifs ».

1.1 LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

La manifestation morbide principale (MMP) est l'*altération ou le problème de santé fonctionnel ou organique* qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Pour coder la MMP (une maladie, une lésion traumatique, une déficience, une intoxication, un état, un symptôme...), tous les codes de la CIM-10 à usage PMSI peuvent être utilisés à l'exclusion des codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* et de certains codes Z du chapitre XXI. Les listes des codes Z autorisés pour le codage de la MMP sont publiées dans le *Manuel des groupes médicoéconomiques en SMR* (volume 3, annexe 1).

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

Exemples :

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

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

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

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

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

1.2 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS (DA)

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

1.2.1 Les diagnostics associés significatifs (DAS)

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

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

Un diagnostic associé est significatif :

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

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

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

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

- traitement médicamenteux quelles qu'en soient la posologie et la voie d'administration, y compris la simple poursuite d'un traitement suivi à domicile ;
- acte thérapeutique médicotechnique (traitement chirurgical³, perendoscopique, par voie endovasculaire, etc.) ;
- acte thérapeutique d'auxiliaire médical : soins d'escarre, prescriptions ou préparations diététiques, kinésithérapie ...

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

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

Exemple : Après un infarctus antéroseptal du myocarde, un patient bénéficie d'une rééducation cardiaque qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant la semaine considérée. Il présente une DMLA

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

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

qui a majoré l'effort de prise en charge rééducative. Par ailleurs, il a été nécessaire de poursuivre le traitement et la surveillance d'un diabète sucré de type 2 connu depuis 10 ans. Le patient est en outre atteint d'un asthme ancien non traité. Il n'a pas de problème respiratoire au cours de l'hospitalisation.

MMP : infarctus antéroseptal du myocarde ;

AE : sans objet ;

DAS : diabète sucré de type 2 ; DMLA.

La DMLA est un DAS ; en revanche la maladie asthmatique stable, non traitée, n'est pas un DAS.

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

Peut ainsi être considéré comme un diagnostic associé significatif un état de santé ayant accru la charge en soins ou des conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière⁴. Les circonstances ou problèmes qui influencent l'état d'un sujet ou sa prise en charge, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme, peuvent être enregistrés comme DAS en tant que facteur supplémentaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Les diagnostics associés par convention (DAC)

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

- le double codage *dague-astérisque* :

Lorsque l'affection étiologique du RHS est un code astérisque (*) de la CIM-10, le code dague (†) correspondant doit être enregistré comme DA ;

- les codes V, W, X et Y du chapitre XX de la CIM-10 (*Causes externes de mortalité et de morbidité*) ne sont enregistrés qu'en position de DAC

Exemple : patient hospitalisé dans les suites de la reprise chirurgicale d'une prothèse de hanche pour ostéo-arthrite infectieuse sur matériel prothétique. Le code Y83.1 de « complications de soins chirurgicaux » est enregistré en position de DAC.

- le transfert provisoire pour ou après la réalisation d'une prestation interétablissement : l'établissement de santé demandeur doit associer Z75.80 *Personne adressée dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte* comme DAC, au codage de la prestation extérieure (se reporter au point 4.2 du chapitre I).

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

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

à la qualité des analyses effectuées sur celles-ci pour des objectifs d'organisation de l'offre de soins et de santé publique.

2. LES ACTES MÉDICAUX

Tout acte médicotechnique réalisé au cours de la semaine dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui le réalise, doit être enregistré dans le RHS⁵.

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

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

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

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

- le « code CCAM » principal est sur 7 caractères (4 lettres, 3 chiffres) et est distinct de « l'extension PMSI » ;
- l'« extension PMSI » est une variable indépendante, composée de trois caractères (alphanumériques) ; lorsque « l'extension PMSI » existe (-01, -02, -P0, -P1...), son enregistrement est recommandé ;
- La date de réalisation de l'acte CCAM est obligatoire à compter de 2019.

Il est aussi possible le cas échéant, de compléter le code CCAM principal d'un code « phase », d'un code « activité » ou d'un code « extension documentaire ».

- la variable « nombre de réalisations » de l'acte est égale à « 1 » à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;
- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant la semaine, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte » du RHS, une par jour de réalisation de l'acte.

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

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

3. LES ACTES DE RÉADAPTATION

Tous les actes de réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis⁶. Ils sont codés conformément à la nomenclature et aux règles d'utilisation figurant, dans *le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR), publié au *Bulletin officiel*.

Les modalités de codage d'un acte avec le CSARR sont exposées dans le [Guide de lecture et de codage du Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation](#).

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

- le code principal (sept caractères) ;
- le nombre de patients pris en charge :
 - pour les actes réalisés de manière « individuelle non dédiée », le nombre de patients à renseigner est celui correspondant au maximum de patients présents de façon concomitante ;
 - pour les actes réalisé en « collectif » le nombre de patients à renseigner correspond au nombre de patients pris en charge simultanément ;
- les éventuels modulateurs : modulateur caractéristique du patient ; modulateurs caractéristiques du lieu ; modulateurs caractéristiques du plateau technique spécialisé, à savoir le modulateur de technicité et le module/niveau de technicité. Ces derniers sont utilisés pour repérer l'utilisation de plateaux techniques spécialisés conformes à un cahier des charges⁷. La liste des modulateurs figure en annexe du guide de lecture et de codage en CSARR.
- les étapes de réalisation de l'appareillage (codes A, B, C) pour les actes d'appareillage réalisés par les professionnels de l'établissement ;
- le code d'extension documentaire pour préciser lorsqu'ils sont mobilisés pour la réalisation d'un acte CSARR, l'utilisation d'équipements non conformes à un cahier des charges (voir ci-dessus). Il s'agit par exemple de locaux permettant la simulation d'espaces de vie. La liste de ces extensions documentaires figure en annexe du guide de lecture et de codage en CSARR ;
- le code de la catégorie d'intervenant :
 - pour les actes pluriprofessionnels, l'intervenant qui code est celui qui a la responsabilité de la réalisation de l'acte et le nombre d'intervenants doit être renseigné ;
- le nombre de réalisations de l'acte
- la date de réalisation de l'acte.

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

- la variable « nombre de réalisations » de l'acte est égale à « 1 » à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;

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

⁷

[cahier des charges plateaux techniques spécialisés](#)

- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant la semaine, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte » du RHS, une par jour de réalisation de l'acte.

En Depuis 2025, les établissements ont également la possibilité de recueillir les actes de réadaptation conformément à la nomenclature et aux règles figurant dans le *Catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSAR)*.

Les modalités de codage d'un acte avec le CSAR sont exposées dans le [Guide de codage du Catalogue spécifique des actes de réadaptation \(CSAR\)](#).

Les actes réalisés doivent être mentionnés dans le dossier du patient de manière à permettre d'en vérifier le codage⁸.

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

⁸ Le contenu du dossier médical est indiqué dans l'article [R.1112-2](#) du code de la santé publique.

CHAPITRE V

**CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION
DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES
(CIM-10)**

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10)

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

La dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) à usage PMSI est l'ouvrage de référence pour le codage de la morbidité dans le RHS. Sa table analytique (chapitres I à XXII¹) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories est subdivisée en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée, un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (on parle de catégorie « vide »), par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*.

Le recueil standard d'informations du PMSI utilise aussi des codes nationaux étendus au-delà du quatrième caractère². **Lorsqu'un code étendu comporte un signe « + », ce signe doit être saisi.**

Exemples :

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

La morbidité doit figurer dans le RHS sous forme codée selon la CIM-10 à usage PMSI publiée au Bulletin officiel et consultable et téléchargeable sur le [site internet de l'ATIH](#).

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

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

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

2. CODES DE LA CIM-10 NON UTILISABLES

Certains codes de la CIM-10 ne peuvent pas être utilisés pour enregistrer, la manifestation morbide principale (MMP) ni l'affection étiologique (AE). Leur liste est publiée dans le *Manuel des groupes médicoéconomiques en SMR* (volume 3, annexe 1). Ils constituent les quatre groupes suivants.

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

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

2.1 LES CODES DES CATEGORIES « NON VIDES » DE LA CIM-10

Par catégorie « non vide » on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories), par exemple, C25 *Tumeur maligne du pancréas*. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (ici C25) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. Cette directive s'applique aussi bien au codage de la morbidité principale qu'à celui des diagnostics associés significatifs (DAS).

2.2 CODES NE DEVANT PAS ETRE UTILISES POUR LE CODAGE DE « L'AFFECTION PRINCIPALE »

La CIM-10 indique que certains de ses codes — notamment les codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité*, codes V, W, X, Y —, ne doivent pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale » ou de « la cause principale », c'est-à-dire de la morbidité principale. Ils sont utilisables uniquement comme diagnostic associé par convention (DAS).

2.3 LES CODES PERES INTERDITS

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

2.4 LES CODES INTERDITS PARCE QUE TRES IMPRECIS

En raison de leur caractère très imprécis, certains codes entraînent le rejet du RHS par la *fonction groupage* (erreur dite *bloquante*) s'ils sont mentionnés en position de MMP ou AE. Quelques-uns (par exemple B99, C80, D13.9) auraient leur place aussi bien dans le groupe des « codes-pères interdits » que dans celui des « codes interdits parce que très imprécis » (c'est en général parce qu'ils étaient imprécis que des subdivisions ont été créées, et celles-ci en ont fait des codes-pères...).

