Nos données
au service
de la Santé

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ MÉDICALE ET À SA FACTURATION EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

Version Provisoire

Décembre 2025

PRÈAMBULE

Le présent document est la version provisoire du guide méthodologique *de production du recueil d'informations médicalisées MCOO*, il est applicable à partir du 1er janvier 2026, il constitue l'annexe III prévue à l'article 9 de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-MCO »). Il se substitue à l'édition précédente publiée au Bulletin officiel du 17 juillet 2025.

Des informations complémentaires seront disponibles :

- dans le *Manuel des groupes homogènes de malades ;*
- dans le *Guide de lecture et de codage* de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;
- dans le volume 2 de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision (CIM–10), OMS éd. ;
- sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

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

LE PMSI EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) 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.6113-8 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 médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 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 sous la forme d'un *résumé de sortie standardisé* (RSS). 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 réalisée par les établissements sous DAF est également enregistrée (RSF-ACE). Les informations du RSS 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 MCO (financement à l'activité).

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 MCO, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié.

Ce guide comporte sept chapitres. Le chapitre I précise les conditions du recueil des informations du RSS et pour chacune d'elles sa définition, son origine et les nomenclatures de codage utilisées. Le chapitre II décrit le recueil des informations relatives à la facturation de l'activité. Le chapitre III expose les modalités techniques de la transmission des informations, Le chapitre IV décrit la hiérarchisation et le codage des informations médicales du résumé d'unité médicale, le chapitre V précise les directives de codage avec la CIM–10, le chapitre VI présente un guide de situations cliniques, le chapitre VII décrit les séances.

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE 1

1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS 2

1.1. STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS 2
1.2. ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION 3
1.3. AUTRES SÉJOURS 5
1.3.1. Nouveau-né 5
1.3.2. Enfant né sans vie (« mort-né ») 5
1.3.4. Séances de radiothérapie et de dialyse rénale 6
1.4. CAS PARTICULIER : LA PRÉPARATION À L'IRRADIATION 6
1.5. PRISES EN CHARGE REALISEES SANS NUITEE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 6

2. CONTENU DU RECUEIL 7

2.1. LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE 7
2.2. LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ 9
2.2.1. Les Informations administratives constantes au cours du séjour 10
2.2.2. Informations variables au cours du séjour 12
2.2.2.2. Informations Médicales 21
2.3. LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME 25
2.4. LE FICHIER D'INFORMATION DES UNITÉS MÉDICALES 26
2.5 LE RESUME DE PARCOURS PATIENT POUR LA MALADIE RENALE CHRONIQUE RPP-MRC 29
2.6. FORMATS DES RÉSUMÉS 29

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS (PIE) 31

3.1. DÉFINITION 31
3.2. OBJECTIFS DU DISPOSITIF 31
3.3. DESCRIPTION DU DISPOSITIF 32
3.3.1. Cas général 32
3.3.2. Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie 33

4. PRESTATIONS INTERACTIVITES (PIA) 34

4.1. DÉFINITION 34
4.2. CAS PARTICULIER : LE MCO EST PRESTATAIRE POUR L'HAD 34

1. DISPOSITIF CIBLE 37

2. MESURES TRANSITOIRES 38

2.1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *A, B* ET *C* DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS 38
2.1.1. Conditions de production des informations de facturation 38
2.1.2. Le fichier VID-HOSP 39
2.1.3. Les Fichiers complémentaires 41
2.1.4. Le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes 43
2.1.4.2. Cumul de production d'un RSF-ACE 45
2.1.5. Le fichier FICHSUP 46
2.2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS 49
2.2.1. Conditions de production des informations de facturation 49
2.2.2. Contenu du résumé standardisé de facturation 50
2.2.3. Les fichiers FICHCOMP 52
2.2.4 Les fichiers FICHOMP.csv 53
2.2.5. Le fichier FICHSUP 53

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 56

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS 56

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME 56

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME **57**

3.1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *A*, *B* ET *C* DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS 57

3.1.1. Création du numéro anonyme du patient *57*

3.1.2. Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation *58*

3.1.3. Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation *58*

3.2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS 58

3.3. TRAITEMENTS RÉALISÉS PAR LA PLATEFORME E-PMSI 59

4. CONFIDENTIALITÉ **59**

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS **60**

6. CONSERVATION DES INFORMATIONS **61**

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE **63**

1. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE **63**

1.1. LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL 63

1.2. LE DIAGNOSTIC RELIÉ 64

2. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS **66**

2.1. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS 66

2.2. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS PAR CONVENTION 68

2.2.1. En conformité avec les règles de la CIM–10 ..... *68*

2.2.2. En cas de cause externe de morbidité *69*

2.2.3. Pour identifier les séjours avec une prestation inter-établissement demandée *69*

2.2.4. Pour identifier les séjours avec prises en charge d'une IOA complexe *69*

2.2.5 Pour identifier les séjours avec administration de sédation palliative *69*

2.2.6. Dans le cadre de la périnatalité *70*

2.2.7. Complications d'actes *70*

2.2.8. Infection *71*

2.2.9. Effets indésirables *71*

2.2.10. Intoxications *71*

2.2.11. Suicide et tentative de suicide *71*

2.2.12. Dans les autres circonstances suivantes précisées *71*

2.3 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS EN RÉSUMÉ 72

3. LES ACTES MÉDICAUX **72**

4. LES DONNÉES À VISÉE DOCUMENTAIRE **74**

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES* **76**

1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10 ..... **76**

2. DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET À DIFFÉRENTS CHAPITRES DE LA CIM–10 ..... **78**

ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX 78

ACCOUCHEMENT IMPROMPTU OU À DOMICILE 81

ANÉMIE POSTHÉMORRAGIQUE AIGÜE APRÈS UNE INTERVENTION 81

ANTÉCÉDENTS 82

ATHEROSCLEROSE AVEC GANGRENE 83

CARENCES VITAMINIQUES 83

CHUTES A REPETITION 83

CODES OMS RÉSERVÉS A UN USAGE URGENT 84

COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX 84

CYSTITE AIGÜE 88

DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITÉ PAR INSULINE 89

DOULEUR CHRONIQUE 89

DOULEUR CHRONIQUE REFRACTAIRE (REBELLE) 89

EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS 90

EMPLOI DES CODES DU GROUPE B95–B98 CIM–10 91
EMPLOI DES CATÉGORIES O80 À O84 DE LA CIM–10 92
EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DE LA CIM–10 92
ENFANTS NÉS SANS VIE 92
EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM–10 93
ÉTAT GRABATAIRE 103
HÉMANGIOME ET LYMPHANGIOME 104
HYPOTENSION ET BAISSE DE LA TENSION ARTÉRIELLE 104
IDENTIFICATION DU POLYHANDICAP LOURD 104
INFARCTUS DU MYOCARDE 105
INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE 105
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE DE L'ADULTE 106
INTERRUPTION DE LA GROSSESSE 106
LÉSIONS TRAUMATIQUES 109
MALADIES PROFESSIONNELLES 109
MALNUTRITION, DÉNUTRITION 109
ŒDÈME PULMONAIRE 114
PRÉCARITÉ 114
RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS 115
SEPSIS ET CHOC SEPTIQUE 116
SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES 117
SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE 119
TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS 119
TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE 119
VIOLENCE ROUTIÈRE 120

VI. GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES 122

1.1. HOSPITALISATION POUR DIAGNOSTIC 122
1.1.1. Le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale 122
1.1.2. Il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie 122
1.1.3. Cas particuliers 123
1.1.4. Situations équivalentes 125
1.2. HOSPITALISATION POUR TRAITEMENT 127
1.2.1. Traitement répétitif 127
1.2.2. Traitement unique 129
1.2.3. Situations équivalentes (au traitement unique) 133
1.3. HOSPITALISATION POUR SURVEILLANCE 135
1.3.1. Surveillance négative 135
1.3.2. Surveillance positive 136
1.3.3. Situations équivalentes 137
1.3.4. Remarque à propos de la notion de « bilan » 137
1.4. MALADIES CHRONIQUES ET DE LONGUE DURÉE 138
1.5. QUE FAIRE SI L'ANALYSE EN TERMES DE SITUATION CLINIQUE PROPOSE PLUS D'UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL 140
1.6. PRISE EN CHARGE PRÉVUE NON RÉALISÉE 140

VII. LES SÉANCES 143

2. L'HÉMODIALYSE ET L'ENTRAINEMENT À LA DIALYSE PÉRITONÉALE EN SÉANCES 144

3. LA CHIMIOTHÉRAPIE EN SÉANCES 145

3.1. LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR 145
3.2. LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR AFFECTION NON TUMORALE 145

4. L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE 145

4.1. LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION 146
4.2. LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION 147

5. LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES 149

6. L'OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE EN SÉANCES 149

7. LES APHÉRÈSES SANGUINES EN SÉANCES 149
INDEX ALPHABETIQUE 150

CHAPITRE I

PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACTIVITE EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées[1] constituant le **résumé de sortie standardisé** (RSS), et sur le traitement méthodique de ces données.

Dès lors qu'elle respecte les conditions exposées *infra* dans le point 1.5 de ce chapitre, toute hospitalisation dans le champ d'activité de MCO d'un établissement de santé, avec ou sans hébergement, doit donner lieu à la production d'un RSS constitué de un ou de plusieurs **résumés d'unité médicale** (RUM).

L'anonymisation du RSS est à l'origine du **résumé de sortie anonyme** (RSA) qui est transmis à l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement de santé.

À ces résumés s'ajoutent des recueils d'informations relatifs à la facturation de l'activité.

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu des RUM, RSS et RSA. Les recueils relatifs à la facturation sont présentés dans le chapitre II.

[1] Depuis 1994 pour les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale, depuis 1997 pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article

1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1. STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS

Le champ d'activité de MCO est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement de santé autorisé à dispenser des soins en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

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. Le recueil PMSI doit-être réalisé 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-patient la prise en charge d'un patient dans une ou plusieurs UM d'un établissement géographique de l'établissement de santé. Ainsi, le cas particulier de la prise en charge successive d'un patient dans deux entités géographiques d'une même entité juridique donne lieu à la production de deux séjours-patients.

Le découpage en UM est en effet pour l'essentiel du ressort de l'établissement de santé. 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), elle ne peut pas être partagée entre deux SA[2].

De plus, les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité ou d'une reconnaissance contractuelle pour une ou plusieurs des activités mentionnées ci-dessous, doivent isoler dans leur découpage les unités médicales concernées. Cette obligation étant liée au modèle de financement, son respect fait l'objet de vérifications dans le cadre des procédures de contrôle prévues par les articles L.162-23-12 et L.162-23-13 du code de la sécurité sociale. Cet isolement doit être effectif pour tous les établissements, y compris lorsqu'ils sont en attente d'autorisation ou de reconnaissance pour certaines activités.

A compter de 2024, et en raison de la mise en œuvre de nouveaux critères d'autorisation pour les UM de soins critiques, de nouveau codes permettant de les identifier ont été créés. Ces codes d'UM seront à utiliser après obtention des autorisations correspondantes auprès des ARS. Toutefois, les codes concernant les anciennes autorisations devront être maintenus dans le fichier des UM transmis, ceci afin de permettre la valorisation des suppléments rattachés aux anciennes autorisations. Ces anciens codes ne seront plus nécessaires lorsqu'aucun séjour de l'année civile en cours ne justifiera de supplément alloué sur la base des anciennes autorisations.

---

[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*).

Les activités concernées sont les suivantes[3] :

- réanimation pédiatrique ;
- réanimation hors pédiatrie ;
- soins intensifs polyvalents et soins intensifs de spécialités pédiatriques
- Soins intensifs polyvalents et soins intensifs de spécialité hors pédiatriques
- surveillance continue pédiatrique ;
- surveillance continue hors pédiatrie ;
- néonatalogie sans soins intensifs (type 2A) ;
- néonatalogie avec soins intensifs (type 2B) ;
- néonatalogie et réanimation périnatale (type 3) ;
- unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)[4];
- soins palliatifs ;
- anesthésie ou chirurgie ambulatoire ;
- hospitalisation à temps partiel de jour hors unité gériatrique, ou de nuit ;
- unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air ;
- soins intensifs en unité neurovasculaire ;
- unité neurovasculaire hors soins intensifs ;
- unité d'addictologie de recours et de référence ;
- centre d'hémodialyse pour adultes ;
- centre d'hémodialyse pour enfants ;
- unité d'hémodialyse médicalisée ;
- unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour ;
- hospitalisation de jour gériatrique ;
- unité hospitalière sécurisée interrégionale[5],
- centre interrégional de référence ou centre correspondant pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes[6];
- unité de prise en charge de la douleur chronique.

1.2. ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION

L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO est le facteur déclenchant de la production d'un résumé d'unité médicale (RUM). Dès lors qu'il respecte les conditions exposées dans le point 1.5 du présent chapitre, tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale **d'hospitalisation** de MCO, **y compris pour une prestation non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire** (telle la chirurgie esthétique), entraine la production d'un RUM à la fin du séjour dans l'unité.

---

[3] Les codes des unités sont donnés dans le point 2.4 de ce chapitre.

[4] Article D.6124-22 du code de la santé publique.

[5] Arrêté du 24 aout 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

[6] Instruction n° DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes.

Par **hospitalisation** on entend :

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

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

- hospitalisation complète en fonctionnement permanent et de semaine : FA 03 et 20 ;
- hospitalisation à temps partiel de jour (FA 04) et de nuit (FA 05) ;
- anesthésie ou chirurgie ambulatoire : (FA 23) ;
- séances (traitements et cures ambulatoires) : (FA 19).

L'hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) donne lieu à la production d'un RUM à condition que, au moment de l'admission à l'issue du passage dans l'espace d'examen et de soins de la structure d'accueil des urgences, l'état de santé du patient :

- présente un caractère instable ou que le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques[7].

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, il ne doit pas être produit de RUM.

Le décès donne toujours lieu à la production d'un RUM ; dans son cas en effet une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du patient et son décès. Toutefois, cette consigne ne s'applique pas systématiquement dans le cas de décès dans le cadre de la Gradation des soins. En effet, l'instruction Gradation (citée au point 1.5 ci-après) précise, pour les hospitalisations écourtées suite au décès, « qu'Il s'agit des hospitalisations écourtées au sens strict, c'est-à-dire ayant connu un commencement d'exécution se traduisant par la mobilisation par l'établissement de certains moyens. Ne relève pas de ce cas, et ne doit donc pas donner lieu à facturation d'un GHS, la prise en charge écourtée qui n'aurait donné lieu qu'à une simple installation du patient dans les locaux, sans mobilisation d'aucun moyen médical. »

L'interruption de la grossesse, y compris l'interruption médicamenteuse, doit faire l'objet de la production d'un RUM[8]. **Pour l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, un RUM unique doit être produit.** Il mentionne par convention **des dates d'entrée et de sortie égales**. Que la prise en charge ait été limitée à la consultation de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes (consultation de délivrance du médicament abortif, prise de prostaglandine et surveillance de l'expulsion, consultation de contrôle), le RUM produit doit par convention indiquer **une date de sortie égale à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif. Si la délivrance du médicament abortif est réalisée au cours de deux consultations différentes, la date d'entrée et de sortie est celle de la date de la première consultation.**

---

[7] Arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (arrêté « prestations »), accessible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

[8] Le codage de l'interruption de la grossesse est traité dans le chapitre V.

1.3. AUTRES SÉJOURS

Les séjours suivants donnent aussi lieu à la production d'un RUM

1.3.1. Nouveau-né[9]

Le séjour d'un nouveau-né fait toujours l'objet de la production d'un RUM propre, y compris si sa présence ne donne pas lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission (nouveau-né parfois dit « non hospitalisé »)[10]. Les consignes de codage des informations administratives concernant les nouveau-nés sont publiées sur le site de l'ATIH.

Fait ainsi l'objet de la production d'un RUM :

- le nouveau-né séjournant dans l'unité d'obstétrique (maternité) auprès de sa mère ;
- le nouveau-né transféré directement de la salle de naissance (salle de travail) dans un autre établissement ;
- le nouveau-né hospitalisé après naissance à domicile, lorsqu'il séjourne en maternité avec sa mère, ou en néonatalogie ;
- le nouveau-né né avant le départ, ou bien pendant le trajet vers l'établissement de santé qui devait accueillir la mère pour l'accouchement ; un RUM est produit pour le nouveau-né, par l'établissement qui le prend en charge.

Le système d'information doit donc être en mesure de produire des résumés de séjour en l'absence d'ouverture de dossier administratif d'admission, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale.

1.3.2. Enfant né sans vie (« mort-né »)

La production d'un RUM s'impose **à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins cinq-cents grammes**[11] pour :

- l'enfant né sans vie dans un établissement de santé ;
- l'enfant né sans vie avant le départ, ou bien pendant le trajet vers l'établissement qui devait accueillir la mère pour l'accouchement ;
- le produit d'une interruption de grossesse **pour motif médical**[12].

1.3.3. Sujet décédé admis en vue de prélèvements d'organes

Il donne lieu à la production d'un RUM dont le contenu obéit sans exception aux règles générales. Le codage du diagnostic principal emploie la catégorie Z52 *Donneurs d'organes et de tissus* de la CIM–10.

---

[9] Note d'information n° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 Périnatalité

[10] Il est recommandé de prendre connaissance des informations complémentaires données dans la note technique de l'instruction N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021.

[11] « […] ces seuils [22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de 500 grammes] conservent leur caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires et notamment l'établissement des taux de mortinatalité et de mortalité périnatale [...] » l'instruction N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021.

[12] Dite aussi *interruption thérapeutique de grossesse*.

1.3.4. Séances de radiothérapie et de dialyse rénale

Les séances de radiothérapie et de dialyse rénale effectuées dans un établissement de santé soumis au recueil d'informations du PMSI en MCO donnent lieu à la production d'un RUM y compris s'il n'y a pas eu admission administrative dans une unité médicale d'hospitalisation[13].

Sont exclus de cette obligation les établissements ayant pour activité le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse. À titre dérogatoire, ces établissements sont autorisés à ne transmettre que leurs informations de facturation, à l'exclusion des informations d'activité. Les informations de facturation sont transmises sous forme de *résumés standardisés de facturation anonymes* (voir le chapitre II).

À l'exception de celles citées au point 1.3 ci-dessus, les activités n'ayant pas fait l'objet de l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale d'hospitalisation en MCO ne donnent pas lieu à la production d'un RUM. C'est le cas des consultations externes et des actes médicaux et paramédicaux réalisés à titre externe (voir le point 1.5 ci-dessous).

1.4. CAS PARTICULIER : LA PRÉPARATION À L'IRRADIATION

Le résumé standardisé de préparation à l'irradiation (RSP) n'est pas un RUM à proprement parler ; il suit des règles conventionnelles exposées dans le point 4.1 du chapitre VIII.

1.5. PRISES EN CHARGE REALISEES SANS NUITEE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Ces prises en charge réalisées sans nuitée au sein des établissements de santé ainsi que leurs modalités de facturation sont décrites dans un texte de référence :

> L'Instruction N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Elle remplace la « circulaire frontière », N° DGOS/R n°2010/201 du 15 juin 2010, relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée, ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

La circulaire frontière s'attachait à distinguer soins externes et hospitalisations à temps partiel. L'instruction Gradation précise les conditions de facturation à l'assurance maladie, par les établissements, de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein. Elle répond à une logique de gradation des soins et des moyens mobilisés autour du patient, en fonction de ses besoins, dans un continuum allant de l'activité externe jusqu'à l'hospitalisation de jour.

Elle trouve son assise réglementaire dans l'article 11 du chapitre 7 « hospitalisation de jour et hospitalisation en UHCD » de l'arrêté du 19 février 2015 modifié, relatif aux forfaits alloués aux

[13] Les séances sont traitées dans le chapitre VII

établissements de santé mentionnés à l'article L162-22 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Arrêté dit arrêté « forfaits », ou « prestations ».

Ainsi, pour pouvoir justifier une facturation de GHS, les prises en charge de moins d'une journée doivent répondre à des conditions spécifiques relatives à la typologie des prises en charge dont elles relèvent, à l'exception de certaines qui ne relèvent d'aucune condition spécifique (décès, transfert, fugue, sortie contre avis médical).

Cette typologie des prises en charge, ainsi que les conditions de facturation d'un GHS à « taux plein » ou « intermédiaire » sont décrites dans l'instruction. Il est recommandé de s'y référer, pour en comprendre la logique et les modalités de description et de facturation.

Les variables du RSS à remplir selon la typologie des prises en charge sont décrites au point 2.2.1 ci-après (*contenu du recueil - variables administratives constantes au cours du séjour*).

2. CONTENU DU RECUEIL

2.1. LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Le résumé d'unité médicale (RUM) contient un nombre limité de rubriques de nature administrative et médicale renseignées au moyen d'informations codées. On distingue des informations constantes au cours du séjour, communes aux unités médicales fréquentées par le patient, et celles qui sont propres à chaque unité médicale.

Le **numéro de RSS**[14] est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour (voir le point 2.2.2). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre ce numéro et le numéro de RSS.

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

- au sein d'un même fichier, les RSS de patients distincts doivent posséder des numéros de RSS distincts ;
- dans le cas d'un séjour multi-unité, les différents RUM constitutifs d'un RSS doivent comporter le même numéro de RSS ;
- en revanche, les RUM d'un même patient correspondant à des séjours distincts doivent posséder des numéros de RSS distincts.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique[15]. En conséquence :

- si les deux parties du séjour se sont déroulées dans deux unités médicales différentes, le même numéro de RSS est attribué aux deux RUM produits (voir infra les consignes à propos des modes d'entrée et de sortie) ;

---

[14] Pour les rapports entre résumé de sortie standardisé (RSS) et RUM, voir plus loin le point 2.

[15] Seul un cas exceptionnel, tel un retour du patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours, donc à produire deux RSS distincts, la date de sortie du premier étant égale à la date d'entrée du second. Il n'est ainsi autorisé de produire deux RSS distincts que si la réadmission est justifiée par un évènement indépendant du premier séjour, cas exceptionnel. Toutes les fois que la réadmission est due à la même affection, à une complication de celle-ci ou de son traitement, il ne doit être produit qu'un seul RSS.

- si l'unité médicale de réadmission est la même que celle de sortie, il est produit un RUM unique, comme s'il n'y avait pas eu de sortie.

Exemple : entrée le 5 mars dans l'UM n° 1111 ; sortie le 9 mars de cette UM ; réadmission le 9 mars dans l'UM n° 1111 ; sortie de l'UM le 11 mars : il est produit un RUM unique au titre de l'UM n° 1111, dont la date d'entrée est le 5 et la date de sortie le 11 mars.

Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient[16]**.** Cette obligation fait notamment référence à la tenue des contrôles prévus par les articles L.162-23-12 et L.162-23-13 du code de la sécurité sociale.

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

2.2. LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ

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

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

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

Si le patient a fréquenté plusieurs unités médicales on parle de séjour multi-unité et le RSS est constitué par la suite des RUM résultant des séjours dans les différentes unités (« RSS multiRUM »). Cette suite est ordonnée chronologiquement sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, avant classement dans un *groupe homogène de malades* (GHM) ou *groupage*.

Le RSS ainsi constitué comporte un ensemble d'enregistrements jointifs possédant tous le même numéro de RSS. La date d'entrée du premier RUM du RSS est la date d'entrée dans le champ d'activité de MCO. La date de sortie du dernier RUM est la date de sortie du champ d'activité de MCO. La date d'entrée d'un RUM intermédiaire est égale à la date de sortie du RUM précédent. Les modes d'entrée et de sortie, ainsi que les codes de provenance et de destination doivent s'enchainer avec cohérence. Le diagnostic principal du RSS multi-unité est déterminé par un algorithme inscrit dans la procédure de groupage[17][22].

Dans une entité géographique donnée, pour un *séjour-patient* donné, entre une date d'entrée et une date de sortie données, il ne peut être produit qu'un RSS et un seul.

Il est rappelé que dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont, sauf exception, considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique.

Le RUM-RSS groupé est un enregistrement enrichi des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement de santé, renseignés conformément au format informatique en vigueur.

Chaque mois, un fichier de RUM-RSS groupés doit être produit par l'établissement de santé sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est constitué par les RUM-RSS dont la date de sortie est comprise dans le mois civil considéré[18].

---

[17] Se reporter à la présentation générale du *Manuel des groupes homogènes de malades* consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

[18] Sous réserve du caractère cumulatif de la transmission des informations (voir le point 1 du chapitre III).

2.2.1. 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 doit être enregistré dans le RUM :

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

La dénomination « numéro FINESS d'inscription e-PMSI » fait référence à la plateforme e-PMSI présentée dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004[19]. 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 RSS soit identique à celui avec lequel l'établissement est inscrit sur la plateforme e-PMSI pour pouvoir effectuer correctement la transmission des informations.

❑ Numéro administratif de séjour

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

Il est usuellement désigné par « numéro de séjour », « numéro d'admission », « numéro d'hospitalisation » ou « numéro d'entrée »[20].

Le numéro administratif de séjour (NAS) doit être propre au séjour dans le champ d'activité de MCO. Lorsqu'un patient entre dans ce champ par mutation depuis un autre (soins médicaux et de réadaptation, 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 MCO. De même, lorsqu'un patient sort de MCO par mutation vers un autre champ d'activité (voir plus loin ce qui concerne les informations mode de sortie et destination), un NAS différent de celui de MCO doit être créé dans le champ suivant.

Lorsque numéro de RSS et NAS sont différents, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre eux.

Par convention, la création d'un numéro administratif n'est pas réservée aux séjours d'hospitalisation. Elle concerne aussi les prestations sans admission en hospitalisation, notamment les séances de dialyse rénale et de radiothérapie citées *supra* dans le point 1.3.4.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, on n'identifie qu'un seul séjour. Le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour auquel est attribué un NAS unique[21].

❑ Version du format du RUM

Voir ci-dessous le point 2.6.

---

[19] Ce changement de dénomination a pour motif la refonte de la *Statistique annuelle des établissements de santé* (SAE) et la décision d'achever la convergence entre elle et le PMSI : voir le point 2.4 de ce chapitre.

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

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

- Date de naissance : jour, mois, année[22]

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

Hors anonymat demandé par le patient ou la patiente conformément aux articles 326 du code civil, R1112-38 du code de la santé publique, on enregistre toujours la date de naissance réelle, y compris pour l'interruption de la grossesse.

- Sexe

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

Code 1 Masculin

Code 2 Féminin

Code 3 Indéterminé [23]

- 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 par défaut le numéro du département suivi de 999.

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

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

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

Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de noter le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de type CEDEX ne doivent pas être utilisés.

Le code postal du lieu de de résidence d'un nouveau-né est celui de la résidence de sa mère.

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

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux articles 326 du code civil, R.1112-28 et R.1112-38 du code de la santé publique, les informations d'identification sont limitées à l'identifiant dit *numéro de RSS,* à l'année de naissance, au sexe et au numéro administratif de séjour (voir ci-dessous). Le code postal de résidence enregistré est 99999. (article R.6113-1 du CSP).

---

[22] 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, 31/12/1970 (instruction générale relative à l'état civil du 2 novembre 2004).

[23] Le codage de cette modalité de sexe Indéterminé est rendu nécessaire par les dispositions de la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique

2.2.2. Informations variables au cours du séjour

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

- Numéro de l'unité médicale (UM)

Le numéro mentionné dans le RUM est celui de l'UM dans laquelle le patient est physiquement hospitalisé, y compris lorsque le médecin dispensant les soins est rattaché à une UM différente.

> Exemple : faute de place dans une unité A, un patient est hospitalisé dans une unité B, mais la prise en charge médicale est assurée par A : le numéro d'UM qui doit être indiqué dans le RUM est celui de B.

Nouveau-nés : ils font toujours l'objet d'un RUM propre, y compris dans le cas habituel où ils ont séjourné dans l'unité d'obstétrique (maternité) auprès de leur mère et n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission (nouveau-nés parfois dits « non hospitalisés »). Pour eux le numéro d'UM est celui de l'unité d'hospitalisation où ils sont physiquement présents, obstétrique ou néonatalogie.

Le numéro de RUM identifie chacun des RUM d'un résumé de sortie standardisé multi-unité[24]. Les différents RUM d'un même RSS multi-unité doivent donc posséder des numéros de RUM différents (en revanche, les mêmes numéros peuvent être employés dans des RSS distincts).

Les établissements de santé sont libres du choix de leur mode de numérotation. La seule obligation est qu'à l'intérieur d'un même RSS multi-unité, chaque RUM ait un numéro différent.

Le numéro d'UM enregistré dans le RUM est conforme au fichier structure de l'établissement de santé.

- Type d'autorisation de lit identifié (dédié)

Cette variable ne concerne actuellement que les soins palliatifs. Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé qui possède une reconnaissance contractuelle d'activité de soins palliatifs développe celle-ci, non pas au sein d'une unité médicale entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une ou plusieurs unités médicales exerçant par ailleurs une autre activité. Le code à enregistrer dans ce cas est « 08 ».

En revanche, le type d'autorisation ou de reconnaissance contractuelle des unités médicales indiquées au point 1.1 n'est pas une information du RUM[25].

- Confirmation du codage du RSS

L'information « confirmation du RSS » est particulière car la question de son renseignement n'est susceptible de se poser qu'après le classement du RSS dans un *groupe homogène de malades* (GHM) ou *groupage*. Le RSS peut devoir être confirmé dans quatre circonstances :

- lorsqu'un séjour comportant un accouchement est classé dans certains GHM n'appartenant pas à la catégorie majeure de diagnostic n° 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du* postpartum ;

---

[24] Pour les rapports entre résumé de sortie standardisé (RSS) et RUM, voir le point 2 suivant.

[25] Voir le point 2.2 de ce chapitre.

- dans le cas de personnes transgenres, lorsque la fonction groupage génère une erreur liée à l'incompatibilité entre la variable sexe et le diagnostic principal alors que les informations renseignées sont correctes – c'est notamment le cas quand le changement de sexe a été fait à l'état civil et que la CMD correspond à l'organe pris en charge ;
- lorsqu'un séjour est classé dans certains GHM couteux, avec une durée de séjour anormalement courte alors que la sortie n'a eu lieu ni par décès, ni par transfert vers la MCO, et hors prestation interétablissement ;
- lorsque la durée du séjour est égale ou supérieure à 365 jours.

Dans ces circonstances, lorsque la confirmation du RSS est demandée, la réponse revêt l'une des trois modalités suivantes :

- modification du contenu du RSS s'il est erroné ;
- confirmation du contenu du RSS (code « 1 ») ;
- absence de correction et de confirmation, la zone de saisie étant laissée vide (« à blanc »)[26].

La confirmation d'un RSS multi-unité (code « 1 ») doit être enregistrée dans le dernier RUM, dans l'ordre chronologique, du RSS.

En l'absence d'une demande de confirmation de codage, la zone de saisie doit être laissée vide (« à blanc »).

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

Quand un patient est hospitalisé dans une unité médicale de MCO[27] à l'issue d'un passage par la structure d'accueil des urgences de la même entité géographique, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle de l'arrivée du patient dans l'entité géographique.

Exemple : patient s'étant présenté aux urgences un jour J à 22 heures, admis dans une unité d'hospitalisation quelques heures plus tard, à J+1. La date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J.

Nouveau-nés : lorsqu'ils sont nés dans l'établissement de santé, leur date d'entrée est celle de leur naissance.

❑ Mode d'entrée dans l'unité médicale

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

Code 6 *Mutation*

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

Une entrée en MCO depuis le domicile lorsque le patient y bénéficiait 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 sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un

---

[26] Le RSS est classé dans un *groupe-erreur* au tarif nul dans deux circonstances : absence de modification ou de confirmation du RSS alors que celle-ci est nécessaire ; confirmation du RSS (code « 1 ») alors qu'elle n'est pas demandée. Les *groupes-erreurs* de la classification des GHM sont décrits dans la présentation générale du *Manuel des groupes homogènes de malades*.

[27] Qu'il s'agisse d'une unité d'hospitalisation de courte durée ou d'une autre unité d'hospitalisation

seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique[28]. En conséquence, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert définitif*

Le patient vient d'une autre entité géographique.

Ce type de transfert est à distinguer de l'entrée pour prestation demandée par un autre établissement de santé, à coder « 0 » (voir ci-dessous le mode *transfert provisoire*).

Par « le patient vient » on entend :

- que le patient était hospitalisé :
  il avait fait l'objet d'une admission dans une unité d'hospitalisation, y compris dans l'unité d'hospitalisation de courte durée, dans l'entité géographique ou l'établissement de santé de provenance.

- ou qu'il n'était pas hospitalisé :
  il avait fait l'objet d'un passage par la structure des urgences dans l'entité géographique ou l'établissement de santé de provenance.

Une entrée en MCO depuis le domicile lorsque le patient y bénéficiait d'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 (*Prestations interétablissements*).

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile ou de son substitut, tel un établissement d'hébergement médicosocial[29]. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique.

Code N *Naissance*

Ce mode d'entrée permet d'identifier les RUM de naissance. Ce code ne doit être utilisé que dans les RUM des nouveau-nés dont la naissance a eu lieu dans l'établissement.

Ainsi les nouveau-nés transférés auront un mode d'entrée 7 transfert définitif ; les nouveau-nés admis suite à un accouchement à domicile ou dans une maison de naissance auront un mode d'entrée 8.

A compter de 2025, les séjours après naissance en présence du SMUR et hors d'un établissement de santé seront considérés comme des séjours en provenance du domicile et le mode d'entrée sera codé « 8 ».

---

[28] Se reporter au paragraphe concernant la variable Numéro administratif de séjour (NAS)

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

Ce mode d'entrée « Naissance » concerne tout nouveau-né pour lequel est créé un séjour, donc également les enfants nés sans vie (mort-nés), ainsi que les produits d'avortement de plus de 22 SA et/ou de plus de 500 g.

Code O[30] *Patient entré décédé pour prélèvement d'organes*

Le patient est entré décédé pour prélèvement d'organes. Ce mode d'entrée est codé pour les patients transférés par le SMUR (soit dans le cadre d'un transfert, soit dans le cadre d'une première intervention SMUR, par exemple en cas d'accident de la voie publique).

- Provenance, si le mode d'entrée le nécessite
  - en cas d'entrée par mutation ou transfert (définitif ou provisoire) :

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

Dans le cas particulier d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique[31]. En conséquence, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation en provenance de MCO.

En cas de mode d'entrée correspondant à un Transfert Définitif (Code 7), le code 1 de Provenance peut être utilisé si le patient vient d'une structure des urgences d'une autre entité géographique, même s'il n'y était pas hospitalisé (cf – définition des transferts définitifs).

Code R *En provenance d'une unité de réanimation*

Ce code est utilisé en cas d'entrée par transfert provisoire ou définitif (code « 0 » ou « 7 » du mode d'entrée) depuis une unité de réanimation néonatale, pédiatrique ou d'adulte[32].

Code 2 *En provenance d'une unité de soins médicaux et de réadaptation*

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 d'hospitalisation à domicile*[33]

- en cas d'entrée à partir du domicile :

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

---

[30] Ce mode d'entrée remplace la variable « Hospitalisation pour prélèvement d'organes » du VIDHOSP. Il permet la non facturation à l'Assurance maladie du séjour (voir guide de lecture OVALIDE)

[31] Se reporter au paragraphe concernant la variable Numéro administratif de séjour (NAS)

[32] Dès lors que le séjour dans cette unité a donné lieu à la facturation d'un supplément « réanimation », « réanimation pédiatrique » ou « réanimation néonatale ».

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

- ❑ Passage par une structure des urgences

Cette variable permet l'identification du passage par une structure des urgences du patient de manière décorrélée de la variable Provenance. Elle peut être codée pour les patients dont le mode d'entrée est le code 8 *Domicile* ou le code 7 *Transfert définitif*.

Code 5[34] Passage par une structure des urgences de la même entité géographique (y compris l'UHCD)

Afin de distinguer les passages dans la structure d'accueil des urgences relevant d'un mode particulier d'organisation (passage systématique) des passages réellement motivés par l'état du patient, ce code n'est à utiliser que :

- lorsque le patient s'est spontanément présenté dans cette structure ;
- lorsqu'il y a été adressé par un médecin extérieur à l'établissement de santé ;
- lorsque l'adressage a été le fait d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou d'un centre 15[35].

Le point essentiel conditionnant l'emploi du code de passage par une structure des urgences « 5 » est l'utilisation non systématique de la structure d'accueil des urgences, fondée sur le problème du patient, réel ou ressenti. Le patient est pris en charge par les urgences non pas parce que « tous les entrants doivent (a priori) y passer », mais parce que son problème personnel, apprécié par lui-même, par son entourage ou par un médecin, justifie cette prise en charge.