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

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

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

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

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

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

Exemple : pour un patient victime de brûlures du 3^e degré du genou et de la cuisse, de la hanche et de l'abdomen, on code chacune d'elles : T24.3 et T21.3 ; T29.3 *Brûlures de parties multiples du corps, au moins une brûlure du troisième degré mentionnée* ne doit pas être utilisée.

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

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

4. LE DOUBLE CODAGE DAGUE-ASTÉRISQUE

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

Exemples :

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

- MMP : G63.2* *Polynévrite diabétique* ;
- AE : E10.4† *Diabète sucré de type 1 avec complications neurologiques*.

2) Un patient a bénéficié d'une rééducation à la suite d'une fracture fermée de l'ischium. Il est par ailleurs atteint d'une néphropathie diabétique (diabète sucré de type 1).

- MMP : S32.80 *Fracture fermée de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin* ;
- AE : sans objet ;
- DAS : N08.3* *Glomérulopathie au cours de diabète sucré*,
E10.2† *Diabète sucré de type 1 avec complications rénales*.

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

- MMP : F00.1* *Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif* ;
- AE : G30.1† *Maladie d'Alzheimer à début tardif*.

4) Hospitalisation pour adaptation de prothèse chez un patient amputé d'une jambe en raison d'une artériopathie diabétique (diabète sucré de type 2, non insulinotraité).

- MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* ;
- AE : I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs* ;
- DAS : E11.58† *Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques*.

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

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

5.1 CODAGE DE LA MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE

Catégorie Z51 *Autres soins médicaux*

Avec la suppression de la FPP, à partir du 27/02/2023, le code Z51.5 *Soins palliatifs*, doit être codé en manifestation morbide principale quand la prise en charge au cours de la semaine est motivée par une prise en charge de soins palliatifs. La possibilité d'utiliser un code de soins en manifestation morbide principale est donnée uniquement pour le code Z51.5 *Soins palliatifs*.

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

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

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

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

Catégorie Z89 *Absence acquise d'un membre*

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

Catégorie Z93 *Stomies*

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

Catégories Z94 *Greffé d'organe et de tissu*

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

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

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

A partir du 27/02/2023, pour le codage des séjours pour lesquels en 2022 ou dans les années antérieures, le code Z45.0 *Ajustement et entretien de dispositifs cardiaques* aurait été utilisé en FPP, pour la semaine concernée, le codage de la morbidité principale est le suivant :

- o Coder en MMP : Z95.0 *Présence de dispositif cardiaque*
- o Coder en AE : la pathologie à l'origine de la présence d'un dispositif cardiaque.

Catégorie Z96 *Implants fonctionnels*

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

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

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

6. DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RE COURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM-10

6.1 ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

6.1.1 Les types d'accidents vasculaires cérébraux

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

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

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

- I60 *Hémorragie sousarachnoïdienne* ; cette catégorie inclut la rupture d'anévrisme d'artère cérébrale ;
- I61 *Hémorragie intracérébrale* ;
- I62 *Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques* ; cette catégorie inclut l'hémorragie sous-durale et extradurale.

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

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

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

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

6.1.2 Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux

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

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

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

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

6.1.3 Séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux

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

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

6.1.4 Règles de codage des accidents vasculaires cérébraux

Le séjour-type en SMR associe :

- une manifestation morbide principale (MMP) correspondant au déficit pris en charge, ou au déficit requérant l'essentiel des soins s'il en existe plusieurs, ou au motif de recours aux services de santé,
- et une affection étiologique (AE) qui est l'AVC (I60.-, I61.-, I62.- ou I63.-) ou les séquelles³ d'AVC (I69.-)

Exemples :

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

6.2 CARENCES VITAMINIQUES

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

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

6.3 COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

L'importance de leur enregistrement tient notamment au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique⁴. Les directives qui suivent s'appliquent à toutes les complications faisant suite à des actes effectués par des soignants, médecins et non médecins. Sont ainsi inclus les complications des actes inscrits dans les *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* et *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation*, et les actes infirmiers.

Le volume 2 de la CIM-10 présente, pages 107-108 ou 140-141⁵, les rubriques destinées au codage des complications des actes médicochirurgicaux.

³ Cf. § 6.14 du chapitre V

⁴ [Loi n° 2004-806](#) du 9 aout 2004, objectifs n° 26 à 29.

⁵ Se reporter à la note 26 de ce chapitre.

Résumé

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

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

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

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

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

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

Les recommandations qui suivent s'appuient :

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

6.3.1 Les codes du groupe T80–T88

Les codes du groupe T80–T88 doivent être employés lorsqu'ils apportent le plus de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM-10 n'offre pas par ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication⁶.

Des sous-catégories telles qu'*embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* (T80.0) ou *choc anaphylactique dû au sérum* (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les sous-catégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4, T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables, ainsi que les catégories T86 et T87.

⁶ NB le titre du groupe T80-T88 : « Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs ».

Il n'existe pas d'autre code dans la CIM-10 permettant d'enregistrer une information aussi complète plus précisément.

Exemples :

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

En revanche, plusieurs sous-catégories sont très imprécises. L'emploi de certaines n'est pas autorisé pour le codage de la manifestation morbide principale (MMP) : T80.2, T81.2, T81.4, T88.0, T88.1, T88.7⁷ et toutes les subdivisions .8 et .9 hors celles de la catégorie T86. Mais les autres codes du groupe T80–T88 ne doivent pas pour autant être considérés comme satisfaisant à priori à la règle selon laquelle le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. **Pour le codage des complications des actes médicaux et chirurgicaux, on préférera toujours un codage privilégiant la nature de la complication.**

6.3.2 Les catégories « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé[e]s ailleurs »⁸

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

Exemples :

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

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

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

Les sous-catégories codées .8 telles que *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique [...]* (I97.8), *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique [...]* (J95.8) ou *Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique [...]* (K91.8) sont imprécises. **Aux sous-catégories .8 il faut préférer les codes « habituels » de la CIM-10⁹.**

6.3.3 Les codes « habituels » de la CIM-10

Le volume 2 désigne ainsi les autres codes des chapitres I à XIX. Les affections qui leurs correspondent peuvent compliquer un acte médicochirurgical ou bien apparaître indépendamment de tout contexte iatrogénique. La CIM-10 donne pour exemples : pneumopathie, embolie pulmonaire (volume 2 p. 108 ou 140). On pourrait ajouter : anémie, infection urinaire, ulcère gastroduodénal « de stress », etc.

⁷ Auxquels s'ajoutent T81.3, T85.5, T86.0 et T86.8, devenus imprécis du fait de leur subdivision.

⁸ On en rapproche les complications d'actes classées dans le chapitre XV de la CIM-10 *Grossesse, accouchement et puerpératité* : quatrièmes caractères des catégories O03–O06 et O08 pour les grossesses terminées par un avortement, catégories O29, O74... Leur emploi s'impose pour le dossier de la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpératité. Par exemple, O35.7, O75.4, O86.0 et O90.0 à O90.2.

⁹ NB le titre des catégories : « Atteintes [Troubles]... de l'appareil... après un acte à visée..., non classées ailleurs ».

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

Exemples par rapport aux codes T imprécis :

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

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

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

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

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

Exemples :

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

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

Exemples :

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

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

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

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

Exemples :

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

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

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

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

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

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

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

6.4 CYSTITE AIGÜE

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

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

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

6.5 DÉNUTRITION, MALNUTRITION

La CIM-10 classe les états de malnutrition dans le groupe E40–E46 : E40 Kwashiorkor, E41 Marasme nutritionnel ; E42 Kwashiorkor avec marasme¹⁰ ; E43 Malnutrition protéinoénergétique grave, sansprécision ; E44.0 Malnutritionprotéinoénergétique modérée ; E44.1 Malnutrition protéinoénergétique légère ; E46 Malnutrition sans précision¹¹. Elle range sous le terme générique de malnutrition¹² un groupe d'affections résultant d'une carence d'apport ou d'une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l'entendre dans le sens restreint de dénutrition.

La HAS publie en novembre 2019 des recommandations de bonne pratique pour le diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Ce document a été élaboré en collaboration avec la Fédération française de nutrition (FFN). [Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte - novembre 2019](#) et la mise à jour de 2021¹³. Le diagnostic de la dénutrition nécessite la présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique. Ce diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger de sa sévérité. Il repose exclusivement sur des critères non biologiques. Ces critères sont ici résumés :

¹⁰ Les codes E40, E41 et E42 ne peuvent connaître qu'un emploi exceptionnel en France.

¹¹ Auxquels s'ajoute O25 *Malnutrition au cours de la grossesse*.

¹² Cet anglicisme désigne de fait tout trouble lié à un déséquilibre alimentaire, aussi bien en défaut qu'en excès.

¹³ [reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf \(has-sante.fr\)](#)

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

Les critères **phénotypiques** sont les suivants :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC $<$ courbe IOTF 18,5 ;
- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel de l'enfant (courbe de poids) ;
- réduction de la masse et/ou de la fonction musculaires (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles)

Les critères **étiologiques** sont les suivants :

- réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
 - à la consommation alimentaire habituelle quantifiée,
 - ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :
 - pathologie aiguë ou
 - pathologie chronique évolutive ou
 - pathologie maligne évolutive

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

- courbe IOTF 17 $<$ IMC $<$ courbe IOTF 18,5 ;
- perte de poids $\geq 5\%$ et $\leq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $\leq 15\%$ en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel.