Dans ces conditions le code de passage par une structure des urgences « 5 » doit être enregistré dès lors qu'un hospitalisé a utilisé la structure d'accueil des urgences, quelle que soit l'unité médicale dans laquelle il est admis à l'issue, y compris s'il s'agit de l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Code U[36] Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique (y compris l'UHCD)

Le code « U » est utilisé afin d'identifier les admissions de patients en provenance directe d'une structure d'accueil des urgences (service des urgences, UHCD[37]) d'une autre entité géographique

Code V[38] Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique et par celle de l'entité géographique de l'établissement (UHCD comprises)

Le patient passe par une première structure des urgences d'une autre entité géographique. Puis le patient est admis directement dans la structure des urgences de l'entité géographique de l'établissement.

Un document explicitant les recommandations de codage de cette variable et les combinations possibles avec les variables mode d'entrée et provenance est disponible en téléchargement sur le site de l'ATIH[39].

---

[35] Y compris si le siège du SMUR ou celui du centre 15 est situé dans le même établissement de santé que la structure d'accueil des urgences.

[36] Cette modalité correspond à l'ancien code U de la Provenance *Avec passage dans la structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique*.

[37] En revanche l'hospitalisation dans une unité médicale autre que l'UHCD contre-indique l'utilisation de cette modalité, le patient sortant du contexte de l'urgence.

[38] Cette modalité correspond à l'addition des anciens code U et 5 de la provenance.

[39] Recommandation de codage variable provenance urgences

- ❑ Conversion hospitalisation complète

Lorsqu'un patient, admis en UM d'hospitalisation partielle, est muté dans une UM d'hospitalisation complète ou mixte, la conversion du séjour devra être codée. L'objectif de ce codage est de pouvoir identifier ces séjours.

Trois valeurs de cette variable sont possibles :

- variable à blanc : RUM non concerné
- variable «conversion » : valeur 1
- variable « absence de conversion » : valeur 2

Lorsque cette situation se présente, certains établissements sont contraints d'écraser le RUM en hospitalisation partielle pour respecter les règles de la norme B2, ou du fait de leur système d'information. En conséquence, qu'il y ait eu, ou non, écrasement du RUM en hospitalisation partielle réalisé à l'entrée, le codage de la conversion devra être réalisé dans le premier RUM d'hospitalisation complète.

Le repérage des conversions concerne :

- les patients entrés en UM d'hospitalisation partielle (chirurgie ambulatoire, HDJ, plateau ambulatoire interventionnel, séance) ;
- les patients admis aux urgences et adressés dans une UM d'hospitalisation partielle ;
- les patients admis en prestation inter établissement en UM d'hospitalisation partielle (établissement prestataire).

Une conversion est renseignée pour les patients mutés en UM d'hospitalisation complète dans l'établissement.

Le repérage ne concerne pas les séjours ambulatoires programmés dans des unités d'hospitalisation complète (ambulatoire dit « forain »).

- ❑ Prise en charge réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Cette variable doit être renseignée pour tous les séjours comprenant une intervention intégrée dans un protocole de RAAC.

Code 1 : prise en charge RAAC
Code 2 : pas de prise en charge RAAC

- ❑ Non programmée (NP)

Cette variable doit être renseignée pour tous les séjours de patients adultes faisant partie du périmètre du recueil spécifié dans la notice dédiée.

- 1 = oui : répondant à la définition de l'admission non programmée dans la notice dédiée
- 2 = non
- Non renseigné : lorsque le caractère non programmé est inconnu ou lorsque le séjour n'est pas concerné. Concerne donc des séjours ou situations exclues du périmètre de recueil ci-dessus.

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

En cas de décès la date de sortie enregistrée dans le RUM est celle du décès, y compris si des prélèvements d'organes ou de tissus[40] ont lieu à une date ultérieure.

Le changement d'année civile en cours de séjour n'a pas pour effet de clôturer celui-ci.

- ❑ Mode de sortie de l'unité médicale

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

Code 6 *Mutation*

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

Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie 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 sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique[41]. En conséquence, lorsque l'unité médicale de sortie est différente de celle de réadmission, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert définitif*

Hospitalisé à part entière, le patient sort pour une autre entité géographique.

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

Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie d'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 (*Prestations interétablissements*).

Code 8 *Domicile*

Le patient retourne à son domicile 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 transfert (définitif ou provisoire) :

Code 1 *Vers une unité de MCO*

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique[41]. En conséquence, lorsque l'unité médicale de sortie est différente de celle de réadmission, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation à destination de MCO.

---

[40] Ou une autopsie médicale, dès lors que les actes en rapport sont inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux.*

[41] Se reporter au paragraphe concernant la variable Numéro administratif de séjour (NAS).

Code 2 *Vers une unité de soins médicaux et de réadaptation*

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

Code 4 *Vers une unité de psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*[42]

- en cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*[43]

Une absence provisoire du patient dite ***permission*** n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le RUM. Dans son cas, les dates d'entrée et de sortie indiquées dans le RUM sont celles du début et de la fin du séjour dans l'unité médicale au cours duquel la permission a eu lieu. Sa durée maximale est de quarante-huit heures[44].

❑ Nombre de séances : voir le chapitre VII

INSTRUCTION GRADATION

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, précise les règles de facturation des prises en charge en ambulatoire en décrivant une gradation allant des prises en charge en externe jusqu'à l'hospitalisation de jour, à compter du 1er mars 2020.

Les évolutions de recueil : les nouvelles variables

Des variables sont recueillies pour décrire les moyens mobilisés lors de la prise en charge des patients en séjours de médecine (c'est-à-dire sans acte CCAM classant[45]) pour lesquels la date de sortie est la même que la date d'entrée. Parmi les séjours sans nuitée, le recueil de ces variables ne concerne pas :

- l'UHCD, sauf pour l'administration de produits de la réserve hospitalière ;
- les prises en charge qui ne relèvent d'aucune condition spécifique tel que précisé dans l'instruction ;
- les prises en charge en addictologie ;
- les séjours avec acte CCAM classant[45] ;
- les prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie générale ou loco-régionale.

Il s'agit des variables suivantes : A noter que pour l'ensemble de ces variables, la justification de ce codage doit être tracée dans le dossier du patient.

---

[42] Lorsqu'après son hospitalisation en MCO, le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile

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

[44] Article R.1112-56 du code de la santé publique.

[45] Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'Annexe 8 du Volume 1 du Manuel des Groupes Homogènes de Malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié.

- ❑ Variable : Nombre d'interventions

La variable « nombre d'interventions » permet de recueillir le nombre d'interventions coordonnées par un professionnel médical pour un patient. Il s'agit d'actes CCAM ou d'interventions réalisées directement auprès du patient par des professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs, dans les conditions de l'Annexe 4 de l'Instruction.

La variable « Nombre d'interventions » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- A = moins de 3 interventions
- B = 3 interventions
- C = 4 interventions ou plus
- non renseigné.

- ❑ Variable : Contexte patient/surveillance particulière

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

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

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

- 1 = oui (contexte particulier et/ou surveillance particulière)
- 2 = non
- non renseigné

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

Cette variable est codée dans les situations où une hospitalisation est requise pour l'administration de produits de la réserve hospitalière.

La variable « administration d'un produit de la RH » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- 1 = oui (oui administration de produit de la RH)
- 2 = non
- non renseigné

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

- ❑ Variable : Rescrit tarifaire

Dès lors qu'une décision de rescrit est publiée, celle-ci devient opposable pour les autres établissements, pour des situations de fait comparables. Les séjours relevant de ces situations de faits comparables peuvent donner lieu au codage de la variable « Rescrit tarifaire ».

La variable « Rescrit tarifaire » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- 1 = oui (situation relevant d'une hospitalisation de jour)
- 2 = non
- non renseigné

2.2.2.2. Informations Médicales

- ❑ Diagnostics : diagnostic principal et, s'il y a lieu, diagnostic relié, diagnostics associés

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

Il ne peut figurer dans le RUM, comme diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé, que des problèmes de santé présents, actifs, au moment de l'hospitalisation. Cette notion inclut les problèmes de santé diagnostiqués ou traités au cours d'un passage par la structure d'accueil des urgences de l'établissement d'hospitalisation.

Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* dans sa version CIM– 10 à usage PMSI la plus récente publiée au *Bulletin officiel*, et consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Les consignes de codage sont données dans le chapitre V de ce guide.

- ❑ Actes médicaux techniques

Ne doivent être enregistrés dans le RUM que les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'admission et de sortie, y compris les actes effectués au cours d'un passage par la structure d'accueil des urgences de l'établissement d'hospitalisation.

Un acte réalisé avant une hospitalisation, ou bien programmé au cours d'une hospitalisation mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire ou en externe, par exemple) ne doit pas être enregistré dans le RUM du séjour[46].

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

La CCAM peut être consultée et téléchargée sur le site Internet de l''ATIH. Ses règles d'utilisation sont indiquées dans un *Guide de lecture et de codage* publié au *Bulletin officiel* et téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

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

- le code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- le code *phase* : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- le ou les codes *activité*[47] ;
- le nombre de réalisations de l'acte ;
- la date de réalisation de l'acte ;
- le code *extension documentaire*[48].

Depuis 2015, une CCAM descriptive à usage PMSI a été mise en ligne sur le site de l'ATIH. Pour bien distinguer la CCAM descriptive de la CCAM utilisée pour la tarification (paiement à l'acte), les codes principaux à 7 caractères de format 4 lettres 3 chiffres, sont complétés par une extension à 3 caractères : un tiret, 2 chiffres.

---

[46] Ce qui ne s'oppose pas à ce qu'il le soit éventuellement comme une *donnée à visée documentaire* (voir le point 4 du chapitre IV).

[47] Lorsqu'un acte a été réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale, la saisie du code d'activité « 4 » peut être indispensable au classement correct du RSS dans un *groupe homogène de malades*.

[48] La saisie du code *extension documentaire* est obligatoire pour les actes d'anesthésie. Son omission est toujours considérée comme une erreur *non bloquante*. Il s'agira d'une erreur *bloquante* ultérieurement, pour les notions d'erreurs bloquante et non bloquante, voir la présentation générale du *Manuel des groupes homogènes de malades*.

L'enregistrement de la date de réalisation est obligatoire pour tous les actes.

La variable « date de réalisation » étant renseignée :

- 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 le séjour, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte »[49], une par jour de réalisation de l'acte.

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

- dans le RUM de l'enfant lorsqu'il en est produit[50] ;
- dans le RUM de la mère s'il ne doit pas être produit de RUM, c'est-à-dire pour une issue de grossesse avant vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée et d'un poids de moins de cinq-cents grammes.

Depuis le 1er mars 2011, tous les prélèvements d'organes sur des personnes décédées doivent être enregistrés dans le recueil FICHCOMP[51] de l'établissement de santé siège du prélèvement.

Lorsque l'hospitalisation dans une unité médicale de MCO est précédée par un passage dans la structure d'accueil des urgences de la même entité géographique, les actes effectués aux urgences sont enregistrés dans le RUM de la première unité médicale où est hospitalisé le patient[52].

Lorsqu'un patient a été provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur (A) vers un établissement prestataire (B) pour la réalisation d'un acte ou d'une prise en charge facturée à A par B, A code l'acte dans le RUM du séjour[53].

❑ Poids du nouveau-né

On enregistre le poids en grammes à l'entrée dans l'unité médicale (UM) des enfants âgés de moins de 29 jours ou pesant moins de 2500 grammes quel que soit l'âge[54].

Dans le cas d'un enfant né sans vie, son poids de naissance doit être enregistré dans le RUM produit pour lui (se reporter au point 1.3.2 de ce chapitre).

❑ Date des dernières règles : jour, mois, année[55]

Il s'agit de la date recalculée, d'après la date de début de grossesse éventuellement en tenant compte de l'ensemble des corrections, notamment échographiques ou d'après la date de

---

[49] L'ensemble des informations enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du format du RUM (voir *infra* le point 2.6).

[50] Se reporter au point 1.3.2 de ce chapitre.

[51] Voir le point 2.1.3 du chapitre II.

[52] On rappelle que pour un patient qui se présente dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement de santé un jour J, hospitalisé à J+1 dans une unité médicale de MCO du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J : se reporter aux informations relatives à la date d'entrée du RUM.

[53] Voir le point 3 (*Prestations interétablissements*) de ce chapitre.

[54] Le poids à l'entrée dans l'UM d'un enfant âgé de 29 jours ou plus mais pesant moins de 2500 grammes doit donc désormais être enregistré dans le RUM. Cette consigne, applicable depuis le 1er mars 2012, résulte de la refonte de la catégorie majeure n° 15 (CM 15). Un RSS orienté dans la CM 15 est classé dans un groupe-erreur s'il ne mentionne pas le poids de l'enfant. En cas de RSS multiRUM, le poids est recherché dans le premier RUM dans l'ordre chronologique.

[55] Précisions concernant la date des dernières règles (DDR) y compris dans les cas de FIV. Note d'information n°DRESS/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 DU 4 JUILLET 2023.

conception qui sert de référence pour le calcul de l'âge gestationnel. Par exemple, si la date de conception est le 14 juillet, la date des dernières règles est le 1er juillet (14-13=1).

DDR recalculée à renseigner = Date de conception – 13 jours
= Date de début de grossesse corrigée – 13 jours

Il ne s'agit pas de la date déclarée par la patiente.

Si la date de début de la grossesse est inconnue, on enregistre la meilleure estimation obstétricale et pédiatrique.

La date des dernières règles est enregistrée dans les RUM des patientes lors des séjours de la grossesse — y compris pour son interruption — et de l'accouchement[56]. La date des dernières règles doit être enregistrée lors de tout séjour au cours duquel la grossesse est prise en charge, que ce soit à titre de morbidité principale ou associée[57].

❑ Âge gestationnel

L'âge gestationnel est exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée à partir de la date des dernières règles telle que calculée ci-dessus.

Il est saisi dans le RUM de la mère à la date de l'accouchement, y compris en cas d'interruption de la grossesse pour motif médical[58]; l'âge gestationnel doit être saisi dans le RUM dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement, et seulement dans celui-ci.

Il est saisi dans le RUM de l'enfant à la date de la naissance :

- dans l'établissement de santé de naissance,
- dans le cas général, dans le RUM produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né (maternité, néonatalogie...),
- dans le cas d'un nouveau-né transféré directement de la salle de naissance (salle de travail) dans un autre établissement de santé, dans le RUM produit pour lui,
- dans le cas des enfants nés sans vie et des produits d'interruption de la grossesse pour motif médical à partir de 22 semaines révolues d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins cinq-cents grammes, dans le RUM produit pour eux ;
- dans l'établissement de santé recevant un nouveau-né par transfert, y compris en provenance directe d'une salle de naissance : dans le RUM de la première unité d'hospitalisation.

En cas de mutation ou de transfert, l'âge gestationnel à la naissance[59] doit être enregistré dans les RUM successifs produits[60].

L'âge gestationnel enregistré dans le RUM de la mère et dans celui de l'enfant doit-être le même.

---

[56] La date des dernières règles n'est enregistrée que dans le RUM de la mère ; dans les cas d'accouchement et d'interruption de la grossesse pour motif médical, elle ne l'est pas dans le RUM du nouveau-né ou du produit de l'interruption. Lors d'un séjour de la grossesse (de l'*antepartum*) la date des dernières règles permet le calcul de l'âge gestationnel à l'entrée de la patiente. Des informations complémentaires sur la date des dernières règles sont données dans la note technique constituant l'annexe II de l'instruction N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021.

[57] Ces notions sont développées dans le chapitre IV.

[58] Aussi dite *interruption thérapeutique de grossesse* (ITG), voir pages 69-70.

---

[59] Dans le cas d'un nouveau-né prématuré c'est l'âge gestationnel à la naissance qui doit être enregistré, non l'âge gestationnel augmenté du nombre de jours de vie.

[60] Le respect de cette consigne est nécessaire à un classement optimal du séjour dans la nouvelle CM 15. Celui-ci tient compte en effet de deux variables : le poids et l'âge gestationnel.

- Indice de gravité simplifié (IGS II)

Sa mention ne concerne que les patients hospitalisés dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue[61]. En soins intensifs de spécialité, le clinicien apprécie si le recueil de l'IGS II est pertinent en fonction du patient ; dans le cas inverse il n'est pas recueilli[62].

L'IGS II est calculé en attribuant à chaque variable le nombre de points le plus important relevé au cours des 24 heures suivant l'admission dans l'unité de soins.

- Type de dosimétrie

Code 1 *Dosimétrie pour radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI]*

Code 2 *Dosimétrie tridimensionnelle avec histogramme dose-volume [HDV] sur les volumes cibles et les organes à risque*

Code 3 *Dosimétrie tridimensionnelle sans HDV sur les volumes cibles et les organes à risque*

Code 4 *Autres types de dosimétrie*

- Type de machine en radiothérapie[63]

Code 1 *Machine de type* Tomothérapy® *ou* Novalis® *ou* Cyberknife® *ou protonthérapie*

Code 2 *Machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame, de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance*

Code 3 *Machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame, de système d'enregistrement et de contrôle, sans module de repositionnement du malade à distance*

Code 4 *Machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle*

- Numéro « innovation »

Cette variable a pour objectif l'identification des prises en charges pour lesquelles un patient a bénéficié d'un produit ou d'un acte relevant d'une procédure « innovante», qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique, procédure qui fait l'objet, soit d'un financement expérimental dans le cadre d'un projet de recherche spécifié, de type programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ou soutien aux techniques innovantes et couteuses (STIC), soit d'une mesure relevant de l'article L.165-1-1 du code de la sécurité sociale.

Depuis le 1er mars 2013, il importe de produire, pour chacune de ces prises en charge en hospitalisation, un RSS respectant en tous points les conditions habituelles du recueil pour le séjour concerné, et de renseigner spécifiquement le champ « innovation » au moyen du

---

[61] Des consignes pratiques de recueil sont disponibles sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la Société française d'anesthésie et de réanimation.

[62] En réanimation, dans les USIP (ou USIP dérogatoires), et en surveillance continue, l'IGS II est utilisé pour le financement de l'activité (voir l'arrêté relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile (arrêté « prestations »)).

[63] L'information type de machine en radiothérapie n'est pas utilisée par la version 11 de la classification des groupes homogènes de malades.

numéro d'identification communiqué à l'établissement de santé à l'occasion de la mise en œuvre du programme. Ce numéro, qui est simplement à reproduire selon l'information communiquée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), est constitué de :

- 5 caractères alphabétiques pour désigner le type de programme ;
- 2 caractères numériques pour désigner l'année de mise en œuvre du programme ;
- 2 caractères numériques pour désigner le type de technologie de santé ;
- 3 caractères numériques pour désigner le numéro du projet proprement dit.