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

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

- IMC \leq courbe IOTF 17 ;
- perte de poids $> 10\%$ en 1 mois ou $> 15\%$ en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs (représentant 3 écart-types) en dessous du couloir habituel ;
- infléchissement statural (avec perte d'au moins un couloir par rapport à la taille habituelle).

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

Consigne

Une dénutrition sévère se code E43 *Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision*, une dénutrition modérée se code E44.0 *Malnutrition protéino-énergétique modérée*.

Le diagnostic de la dénutrition chez l'adulte (≥ 18 ans et < 70 ans)

Les critères **phénotypiques** sont les suivants :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$;
- réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires.

Les critères **étiologiques** sont les suivants :

- réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
 - à la consommation alimentaire habituelle quantifiée,
 - ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :
 - pathologie aiguë ou
 - pathologie chronique évolutive ou
 - pathologie maligne évolutive.

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

- $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$;
- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $>30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$.

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

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

- $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$;
- perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30 \text{ g/L}$.

L'observation d'un seul critère de dénutrition sévère suffit à qualifier la dénutrition de sévère dès lors que la dénutrition est présente (1 caractère étiologique + 1 caractère phénotypique). Lors de l'observation simultanée d'un seul critère de dénutrition sévère et d'un ou plusieurs critères de dénutrition modérée, il est recommandé de poser un diagnostic de dénutrition sévère.

Consigne

Une dénutrition sévère se code E43 *Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision*, une dénutrition modérée se code E44.0 *Malnutrition protéino-énergétique modérée*

Le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus repose sur la recommandation de bonnes pratiques de la HAS élaborée en collaboration avec la Fédération française de nutrition intitulée "Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus". Pour les patients de 70 ans et plus, le diagnostic de la dénutrition nécessite la présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique. Ce diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger de sa sévérité. Il repose exclusivement sur des critères non biologiques. Ces critères sont résumés ci-dessous.

Les critères phénotypiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- $\text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$;
- sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire.

Les critères étiologiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

Les critères de dénutrition modérée chez les patients âgés de 70 ans et plus

- $20 \leq \text{IMC} < 22$;
- perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $> 30 \text{ g/L}$.

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

Les critères de dénutrition sévère chez les patients âgés de 70 ans et plus

- $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$;
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30 \text{ g/L}$.

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

Consignes

Une dénutrition sévère se code E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision, une dénutrition modérée se code E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée.

Consignes et définitions en lien avec la dénutrition

Consignes

L'emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères et nécessite que le dossier comporte la mention de dénutrition¹⁴. Cette mention peut être indiquée par un.e clinicien.ne ou par un.e diététicien.ne. Il est recommandé d'intégrer les valeurs du poids et de la taille et de l'IMC dans le dossier médical partagé (DMP).

Le code CIM10 est déterminé en fonction des critères correspondant aux définitions publiées par la HAS et retrouvés au dossier, sans que le niveau de sévérité ne doive nécessairement

¹⁴ Pour mémoire l'emploi des catégories E40, E41 et E42 ne peut être qu'exceptionnel en France.

être mentionné dans le dossier. Il est toutefois recommandé que ce niveau soit explicitement mentionné.

Outil d'évaluation de la masse et/ou de la fonction musculaire

³ Méthodes et seuils proposés selon les données les plus récentes à disposition

Méthodes de mesure	Hommes	Femmes
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 26	< 16
Vitesse de marche (m/s)	< 0,8	< 0,8
Indice de surface musculaire en L3 en cm ² /m ² (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m ² (impédancemétrie)	7,0	5,7
Indice de masse non grasse (impédancemétrie ³) en kg/m ²	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire (DEXA) en kg/m ²	7,23	5,67

L'utilisation d'une seule de ces méthodes suffit

Critère « albuminémie »

D'après la « Fiche-outil-diagnostic » HAS¹⁵ les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Critère « MNA »

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le Mini Nutritional Assessment.

Courbes IOTF (IMC) et courbe de poids chez l'enfant

Les courbes disponibles sur le site de la CRESS¹⁶.

Courbe de poids chez l'enfant : définition du couloir habituel

Le couloir habituel est le couloir habituel de croissance pondérale de l'enfant ou de référence pour des pathologies spécifiques (trisomie 21, myopathie, etc.).

Critère « stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel » pour la dénutrition modérée chez l'enfant

Pour le critère de la définition HAS, il faut comprendre 2 couloirs en dessous du couloir habituel, et jusqu'à la limite du 3ème couloir

Critère « stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs en dessous du couloir habituel » pour la dénutrition sévère chez l'enfant

Pour le critère de la définition HAS « poids situé au moins 3 couloirs (représentant 3 écart-types) », il faut comprendre 3 couloirs en percentiles.

¹⁵ [reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf \(has-sante.fr\)](https://reco368.fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

¹⁶ <https://cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante/>

6.6 DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITE PAR INSULINE

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

6.7 EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS

Une « intoxication » médicamenteuse doit être codée de manière différente selon qu'elle est accidentelle ou volontaire, ou bien s'il s'agit d'un effet indésirable. La CIM-10 désigne les premières circonstances par le mot *empoisonnement*¹⁷ et les distingue de *l'effet indésirable en usage thérapeutique*¹⁸.

6.7.1 Les intoxications accidentelles et volontaires

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (la CIM-10 emploie pour les secondes les qualificatifs *auto-infligées, intentionnelles et auto-induites*) doit utiliser les catégories T36 à T50. La distinction entre les circonstances accidentelles et volontaires est assurée par le chapitre XX : codes des catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en position de diagnostic associé par convention (DAC)¹⁹.

6.7.2 Les effets indésirables²⁰

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

Exemples :

- bradycardie au cours d'un traitement par la digitaline : R00.1, Y52.0 ;

¹⁷ On doit considérer qu'il correspond au mot *intoxication* du langage médical courant. Le mot *empoisonnement* de la CIM-10 ne doit en effet pas être compris selon l'acception pénale qu'il a en France.

¹⁸ La distinction est lisible en tête de chaque page de l'*Index des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs)* de l'index alphabétique de la CIM-10 (volume 3). On rappelle que l'emploi de ce tableau facilite considérablement le codage des effets nocifs des médicaments.

¹⁹ Ces codes ont quatre caractères. C'est le sens du signe « .- » (point tiret) qui les suit dans l'index alphabétique de la CIM-10. Une note dans le volume 1 de la CIM-10, sous le titre des deux groupes, indique que les quatrièmes caractères sont indiqués au début du chapitre.

²⁰ L'importance de leur enregistrement tient entre autres au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique (loi n° 2004-806 du 9 aout 2004, objectifs n° 26 à 29).

- gastrite aigüe au cours d'un traitement par antiinflammatoire non stéroïdien : K29.1, Y45.3

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

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

6.8 ÉTAT GRABATAIRE

Son codage (R26.30) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ».

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

6.9 HÉMANGIOME ET LYMPHANGIOME

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

6.10 LÉSIONS TRAUMATIQUES

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

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

6.11 OËDÈME PULMONAIRE

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

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

6.12 POLYHANDICAP LOURD

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

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

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

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

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

6.13 FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

Les facteurs socio-environnementaux avaient été identifiés, par les acteurs du SMR, comme des informations manquantes dans le PMSI. Les travaux ont été initiés par l'ATIH dans l'objectif d'améliorer la qualité du recueil des facteurs socio-environnementaux.

Dans une première étape, début 2021, les consignes de codage concernant la précarité ont été mises à jour. Des travaux complémentaires ont été réalisés permettant de définir le facteur socio-environnemental comme une caractéristique personnelle ou de l'environnement permettant de décrire le *contexte* du patient au sens de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé²¹ ayant *un impact sur la prise en charge* de ce patient pendant son hospitalisation : allongement de la durée de séjour (ou augmentation du nombre de venues en hospitalisation partielle) ou alourdissement du séjour (mobilisation de ressources supplémentaires). Une liste de onze facteurs socio-environnementaux a été

²¹ Classification internationale du fonctionnement https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

établie : faibles revenus, difficultés liées à l'emploi, couverture maladie absente ou sous conditions de ressources, mesures de protection juridique et mesures d'assistance éducative, analphabétisme et faible niveau d'éducation, barrière de la langue, barrière culturelle, relations sociales et familiales insuffisantes, réseau médical paramédical et médico-social déficient, logement insalubre, logement inadapté.

Dans le fascicule *Facteurs socio-environnementaux – concept et codage PMSI*, disponible sur le site de l'ATIH²², pour chaque facteur une définition est donnée, des situations correspondant au facteur socio-environnemental sont décrites. Pour chaque situation²³, des codes CIM-10 sont associés et sont à saisir dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) en position de diagnostic associé (DA). La liste des codes CIM10, ainsi constituée, est réservée pour la description des facteurs socio-environnementaux.

Par ailleurs, pour aider à la compréhension du périmètre couvert par le facteur socio-environnemental, quelques difficultés potentiellement rencontrées par le patient sont décrites. Des exemples de situations cliniques et le codage associé sont présentés.

Pour un patient donné et au cours d'un séjour donné, plus d'une situation peuvent être codées dès lors que ces situations sont mentionnées dans le dossier patient

Le facteur socio-environnemental « couverture maladie absente ou sous condition de ressources » est présenté ici à titre d'exemple.