❑ Données à visée documentaire, s'il y a lieu[64]

2.3. LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME

La production du résumé de sortie anonyme (RSA) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir du RUM-RSS groupé. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH, nommé DRUIDES (pour « Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des Données des Etablissements de Santé »)

Le RSA est toujours un enregistrement unique, y compris dans le cas d'un RSS multi-unité. Dans ce cas :

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

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

- numéro de RSS ;
- numéro administratif de séjour ;
- numéro(s) d'unité médicale ; seul figure le nombre de RUM composant le RSS d'origine ;

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

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

- l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- La durée du séjour, le mois et l'année de sortie
- le type d'autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l'unité médicale (voir le point 2.4 suivant)[65] ;

---

[64] Voir le point 4 du chapitre IV.

[65] L'information relative à ces unités n'est pas enregistrée dans le RUM mais dans un fichier spécifique nommé fichier d'information des unités médicales (se reporter au Manuel d'utilisation de DRUIDES téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH).

- le numéro d'index servant au chainage anonyme[66]
- le résultat du groupage effectué par la *fonction groupage* officielle ;
- en cas de prestation interétablissement (voir le point 3 de ce chapitre), si le séjour du RSA est celui de l'établissement de santé demandeur ou celui du prestataire ;
- le numéro du *groupe homogène de séjours* (GHS)[67] ;
- le nombre éventuel de suppléments liés au séjour dans une unité médicale identifiée comme étant de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ;
- la situation de l'hospitalisation par rapport à la borne extrême basse (type de minoration, nombre de journées entre la borne et la durée du séjour) ou le nombre de journées au-delà de la borne extrême haute ;
- le nombre éventuel de suppléments pour hémodialyse, entrainement à la dialyse et oxygénothérapie hyperbare hors séances ;
- le nombre d'actes de radiothérapie ;
- le séjour dans un lit identifié dédié aux soins palliatifs ;
- le numéro du RUM ayant fourni le diagnostic principal du séjour.

Les RSA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

2.4. LE FICHIER D'INFORMATION DES UNITÉS MÉDICALES

L'information relative aux unités médicales (UM) nécessitant une autorisation ou une reconnaissance contractuelle (tableau suivant) n'est pas enregistrée dans le RUM mais dans un fichier spécifique nommé *fichier d'information des unités médicales* (fichier IUM).

Code UM	Classification de l'unité médicale fonctionnelle
01A	Réanimation adulte hors grands brûlés
01B	Réanimation adulte grands brûlés
02A	Soins intensifs en cardiologie = USIC
02B	Autres soins intensifs (hors UNV, USIC, néonatologie)
03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés
03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés
04	Néonatologie sans SI
05	Soins intensifs en néonatologie
06	Réanimation néonatale
07A	UHCD structures des urgences générales
07B	UHCD structures des urgences pédiatriques
08	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)
13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés
13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés
14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés
14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés
16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air
17	UNV hors SI
18	Soins intensifs en UNV
19	Unité d'addictologie de recours et de référence
20	Traitement des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)
21	Hémodialyse en centre pour adulte
22	Hémodialyse en centre pour enfant

[66] Voir le chapitre III.

[67] Pour des précisions sur la notion de GHS et les informations du RSA qui suivent, voir l'arrêté « prestations ».

23	Hémodialyse en unité médicalisée
34	Hémodialyse en unité d'autodialyse
35	Hémodialyse à domicile
36	Dialyse péritonéale à domicile
37	Unité de dialyse saisonnière
26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI
40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale
41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale
42	Unité de radiothérapie ambulatoire
43	Unité de chimiothérapie ambulatoire
50	Chirurgie cardiaque
51	Neurochirurgie
52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)
53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)
61	Unité de prise en charge de la douleur chronique
62	Etablissement ciblé pour le forfait diabète
63	Etablissement ciblé pour le forfait insuffisance rénale chronique
27	Médecine gériatrique
28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)
29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée
70	Gynécologie seule
71	Obstétrique seule
73	Gynécologie obstétrique indifférenciée

Dans le cadre de la refonte de la *Statistique annuelle des établissements de santé* (SAE), il a été décidé d'achever la convergence entre celle-ci et le PMSI en préenregistrant lors de la collecte de la SAE les données d'activité issues du PMSI. L'alimentation automatique d'une partie du recueil de la SAE à partir des données issues du PMSI, ventilées par site géographique et par discipline, est effective depuis mars 2014.

La réalisation de cet objectif a nécessité :

- un typage de l'ensemble des unités médicales (non plus seulement de celles nécessitant une autorisation ou une reconnaissance contractuelle) cohérent avec celui de la SAE ;
- un renforcement du contrôle des numéros FINESS, notamment par l'obligation pour les établissements publics de renseigner, pour chaque UM, leur numéro FINESS géographique en complément de leur numéro FINESS d'inscription à la plateforme e-PMSI[68].

Le fichier d'information des UM a en conséquence été enrichi afin que toutes les unités médicales de MCO soient typées. A chaque unité est affecté un type d'UM et un seul, de manière à n'appartenir qu'à une seule discipline et à permettre ainsi une partition des UM de l'établissement de santé. Le typage des UM est fait sur 4 caractères, les 3 premiers concernent le type médical d'Unité et le dernier concerne le type d'organisation qui peut prendre 3 valeurs : P/C/M avec P = hospitalisation partielle, C = hospitalisation complète et M = hospitalisation mixte.

A compter de 2024, et en raison de la mise en œuvre de nouveaux critères d'autorisation pour les UM de soins critiques, de nouveaux codes permettant de les identifier ont été créés. Ces codes d'UM seront à utiliser après obtention des autorisations correspondantes auprès des ARS. Toutefois, les codes concernant les anciennes autorisations devront être maintenus dans le fichier des UM transmis, ceci afin de permettre la valorisation des suppléments

[68] Circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme d'échange e-PMSI.

rattachés aux anciennes autorisations. Ces anciens codes ne seront plus nécessaires lorsqu'aucun séjour de l'année civile en cours ne justifiera de supplément alloué sur la base des anciennes autorisations.

Le tableau concernant les nouveaux codes est le suivant :

CODE UM	UNITE MEDICALE
01A	Réanimation adulte hors grands brûlés
02C	Soins intensifs polyvalents adultes
02I	Soins intensifs de spécialité (dont nephrologie, app.respiratoire, HGE)
02D	Soins intensifs polyvalents dérogatoires adultes
02E	Soins intensifs en cardiologie = USIC adultes
02F	Soins intensifs neurovasculaires (USINV) adultes
02H	Soins intensifs d'hématologie (USIH) adultes
13G	Réanimation pédiatrique de recours hors grand brûlés
15I	Soins intensifs pédiatriques de spécialité
15E	Soins intensifs pédiatriques de cardiologie
13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés
15C	Soins intensifs polyvalents pédiatriques
15I	Soins intensifs pédiatriques de spécialité
15E	Soins intensifs pédiatriques de cardiologie
15D	Soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques
15H	Soins intensifs d'hématologie (USIH) pédiatriques

A compter du 1er mars 2025, les USIP et USIP dérogatoires autorisées dans le cadre de l'octroi des nouvelles autorisations, devront être identifiées par un nouveau code d'UM. Les deux codes concernant ces UM devront être enregistrés dans les fichiers des UM transmis mensuellement, si des séjours ont été réalisés dans la période de 2025 précédant le 1er mars, ceci afin de permettre la valorisation des suppléments en tenant compte des règles décrites dans les arrêtés relatifs aux forfaits de 2024 et de 2025 (Chapitre 4 : Facturation de suppléments en sus des GHS).

Le nouveau code à enregistrer dans le fichier des UM à compter du 1er mars 2025 est décrit dans le tableau ci-dessous :

Nouveau type d'autorisation USIP	
24C	Soins intensifs polyvalents adultes
24D	Soins intensifs polyvalents dérogatoires adultes
25C	Soins intensifs polyvalents pédiatriques
25D	Soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques

La nomenclature des UM est détaillée dans une notice sur le site internet de l'ATIH : https://www.atih.sante.fr/refonte-sae-2013-um-finess-geographique.

Le tableau suivant répertorie les codes d'autorisation des UM concernées par les nouvelles autorisations de soins critiques, selon la date, effective de mise en œuvre de la nouvelle autorisation, ainsi que selon la période concernée de 2025, si des autorisations d'USIP ou USIP dérogatoires ont été acquises avant le 1er mars 2025 ou en cours d'année.

	Avant la mise en œuvre de la réforme des autorisations de soins critiques (régime encore en vigueur dans plusieurs régions en 2025)				Après la mise en œuvre de la réforme des autorisations de soins critiques (régime en vigueur dans plusieurs régions dès 2025)				
Adultes / pédiatriques	Unité	Régime	Supplément applicable	Code UM1	Unité après mise en œuvre de la réforme	Régime en vigueur	Supplément applicable	Code UM 2 avant	Code UM 3 après 1er mars 2025
Adultes	Réanimation	Autorisation	REA ou STF	01A	Unité de réanimation	Autorisation	REA ou STF	01A	01A
Adultes					USI polyvalentes (avec réanimation sur site)	Autorisation	STF	02C	24C
Adultes					USIP dérogatoires (sans réanimation sur site)	Autorisation	STF	02D	24D
Adultes	USIH (avec ou sans réanimation sur site)	Reconnaissance contractuelle	STF	16	USIH (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	STF	02H	02H
Adultes	USIC (avec ou sans réanimation sur site)	Reconnaissance contractuelle	STF	02A	USIC (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	STF	02E	02E
Adultes	USINV (avec ou sans réanimation sur site)	Reconnaissance contractuelle	STF	18	USINV (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	STF	02F	02F
Adultes	Soins intensifs de spécialité	Reconnaissance contractuelle	STF	02B	USI de spécialités (avec réanimation sur site)	Autorisation	STF	02I	02I
Adultes	Unité de surveillance continue	Reconnaissance contractuelle	SRC	03A	Unité de surveillance continue hors champ	Reconnaissance contractuelle	SRC	03A	03A
Pédiatriques	Réanimation	Autorisation	REP ou STF	13A	Unité de réanimation pédiatrique	Autorisation	REP ou STF	13A	13A
Pédiatriques					Unité de réanimation de recours pédiatrique	Autorisation	REP ou STF	13G	13G
Pédiatriques					USI polyvalentes pédiatrique (avec réanimation sur site)	Autorisation	STF	15C	25C
Pédiatriques					USIP dérogatoires pédiatrique (sans réanimation sur site)	Autorisation	STF	15D	25D
Pédiatriques					USIH pédiatrique (avec ou sans réanimation	Autorisation	STF	15H	15H
Pédiatriques					Soins intensifs pédiatriques de cardiologie	Autorisation	STF	15E	15E
Pédiatriques					USI de spécialités pédiatrique (avec réanimation sur site)	Autorisation	STF	15I	15I
Pédiatriques	Unité de surveillance continue	Reconnaissance contractuelle	SRC	14A	Unité de surveillance continue hors champ	Reconnaissance contractuelle	SRC	14A	14A

2.5 LE RESUME DE PARCOURS PATIENT POUR LA MALADIE RENALE CHRONIQUE RPP-MRC

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

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

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

2.6. FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des résumés d'activité, du fichier d'information des unités médicales et du fichier de RPP-MRC est disponible sur le site Internet de l'ATIH.

Sont également indiquées les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires ainsi que leur période de validité.

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 demandeur A vers un établissement de santé prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation (par exemple, un séjour en soins intensifs) ;
- le séjour du patient en B dure au plus 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.

Il est à noter qu'une prestation réalisée par un établissement MCO pour le compte d'un établissement HAD n'est pas gérée comme une situation de PIE mais comme une prestation interactivités (voir PIA au point 4.2. ci-dessous) ; ceci à titre dérogatoire bien que l'HAD fasse partie du champ MCO.

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 homogènes de malades*.
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer dans les RSA produits par A des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation) ou pour lesquels il n'est pas équipé ; telle est la fonction principale du code de la *Classification internationale des maladies* étendu pour la circonstance : Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* ;
- permettre à l'établissement 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 RUM pour une activité qui lui est payée par un autre établissement.

3.3. DESCRIPTION DU DISPOSITIF

On distingue le cas général et celui de certaines séances.

3.3.1. Cas général

1°) Établissement de santé 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 RSS 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 RSS ne doit être produit par B et la prestation, facturée à A, ne doit pas l'être à l'assurance maladie. En particulier, lorsque B est un établissement de santé visé aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 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)[69] 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 RSS respectifs également distincts.

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

- la prestation effectuée en B dont il assume la charge financière, notamment le code de l'acte s'il s'agit d'un acte médicotechnique inscrit à la *Classification commune des actes médicaux* ;
- et le code Z75.80 en position de diagnostic associé[70] pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Il est fortement recommandé de ne produire qu'un seul RUM englobant la période de suspension de l'hospitalisation. Toutefois, l'établissement de santé A peut être amené à réaliser deux RUM (avant et après prestation) soit en raison de contraintes dues à son système d'information, soit en raison du retour du patient dans une unité médicale différente

---

[69] Le RSF-ACE est décrit dans le point 2.1.4 du chapitre II.

[70] La notion de diagnostic associé est développée dans le point 2 du chapitre IV.

de celle dont il était parti. Dans ce cas les deux RUM doivent comporter le même numéro de RSS. Les modes de sortie et d'entrée encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RUM (début de la suspension 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 RUM (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 RUM 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.

Lorsque ces conditions sont respectées les deux RUM pré et postprestation sont considérés par la *fonction groupage* comme appartenant à un RSS unique.

3°) Le cas échéant, l'établissement de santé demandeur A fait figurer dans ses fichiers complémentaires (FICHCOMP) ou son fichier de facturation (RSF) :

- les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS délivrés par l'établissement prestataire ;
- le placement du patient par l'établissement prestataire dans des unités médicales soumises à autorisation donnant lieu au paiement de suppléments journaliers : réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie.

3.3.2. Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie

1°) L'établissement de santé prestataire B produit toujours un RSS-séance(s) conformément aux consignes données dans le chapitre VII de ce guide, à l'exception d'une prise en charge pour dialyse en UDM.

Dans le cas des séances hors dialyse en UDM, Les modes d'entrée et de sortie de ce RSS sont toujours codés « 0 », complétés par les codes de provenance et de destination. Cette règle s'applique quel que soit le champ d'hospitalisation du patient en A : MCO, soins médicaux et de réadaptation ou psychiatrie.

Toutefois, lorsque la prestation de B est une séance de **dialyse rénale**, de **radiothérapie** ou de **chimiothérapie** pour tumeur ou pour maladie non tumorale, la facturation de la séance s'effectue comme si le patient n'était pas hospitalisé en A :

- dans les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (CSS), les séances effectuées dans le cadre des prestations interétablissements donnent lieu à la facturation par B du *groupe homogène de séjours* correspondant ; le cas échéant, B enregistre donc dans FICHCOMP les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du CSS[71] ;
- les établissements de santé visés aux *d* et *e* du même article facturent directement leurs prestations à l'assurance maladie.

Dans le cas de séances de dialyse en unité de dialyse médicalisée, le prestataire facture un forfait D11 d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, quel que soit le champ d'hospitalisation du patient en A.

[71] Le recueil FICHCOMP est décrit dans le chapitre II.

2°) L'établissement de santé demandeur A

Les actes de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie ne figurent pas dans son RUM (sinon éventuellement comme donnée à visée documentaire) puisque A n'en assume pas la charge financière. Le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* doit être enregistré dans le RUM. Les éventuelles spécialités pharmaceutiques consommées au cours des séances effectuées en B ne sont pas enregistrées dans le fichier FICHCOMP de A.

4. PRESTATIONS INTERACTIVITES (PIA)

4.1. DÉFINITION

On désigne par « prestation interactivités » 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[72], pour assurer au patient des soins ou des examens qu'elle ne peut pas effectuer elle-même.

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

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

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

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

4.2. CAS PARTICULIER : LE MCO EST PRESTATAIRE POUR L'HAD

Ce cas est géré à titre dérogatoire comme une PIA et non comme une PIE (cf. point 3.1.).
Si la prestation fait l'objet d'une hospitalisation, l'établissement B facture donc le séjour à l'assurance maladie. Il produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie ne sont pas « 0 » transfert provisoire mais « 6 ou 7 » selon le cas.

[72] Au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 (MCO, SMR, psychiatrie.)

CHAPITRE II

PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé décrit dans l'annexe III à son article 9 de l'arrêté du 23 décembre 2016 (arrêté « PMSI-MCO[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 MCO, 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[2] transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé de sortie anonyme[3]. En revanche, seuls les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (CSS) produisent aujourd'hui un recueil d'informations relatives à la facturation des séjours, 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*. Les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* produiront un RSF lorsqu'ils factureront directement leur activité d'hospitalisation à l'assurance maladie. Dans cette attente le dispositif décrit dans l'arrêté PMSI-MCO constitue un objectif à la date d'application du présent guide et certaines dérogations sont reconnues à titre transitoire.

Ce chapitre décrit l'objectif, sous l'appellation de dispositif cible, et les mesures transitoires, notamment celles instituées dans l'attente de la facturation directe de leur activité à l'assurance maladie par les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du CSS.

Comme tous les établissements publics de santé, les établissements de santé publics de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon sont tenus de produire les informations relatives à leur activité, décrites dans le chapitre I. En revanche, n'étant pas soumis à la tarification à l'activité, la production des informations relatives à la facturation de leurs prestations est, pour eux, simplifiée.

---

[1] Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

[2] Depuis 1994 pour les établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale, depuis 1997 pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article.

[3] Se reporter au chapitre I.

1. DISPOSITIF CIBLE

En même temps que des résumés de sortie standardisés (RSS) les établissements de santé publics et privés produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

Le RSF doit être produit pour l'ensemble des prestations hospitalières :

- prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article R.162-32 du CSS et nécessitant une hospitalisation, y compris les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;

- spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS[4] ; ainsi que les médicaments mentionnés à l'article L.162-22-7-3 du CSS;

- prestations de prélèvement d'organes sur des personnes décédées ;

- prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R.162-32 du CSS ; elles concernent les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, les soins non programmés nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, ainsi que les soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ainsi que les soins représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et de spécialités pharmaceutiques, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Figure également la prestation d'administration de produits de la réserve hospitalière, en environnement hospitalier (i.e. hors hospitalisation du patient) ne figurant pas sur la liste, couvrant l'achat du produit, son administration et la surveillance du patient qui en découle ;

- prestations relatives à l'interruption volontaire de la grossesse ;

- actes et consultations externes mentionnés à l'article L.162-2 et à l'article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale ;

Toutefois, le recueil des actes et consultations externes ne s'impose qu'aux établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du CSS. En effet, ils ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e*.

Il est produit un RSF par hospitalisation et un RSF correspond donc à un RSS. La liaison entre eux est assurée par le numéro de RSS du séjour, information commune aux deux résumés. Les conditions de production du RSF sont identiques à celles des informations d'activité décrites dans le point 1 du chapitre 1. En conséquence, les prestations ne nécessitant pas l'hospitalisation ne donnent lieu qu'à la production d'un RSF, il n'est pas produit de RSS dans leur cas.

---

[4] Les produits et prestations sont ceux mentionnés à l'article L.165-1 du CSS, dits *dispositifs médicaux implantables*.

La liste des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 (liste en sus) est tenue à jour sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La liste des médicaments sous ATU / post ATU mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 fera l'objet d'une diffusion.

Le RSF reproduit le contenu de la facture transmise par les établissements de santé aux organismes d'assurance maladie. Il est un support destiné à fournir à l'État ces informations de facturation.

L'anonymisation du RSF est à l'origine du résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA) élaboré de façon concomitante au résumé de sortie anonyme (RSA).

Le fichier de RSFA, comme le fichier de RSA, est élaboré sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement de santé, et les deux fichiers sont transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

2. MESURES TRANSITOIRES

2.1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *A, B* ET *C* DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS

2.1.1. Conditions de production des informations de facturation

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du CSS ne sont pas soumis à la production de RSF pour les prestations suivantes :

- prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article R.162-32 du CSS et nécessitant une hospitalisation ;
- spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS ;
- prestations de prélèvement d'organes sur des personnes décédées ;
- prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse.

Pour le financement de ces prestations, dans l'attente de la facturation de leur activité d'hospitalisation directement à l'assurance maladie, ces établissements produisent des recueils nommés VID-HOSP, FICHCOMP et FICHSUP.

Pour les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du CSS, la production d'un RSF ne concerne actuellement que :

- les prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° , 5° et 6° de l'article R.162-32 du CSS ; il s'agit des soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, des soins non programmés nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, des soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier, ainsi que des soins représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;
- les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;
- les actes et consultations externes.

Ils produisent au titre de ces derniers un RSF qui leur est propre : le *résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes* (RSF-ACE), décrit plus loin dans le point 2.1.4.

2.1.2. Le fichier VID-HOSP

Il 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 de sortie anonymes (voir le chapitre III).

Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour (« HOSP »).
VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » *Début de facture* produit par les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L.162-22 du CSS (voir *infra* le point 2).

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-flsj

- ~~*numéro du format de VID-HOSP* ;~~
- ~~*montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie complémentaire* ;~~
- ~~*date de l'hospitalisation*[5] .~~

~~La *date de l'hospitalisation* est la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption[6], qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.~~

~~Exemples : séjour avec transferts entre deux établissements de santé E1 et E2~~

- ~~hospitalisation initiale en MCO en E1 le 10 mars, transfert en MCO de E2 le 15 mars, puis retour en MCO de E1 le 19 mars, sortie à domicile le 25 mars : la *date de l'hospitalisation* pour **les deux établissements** dans les enregistrements relatifs aux trois hospitalisations (10-15, 15-19 et 19-25 mars) est le 10 mars ;~~
- ~~hospitalisation initiale en MCO en E1 le 15 mars, transfert provisoire en MCO de E2 le 18 mars, retour en MCO de E1 le 19 mars, sortie à domicile le 25 mars : la *date de l'hospitalisation* pour les deux établissements dans les enregistrements relatifs aux deux hospitalisations (15-25 pour E1, 18-19 pour E2) est le 15 mars ;~~
- ~~hospitalisation initiale en MCO en E1 le 11 avril, transfert en SMR de E2 le 29 avril, retour en MCO de E1 le 9 mai, nouveau transfert en SMR 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, 9/5-12/5 et 12/5-8/6) est le 11 avril.~~

---

[5] Cette variable est utilisée pour l'application de la règle d'exonération du ticket modérateur à 30 jours.

[6] On rappelle qu'un transfert provisoire pour prestation interétablissement, ou une permission, n'interrompent pas l'hospitalisation (se reporter pour le premier au point 3 du chapitre I, pour la seconde au point 2.2.2 du chapitre I).

- ~~code gestion~~[7]

- ~~Numéro d'identification permanent du patient (IPP)~~

~~Par ailleurs, la saisie des variables *Code participation assuré* ; *N° d'entrée* ; *Rang de naissance* ; *Rang du bénéficiaire* ; *N° caisse gestionnaire* ; *N° centre gestionnaire* auparavant facultative, devient obligatoire.~~

Il est produit une ligne dans le fichier VID-HOSP par séjour. Une ligne de fichier VID-HOSP correspond ainsi à un RSS à l'exception de deux circonstances :

- les séances, l'enregistrement de plusieurs séances successives dans un seul RSS restant possible (voir le chapitre VII) ;
- le nouveau-né sans numéro administratif, séjournant dans l'unité d'obstétrique (maternité) auprès de sa mère : un fichier VID-HOSP est créé pour la mère ; il n'en est pas créé pour le nouveau-né ; le numéro administratif de séjour de la mère est enregistré dans son RSS et dans celui du nouveau-né[8] ;

  Si un numéro administratif est créé pour le nouveau-né resté auprès de sa mère et qu'il n'a pas nécessité de soins autres que ceux normalement requis, la variable « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » devra être codée à 1 dans le VIDHOSP du nouveau-né pour les établissements ex-DG.

En aucun cas, il ne doit être produit un traitement hybride : production, pour les nouveau-nés, de VID-HOSP en indiquant le numéro administratif de la mère avec des variables différentes de celles de la mère (modification de la date de naissance ou du sexe par exemple) voir notice ATIH du 24 décembre 2018.

~~Dans le cadre de la mise en œuvre des premières expérimentations de la *facturation individuelle des établissements de santé* (FIDES), deux zones sont distinguées au sein du fichier VID-HOSP :~~

- ~~une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, y compris les expérimentateurs ;~~
- ~~une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements retenus pour mener l'expérimentation FIDES devront renseigner.~~

~~Pour les établissements non retenus pour l'expérimentation, la zone FIDES ne doit pas être renseignée. Pour les autres, les deux zones doivent être renseignées.~~

~~Deux nouvelles variables ont été ajoutées en 2015 :~~

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

~~Les variables suivantes sont ajoutées en 2017 :~~

- ~~« N° FINESS d'inscription e-PMSI »~~
- ~~« N° immatriculation individuel »~~

---

[7] Cette variable est issue des informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie. Elle est présente dans la zone « Régime obligatoire » de la carte vitale. Cette variable est également ajoutée dans les fichiers RSF-ACE.

[8] Pour éviter que soient comptabilisées des hospitalisations simultanées, D R U I D E S crée les informations de chaînage en croisant les informations du RSS (date de naissance et sexe) et ANO-HOSP (voir le chapitre III).

- ~~« Clé du N° immatriculation individuel »~~
- ~~« 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 »~~
- ~~« Date de sortie »~~

~~La variable suivante a été ajoutée en 2022 :~~

- ~~L'INS[9] (identifiant national de santé).~~

~~Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP, se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).~~

2.1.3. Les Fichiers complémentaires

2.1.3.1 Fichiers FICHCOMP

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

- les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations[10] mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS y compris, dans le cadre des prestations interétablissements, s'agissant de l'établissement demandeur, ceux payés par lui au prestataire ;
- Les médicaments d'accès précoce : AAP et compassionnel : AAC, CPC
- les prélèvements d'organes sur les personnes décédées[11] ;
- les prestations interétablissements correspondant à des séjours dans des unités médicales soumises à autorisation donnant lieu au paiement de suppléments journaliers : réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie ;
- la dialyse péritonéale réalisée en cours d'hospitalisation[12] ;
- les transports entre établissements (*voir la notice spécifique Transport*).

Dans le cas des médicaments liste en sus et ceux disposant d'un accès précoce, il est nécessaire que le « code indication » soit recueilli.
Dans le cas des prélèvements d'organes sur les patients décédés, les forfaits correspondant aux actes effectués à une date postérieure au décès doivent être enregistrés

---

[9] 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).

[10] Il convient de noter qu'eu égard à l'article R.165-43, « la prise en charge d'un produit ou d'une prestation inscrite, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ne peut intervenir que si le produit ou la prestation a été effectivement délivré et, dans le cas où la prescription concerne un produit implantable, que si celui-ci a été effectivement implanté ». A ce principe général doit être associée une clarification : les DM sont enregistrés dès lors qu'ils ont été effectivement implantés y compris dans les cas particuliers où seul un implant - parmi les deux contenus dans un seul et même kit stérile- a pu être posé au patient.
Ainsi, dans ce cas de figure et **lorsque le dispositif concerné est facturable en sus**, l'ES, sous FICHCOMP, code la délivrance du kit (enregistré sous un même et seul numéro LPP) et son implantation, quand bien même seule la moitié des DM aurait été implantée.

[11] Depuis le 1er mars 2011, les forfaits correspondant aux prélèvements d'organes sur une personne décédée sont enregistrés dans le recueil FICHCOMP de l'établissement de santé siège du prélèvement. En revanche, les informations sur les prélèvements de tissus (os, cornée, etc.) continuent d'être recueillies par l'Agence de biomédecine. Leur rémunération est de ce fait indépendante des recueils relatifs à l'activité et à la facturation décrits dans les chapitres I et II du présent guide.

[12] Dans le respect des conditions de leur facturation prescrites par l'arrêté « prestations ».

dans le recueil FICHCOMP du séjour. En d'autres termes, pour un patient décédé le jour J — dont la date de sortie enregistrée dans le résumé d'unité médicale est J —, les forfaits correspondant aux actes de prélèvement d'organes effectués à J+*x* sont enregistrés dans le recueil FICHCOMP du séjour achevé le jour J.

La variable « validation de la prescription initiale *oui, non* » est relative aux « médicaments orphelins ». En effet, conformément à l'article L.162-22-7 du CSS « la prise en charge des médicaments orphelins [...] est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés ».

Un nouveau fichier a été créé en 2013 pour permettre le codage des maladies rares, conformément à l'instruction N° DGOS/PF2/2012/389 du 16 novembre 2012 relative aux modalités de codage PMSI concernant les patients atteints de maladie rare[13].

Il est produit un recueil FICHCOMP par *séjour-patient*. Il contient les données relatives aux mêmes séjours que ceux contenus dans le fichier de RSS et chaque recueil FICHCOMP est lié au RSS correspondant par le numéro administratif de séjour (se reporter au point 2.2.1du chapitre I).

L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine de FICHCOMPA. La production de FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même module logiciel — DRUIDES — qui est à l'origine du résumé de sortie anonyme (RSA) (se reporter au point 2.2 du chapitre I). FICHCOMPA est lié au RSA du même séjour par un numéro d'index décrit dans le point 3.1.3 du chapitre III.

Depuis le 1er mars 2018, un recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus a été mis en place. Ce recueil est porté par le fichier FICHCOMP « médicaments hors AP-AC » pour les établissements de santé ex DG (et par le RSF-H pour les établissements de santé ex OQN)

Depuis 2019, un fichier FICHCOMP Top Maison de Naissance est créé, il concerne les séjours en provenance d'une maison de naissance.

Ce FICHCOMP concerne les établissements MCO auxquels sont adossées les maisons de naissance en cours d'expérimentation (8 maisons de naissance). L'objectif de ce FICHCOMP est d'y inscrire le numéro administratif du ou des séjours de la mère et/ou de l'enfant dont l'état de santé a nécessité le transfert de la maison de naissance à l'établissement MCO d'adossement.

Seul le séjour motivant le transfert doit être enregistré dans FICHCOMP.
Ainsi, par exemple, le bébé en bonne santé accompagnant sa mère ne doit pas voir son séjour inscrit dans ce FICHCOMP.
Les données du FICHCOMP ne seront pas remontées dans la base nationale mais permettront uniquement de porter à 1 la variable TOP Maison de Naissance dans le RSA.

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

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

[13] C'est ce fichier (dénommé « FICHCOMP ORP ») non pas celui *à visée d'enquête,* qui recueille les variables décrites dans l'instruction, notamment le code « ORPHA » de la maladie rare.

2.1.3.2 Fichiers FICHCOMP.csv

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

Ces fichiers sont apparus dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 permettant d'expérimenter de nouvelles procédures, pour réformer l'organisation et le financement de notre système de santé (d'où Datexp, pour « données d'expérimentation »). Par extension, ils ont également servi à accompagner les nouveaux projets nécessitant un recueil adapté, au séjour ou au parcours. Pour 2022, tous ces fichiers sont renommés FICHCOMP.csv. En effet, ces projets ne sont majoritairement pas dans le cadre expérimental de l'article 51.

Plusieurs fichiers FICHCOMP.csv existent actuellement pour les recueils suivants :
- CAR-T-CELL
- Dispositifs médicaux (DM) intra GHS
  Un fichier FICHCOMP.csv est produit pour le recueil des informations liées aux consommations de dispositifs médicaux dits intraGHS. Ce recueil sera effectif pour janvier 2022. Le format du fichier est publié sur le site internet de l'ATIH. Le référentiel des codes IUD-ID sera publié sur le site internet du ministère.
- Maladies rénales chroniques (MRC). Un FICHCOMP.csv est produit pour le recueil des informations liées à la Maladie rénale chronique, tel que défini et décrit dans l'arrêté du 29 septembre 2019 modifié. Il est produit depuis le 1er octobre 2019 et restera le format de transmission de ces données.
- Hébergements temporaires non médicalisés (HTNM). Le format du fichier est publié sur le site internet de l'ATIH.

Ce type de fichier est un fichier au format CSV ayant 3 champs obligatoires :

- Le N° Finess PMSI de l'établissement
- Un n° de recueil FICHCOMP.csv
- Un n° de fichier (en cas de nécessité de plusieurs fichiers pour le projet)

Le programme d'anonymisation (DRUIDES) est modifié pour permettre la récupération de ces fichiers, y compris le FICHCOMP HTNM à partir du M1 2026 et le FICHCOMP MRC à partir du S1 2026. Le numéro administratif est remplacé par le même numéro d'index que dans les fichiers anonymes (RSA…).

2.1.4. Le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes

2.1.4.1 Description

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 propre aux établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du CSS. Il est réservé au recueil de l'activité externe donnant lieu à un paiement à l'établissement. Cette activité fait en général déjà l'objet d'une télétransmission de factures à l'assurance maladie pour information.

Le recueil du RSF-ACE est fondé sur une extraction des informations à partir des données télétransmises.

On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations*

hospitalières : médicaments, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM*[14], « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

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

Le numéro FINESS géographique est obligatoire dans le fichier des RSF ACE. En cas d'absence de ce numéro, la ligne concernée ne sera pas valorisée.

Trois variables ont été ajoutées à ce fichier à compter de l'année 2014 :

- Coefficient MCO

Intégration du « coefficient MCO » dans le recueil des RSF-ACE. Cette intégration met en conformité avec les règles FIDES qui préconisent l'application du coefficient prudentiel dans la variable coefficient MCO (Annexe 27 norme B2).
Ce coefficient MCO est égal au produit (Coeff Transition x Coeff Géographique x Coeff Prudentiel).

- Code de gestion

Dans la perspective de simplifier la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit de s'appuyer sur les données du PMSI. A cette fin, une nouvelle variable « code gestion » est introduite dans le fichier VIDHOSP et concerne tous les champs d'activité (voir annexe V, point II). Ses modalités sont les mêmes que celles de VIDHOSP.

- Typage de certaines consultations

Il est ajouté au RSF-ACE une variable permettant d'identifier l'unité ou le centre (« UF ») réalisant l'activité de consultation pour les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et certaines consultations spécifiques financées par la dotation MIG.

La nomenclature utilisée est la suivante :

- 01 : Les consultations mémoire effectuées exclusivement dans les centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)
- 02 : Les consultations assurées par les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage
- 03 : Les consultations « maladies rares » effectuées exclusivement dans les centres de références pour la prise en charge des maladies rares
- 04 : Les consultations pour la mucoviscidose effectuées exclusivement pour les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
- 06 : Les consultations mémoire effectuées exclusivement dans les établissements ne disposant pas de ressources et de recherche (CM2R)
- 07 : Les consultations hospitalières d'addictologie
- 08 : Les consultations hospitalières de génétique
- 09 : Les consultations de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens effectuées exclusivement dans les centres experts de la maladie de Parkinson
- 10 : Les consultations réalisées par les UCSA (soins aux détenus)
- 11 : Unités d'urgences gynécologiques
- 12 : Les consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

[14] *Classification commune des actes médicaux*.

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

- Le numéro d'identification permanent du patient (IPP)

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

- L'INS (identifiant national de santé)

Les RSF-ACE « B », « P », « C », « H », « 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 et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier* (APE)[15]
- les forfaits[16] :
  - « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
  - « forfait de petit matériel » (FFM) ;
  - « sécurité et environnement hospitalier » (SE), relatifs aux soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ;
- 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 (forfaits « D »).

L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié[17] »). La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus automatique intégré dans le logiciel DRUIDES fourni par l'ATIH.

Les contenus et formats du RSF-ACE et du RAFAEL sont publiés sur le site Internet de l'ATIH.

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

2.1.4.2. Cumul de production d'un RSF-ACE

- **Règles relatives à la production de deux RSF ACE le même jour**

« Le cumul de deux RSF-ACE (renvoyant tous deux à des actes ou consultations externes), le même jour, pour un même patient, est autorisé dans le respect des règles d'utilisation de la CCAM et de la NGAP.

Il n'en est pas de même lorsque les RSF-ACE renvoient d'une part à une consultation ou un acte externe et d'autre part à une prestation d'hospitalisation, sauf cas particuliers » :

---

[15] Décret n° 2011-221 modifiant l'article R.162-32 du CSS. Enregistrement « P » du RSF-ACE.

[16] Pour une information sur ces forfaits, voir l'arrêté « prestations ».

[17] 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.

- Le montant du forfait D12 (à titre d'illustration) ayant été calculé de manière à intégrer la réalisation d'une consultation en relation avec la séance de dialyse hors centre, le cumul n'est pas autorisé[18].
- Toutefois, dans le cas particulier, et très circonscrit, où la consultation externe a été réalisée à la suite, ou en amont, d'une séance de dialyse hors centre, et n'a aucun lien avec cette prestation d'hospitalisation, (les motifs de prise en charge sont distincts) alors il est possible de produire deux RSF ACE le même jour, pour le même patient.