Facteur socio-environnemental : « Couverture maladie absente ou sous conditions de ressources »

Définition

Ce facteur socio-environnemental prend en compte les situations suivantes : le patient n'a pas de couverture maladie ; le patient a une couverture maladie insuffisante, ou le patient a une couverture maladie sous conditions de ressources²⁴. Dans la suite du document, ce facteur sera nommé « couverture maladie ».

Le facteur « couverture médicale » recouvre les situations décrites dans le tableau suivant :

Facteur socio-environnemental	Situations	Codes CIM10	Libellé CIM10
Couverture maladie absente ou sous conditions de ressources	Absence de couverture maladie	Z59.70	<i>Absence de couverture sociale</i>
	Couverture maladie insuffisante : patient ne bénéficiant pas de complémentaire santé, patient bénéficiaire de la PUMA (ex CMU)	Z59.78	<i>Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés</i>
	Couverture maladie sous conditions de ressources (bénéficiaire de la C2S (ex-CMUC ou de l'ACS) associé ou non à la PUMA ; bénéficiaire de l'AME	Z59.60 Z59.61	<i>Bénéficiaire de la CMUC</i> <i>Bénéficiaire de l'AME</i>

La lecture du tableau ci-dessus est réalisée en deux étapes :

²² <https://www.atih.sante.fr/facteurs-socio-environnementaux-1>

²³ Tableau de synthèse, « listeFactSocEnc_codesCIM10_associés » disponible sur le site de l'ATIH <https://www.atih.sante.fr/facteurs-socio-environnementaux-1>

²⁴ La couverture maladie sous conditions de ressources permet le remboursement intégral des dépenses de santé pour les patients avec de faibles ressources

- Pour un patient donné et pour un séjour donné, l'utilisateur doit repérer, dans les situations correspondant au facteur socio-environnemental, la situation particulière du patient.
- Si plusieurs codes CIM-10 sont associés à la situation particulière du patient, alors l'utilisateur doit privilégier le code dont le libellé est le plus proche de la situation du patient pour le séjour concerné. ;

Les difficultés liées au facteur « couverture maladie »

Lorsqu'un patient n'a pas de couverture maladie ou à une couverture maladie sous conditions de ressources, à la sortie d'hospitalisation il peut avoir :

- Des difficultés dans l'acquittement d'un tiers payant auprès des professionnels,
- Des difficultés à trouver des professionnels acceptant les patients ayant une couverture médicale sous conditions de ressources,
- Des difficultés à obtenir une place en structure d'aval (SMR, USLD, EHPAD ...) en raison du reste à charge trop important, ...

Les couvertures maladies présentées ci-dessus étant octroyées sous conditions de ressources, il est possible aussi d'avoir de façon associée des difficultés liées aux faibles revenus.

Ce facteur doit être décrit si un effort de prise en charge de cette situation a été réalisé, par exemple, un dossier de demande de prestation a été réalisé ou il a été vérifié que le patient bénéficiait des prestations auxquelles il peut prétendre, ou si cette situation a impacté la prise en charge.

Exemple de codage

Un patient de 80 ans est hospitalisé pour une rééducation à la marche suite à des chutes à répétition. A la sortie d'hospitalisation, il est nécessaire de poursuivre des séances de kinésithérapie. Sa femme fait part des difficultés qu'elle a à trouver un kinésithérapeute qui prenne en charge son époux. Le bilan social fait apparaître que le patient est bénéficiaire d'une C2S, et que dans le bassin de vie du patient, il est difficile d'avoir une prise en charge lorsque le patient bénéficie de la C2S. La sortie est retardée en attendant une solution.

Le codage de ce séjour est le suivant :

Morbidité	Code CIM-10-Fr à usage PMSI	Libellé
MMP	R26.2	<i>Difficulté à la marche, non classée ailleurs</i>
AE	<i>vide</i>	<i>vide</i>
DA	Z59.60	<i>Bénéficiaire de l'aide de l'Etat à la complémentaire santé</i>

6.14 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

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

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

- la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie ;
- la résistance doit entraîner une modification du schéma thérapeutique habituel, ou la mise en œuvre de mesures d'isolement spécifiques²⁵.

En conséquence de ces conditions :

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

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

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

Exemples :

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

6.15 SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES

La CIM-10 définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28 ou 33²⁶).

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

Page 106 ou 138 : « La CIM-10 fournit un certain nombre de catégories intitulées " Séquelles de..." (B90-B94, E64.-²⁷, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89)²⁸. Celles-ci peuvent être utilisées pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins, comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour " affection principale " doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code " Séquelles de..." [...]. »

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes propres à certaines rubriques (G09, I69, O94, T90-T98, Y85-Y89). Il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué page 65 ou 101 du

²⁵ Par mesure d'isolement spécifique on entend les mesures d'hygiène dites d'isolement septique qui sont mises en place selon le mode de transmission (air, gouttelettes, contact) de l'agent infectieux : port de vêtement spécifique, matériel dédié, port de masque, limitation des contacts ou déplacements,... Ces mesures se distinguent des précautions d'hygiène standard.

²⁶ Dans ce paragraphe, les numéros de page renvoient à l'édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM-10) ; OMS éd. Le premier numéro (ici « 103 ») correspond à l'édition de 1993, le second (« 134 ») à l'édition de 2008.

²⁷ On rappelle que le signe « .- » (point tiret) de la CIM-10 indique que le quatrième caractère du code dépend de l'information à coder et doit être cherché dans la catégorie indiquée.

²⁸ Auxquelles s'ajoute O94 *Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité*, du fait de la mise à jour de 2003.

volume 2. Les situations concernées sont celles dans lesquelles il n'est pas identifié d'autre cause au décès²⁹.

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

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

Exemples :

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

- MMP : G81.1 *Hémiplégie spastique*
- AE : I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*

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

- MMP : F07.2 *Syndrome postcommotionnel*
- AE : T90.5 *Séquelles de lésion traumatique intracrânienne*

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

- MMP : G83.1 *Monoplégie d'un membre inférieur*
- AE : B91 *Séquelles de poliomyélite*

Les catégories Y85–Y89 (chapitre XX de la CIM-10) permettent de coder des circonstances d'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de diagnostic associé³⁰, chaque fois qu'on dispose de l'information nécessaire.

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

6.16 TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE

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

Une tumeur à évolution imprévisible possède des caractéristiques déterminées et son classement comme telle est un diagnostic **positif** qui repose sur un examen histologique. La

²⁹ L'exemple 17 donné page 106 ou 138 du volume 2 de la CIM-10 illustre le cadre d'emploi des codes de séquelles et l'absence de signification du délai d'un an en matière de morbidité.

³⁰ On rappelle que les codes du chapitre XX de la CIM-10 ne doivent jamais être utilisés pour la morbidité principale.

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

Au contraire, une tumeur d'évolution inconnue est une tumeur pour laquelle on ne dispose pas d'information sur son comportement évolutif : on ne possède pas d'information sur son caractère malin, *in situ*, bénin ou à évolution imprévisible. En pratique, la qualification de tumeur d'évolution inconnue concerne donc une tumeur pour laquelle on ne dispose pas d'examen histologique, ou dont l'examen histologique n'est pas contributif, et sur le comportement de laquelle le médecin ne peut pas se prononcer.

6.17 CODES OMS RESERVES A UN USAGE URGENT

Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Pour les situations où de nouveaux problèmes de santé surviendraient et nécessiteraient d'être identifiés et suivis de manière urgente dans les systèmes d'information, l'OMS a retenu 10 codes d'attente dans les catégories U07. Ces catégories et sous-catégories doivent être disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et utilisées, sans délai, selon les instructions de l'OMS adaptées au PMSI et publiées sur le site de l'ATIH. Ces codes, dont le libellé d'attente est Usage urgent de U07 sont intégrés à la liste des codes utilisables dans les recueils PMSI. Cependant, en l'absence de consignes spécifiques données par l'OMS, leur utilisation est proscrite et conduit à un groupage en erreur. En 2020, les consignes OMS données pour les codes en lien avec la crise sanitaire permettent d'utiliser ces codes spécifiques, sans groupage en erreur.

6.18 MALADIES INFECTIEUSES

La nouvelle définition clinique (issue des recommandations de l'OMS) du sepsis se base sur le score SOFA.

Le score SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessement) est la somme de points de critères de défaillance d'organes et de fonctions dans un contexte infectieux. C'est un outil qui peut être utilisé par le médecin pour poser son diagnostic. De façon générale, les informations propres à étayer le codage d'un diagnostic doivent être présentes dans le dossier médical du patient. S'agissant du sepsis, la référence au score SOFA est recommandée mais n'est pas nécessaire dans le cadre du codage de l'information médicale pour le PMSI. **Le diagnostic de sepsis, posé par le clinicien, doit être mentionné dans le dossier médical du patient**

Un exemple de codage du sepsis en SMR est présenté dans le chapitre VI Exemples de hiérarchisation et de codage des morbidités.

6.19 IDENTIFICATION DES SEJOURS AVEC ADMINISTRATION DE SEDATION PALLIATIVE

- Utiliser le code Z51.85 Sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) comme DA pour décrire une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie (article L.1110-5-2 du code de santé publique), elle est mise en œuvre dans les cas suivants :
 1. Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
 2. Lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'engager son pronostic vital à court terme et susceptible d'entraîner une souffrance insupportable, prend la décision d'arrêter son traitement.
 3. Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et que, au titre du refus de l'obstination déraisonnable telle que décrite dans l'article L. 1110-5-1 du code de santé publique, une décision d'arrêt du traitement de maintien en vie est prise par le médecin après la mise en œuvre d'une procédure collégiale.
- Utiliser le code Z51.86 Sédation palliative hors SPCMJD, comme DA, pour décrire une sédation proportionnée, c'est-à-dire de profondeur et de durée proportionnelles au soulagement du symptôme. Elle concerne certaines situations de détresse vitale nécessitant un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple) (cf. recommandations HAS, janvier 2020)

CHAPITRE VI

EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

VI. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

Réadaptation d'une hémiplégie

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

Hiérarchisation	Codage
<p>Semaines de rééducation MMP : hémiplégie spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne</p>	MMP : G81.1 <i>Hémiplégie spastique</i> AE : I63.4 <i>Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales</i>
<p>Semaines de réadaptation MMP : hémiplégie spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne</p>	MMP : G81.1 <i>Hémiplégie spastique</i> AE : I63.4 <i>Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales</i>

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

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

Hiérarchisation	Codage
<p>MMP : hémiplégie flasque AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne DA : diabète, hypertension artérielle</p>	MMP : G81.00 <i>Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures</i> AE : I63.3 <i>Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales</i> DA : E11.58 <i>Diabète sucré de type 2 non insulino traité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques</i> I10 <i>Hypertension artérielle essentielle (primitive)</i>

Rééducation d'une héminégligence

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : héminégligence AE : infarctus cérébral par thrombose cérébrale	MMP : R48.10 <i>Hémiasomatognosie</i> ¹ AE : I63.3 <i>Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales</i>

Soins après pneumonectomie

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

Hiérarchisation	Codage
Soins postchirurgicaux MMP : pneumonectomie AE : cancer bronchique lobaire supérieur	MMP : Z90.2 <i>Absence acquise de poumon [partie de]</i> AE : C34.1 <i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i>
Rééducation MMP : absence de poumon AE : cancer bronchique lobaire supérieur	MMP : Z90.2 <i>Absence acquise de poumon</i> AE : C34.9 <i>Tumeur maligne bronches ou poumon, sans précision</i>

¹ Code étendu national (se reporter au site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](http://www.ati.fr))

Soins après amputation d'un membre

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

Hiérarchisation	Codage
Soins locaux de cicatrisation MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	<i>MMP : Z89.5 Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i> <i>AE : I70.21 Athérosclérose des artères distales avec gangrène²</i>
Infection du moignon MMP : infection du moignon AE : sans objet	<i>MMP : T87.4 Infection d'un moignon d'amputation</i> <i>AE : sans objet³</i>
Suite de greffe d'un moignon d'amputation MMP : greffe cutanée AE : infection du moignon	<i>MMP : Z94.5 Présence de greffe de peau</i> <i>AE : T87.4 Infection d'un moignon d'amputation</i>
Adaptation de prothèse MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieur	<i>MMP : Z89.5 Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i> <i>AE : I70.21 Athérosclérose des artères distales avec gangrène²</i>
Rééducation MMP : porteur d'une prothèse de membre inférieur AE : sans objet	<i>MMP : Z97.1 Présence d'un membre artificiel (complet) (partiel)</i> <i>AE : sans objet</i>

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

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

³ L'AE n'est pas l'artériopathie car elle n'est pas la cause de l'infection. Il n'est pas indispensable d'enregistrer à nouveau l'amputation comme AE car la MMP comprend à la fois les notions d'infection et d'amputation.

Hiérarchisation	Codage
MMP : amputé d'un membre inférieur (niveau cuisse) AE : amputation traumatique d'un membre inférieur (niveau cuisse)	MMP : <i>Z89.6 Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou</i> AE : <i>S78.1 Amputation traumatique entre la hanche et le genou</i>

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

- . après intervention chirurgicale
- . post traumatique.

Suites de chirurgie osseuse

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : porteur d'une ostéosynthèse du fémur AE : fracture diaphysaire fermée du fémur	MMP : <i>Z96.7 Présence d'autres implants osseux et tendineux</i> AE : <i>S72.30 Fracture fermée de la diaphyse fémorale</i>

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture fermée du col du fémur	MMP : <i>Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques</i> AE : <i>S72.00 Fracture fermée du col du fémur</i>

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : patient opéré AE : déplacement d'une vis d'ostéosynthèse	MMP : Z98.8 <i>États postchirurgicaux précisés</i> AE : T84.1 <i>Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre</i> ⁴

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

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : fracture fermée de la cheville AE : sans objet DA : fracture fermée de la diaphyse humérale	MMP : S82.60 <i>Fracture fermée de la malléole externe</i> AE : sans objet DA : S42.30 <i>Fracture fermée de la diaphyse de l'humérus</i>

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

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

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : porteur d'une ostéosynthèse AE : fracture fermée de la diaphyse fémorale DA : fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius ostéosynthésée	MMP : Z967 <i>Présence d'autres implants osseux et tendineux</i> AE : S72.30 <i>Fracture fermée de la diaphyse fémorale</i> DA : Z967 <i>Présence d'autres implants osseux et tendineux</i> S52.50 <i>Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius</i>

Suites de chirurgie cardiaque

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

Hiérarchisation	Codage
Soins postopératoires MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	MMP : Z95.1 <i>Présence d'un pontage aortocoronaire</i> AE : I21.08 <i>Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge</i>
Rééducation cardiaque MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	MMP : Z95.1 <i>Présence d'un pontage coronaire</i> AE : I21.08 <i>Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge</i>

Suites d'angioplastie périphérique

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : porteur d'une angioplastie périphérique AE : artériopathie des membres inférieurs	MMP : Z95.80 <i>Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique</i> AE : I70.20 <i>Athérosclérose des artères distales sans gangrène⁵</i>

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

Suites de chirurgie reconstructrice

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : patient opéré AE : escarre fessière stade IV DA : tétraplégie	MMP : Z98.8 <i>États postchirurgicaux précisés</i> AE : L89.3 <i>Ulcère de décubitus de stade IV</i> DA : G82.5 <i>Tétraplégie, sans précision</i>

Sevrage alcoolique

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

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

Intercure de chimiothérapie

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : lymphome gastrique AE : sans objet	MMP : C85.9 <i>Lymphome non hodgkinien, non précisé</i> AE : sans objet

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

Intercure de radiothérapie

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

Hiérarchisation	Codage
Surveillance après radiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet	<i>MMP : C50.2. Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein</i> AE : sans objet

Survenue d'une affection aigüe intercurrente

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

Hiérarchisation	Codage
Soins locaux de cicatrisation MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	<i>MMP : Z89.5 Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i> AE : I70.20 Athérosclérose des artères distales sans gangrène ⁶
Survenue d'une affection aigüe intercurrente, poursuite des soins locaux de cicatrisation MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs DA : pyélonéphrite	<i>MMP : Z89.5 Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i> AE : I70.20 Athérosclérose des artères distales sans gangrène ⁷ DA : N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë

Lors de la semaine où survient une affection aigüe intercurrente, on continuera de coder en MMP l'amputation et en AE l'artériopathie comme la semaine précédent la survenue de l'affection aigüe intercurrente, la pyélonéphrite sera enregistrée en DA.

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

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

2) Une patiente est hospitalisée pour une rééducation après mise en place d'une prothèse de hanche. Au cours du séjour elle présente une phlébite surale du membre inférieur droit. La rééducation est poursuivie à minima, la phlébite est traitée.

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

3) Une patiente est hospitalisée pour une rééducation après mise en place d'une prothèse de hanche. Au cours de la première semaine de prise en charge elle présente une phlébite surale du membre inférieur droit. Lors de cette première semaine la phlébite est traitée, aucun autre type de prise en charge n'est réalisé (pas de rééducation par exemple). La semaine suivante la rééducation peut être commencée.

Hiérarchisation	Codage
Traitement phlébite surale, aucune autre prise en charge MMP : phlébite surale AE : sans objet	MMP : I80.2 <i>Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs</i> AE : sans objet
Début de la rééducation, poursuite du traitement phlébite surale MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture fermée du col du fémur DA : phlébite surale	MMP : Z96.6 <i>Présence d'implants d'articulations orthopédiques</i> AE : S72.00 <i>Fracture fermée du col du fémur</i> DA : I80.2 <i>Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs</i>

4) Un patient est hospitalisé en SMR dans la suite d'une colectomie sur cancer du côlon. Les pansements de la cicatrice de colectomie sont réalisés. Au 5^{ème} jour de la prise en charge, le patient a présenté une pyélonéphrite à *Proteus mirabilis* avec sepsis (définition présentée dans

ce document) et insuffisance rénale aigue. L'équipe SMR a pris en charge le sepsis, les pansements ont été poursuivis

Hiérarchisation	Codage
Soins locaux de cicatrisation MMP : colectomie AE : cancer du colon	MMP : Z90.4 <i>Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif</i> AE : C18.6 <i>Tumeur maligne du côlon descendant</i>
Traitements du sepsis sur pyélonéphrite DA : pyélonéphrite DA : sepsis DA : proteus mirabilis DA : insuffisance rénale aigue.	DA : N10 <i>Néphrite tubulo-interstitielle aiguë</i> DA : A41.5 <i>sepsis à d'autres micro-organismes gram négatif</i> DA : B96.4 <i>Proteus Mirabilis</i> DA : N17.8 <i>Autres insuffisances rénales aigües</i>

Pansements de brûlure

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

Hiérarchisation	Codage
Pansements MMP : brûlure d'une main au 2 ^e degré AE : surface brûlée	MMP : T23.2 <i>Brûlure du deuxième degré du poignet et de la main</i> ⁸ AE : T31.0 <i>Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps</i>
Suites de greffe de peau MMP : greffe de peau AE : brûlure d'une main au 2 ^e degré DA : surface brûlée	MMP : Z94.5 <i>Greffé de peau</i> AE : T23.2 <i>Brûlure du deuxième degré du poignet et de la main</i> DA : T31.0 <i>Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps</i>

⁸ Pour la CIM-10, une brûlure se code au moyen de deux informations, d'une part sa localisation et son degré, d'autre part sa surface. La première information est prioritaire : voir la note située sous le titre de la catégorie T31 dans le volume 1 de la CIM-10.