- **Règles relatives à la production d'un RSS et d'un RSF ACE le même jour**

En règle générale, le cumul d'un RSF-ACE et d'un RSS, le même jour, pour un même patient, n'est pas autorisé sauf cas particuliers :

Le cumul d'un RSF-ACE pour forfait D11 d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, et d'un RSS pour prise en charge en hospitalisation est autorisé sous certaines conditions, décrites dans l'arrêté du 19 février 2015 pré cité.

Le cumul d'un RSF-ACE correspondant à un forfait de dialyse hors centre (D12 ou D13), avec un RSS produit le même jour, n'est autorisé qu'à la double condition suivante :

- La séance dialyse a eu lieu le jour d'admission ou de sortie d'un service d'hospitalisation ;
- L'hospitalisation ne doit avoir aucun lien avec la pathologie rénale justifiant la séance de dialyse.
- Si l'une de ces deux conditions n'est pas respectée, seule la production du RSS est autorisée.

Le cumul d'un RSF-ACE correspondant à un acte ou consultation externe et d'un RSS produits le même jour (cas d'un cumul ayant lieu le jour d'admission ou de sortie d'un service d'hospitalisation) n'est autorisé qu'à la condition que cette hospitalisation n'ait aucun lien avec la pathologie justifiant l'acte ou la consultation externe. Dans le cas contraire seule la production du RSS est autorisée.

2.1.5. Le fichier FICHSUP

FICHSUP (pour fichiers supplémentaires) est un recueil mensuel qui n'est produit que dans les circonstances suivantes :

1) FICHSUP est produit par les établissements de santé bénéficiant d'un financement au titre des missions d'intérêt général pour les activités de génétique, la production de lettres-clés B de biologie hors nomenclature (BHN)[19][18] et la réalisation d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques hors *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

2) Il a été estimé nécessaire d'obtenir des précisions sur l'activité des lactariums. Dans cette optique les informations suivantes sont demandées depuis 2015 :

---

[18] (cette disposition ne vaut que pour les établissements relevant de l'échelle tarifaire publique, dans laquelle les charges médicales sont prises en compte dans les constructions tarifaires. S'agissant des établissements relevant de l'échelle tarifaire privé, il convient de se référer à une circulaire de la CNAMTS du 22 juin 2012 portant sur la facturation des actes des médecins salariés en établissements de santé visés au d de l'article L162-22 du code de la sécurité sociale).

[19] Lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) de l'Assurance maladie.

❑ Pour les établissements autorisés à l'activité de lactarium

- Collecte
  - Pour tous les lactariums : Quantité de lait collecté pour don personnalisé (en litres)
  - Pour les lactariums à usage extérieur : Quantité de lait collecté dans le cadre d'un don anonyme (en litres)
- Distribution
  - Pour tous les lactariums : Quantité de lait pasteurisé congelé distribué pour don personnalisé (en litres)
  - Pour les lactariums à usage extérieur :
    - Quantité de lait pasteurisé congelé requalifié en don anonyme (en litres)
    - Quantité de lait pasteurisé congelé distribué au total dans le cadre du don anonyme (en litres)
- Cession
  - Pour les lactariums à usage extérieur : Quantité de lait pasteurisé congelé vendu (en litres)

❑ Pour les établissements consommateurs de lait de lactarium

- Quantité de lait congelé consommé (en litres)
- Quantité de lait lyophilisé consommé (en litres) **(lactarium**)

Un établissement producteur de lait maternel (lactarium) étant également consommateur de ce produit pour ses besoins internes, renseigne donc les deux parties du fichier, en tant que producteur et en tant que consommateur.

Le contenu et le format de FICHSUP sont publiés sur le site Internet de l'ATIH.

FICHSUP est transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

3) Depuis 2016 un recueil d'activités concernant l'activité des SMUR a été mis en place.

Dans le cadre des travaux pour la réforme du financement des urgences, il a été estimé nécessaire de recueillir via le PMSI des informations concernant l'activité des SMUR. **Dans cette optique il a été mis en place depuis 2016, un FICHSUP SMUR.** Ce recueil ne concerne que les établissements ex-DG. Pour les établissements ex-OQN sièges de SMUR, les données seront recueillies via la SAE et validées par les ARS.

Chaque établissement dans lequel est implanté un SMUR ou une antenne de SMUR doit être identifié dans FICHSUP SMUR par son établissement géographique d'implantation, et c'est au niveau de cette entité géographique que doit être renseigné l'ensemble de l'activité SMUR de l'établissement.

Les informations recueillies sont les suivantes :

- FINESS ET : Numéro FINESS établissement de l'entité géographique où le SMUR ou l'antenne de SMUR est implanté ;
- FINESS d'inscription ePMSI de l'établissement auquel le SMUR ou l'antenne de SMUR est rattaché ;
- Nombre total de sorties SMUR « primaires » (terrestres, aériennes, maritimes) ;
  - Nombre total de sorties SMUR « secondaires » (terrestres, aériennes, maritimes);
  - Nombre total de TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier) réalisés avec les moyens du SMUR.

Les définitions sont précisées ci-dessous :

- **FINESS établissement de l'entité géographique (Finess ET)** l'implantation SMUR : cf INSTR. DREES/DREES/DMSI/DGOS/R2/2015/240 du 21/07/15, relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents ;
- **Sortie SMUR :** mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR déclenchée et coordonnée par le SAMU. L'équipe d'intervention SMUR comporte au moins un médecin (= équipe médicalisée), un infirmier et un conducteur ou pilote. Il peut s'agir d'une intervention SMUR terrestre, aérienne ou maritime selon le mode de transport utilisé.
- **Sortie SMUR « primaire » :** mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour la prise en charge, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé, d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et n'étant pas déjà admis dans un établissement de santé.
- **Sortie SMUR « secondaire » :** mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR en vue du transfert entre deux établissements de santé (au sens d'entités géographiques différentes désignés par des FINESS ET différents) d'un patient déjà admis dans un établissement de santé et nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Les transferts réalisés entre deux entités géographiques différentes de la même entité juridique doivent en cohérence être comptabilisés comme des interventions SMUR « secondaires ».

  Concernant la mobilisation du SMUR pour une prise en charge au sein de l'établissement où le SMUR est implanté (même entité géographique au sens FINESS établissement ET) :

  - Si la personne prise en charge requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et si elle n'est pas déjà admise dans l'établissement (visiteur, professionnel…), il s'agit d'une intervention SMUR primaire qui doit être comptabilisée comme telle dans FICHSUP SMUR.
  - Si la personne prise en charge est un patient déjà admis dans l'établissement (même entité géographique que le SMUR), cette prise en charge est réalisée dans le cadre de la continuité des soins dans ce même établissement de santé. Ces cas ne doivent PAS être comptabilisés dans FICHSUP SMUR.

  A toutes fins utiles, il est rappelé que :

  - les personnes prises en charge dans des structures assimilées au domicile (EHPAD…) ne sont pas considérées comme admises en établissement de santé.
  - Les personnes prises en charge en HAD, dans les établissements de santé mentale, les établissements de soins médicaux et de réadaptation, les unités de long séjour rattachées à un établissement de santé, sont considérées comme admises en établissements de santé.
- **TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier) :** mobilisation d'une équipe d'intervention composée d'un infirmier (= équipe para-médicalisée) et d'un conducteur ou pilote, pour le transfert d'un patient déjà admis dans un établissement de santé vers un autre établissement de santé (au sens d'entités géographiques différentes désignés par des FINESS ET différents). Les TIIH comportent notamment :
  - Les TIIH réalisés avec les moyens matériels et/ou humains d'une équipe SMUR déclenchés et coordonnés par le SAMU (**seuls ces TIIH doivent être renseignés dans le FICHSUP SMUR**) ;

- Les TIIH réalisés avec des moyens matériels et humains autres que ceux d'une équipe SMUR (ils ne doivent **PAS** être renseignés dans le FICHSUP SMUR).

Le calendrier de mise en œuvre est le suivant :

- Mise à disposition du fichier depuis mars 2016,
- Remontées mensuelles cumulatives

4) A compter de mars 2016, un recueil spécifique a été également mis en place dans le cadre de la création d'une MIG pour financer la primo-prescription de chimiothérapie orale. Ce recueil concerne l'ensemble des établissements de santé titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie, quel que soit leur statut.

1/File active de patients de l'établissement ayant eu un traitement du cancer par chimiothérapie orale pendant l'année :

2/ Nombre total de consultations médicales de primo-prescription de traitement du cancer en chimiothérapie par voie orale réalisées pendant l'année au sein de l'établissement de santé :

Le recueil quant à lui reste différencié selon le type de variables avec **un recueil mensuel cumulatif concernant uniquement les deux variables obligatoires :**

1/File active de patients de l'établissement ayant eu un traitement du cancer par chimiothérapie orale pendant l'année :
2/ Nombre total de consultations médicales de primo-prescription de traitement du cancer en chimiothérapie par voie orale réalisées pendant l'année au sein de l'établissement de santé

Le détail des variables à recueillir est publié sur le site de l'ATIH https://www.atih.sante.fr/mco/outils-informatiques

5) Le recueil FICHSUP mis en place en M12 2016 concernant les médicaments délivrés par les Unités Sanitaires (ex UCSA) est pérennisé. Ce recueil devient mensuel et cumulatif en 2017.

La production d'autres fichiers de facturation est décrite dans la notice technique PMSI dite interchamps. Leur format fait l'objet d'une information sur le site de l'ATIH.

En conclusion, les informations transmises à l'agence régionale de santé par les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du CSS comprennent aujourd'hui les fichiers de RSA, RAFAEL, FICHCOMPA — et le cas échéant FICHSUP — auxquels s'ajoute un fichier nommé ANO qui réunit les informations relatives à la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chainage anonyme (voir le chapitre III).

2.2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS

2.2.1. Conditions de production des informations de facturation

Pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (CSS), la production du RSF concerne actuellement :

- les prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article R.162-32 du CSS et nécessitant une hospitalisation, y compris les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;

- les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS ; les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations ainsi que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du CSS ;

- les prélèvements d'organes ou de tissu sur des personnes décédées ;

- les prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R.162-32 du CSS ; elles concernent les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, les soins non programmés nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, les soins nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire ou la surveillance du patient dans un environnement hospitalier ainsi que les soins représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et de spécialités pharmaceutiques, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Figure également la prestation d'administration de produits de la réserve hospitalière, en environnement hospitalier (i.e. hors hospitalisation du patient) ne figurant pas sur la liste, couvrant l'achat du produit, son administration et la surveillance du patient qui en découle ;

- les prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse ;

À l'exception des prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient mentionnées au quatrième point ci-dessus, il est produit un RSF par séjour. Le lien entre le RSF et le RSS est assuré par le numéro de RSS, information commune aux deux résumés.

La correspondance entre RSS et RSF est respectée dans le cas de l'accouchement. Les séjours de la mère et du nouveau-né étant payés par un forfait global, il est produit une facture unique pour deux RSS (celui de la mère et celui de l'enfant). La correspondance entre RSS et RSF est assurée par la production de deux RSF : l'un au titre de la mère, correspondant à la facture adressée à l'assurance maladie, l'autre au titre du nouveau-né, ne contenant pas de données de facturation, dit « RSF à zéro ».

En revanche, pour les prestations hospitalières ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article R.162-32 du CSS, l'établissement n'est tenu de ne produire qu'un RSF[20].

Les établissements ex-OQN devront produire des Résumés Standardisés de Facturation (RSF) pour les actes et consultations externes des médecins salariés.

2.2.2. Contenu du résumé standardisé de facturation

Le RSF contient d'une part des informations communes au RSS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.
Les éléments communs au RSF et au RSS (numéro FINESS, numéro de RSS, sexe, date de naissance) respectent les définitions qui ont été données dans le chapitre I.

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

[20] La production d'un RSS, vide dans ce cas (RSS dit « à blanc »), est facultative. En son absence, le logiciel DRUIDES crée automatiquement un tel RSS et l'associe au RSF.

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM*[21], « L » *Codage affiné des actes de biologie*[22].

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. Ils permettent la saisie des prestations indiquées *supra* dans le point 1 (*Dispositif cible*) à l'exception des actes et consultations externes qui ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L.162-22 du CSS.

Deux informations sont ajoutées dans le type « A » depuis 2012[23] :

- *patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle) ;
- *numéro de facture du séjour de la mère.*

  Ce numéro doit être renseigné pour tous les nouveau-nés nés dans l'établissement de santé : ceux restés auprès de leur mère en maternité et ceux mutés dans d'autres unités ou restés hospitalisés au-delà de la sortie de leur mère[24]. Il est destiné à relier les séjours de la mère et de l'enfant et à permettre l'imputation des deux *groupes homogènes de séjours* (GHS)[25] sur la facture du séjour de la mère.

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

- Le numéro d'identification permanent du patient (IPP)
- Le code postal du lieu de résidence du patient

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

- L'INS (identifiant national de santé)

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 module logiciel — DRUIDES— qui est à l'origine du résumé de sortie anonyme (RSA) dans les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L.162-22 du CSS. Les RSFA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III). Seuls les enregistrements contenant des informations doivent être transmis.

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

- le numéro de séjour ;
- le numéro d'assuré social (*numéro de matricule* dans les formats de recueil) ;
- le rang de bénéficiaire ;
- le numéro de facture ;
- la date et le rang de naissance ;

---

[21] *Classification commune des actes médicaux.*

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

[23] Elles sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit dans le point 2.

[24] La seule exception est l'accouchement « sous *X* » (article R.1112-28 du code de la santé publique).

[25] Pour des précisions sur la notion de GHS, voir l'arrêté « prestations ».

- les dates d'entrée et de sortie du séjour ;

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le numéro séquentiel de RSFA (identique à celui du RSA) ;
- le numéro de facture séquentiel ;
- les mois et année de la date d'entrée et de sortie du séjour ;
- la durée du séjour ;
- Le code géographique de résidence.

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

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

A compter du 1er mars 2018, un recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus est mis en place. Ce recueil est porté par le fichier FICHCOMP « médicaments hors ATU » pour les établissements de santé ex DG et par le RSF-H pour les établissements de santé ex OQN.

2.2.3. Les fichiers FICHCOMP

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

- Il est produit un recueil FICHCOMP par *séjour-patient*. Il contient les données relatives aux mêmes séjours que ceux contenus dans le fichier de RSS et chaque recueil FICHCOMP est lié au RSS correspondant par le numéro administratif de séjour (se reporter au point 2.2.1du chapitre I).

- L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine de FICHCOMPA. La production de FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même module logiciel — DRUIDES — qui est à l'origine du résumé de sortie anonyme (RSA) (se reporter au point 2.2 du chapitre I). FICHCOMPA est lié au RSA du même séjour par un numéro d'index décrit dans le point 3.1.3 du chapitre III.

En 2019, un fichier FICHCOMP Top Maison de Naissance a été créé, il concerne les séjours en provenance d'une maison de naissance.

Ce FICHCOMP concerne les établissements MCO auxquels sont adossées les maisons de naissance en cours d'expérimentation (8 maisons de naissance). L'objectif de ce FICHCOMP est d'y inscrire le numéro administratif du ou des séjours de la mère et/ou de l'enfant dont l'état de santé a nécessité le transfert de la maison de naissance à l'établissement MCO d'adossement.
Seul le séjour motivant le transfert doit être enregistré dans FICHCOMP.
Ainsi, par exemple, le bébé en bonne santé accompagnant sa mère ne doit pas voir son séjour inscrit dans ce FICHCOMP.

Les données du FICHCOMP ne seront pas remontées dans la base nationale mais permettront uniquement de porter à 1 la variable TOP Maison de Naissance dans le RSA

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

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

2.2.4 Les fichiers FICHOMP.csv

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

Ces fichiers sont apparus dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 permettant d'expérimenter de nouvelles procédures, pour réformer l'organisation et le financement de notre système de santé (d'où Datexp, pour « données d'expérimentation »). Par extension, ils ont également servi à accompagner les nouveaux projets nécessitant un recueil adapté, au séjour ou au parcours. Pour 2022, tous ces fichiers sont renommés FICHCOMP.csv. En effet, ces projets ne sont majoritairement pas dans le cadre expérimental de l'article 51.

Plusieurs fichiers FICHCOMP.csv existent actuellement pour les recueils suivants :

- Dispositifs médicaux (DM) intra GHS
  Un fichier FICHCOMP.csv est produit pour le recueil des informations liées aux consommations de dispositifs médicaux dits intraGHS. Ce recueil sera effectif pour janvier 2022. Le format du fichier est publié sur le site internet de l'ATIH. Le référentiel des codes IUD-ID sera publié sur le site internet du ministère.

- Maladies rénales chroniques (MRC). Un FICHCOMP.csv est produit pour le recueil des informations liées à la Maladie rénale chronique, tel que défini et décrit dans l'arrêté du 29 septembre 2019 modifié. Il est produit depuis le 1er octobre 2019 et restera le format de transmission de ces données.

- Hébergements temporaires non médicalisés (HTNM). Le format du fichier est publié sur le site internet de l'ATIH.

Ce type de fichier est un fichier au format CSV ayant 3 champs obligatoires :

- Le N° Finess PMSI de l'établissement
- Le N° de recueil FICHCOMP.csv
- Le N° de fichier (en cas de nécessité de plusieurs fichiers pour le projet)

Le programme d'anonymisation (DRUIDES) est modifié pour permettre la récupération de ces fichiers, y compris pour le FICHCOMP HTNM à partir du M1 2026 et le FICHCOMP MRC à partir du S1 2026. Le numéro administratif est remplacé par le même numéro d'index que dans les fichiers anonymes (RSA…).

2.2.5. Le fichier FICHSUP

FICHSUP (pour fichiers supplémentaires) est un recueil mensuel qui n'est produit que dans les circonstances suivantes :

1) Il est produit par les établissements de santé bénéficiant d'un financement au titre des missions d'intérêt général pour les activités de génétique, la production de lettres-clés B

de biologie hors nomenclature (BHN)[26] et la réalisation d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques hors *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

2) Depuis mars 2016, un recueil spécifique a été mis en place dans le cadre de la création d'une MIG pour financer la primo-prescription de chimiothérapie orale. Ce recueil concerne l'ensemble des établissements de santé titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie, quel que soit leur statut.

Le recueil concerne uniquement les deux variables obligatoires :

1/File active de patients de l'établissement ayant eu un traitement du cancer par chimiothérapie orale pendant l'année.

2/ Nombre total de consultations médicales de primo-prescription de traitement du cancer en chimiothérapie par voie orale réalisées pendant l'année au sein de l'établissement de santé :

Le détail des variables à recueillir est publié sur le site de l'ATIH http://www.atih.sante.fr/mco/outils-informatiques

[26] Lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) de l'Assurance maladie.

CHAPITRE III

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

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

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles L.6113-8 et R.6113-10 du code de la santé publique et à l'arrêté du 23 décembre 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 visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale : fichiers de RSA[1], FICHCOMPA, RAFAEL, ANO et le cas échéant FICHSUP[2]2 ;
- établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article : fichiers de RSA et de RSFA2.

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

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

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

Un chainage anonyme des recueils d'information du PMSI est mis en œuvre depuis 2001 (circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation (SMR) ou psychiatrie. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme (« non signifiant ») propre à chaque patient, au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe[3]3. Les hospitalisations d'une même personne peuvent ainsi être reconnues et « chainées », mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de retourner du numéro au patient).

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

---

[1] Se reporter au chapitre I.

[2] Se reporter au chapitre II.

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

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'est appliqué en 2001 aux RSA et RSFA. Il a été étendu aux autres recueils relatifs à la facturation (FICHCOMPA, RAFAEL) à mesure de leur création. En MCO le chainage anonyme s'applique aujourd'hui à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements de santé publics et privés visés à l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale.

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *A*, *B* ET *C* DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS

À titre transitoire, jusqu'à ce que les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (CSS) facturent leur activité d'hospitalisation directement à l'assurance maladie au titre du dispositif cible décrit dans le chapitre II, 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 du résumé de sortie standardisé (RSS) sont différents, le médecin responsable de l'information médicale produit un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro du RSS du séjour[4] ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de RSS et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de RSS ou le NAS (RSS, RSF-ACE et FICHCOMP) un lien est ainsi établi entre l'enregistrement anonymisé et le numéro anonyme.

3.1.1. Création du numéro anonyme du patient

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

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit au point 2 du chapitre II.

La création du numéro anonyme utilise un module logiciel fourni par l'ATIH nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de chainage* (MAGIC). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN)[5] créée par la Caisse

---

[4] Se reporter au point 2.2.1 du chapitre I : « le numéro de RSS est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour. S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre ce numéro et le numéro de RSS ».

[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 Internet de l'ATIH.

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-retour du contrôle de 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 de santé. Celui-ci produit pour sa part un fichier nommé HOSP-PMSI qui établit une correspondance entre NAS et numéro de RSS.

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 programmes DRUIDES, Ils traitent en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation : RSS, FICHCOMP, RSF-ACE. Ils produisent :

- les fichiers anonymes correspondants (RSA, FICHCOMPA, RAFAEL) ;
- un fichier de chainage qui établit une correspondance entre chaque numéro de chainage anonyme et les enregistrements anonymes correspondants, 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 (RSA, FICHCOMPA, RAFAEL). 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 au chapitre II).

3.2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L.162-22 DU CSS

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (CSS) ne produisent pas le fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans le RSF « A » Début de facture[6].

---

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

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, les fichiers de RSF et de RSS 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 (RSA, RSFA) et du fichier de chainage.

Ainsi, comme dans les établissements visés aux *a, b* et *c*, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RSA 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 enregistrées dans le RSF « A » constitue le fichier ANO (se reporter au chapitre II).

3.3. TRAITEMENTS RÉALISÉS PAR 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 de santé. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entrainant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4. CONFIDENTIALITÉ

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

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

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.

Le résumé d'unité médicale (RUM), le résumé de sortie standardisé (RSS) et les recueils FICHCOMP et RSF-ACE sont indirectement nominatifs au regard de loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, 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 lors des procédures de contrôle prévues par les articles L.162-22-17 et L.162-22-18 du code de la sécurité sociale.

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient.

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 de santé ;
- 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 de santé.

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 des contrôles prévus par les articles L.162-23-12 et L.162-23-13 du code de la sécurité sociale, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro du RSS et RSF y afférent.

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

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

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

6. CONSERVATION DES INFORMATIONS

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

La durée de conservation de tous les fichiers, non anonymes et anonymes, d'activité et de facturation constitués au titre d'une année, est de cinq ans[7].

La table de correspondance entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de RSS, lorsqu'ils diffèrent, doit être conservée pendant le même temps.

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

CHAPITRE IV

HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

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 (article R.6113-4 du code de la santé publique).

Le résumé d'unité médicale doit être conforme au contenu du dossier médical du patient. Les éléments qui doivent au minimum constituer ce dossier sont précisés dans l'article R.1112-2 du code de la santé publique. Les informations propres à étayer le contenu du résumé d'unité médicale doivent être présentes dans le dossier médical du patient et vérifiables dans le cadre des procédures de contrôle prévues par les articles L.162-23-12 et L.162-23-13 du code de la sécurité sociale.

Il ne peut être codé dans le résumé d'unité médicale (RUM) comme diagnostics principal, relié et associé, que des affections ou des problèmes de santé présents — « actifs » — au moment de l'hospitalisation. De même il ne peut être codé que des actes réalisés pendant l'hospitalisation.

1. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

La morbidité principale est constituée par le **diagnostic principal**, complété le cas échéant par le **diagnostic relié**.

1.1. LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Le diagnostic principal (DP) du RUM est **le problème de santé qui a motivé l'admission** du patient dans l'unité médicale (UM), pris en charge pendant le séjour et **déterminé à la sortie de celle-ci** conformément au *guide des situations cliniques* chapitre 0.

Il résulte de cette définition qu'un problème de santé inexistant à l'admission ou étranger au motif de celle-ci, et apparu ou découvert au cours du séjour dans l'UM, ne peut jamais être le DP.

Partant de sa définition, le DP doit être déterminé conformément au guide des situations cliniques et en connaissance des possibilités de codage offertes par la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10).

Le DP peut être :

- une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX voire XXII[1] de la CIM–10 ;
- ou l'une des entités classées dans le chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (« codes Z »).

En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) n'est pas autorisé pour le codage du DP.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale, conformément au guide des situations cliniques du chapitre VI. Il est énoncé **en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant**, y compris les résultats d'examens effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie...).

1.2. LE DIAGNOSTIC RELIÉ

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

- il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM–10 ;
- le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour objet du résumé ;
- le DR répond à la question : « pour quelle maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été effectuée ? ».

1) Il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM–10 (« codes Z »).

En effet, l'imprécision médicale de certains codes Z a parfois pour corollaire une imprécision au regard de la classification des *groupes homogènes de malades* (GHM). C'est par ce défaut que le PMSI est concerné.

Toutefois, le fait qu'un DR ne doive être mentionné que lorsque le DP est un code Z ne signifie pas qu'un DR soit obligatoire chaque fois que le DP est un code Z. Le DR doit aussi respecter les deux autres principes énoncés ci-après.

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

Une maladie justifiant des soins palliatifs entre dans ce cadre. Une séquelle — c'est-à-dire un code intitulé « Séquelles de... » dans la CIM–10 (voir *Les séquelles de maladies et de lésions traumatiques* dans le point 2 du chapitre V) — peut aussi être codée comme DR à partir du 1er mars 2013.

À l'exception d'une hémopathie maligne, le DR ne peut pas être une affection aigüe. En effet, si une telle affection est présente lors de l'hospitalisation, ou bien elle est le motif de l'hospitalisation et elle est alors le DP, ou bien une autre affection a rang de DP et elle est alors un diagnostic associé[2]. S'il s'agit d'un antécédent, l'affection n'existe

---

[1] Se reporter à la CIM–10 à usage PMSI publiée sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

[2] La notion de diagnostic associé est développée dans le point 2 de ce chapitre.

plus et elle ne peut figurer dans le RUM que codée comme un antécédent, avec le chapitre XXI de la CIM–10.
Seule une maladie chronique en cours (« active ») au moment de l'hospitalisation, un état permanent ou une maladie justifiant des soins palliatifs peut être mentionné comme DR. En conséquence, au terme d'un séjour conclu par la non-confirmation d'une affection suspectée, celle-ci ne peut pas être codée comme DR.

Par « **état permanent** »[3] on entend :

- certaines entités classées dans le chapitre XXI de la CIM–10, telles un antécédent personnel ou familial (catégories Z80 et suivantes), un état postopératoire (stomie, présence d'implant ou de greffe, absence acquise d'un membre ou d'un organe…) ;
- une séquelle : code de la CIM–10 intitulé « Séquelles de... » ;
- éventuellement d'exceptionnels symptômes sans diagnostic étiologique (chapitre XVIII, codes « R ») : ronflement, troubles de la sensibilité cutanée, amnésie…

Un état peut être qualifié de permanent dans la mesure où, lors de l'hospitalisation au cours de laquelle il est enregistré, l'état des connaissances ne permet pas de lui prévoir un terme ou autorise à estimer qu'il peut durer jusqu'à la fin de la vie du patient.

Par « maladie justifiant des soins palliatifs » on entend toute affection recevant des soins conformes aux références citées *infra* dans la note 22 (point 1.2.2.3, chapitre VI).

3) Le DR répond à la question : « pour quelle maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été faite ? ».

Le DR est l'affection motivant la prise en charge indiquée par le DP. Pour autant, le rôle du DR n'est pas d'accroitre le sens médical du codage (même s'il y concourt), par exemple de traduire la filiation entre causes et effets ; il est de compléter le diagnostic principal lorsqu'il est susceptible de ne pas suffire seul, au regard de la classification des GHM, à traduire quelle a été la prise en charge en termes d'utilisation des moyens.

Depuis la version 11 des GHM (2009), le DR intervient dans l'algorithme de la classification pour orienter des séjours entre les catégories majeures de diagnostic plus précisément que ne le permettrait leur DP.

Il résulte de ce qui vient d'être exposé qu'il existe une différence fondamentale de sens entre DR et diagnostic associé. Pour plus d'information, voir le point 2 (*Les diagnostics associés*) de ce chapitre.

Remarque : 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 RUM**.

Lorsque cette possibilité intéresse le DP ou le DR, le code à enregistrer, du code *dague* ou du code *astérisque*, est celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge.
L'autre code doit être enregistré comme diagnostic associé**.** Le double codage *dague-astérisque* ne crée pas d'exception aux consignes de choix du DP ni à la définition du DR.

---

[3] Notion comparable à celle de « déficience permanente » de la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé.

2. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

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

2.1. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP — ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR —, 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 DAS est enregistré à la fin du séjour dans l'unité médicale, en connaissance de l'ensemble des informations acquises, y compris d'éventuels résultats d'examens effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie.

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 (par exemple, une affection aigüe intercurrente) ou au « bilan » d'une affection préexistante, tels que :

- la consultation auprès du patient d'un médecin ou d'un auxiliaire médical spécialisé (par exemple, la consultation d'un *tabacologue* auprès d'un patient hospitalisé pour angine de poitrine, ou l'interrogatoire alimentaire d'un patient obèse ou diabétique par une diététicienne…) ;
- la réalisation d'investigations médicotechniques quelle que soit leur nature (biologie, imagerie, explorations fonctionnelles, endoscopie…) y compris, s'agissant d'examens effectués pendant le séjour, lorsque les résultats sont rendus postérieurement à la sortie du patient.*

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

- traitement médicamenteux quelles qu'en soient la posologie et la voie d'administration, y compris la simple poursuite d'un traitement suivi à domicile ;
- acte thérapeutique médicotechnique (traitement chirurgical, 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 DP, DR 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 une affection médicale ou chirurgicale (affection A) d'un patient atteint d'un handicap psychique ou physique sévère (affection B) : autisme, infirmité motrice cérébrale, état grabataire… Le handicap est 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 socioéconomiques ayant justifié une prise en charge particulière[4].

Lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique ou de longue durée en cours de traitement est hospitalisé pour un autre motif (par exemple, fracture de jambe chez un cardiaque, pneumonie chez un 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 :

- survenue d'une cystite aigüe à colibacille au cours d'une hospitalisation dont le motif principal est autre :
  - si la cystite est diagnostiquée et traitée dans la même unité médicale (UM), elle est un DAS car pour l'UM la prise en charge est diagnostique et thérapeutique,
  - si la cystite est diagnostiquée dans une première unité (UM1) puis traitée dans une autre (UM2), elle est un DAS pour les deux UM puisque la prise en charge est diagnostique dans l'UM1 et thérapeutique dans l'UM2 ;
- diabétique stable hospitalisé pour un autre motif principal : 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'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs hospitalisé pour un autre motif ; à l'occasion du séjour, une échographie doppler artérielle est faite à titre de « bilan » ; l'artériopathie est un DAS ; la prise en charge est ici diagnostique ;
- difficultés psychologiques et sociales chez une accouchée récente, ayant nécessité une prise en charge spécialisée (psychologue, assistante sociale…) : les difficultés sont un DAS[5]. La prise en charge est ici diagnostique et thérapeutique.

Il existe ainsi une différence fondamentale de sens entre les notions de DAS et de diagnostic relié (DR). Le premier 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, alors que le DR est une information, une précision qui fait partie de la morbidité principale[6].

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.

Lorsque l'hospitalisation dans une unité médicale de MCO est précédée par un passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement de santé, un problème de santé

---

[4] Les soins, la prise en charge, doivent être mentionnés dans le dossier médical (*idem* note 108).

[5] Voir notamment les catégories Z55-Z65 de la CIM–10 et les explications données à leur propos dans le chapitre suivant.

[6] Jusqu'à la version 6.7 de la *fonction groupage* (2002), un code en position de DR était automatiquement « récupéré » pour le groupage comme un diagnostic associé significatif ; ce n'est plus le cas depuis la version 7.9 (2004) dans un RSS monoRUM : un code figurant en position de DR n'est plus pris en considération par les tests sur la présence d'une *complication ou morbidité associée* (CMA, voir la note 8).

diagnostiqué ou traité aux urgences doit être enregistré dans le RUM de la première unité médicale où le patient est hospitalisé[7]. Il peut s'agir :

- du diagnostic principal (DP) du séjour : se reporter au point 1.2 de ce chapitre ;
- d'un diagnostic associé significatif (DAS).

  Exemples :

  – patient s'étant présenté aux urgences pour des douleurs hypogastriques et une impossibilité d'uriner ; le diagnostic de rétention d'urines est établi ; après évacuation vésicale, le patient est hospitalisé en urologie où une intervention sur sa prostate est effectuée ; la rétention d'urine diagnostiquée et traitée aux urgences est un DAS du RUM d'urologie ;

  – patient amené aux urgences après une chute ; une fracture de l'humérus est diagnostiquée ; une plaie du cuir chevelu est parée et suturée ; le patient est hospitalisé en chirurgie osseuse où une ostéosynthèse de l'humérus est réalisée ; la plaie du cuir chevelu traitée aux urgences est un DAS du RUM de chirurgie osseuse.

Ainsi, lorsque des problèmes de santé distincts du diagnostic principal de la première unité d'hospitalisation ont été diagnostiqués ou traités aux urgences, la première unité d'hospitalisation les enregistre comme DAS dans son RUM.

L'enregistrement dans le résumé d'unité médicale d'une affection correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire.

Les informations attestant des prises en charge en rapport avec chaque DAS, notamment les comptes rendus des interventions de médecins ou d'auxiliaires médicaux, doivent figurer dans le dossier médical conformément à l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

2.2. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS PAR CONVENTION

Les diagnostics associés (DA) par convention ne répondent pas forcément à la définition précédente mais ils doivent être enregistrés comme DA du fait des consignes de codage propres au PMSI en MCO.

Un DA conventionnel est enregistré dans les circonstances suivantes :

2.2.1. En conformité avec les règles de la CIM–10

- Le double codage *dague-astérisque* : Lorsque la CIM–10 offre la possibilité de coder, un diagnostic 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 RUM**.
  - Lorsque le diagnostic principal (DP) ou le diagnostic relié (DR) du RUM est un code *astérisque* (*) de la CIM–10, le code *dague* (†) correspondant doit être enregistré comme DA ou *vice versa* ;
  - Lorsqu'un diagnostic associé significatif (DAS) est un code *astérisque* (*) de la CIM–10, le code *dague* (†) correspondant doit être enregistré comme DA ou *vice versa* ;

[7] On rappelle que pour un patient qui se présente dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement un jour J, hospitalisé à J+1 dans une unité médicale de MCO du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J : se reporter aux informations relatives à la date d'entrée du RUM dans le point 2.2.2 du chapitre I.

- Les séquelles : lorsque le DP est une manifestation séquellaire d'un problème ancien, la nature de la manifestation doit être enregistrée comme DP et le code « séquelles de » comme DA (voir le point 2 du chapitre V) ;

2.2.2. En cas de cause externe de morbidité

- Les codes V, W, X et Y du chapitre XX de la CIM–10 (Causes externes de mortalité et de morbidité) sont enregistrés en position de DA ;
    - la violence routière : si un ou des facteurs favorisants étaient présents au moment de l'accident, ils doivent être enregistrés comme DA (voir le point 2 du chapitre V) ;

2.2.3. Pour identifier les séjours avec une prestation inter-établissement demandée

- L'établissement de santé demandeur doit associer Z75.80 Personne adressée dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte comme DA, au codage de la prestation extérieure (se reporter au point 3 du chapitre I) ;

2.2.4. Pour identifier les séjours avec prises en charge d'une IOA complexe

- Afin de permettre l'identification des patients atteints d'une infection ostéoarticulaire complexe (IOA), Z76.800 *Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire* doit être enregistré comme DA dès lors que le patient a fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire visée par un centre interrégional de référence ayant confirmé le caractère complexe de l'IOA ; même si une seule RCP a été réalisée, Z76.800 doit être saisi dans les RUM de tous les séjours ultérieurs du patient motivés par la prise en charge de l'IOA ;

2.2.5 Pour identifier les séjours avec administration de sédation 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. 1110-5-1du 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 (détresse respiratoire, hémorragie grave par exemple) (cf. recommandations HAS, janvier 2020)

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier medical du patient.

2.2.6. Dans le cadre de la périnatalité

- L'*antepartum* : pour un classement dans les *groupes homogènes de malades* (GHM) *ad hoc*, l'*antepartum* doit être enregistré par un code Z35.– *Surveillance d'une grossesse à haut* risque ;

- L'accouchement : pour le même motif, il doit donner lieu à la saisie d'un code Z37.– Résultat de l'accouchement en position de DA ;

  Cette consigne s'impose aussi en cas d'accouchement impromptu avant hospitalisation (par exemple, avant le départ ou pendant le trajet vers la maternité) ; le DP est alors codé Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé*, et un code Z37.– est indispensable en position de DA (se reporter au Manuel des groupes homogènes de malades).