Rééducation nutritionnelle

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : obésité, IMC à 35 kg/m ² AE : état anxiodépressif	MMP : E66.00 <i>Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité due à un excès calorique de l'enfant⁹</i> AE : F41.2 <i>Trouble anxieux et dépressif mixte</i>

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

Rééducation respiratoire

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : bronchite chronique asthmatiforme AE : sans objet	MMP : J44.8 Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques précisées AE : sans objet

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

Soins médicaux

1) Cardiopathie hypertensive : un patient atteint d'une cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque globale, ayant présenté un épisode d'œdème aigu du poumon, est admis en SMR dans les suites de cet épisode après stabilisation de son état. Il a bénéficié d'une surveillance et de la poursuite des soins médicaux (équilibration du traitement).

⁹ Code national étendu.

Hiérarchisation	Codage
MMP : cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque AE : sans objet	MMP : I11.09 <i>Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée</i> AE : sans objet

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : diabète sucré de type 1 AE : sans objet DA : polynévrite diabétique	MMP : E10.4 <i>Diabète sucré de type 1 avec complications neurologiques</i> AE : sans objet DA : G63.2 <i>Polynévrite diabétique</i>

La polynévrite diabétique, dont le traitement est poursuivi, est un DAS. En revanche, le déficit auditif n'est pas un DA car il n'a pas motivé de prise en charge pendant la semaine.

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : état végétatif chronique AE : traumatisme craniocérébral diffus	MMP : R40.20 <i>État végétatif chronique</i> AE : S06.2 <i>Lésion traumatique cérébrale diffuse</i>

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

Hiérarchisation	Codage
MMP : éveil de coma AE : traumatisme craniocérébral diffus	MMP : R40.28 <i>Coma, autre et sans précision</i> AE : S06.2 <i>Lésion traumatique cérébrale diffuse</i>

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

Le code R40.10 *Etat paucirelational* est réservé aux patients en état paucirelational chronique avéré. Les « états végétatifs chroniques et paucirelationnels chroniques » relèvent, le plus souvent, unités dédiées¹⁰.

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

CHAPITRE VII

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

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

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** » et précise le cas échéant après évaluation, le besoin d'assistance.

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

1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

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

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

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

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

1.1 SIX VARIABLES

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

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

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

1.2 PRINCIPE DE LA COTATION DE LA DÉPENDANCE

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

1.3 COTATION DES ACTIONS D'UNE VARIABLE DE DEPENDANCE

Chaque action est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

1 Indépendance complète ou modifiée

Indépendance complète : le patient est totalement autonome

OU

Indépendance modifiée :

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

2 Supervision ou arrangement

Supervision :

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

OU

Arrangement :

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

A noter : la mise en place d'orthèse ou de prothèse est considérée comme un arrangement. Un type d'orthèse ou un type de prothèse, impactera toujours la même variable de dépendance.

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

3 Assistance partielle : aide par un tiers

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

4 Assistance totale : réalisation par un tiers

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

Tableau récapitulatif

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

1.4 COTATION DES VARIABLES DE DEPENDANCE

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

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

Cotation des variables recouvrant plusieurs actions

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

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

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

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

1.5 CAS PARTICULIERS

- **Enfants**

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

- **Actions non observées**

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

Concernant l'utilisation des escaliers, si cette action n'est pas observable en raison du recours systématique aux ascenseurs, on demandera l'évaluation du kinésithérapeute¹.

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

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

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

2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

2.1 HABILLAGE OU TOILETTE

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

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

- **L'habillage**

L'habillage inclut deux actions :

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

Cotation de l'habillage :

1 Indépendance complète ou modifiée

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

- o peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures,
- o peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression,
- o peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse.

OU

Indépendance modifiée

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

OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

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

3 Assistance partielle

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

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

4 Assistance totale

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

- La toilette

La toilette inclut deux actions :

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

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

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

Cotation de la toilette :

1 Indépendance complète ou modifiée

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

2 Supervision ou arrangement

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

3 Assistance partielle

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

4 Assistance totale

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

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

2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

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

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

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète :

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

OU

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

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision (présence, surveillance, suggestion, stimulation)
 - Pour réaliser les transferts
 - pour parcourir 45 mètres, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant),
 - ou pour monter ou descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches),

OU

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

3 Assistance partielle

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

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

4 Assistance totale

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

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

2.3 ALIMENTATION

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

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

1 Indépendance complète ou modifiée

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

OU

- Indépendance modifiée :

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

2 Supervision ou arrangement

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

OU

- Requiert un arrangement :

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

3 Assistance partielle

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

OU

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

4 Assistance totale

- Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions (par exemple : porter les aliments à la bouche),
OU
- lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale, entérale ou stomie digestive), le patient ne le gère pas du tout.

2.4 CONTINENCE – HYGIENE DE L'ELIMINATION

Cette variable inclut **deux** actions :

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

Exemples de dispositifs et moyens spécifiques pour la continence :

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

Remarques

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

- Si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1
- Si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2
- Si un soignant apporte une aide physique partielle au patient pour gérer la poche à urine, coter 3
- Si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

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

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète :

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

OU

- Indépendance modifiée :
 - Le patient requiert un matériel spécifique (collecteur urinaire, poches à urines et poches de stomies) qu'il place, utilise et nettoie seul. Il est autonome et n'est jamais incontinent.
 - OU prend un traitement médicamenteux qui l'aide à garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

- Requiert une supervision, une incitation ou l'enseignement de gestes (par exemple pour le changement des poches, ...),
OU
- Requiert l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant : la présentation et la vidange du bassin par un tiers sont des arrangements si les patients les positionnent et les retirent eux-mêmes,
OU
- Incontinence exceptionnelle (au maximum une fois par semaine).

3 Assistance partielle

- Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions (pour installer le patient sur le bassin, le désinstaller, pour l'essuyer, pour l'entretien du collecteur urinaire, etc.),
OU
- Incontinence occasionnelle (plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours).

4 Assistance totale

- Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions
Exemple : Le patient nécessite une assistance totale pour changer ses protections.
OU
- Incontinent total : le patient se souille fréquemment (tous les jours)

2.5 COMPORTEMENT

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

1 Indépendance complète ou modifiée

- Indépendance complète

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas,

OU

- Indépendance modifiée

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

2 Supervision ou arrangement

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

3 Assistance partielle

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

4 Assistance totale

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

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

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

2.6 COMMUNICATION

Cette variable inclut deux actions :

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

1 Indépendance complète ou modifiée

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

OU

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

2 Supervision ou arrangement

- Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges,

OU

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

3 Assistance partielle

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

4 Assistance totale

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

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

3.1 HABILLAGE OU TOILETTE

3.1.1) En hospitalisation complète : Un patient ayant un déficit de flexion de la hanche et du genou, lorsque vient le moment d'enfiler ses vêtements de ville, met seul son slip et son

pantalon mais ne pouvant atteindre ses pieds avec ses mains, il est aidé pour mettre ses chaussettes et ses chaussures.

Il s'agit ici et pour ce patient de coter l'habillage, on ne cotera pas la toilette. Ce patient assure une partie de son habillage du bas du corps, une assistance partielle n'a été nécessaire que pour les chaussettes et les chaussures :

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

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

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

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

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

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

Pour la cotation de la toilette :

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

Il faut retenir l'action concernant la toilette pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance, la cotation est donc ici : **3**.

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

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

3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

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

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

- la locomotion autonome en terrain plat est cotée **1** ;

- l'assistance pour l'utilisation des escaliers est cotée 3.

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

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

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

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

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

3.3 ALIMENTATION

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

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

3.4 CONTINENCE- HYGIENE DE L'ELIMINATION

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

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

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

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

3.5 COMPORTEMENT

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

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

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

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

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

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

3.6 COMMUNICATION

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

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

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

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

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

- Abcès
 de paroi 60, 61
 sous-phrénique 60, 61
- Accident dû à médicament 68
- Accident ischémique transitoire 56
- Accident vasculaire cérébral 55
- Acte
 réalisé dans un autre établissement 21
 réalisé dans un champ différent 23
 transfert pour la réalisation d'un — 21, 23
- Acte de rééducation et réadaptation 20, 48
 codage 48
 complication 57
date de réalisation 48
- Acte médical 19, 47
 biologie 27
 codage 47
 complication 57
- Activité d'expertise 14
- Activités de la vie quotidienne 19, 92
 alimentation 19, 98, 103
 arrangement 93
 assistance partielle 93
 assistance totale 93
 communication 19, 101
 comportement 19, 100
 continence 19, 99, 103
 cotation 19, 92
 déplacement 19, 97, 101, 102
 habillage 19
 indépendance 93
 locomotion 19, 97, 101, 102
 relation 19, 101
 supervision 93
 toilette 19, 96
 transferts 97, 101, 102
- Administration de produits et prestations en environnement hospitalier 32
- Admission
 administrative 3
 réadmission le jour de la sortie 5
- Affection étiologique (AE) 18, 43
 code non utilisable (interdit) 51
- AGRAF-SSR SMR 27, 28, 38
- Alcool, sevrage 84
- Alimentation (dépendance) 19, 98, 103
- Amputation, moignon 85, 86
- Amputé d'un membre 80, 81, 85
- Analphabetisme 71
- Anévrysme artère cérébral, rupture 55
- Angioplastie périphérique 83
- ANO 35, 37, 38
- ANO-HOSP 37

- Anonymat des soins 6, 7
- Antécédent
 d'accident vasculaire cérébral 56
- AP-AC 31
- Aphasie 56
- Arrangement (dépendance) 93
- Artères cérébrales, syndrome des 56
- Assistance éducative 71
- Assistance partielle (dépendance) 93
- Assistance totale (dépendance) 93
- Astérisque* (code) 53
- Astérisque* (code, CIM-10) 45
- Autorisation de l'unité médicale (type) 8
- AVC *Voir* Accident vasculaire cérébral
- Avitaminose 57
- AVQ *Voir* Activités de la vie quotidienne

B

- B2, norme 27
- Barrière culturelle 71
- Barrière de la langue 71
- Biologie, acte 27
- BMR 73

C

- Carences vitaminiques 57
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* 20, 48, 49, 57
- Catégorie d'intervenant 48
- CCAM.. *Voir* Classification commune des actes médicaux
- Chainage anonyme 36
 index (numéro d') 37, 38
- Chimiothérapie 84
- CIF 70
- CIM-10 ... *Voir* Classification internationale des maladies
- Classification commune des actes médicaux* 19, 47
- Classification internationale des maladies* 18, 51
 catégorie 51
 chapitre XX 68
 code à 3 caractères 51
 code à 4 caractères 51
 code *astérisque* 53
 code *dague* 53
 code étendu (extension de code) 51
 code non utilisable (interdit) 51
 double codage *dague-astérisque* 53
 sous-catégorie 51
- Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé 70

Codage état postopératoire	82
Code	
à 3 caractères (CIM-10)	51
à 4 caractères (CIM-10)	51
à usage urgent	75
<i>astérisque</i> (CIM-10)	45, 46, 53
avec un signe + (CIM-10).....	51
d'acte de rééducation et réadaptation	48
d'acte médical	47
<i>dague</i> (CIM-10)	45, 46, 53
de manifestation (CIM-10).....	45
étendu (CIM-10)	51, 52
étiologique (CIM-10).....	45
non utilisable (interdit) (CIM-10).....	51
père (CIM-10)	52
postal.....	7
V, W, X, Y (CIM-10)	68
Coloscopie, perforation.....	61
Communication (dépendance)	19, 101
Complication d'un acte de rééducation- réadaptation	57
Complication d'un acte médical.....	57
Comportement (dépendance).....	19, 100
Confidentialité des informations	38
Conservation des fichiers d'activité et de facturation	40
Continence (dépendance)	19, 99, 103
Contrôle de la qualité des informations	40
Couverture maladie	71
Couverture sociale.....	71
CSARR <i>Voir Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation</i>	
Curatelle	71
Cystite aigüe	62
D	
<i>Dague</i> (code).....	53
<i>Dague</i> (code, CIM-10)	45, 46
Date	
d'entrée	8, 9
de la dernière intervention chirurgicale	8
<i>de l'hospitalisation</i>	29
de sortie	11
Décès.....	11
journée de présence	13
Dénutrition	62
Dépendance	19
alimentation.....	19, 98, 103
arrangement.....	93
assistance partielle	93
assistance totale	93
communication	19, 101
comportement	19, 100
continence	19, 99, 103
cotation.....	19, 92
déplacement.....	19, 97, 101, 102
habillage.....	19
indépendance	93
locomotion	19, 97, 101, 102
niveaux	19, 93
relation.....	19, 101
sonde urinaire.....	99
stomie	99
supervision	93
toilette	19, 96
transferts	97, 101, 102
Dépendance envers	
un aspirateur	55
un respirateur	55
une machine, un appareil	55
Déplacement (dépendance) ...	19, 97, 101, 102
Déplacement d'électrode de stimulation	
cardiaque.....	59, 61
Dernière intervention chirurgicale, date	8
Diabète.....	89
Diabète de type 2.....	68
Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications multiples	53
Diagnostic associé	
par convention (DAC).....	46
significatif (DAS).....	44
Diagnostic associé (DA).....	44
Difficultés liées à l'emploi	71
Dispositif médical implantable	23
Dossier médical	4
Double codage <i>dague-astérisque</i> (CIM-10). 53	
Durée de conservation des fichiers d'activité et de facturation.....	40
E	
Effet nocif de médicament	68
Effet secondaire, indésirable, de médicament	68
Électrode de stimulation cardiaque, déplacement.....	59, 61
Emploi	71
Endocardite sur valve prothétique	60, 61
Entrée	
date.....	8, 9
mode.....	9
é-PMSI (plateforme).....	4, 35, 38
Etat de conscience altérée	17
État grabataire	69
État postopératoire, codage.....	82
État végétatif	89
Etat Végétatif Chronique – Etat Pauci Relationel	17
Étiologie (codage de l'—)	45
EVC-EPR	17
Expertise	14
F	
Facteurs environnementaux	70
Facteurs sociaux	70
Facteurs socio-environnemental.....	70
Facteurs socio-environnementaux	70
<i>Facturation individuelle des séjours</i>	30
Faible niveau d'éducation	71

Faibles revenus	71
FICHCOMP AP-AC	31
FICHCOMP LES	31
FICHCOMP LES SMR	31
FICHCOMP, FICHCOMPA	26, 31, 35
conservation.....	40

Finalité principale de prise en charge	
code non utilisable (interdit).....	51
FINESS	Voir Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN)	37
Fracture	69
Fracture (rééducation après –)	81

G

Générateur de RHA, GENRHA	37
Grabataire, état.....	69
Greffé, rejet.....	58, 61

H

Habilage (dépendance)	19
Hébergement temporaire non médicalisé	28, 31
Hémangiome	69
Héminégligence	79
Hémiplégie	
flasque.....	56
spastique.....	57, 74, 78
Hémorragie	
cérébrale	55
sous-arachnoïdienne	55
sous-durale, extradurale	55
Hôpital de jour	
journée de présence	14
Hôpital de nuit	
journée de présence	13
HOSP-FACT	27
Hospitalisation à domicile	10, 11
Hospitalisation complète	
journée de présence	13
HOSP-PMSI.....	37
HTNM	28, 31

I

Illettrisme	71
Indépendance	93
Index (numéro d'–) du chainage anonyme ...	37, 38
Infarctus cérébral.....	55, 78
Infarctus du myocarde postopératoire	60, 61
Infection	
nosocomiale	62
ostéosynthèse (matériel).....	60, 61
prothèse articulaire	60, 61
prothèse valve cardiaque	60, 61
Infection des voies urinaires	62
Infection urinaire basse	62
infection vésicale aigüe	62

INS	27
Insuffisance cardiaque	88
Intervenant, catégorie	48
Intervention chirurgicale	8
Intoxication médicamenteuse	68

J

Journée de présence	
décès	13
hôpital de jour.....	14
hôpital de nuit	13
hospitalisation complète	13
mutation.....	13
séances	14
transfert	13
Journée de présence	
transfert provisoire.....	13

L

LES (liste en sus).....	31
LES SMR	31
Lésion médullaire	14
Lésions traumatiques multiples	69
Liste en sus	31
Liste en sus spécifique SMR	31
Lit dédié	14
Lit identifié	14
Locomotion (dépendance)	19, 97, 101, 102
Logement inadapté	71
Logement inadéquat	71
Logement insalubre	71
Luxation de prothèse articulaire.....	59, 61
Lymphangiome	69
Lymphome, codage	84

M

MAGIC	37
Malnutrition	62
Manifestation (codage de la —)	45
Manifestation morbide principale	18, 43
code non utilisable (interdit).....	51
Matériel d'ostéosynthèse	
infection	60, 61
Médicament	
accident	68
effet nocif	68
effet secondaire, indésirable	68
intoxication	68
payé en plus	23
suicide et tentative	68
surdosage	69
Médicosocial (hébergement)	12
Mesures d'assistance éducative	71
Mesures de protection juridique	71
Minima sociaux	71
MMP.....	Voir Manifestation morbide principale
Mode	
d'entrée	9

de sortie	11	PREPAR	15
Moignon d'amputation	85, 86	Prestation	
Molécule onéreuse .. <i>Voir Médicament, payé en plus</i>		inter-activités (PIA)	23
Morbidité principale	18, 43	inter-établissements (PIE)	21
Mutation	9, 11	Prestation relevant	
journée de présence	13	d'un champ d'activité différent.....	23
du même champ d'activité		du même champ d'activité	21
Produit et prestation		Prestation	23
Prothèse			
articulaire, infection	60, 61		
articulaire, luxation	59, 61		
valvulaire cardiaque, infection.....	60, 61		
Provenance			
Q			
Qualité des informations			40
R			
Radiothérapie.....		Radiothérapie.....	85
RAFAEL		RAFAEL	32
Réadaptation de patients polyhandicapés		Réadaptation de patients polyhandicapés	16
Réadaptation des patients amputés		Réadaptation des patients amputés	14
Réadaptation des patients avec lésion		Réadaptation des patients avec lésion	
médullaire		médullaire	14
Réadaptation des patients avec obésité		Réadaptation des patients avec obésité	
complexe		complexe	15
Réadaptation des troubles cognitifs et		Réadaptation des troubles cognitifs et	
comportementaux des patients cérébrolésés		comportementaux des patients cérébrolésés	
.....		15
Réadaptation des troubles cognitifs sévères		Réadaptation des troubles cognitifs sévères	
liés à une conduite addictive		liés à une conduite addictive	15
Réadaptation des troubles du langage et des		Réadaptation des troubles du langage et des	
apprentissages		apprentissages	16
Réadaptation en neuro-orthopédie		Réadaptation en neuro-orthopédie	15
Réadaptation précoce post aigue cardio-		Réadaptation précoce post aigue cardio-	
vasculaire		vasculaire	15
Réadaptation précoce post aigue neurologique		Réadaptation précoce post aigue neurologique	
.....		15
Réadaptation précoce post aigue respiratoire		Réadaptation précoce post aigue respiratoire	
.....		15
Réadmission le jour de la sortie		Réadmission le jour de la sortie	5
Rééducation après fracture		Rééducation après fracture	81
Rééducation et réadaptation, acte		Rééducation et réadaptation, acte	20, 48
Rééducation nutritionnelle		Rééducation nutritionnelle	88
Rééducation respiratoire		Rééducation respiratoire	88
Rejet de greffe		Rejet de greffe	58, 61
Relation (dépendance)		Relation (dépendance)	19, 101
Relations familiales		Relations familiales	71
Relations sociales		Relations sociales	71
Réseau médical		Réseau médical	71
Réseau médico-social.....		Réseau médico-social.....	71
Réseau parmédical		Réseau parmédical	71
Résumé hebdomadaire anonyme		Résumé hebdomadaire anonyme	20
conservation		conservation	40
transmission		transmission	35
Résumé hebdomadaire standardisé		Résumé hebdomadaire standardisé	
champ de production.....		champ de production.....	3
conservation		conservation	40
contenu.....		contenu.....	4

groupé	20
Résumé standardisé de facturation	26
conservation	40
Résumé standardisé de facturation anonyme	27
conservation	40
Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes	22, 26, 32
RHA .. <i>Voir</i> Résumé hebdomadaire anonyme	
RHS .. <i>Voir</i> Résumé hebdomadaire standardisé	
RSF.... <i>Voir</i> Résumé standardisé de facturation	
RSFA. <i>Voir</i> Résumé standardisé de facturation anonyme	
RSF-ACE	Voir Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes
Rupture d'anévrysme artériel cérébral	55
S	
SAE..... <i>Voir</i> Statistique annuelle des établissements de santé	
Séances	
journée de présence	14
Secret professionnel	38
Séjour administratif, numéro	6
Séjour en SSR SMR , numéro	5
Semaine, numéro	12
Séquelles de	73
service de réadaptation post réanimation	17
Sevrage alcoolique	84
Sexe	7
Signe + dans un code	51
Sonde urinaire	99
Sortie	
date	11
mode	11
suivie de réadmission	5
SRPR.....	17
SSRHA .. <i>Voir</i> Synthèse par séjour de RHA	
Statistique annuelle des établissements de santé	3
Stomie	
dépendance	99
soins	54
Suicide et tentative	68
Supervision (dépendance)	93
Surdosage médicamenteux	69
Syndrome des artères cérébrales	56
Synthèse par séjour de RHA	21

T

Tentative de suicide	68
Thrombose de pontage artériel	60, 61
Toilette (dépendance)	19, 96
Trachéostomie	54
Transfert	11
journée de présence	13
pour prestation de soins	21, 23
pour réalisation d'un acte	21, 23
provisoire	10, 11, 21, 23

Transfert provisoire	
journée de présence	13
Transferts (dépendance)	97, 101, 102
Transmission des informations	35
Troubles des apprentissages	16
Troubles du langage	16
Troubles du langage et des apprentissages	16
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue	74

Tutelle	71
---------------	----

Type	
d'activité (SAE)	3
d'autorisation de l'unité médicale	8
d'hospitalisation	6

Type d'autorisation de lit	
soins palliatifs	14

Type d'autorisation de lit (place) identifié(e) (dédié(e))	14
--	----

Type d'unité	
Etat Végétatif Chronique – Etat Pauci Relationel	17
EVC-EPR	17
spécifique	16
Unité cognitivo-comportementale	17
Unité de soins palliatifs	16
Type d'unité spécifique	16

U

UCC	17
Unité cognitivo-comportementale	17
Unité de soins palliatifs	16
Unité médicale	3
numéro	8
type d'autorisation	8
USP	16

V

VID-HOSP	22, 29, 38
Vitamines, carence	57

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

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

A	F10.2 84
	F41.2 88
A41.2	60, 61
B	G
B24.+9	G09 73
B90-B94.....	G30.1 53
B91	G40 74
	G46 56
	G46.0–G46.2 56, 78
	G46.3–G46.8 56
	G63.2 84, 89
	G81.0– 56
	G81.1 57, 74, 78
	G83.1 74
D	I
D12.2	I11.09 89
D18	I21 60, 61
D37–D48.....	I21.08 83
	I33.0 60, 61
	I50.1 70
	I60 55
	I61 55
	I61.3 57
	I62 55
	I63 55, 78
	I63.3 78, 79
	I63.4 57, 78
	I64 56
	I65–I66 78
	I66.0–I66.3 78
	I69 73
	I69.3 74
	I70.2– 80, 83, 85
	I74.3 60, 61
	I79.2 53
	I80.2 86
	I80.8 60, 61
	I97.2 59
	I97.8 59, 60
F	J
F00.1.....	J18.9 60, 61
F07.2.....	J44.8 88

J95.1	59	T23.2	87
J95.8	59, 60	T29.3	53
K			
K25.3	60, 61	T29–T30	53
K29.1	69	T31.0	87
K43.1	59	T36–T50	68
K43.5	59	T80.0	58
K65.0	60, 61	T80.1	60, 61
K91.8	59, 60	T80.2	59, 60, 61
L			
L02	60, 61	T80.5	58
M			
M00	60, 61	T80–T88	58
M86	60, 61	T81.2	59, 61
N			
N08.3	53	T81.3	60, 61
N30.0	62	T81.4	59, 60, 61
N39.0	62	T81.8	60, 61
O			
O94	73	T82.0–T82.5	58
O97	73	T82.1	59, 61
R			
R00.1	68	T82.6	60, 61
R26.30	69	T82.8	60, 61
R40.2–	57	T83.0–T83.4	58
R40.20	89, 90	T84.0	59, 61
R47.0–	56	T84.0–T84.4	58
R48.10	79	T84.1	82, 84
R54.+0	51	T84.5	60, 61
S			
S06.2	89, 90	T84.6	60, 61
S27.01	60, 61	T85.0–T85.6	58
S32.80	53	T86	58
S36.5	61	T87	58
S42.3	82	T87.3	59, 61
S52.50	83	T87.4	80
S66	60, 61	T88.0, T88.1	59
S72.0	81, 86	T88.7	59
S72.3	81	T90.5	74
S72.30	83	T90–T98	73
S78.1	81	U	
S82.6	82	U00–U49	75
T			
T00–T07	53	U82–U84	72
T08–T14	52	X	
X40–X44	68	X40–X44	68
X60–X64	68	X60–X64	68
Y			
Y40–Y59	68	Y40–Y59	68
Y45.3	69	Y45.3	69
Y52.0	68	Y52.0	68
Y60.4	61	Y60.4	61
Y60–Y69	61	Y60–Y69	61
Y70–Y82	61	Y70–Y82	61
Y83	61	Y83	61
Y83.1	61	Y83.1	61
Y83.4	61	Y83.4	61
Y83.5	61	Y83.5	61
Y83.6	61	Y83.6	61
Y83–Y84	61	Y83–Y84	61
Y84.8	61	Y84.8	61
Y85.0	74	Y85.0	74
Y85–Y89	73, 74	Y85–Y89	73, 74

Y95	62	Z90.2	79
Z		Z93–Z98	54
Z50.1	84	Z94	54
Z52	82	Z94.5	87
Z59.60	72	Z94–Z96	82
Z71	54	Z95	54
Z74.2	54, 57	Z95.1	83
Z75.5	57	Z95.80	83, 84
Z86.70	56	Z96	55
Z89	54, 82	Z96.6	55, 81, 86
Z89-	81	Z96.7	55, 81, 83
Z89.5	53, 80	Z97.1	80
Z89.6	81	Z98.8	82, 84
Z90	82	Z99	55
		Z99.0	55
		Z99.4	55