- Le postpartum : pour un classement dans les GHM ad hoc, ils doivent donner lieu à la saisie d'un code Z39.– Soins et examens du postpartum ;

- L'interruption de la grossesse :
  - à compter de la V2023, le code Z64.0 n'est plus l'élément permettant d'orienter un séjour en racine d'IVG. Cette orientation est désormais réalisée à partir du DP en O04.-, codes dont les extensions permettent de différencier l'IVG de l'ITG ;
  - le produit d'une interruption médicale de grossesse : à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins cinq-cents grammes, il donne lieu à la production d'un RUM, dans lequel on enregistre la cause de la mort ;

- Les nouveau-nés recevant du lait provenant d'un lactarium : afin de les identifier, le code Z76.850 *Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium* doit être enregistré comme DA.

- En outre, s'agissant des **enfants nés sans vie**, la cause de la mort est enregistrée comme DA, que son identification ait donné lieu à des investigations (par exemple, anatomocytopathologiques) ou non.

Concernant la périnatalité des fiches de codage ont été créées par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité en collaboration avec l'ATIH. Il est à noter que les fiches concernant les IVG ont été mises à jour à la suite de ces travaux intervenus dans la version 2023.

2.2.7. Complications d'actes

- 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 DA par le ou les codes ad hoc du chapitre XX (Y60–Y84, Y88, Y95).

2.2.8. Infection

- Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (B95-B98), pour identifier **l'agent infectieux.** Ces codes ne doivent être utilisés qu'en position de diagnostic associé. Leur usage doit être conforme à leur intitulé. Ils sont donc réservés aux cas dans lesquels une infection est présente, infection classée dans un chapitre distinct du chapitre I (CIM– 10, vol. 2, § 4.4.4).

- Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (U82–U84) pour identifier **une résistance** de l'agent infectieux aux médicaments antimicrobiens, dans le respect des consignes de codage du chapitre V point 2.

2.2.9. Effets indésirables

- Le codage des effets indésirables associe au code de la nature de l'effet un code du chapitre XX de la CIM–10 (catégories Y40–Y59). Il n'utilise pas les codes du groupe T36– T50. En effet, 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.

2.2.10. Intoxications

- Utiliser, au besoin, un code supplémentaire de cause externe (Chapitre XX) pour identifier le médicament éventuellement en cause.

- Pour le codage d'une intoxication volontaire, le code exact est celui de l'intoxication par le produit. Le coma ou d'autres complications éventuelles doivent être enregistrés comme DA.

- 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 des codes du chapitre XX : catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en tant que diagnostic associé (DA).

2.2.11. Suicide et tentative de suicide

- Suicide et tentative de suicide. Les RUM produits pour les séjours dont suicide ou tentative de suicide sont le motif, mentionnent un diagnostic principal codé avec le chapitre XIX de la CIM–10 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe. On enregistre en tant que diagnostics associés (DA) les éventuelles complications, conformément à la définition d'un DA significatif (se reporter au point 2 du chapitre IV) ainsi qu'un code du groupe X60–X84 du chapitre XX74 pour enregistrer le caractère auto-infligé des lésions et le ou les moyens utilisés.

2.2.12. Dans les autres circonstances suivantes précisées

- Lorsqu'un patient a été admis pour un acte ou pour des soins qui n'ont pas pu être réalisés pour un des motifs classés dans la catégorie Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués* ; le code Z53.– correspondant au motif peut-être enregistré comme DA, en complément du problème de santé finalement pris en charge ;

- Un patient incarcéré : Z65.1 *Emprisonnement ou autre incarcération* doit être enregistré en position de diagnostic associé lorsque les soins ont été dispensés à une personne détenue ;

2.3 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS EN RÉSUMÉ

- Il est essentiel que le RUM décrive le plus exactement possible le séjour du patient, notamment sans oublier aucun DA :
  - pour ne pas prendre le risque d'omettre une *complication ou morbidité associée* (CMA) ou une complication spécifique d'une catégorie majeure ;
  - parce que, du fait des listes d'exclusion, il ne suffit pas que le résumé de sortie standardisé mentionne un DA appartenant à la liste des CMA pour être classé dans un GHM de niveau de sévérité 2, 3 ou 4[8] ;
  - parce que la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est — et, de façon générale, de l'état de la classification des GHM — à un moment donné, expose à s'interdire la comparaison de son activité dans le temps ;
  - parce qu'un codage de bonne qualité des DA dans les bases nationales de résumés de sortie anonymes (RSA) est nécessaire pour faire évoluer la classification des GHM afin qu'elle reflète le mieux possible les cas pris en charge et les pratiques, générateurs des charges financières des établissements de santé ;
  - parce qu'un codage de bonne qualité des DA (comme de toutes les informations du RUM) dans les bases régionales et nationales de RSA 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.
- Des diagnostics associés peuvent être omis ou codés avec une précision insuffisante au regard des possibilités de la CIM–10 parce qu'ils sont sans rapport avec la spécialité de l'unité médicale qui produit le RUM. Mais celui-ci n'a pas pour objectif un recueil d'informations limité à la discipline de l'unité. Il importe qu'il résume **le séjour réel** du patient, y compris le cas échéant les soins liés à des problèmes situés hors du domaine précis de cette discipline, sans omission et avec la meilleure précision possible au regard de la CIM–10.

3. LES ACTES MÉDICAUX

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

La CCAM peut être consultée et téléchargée sur le site Internet de l'ATIH. Ses règles d'utilisation sont indiquées dans un *Guide de lecture et de codage* publié au *Bulletin officiel* et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'entrée et de sortie, peuvent être enregistrés dans le RUM. Un acte réalisé avant une hospitalisation, ou bien programmé au

[8] Pour des informations sur les notions de CMA, de niveau de sévérité et de liste d'exclusion, se reporter à la présentation générale du *Manuel des groupes homogènes de malades*.

cours d'une hospitalisation mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire ou en externe, par exemple), ne doit pas être enregistré dans le RUM de cette hospitalisation[9].

Le codage d'un acte avec la CCAM associe les informations suivantes[10] :

- son code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- la phase : presque toujours codée « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- la ou les *activités* autorisées réalisées ;
- le nombre de réalisations de l'acte ;
- la date de réalisation de l'acte ;
- une éventuelle extension documentaire.

L'enregistrement de la date de réalisation est obligatoire pour l'ensemble des actes. La variable « date de réalisation » étant renseignée :

- 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 le séjour, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte »[10], une par jour de réalisation de l'acte.

Depuis le 1er mars 2011, tous les prélèvements d'organes effectués sur des personnes décédées doivent être enregistrés dans le recueil FICHCOMP[11] de l'établissement de santé siège du prélèvement.

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

- dans le RUM de l'enfant lorsqu'il en est produit ;
- dans le RUM de la mère s'il n'y a pas lieu de produire un RUM c'est-à-dire pour une issue de grossesse avant vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée et d'un poids de moins de cinq-cents grammes.

Lorsque l'hospitalisation dans une unité médicale de MCO est précédée par un passage dans la structure d'accueil des urgences de cet établissement, les actes effectués aux urgences sont enregistrés dans le RUM de la première unité où le patient est hospitalisé[12].

L'enregistrement dans le résumé du séjour, lorsqu'ils sont réalisés, des actes *classants* de la classification des GHM, y compris les gestes d'anesthésie[13], est obligatoire.

Les actes réalisés dans les UM de réanimation

Les données PMSI sont mobilisées dans de nombreuses études, notamment dans le cadre des études nationales de coûts (ENC). Pour ventiler une partie des charges des unités de réanimation sur les séjours concernés, l'unité d'œuvre utilisée est le score Oméga. A partir de l'ENC 2015, le calcul de cette unité sera directement réalisé par l'ATIH, sur la base des informations issues des bases PMSI. Pour opérer ce calcul, il est essentiel que l'ensemble

---

[9] Ce qui ne s'oppose pas à ce qu'il le soit éventuellement comme une *donnée à visée documentaire*.

[10] L'ensemble des informations enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du format du RUM.

[11] Se reporter au point 2.1.3 du chapitre II.

[12] On rappelle que pour un patient qui se présente dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement un jour J, hospitalisé à J+1 dans une unité médicale de MCO du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J : se reporter aux informations relatives à la date d'entrée du RUM dans le point 2.2.2 du chapitre I.

[13] Lorsqu'un acte a été réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale, la saisie du code d'activité « 4 » ou du geste complémentaire peut être indispensable au classement correct du RSS dans un GHM.

des actes réalisés dans l'unité de réanimation soit codé. Aussi, il convient de veiller au bon codage des actes de réanimation.

Les résumés de sortie des séjours de moins d'une journée (c'est-à-dire dont les dates d'entrée et de sortie sont égales) doivent enregistrer **tous les actes réalisés** dès lors qu'ils sont inscrits dans la CCAM, y compris s'il ne s'agit pas d'actes classants au sens de la classification des GHM.

Dans les résumés de sortie des séjours de 1 jour et plus (c'est-à-dire dont les dates d'entrée et de sortie diffèrent de 1 ou plus), la mention des actes classants ne constitue cependant qu'un minimum. L'évolution des pratiques médicales, de la classification des GHM et du financement de l'activité est susceptible de rendre d'autres actes discriminants (« marqueurs ») en termes de prise en charge. Il est fortement recommandé d'étendre le recueil à tous les actes répertoriés dans la CCAM.

Les modalités techniques d'enregistrement des actes consistent aujourd'hui dans la plupart des établissements de santé, à terme dans tous, en une saisie sur le lieu de leur réalisation, alimentant un « serveur d'actes » dans lequel les codes et autres informations sont prélevées pour la production des RUM. Elles permettent un enregistrement exhaustif des actes réalisés inscrits dans la CCAM. La connaissance des actes classants est indispensable à l'évolution des groupes chirurgicaux et de ceux qui dépendent des actes *classants non opératoires*, mais celle des actes non classants l'est autant pour l'évolution des groupes « médicaux ». La connaissance la plus complète possible des actes médicotechniques réalisés au cours des hospitalisations est en effet nécessaire à l'analyse des résumés de sortie et à l'identification d'actes marqueurs.

À partir de 2015, une CCAM descriptive à usage PMSI est mise en ligne sur le site de l'ATIH. Pour bien distinguer la CCAM descriptive de la CCAM utilisée pour la tarification (paiement à l'acte), les codes principaux à 7 caractères de format 4 lettres 3 chiffres, sont complétés par une extension à 3 caractères : un tiret, 2 chiffres.

4. LES DONNÉES À VISÉE DOCUMENTAIRE

Une donnée à visée documentaire (DAD) peut être n'importe quelle information : un chiffre, un code d'acte ou de diagnostic ou du langage naturel.
Si des nomenclatures de codage sont employées, elles peuvent être celles du PMSI ou n'importe quelle autre. La saisie de DAD est facultative. Elles ne modifient pas le classement en *groupes homogènes de malades* et ne sont pas incluses dans le résumé de sortie anonyme : au contraire des diagnostics associés (significatifs et conventionnels), elles ne sont donc pas transmises à l'agence régionale de santé.

CHAPITRE V

CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10e RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES*

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES*

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

La dixième révision de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM–10) à usage PMSI est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du résumé d'unité médicale (RUM). Sa table analytique (chapitres I à XXII) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée. Le recueil standard d'informations du PMSI utilise aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère.

Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la CIM–10 à usage PMSI publié 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.

À propos de ces dernières on souligne toutefois deux réserves.

1) Trois de ces directives sont incompatibles avec les règles du recueil d'informations du PMSI en MCO :

- celle selon laquelle « Si, à la fin de l'épisode de soins, l'affection principale est toujours qualifiée de suspectée, douteuse, etc., et s'il n'y a pas d'autres informations ou explications, le diagnostic suspecté sera codé comme s'il était certain » (volume 2 page 103 ou 134[1]) ; en effet, dans cette situation il faut interroger le médecin qui a donné les soins ou consulter le dossier du patient pour obtenir les informations nécessaires au respect des règles exposées dans le guide des situations cliniques (chapitre VI) ;
- celle qui concerne le codage des affections multiples : « Lorsque des affections multiples sont enregistrées dans une catégorie intitulée " …multiples ", et qu'aucune d'elles ne prédomine, le code pour la catégorie " …multiples " doit être utilisé de préférence, et des codes supplémentaires facultatifs peuvent être ajoutés pour chacune des affections mentionnées » (volume 2 page 103 ou 135). Cette recommandation privilégie le code « …multiples » et considère comme facultatifs les codes précis correspondant à chacune des lésions ou affections. Ce sont au contraire ces derniers qui doivent être enregistrés dans le résumé de sortie, le code « …multiples » n'ayant dès lors pas de raison d'être saisi (sinon éventuellement

[1] Dans l'ensemble de ce chapitre, les numéros de page renvoient au volume 2 de l'édition imprimée 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.

comme donnée à visée documentaire[2]) ; le choix du diagnostic principal (DP) en cas d'affections multiples est traité dans le chapitre VI (point 1.5) ;

- celle qui concerne le cancer : « Une tumeur, qu'elle soit primitive ou secondaire, qui est l'objet des soins pendant une période de traitement, doit être enregistrée et codée comme "affection principale". Quand l'affection principale", telle qu'elle a été enregistrée par le praticien, est une tumeur primitive qui n'existe plus (dont l'ablation a eu lieu pendant un épisode de soins précédent), classer comme "affection principale" la tumeur secondaire, la complication actuelle ou la circonstance appropriée codable au chapitre XXI […] qui est l'objet du traitement ou des soins en cours. Un code approprié du chapitre XXI pour antécédent personnel de tumeur peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif. » (volume 2 p. 118 ou 152). Le codage de la tumeur comme diagnostic principal ou relié doit respecter le guide des situations cliniques et les consignes données à propos de la notion d'antécédent de cancer.

2) Si d'autres directives de la CIM–10 diffèrent de celles données dans le présent guide méthodologique, ce sont les consignes de celui-ci qui prévalent.

On rappelle qu'il ne peut être codé dans le RUM comme diagnostics principal, relié ou associé, que des affections ou des problèmes de santé présents — « actifs » — au moment de l'hospitalisation[3].

Une affection constituant un « antécédent personnel » au sens d'une maladie antérieure guérie, ne doit pas être enregistrée dans le RUM avec le code qu'on utiliserait si elle était présente (« active »), c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être codée avec les chapitres I à XIX de la CIM–10 (sinon éventuellement comme une donnée à visée documentaire). La même règle s'impose dans le cas d'un « antécédent familial », c'est-à-dire d'une affection dont le patient n'est personnellement pas atteint. Un antécédent personnel ou familial, au sens d'une affection dont le patient n'est plus ou n'est pas atteint au moment du séjour objet du RUM, doit être codé avec le chapitre XXI (« codes Z ») de la CIM–10.

Ce chapitre donne des explications et des consignes pour des difficultés de codage souvent rencontrées. Elles respectent généralement celles qui figurent dans le volume 2 de la CIM–10 pour la morbidité, avec pour objectif une interprétation unique des possibilités offertes. Elles respectent une règle générale primordiale : **le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder** (volume 2 p. 109 ou 147, règle MB4).

Le sujet de ce chapitre est le codage. Les conditions de production du RUM sont données dans le chapitre I, les définitions des informations médicales et les consignes de hiérarchisation des diagnostics du RUM le sont dans le chapitre IV. Elles constituent un préalable dont les règles et exemples de codage donnés ci-après ne sauraient dispenser.

---

[2] Se reporter au point 4 du chapitre IV.

[3] La seule exception est en rapport avec la règle D2 de choix du diagnostic principal (se reporter au point 1.1.2 du chapitre VI).

2. DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET À DIFFÉRENTS CHAPITRES DE LA CIM–10

ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

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

Les types d'accidents vasculaires cérébraux

Le codage des AVC constitués fait appel, à la phase aigüe, aux catégories I60 à I63 qui excluent les lésions traumatiques.

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

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

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

La catégorie I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique 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*.

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'ATIH en 2007 afin de distinguer les symptômes selon leur moment d'apparition et leur évolution :

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

D'autres manifestations peuvent être observées : troubles de la conscience (catégorie R40 *Somnolence, stupeur et coma*), de la sensibilité (R20 *Troubles de la sensibilité cutanée*), visuels (H51 *Autres anomalies des mouvements binoculaires*, H53 *Troubles de la vision*), *locked-in syndrome* (G83.5)[4].

---

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

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

Étiologies, séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux

Les étiologies des AVC sont classées dans des rubriques diverses de la CIM–10 ; par exemple la fibrillation auriculaire (I48), les malformations congénitales vasculaires cérébrales (Q28.–), l'athérosclérose cérébrale (I67.2), l'encéphalopathie hypertensive (I67.4), etc.

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.

Règles de codage des accidents vasculaires cérébraux

1°) AIT ou AVC constitué, à la phase aigüe

Lors du séjour initial de prise en charge, le codage du diagnostic principal (DP) emploie :

- pour un AIT, la catégorie G45 ; ses codes précisent la topographie ou la forme de l'accident, par exemple G45.3 *Amaurose fugace* ;
- pour un AVC constitué, un code I60.–, I61.–, I62.– ou I63.– .

Les codes I60.–, I61.–, I62.– et I63.– sont employés pendant l'ensemble de la première prise en charge de l'AVC en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Si plusieurs unités (mutations) ou établissements de santé (transferts) successifs de MCO sont fréquentés pendant cette première prise en charge, ces codes sont employés par les unités médicales successives. En revanche, en cas de réhospitalisation en MCO après un retour à domicile ou après un séjour en soins médicaux et de réadaptation, l'AVC initial est codé comme une séquelle. Il importe que le dossier médical soit en accord avec cette règle. Ainsi, un AVC est considéré comme étant dans sa phase initiale aigüe tant que le malade n'a pas quitté le champ d'activité de MCO où l'a amené la survenue de son AVC. Il est considéré comme séquellaire dès lors qu'il a quitté ce champ.

Le code I64 ne doit être employé qu'en l'absence d'examen de neuro-imagerie et ne doit pas l'être en association avec un code plus précis.

Un code d'AIT (G45.–) et un code d'AVC constitué (I60–I64) ne peuvent être associés que s'il s'agit de deux épisodes distincts au cours du même séjour.

Les manifestations cliniques de l'AVC sont codées comme diagnostics associés significatifs (DAS) si elles en respectent la définition. Il importe de les coder le plus précisément possible et d'employer les extensions prévues pour certains codes (hémiplégie, dysphasie et aphasie : se reporter au point 2 *supra*).

Les codes G46.0 *Syndrome de l'artère cérébrale moyenne,* G46.1 *Syndrome de l'artère cérébrale antérieure*, G46.2 *Syndrome de l'artère cérébrale postérieure*, ceux

des catégories I65 *Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, I66 *Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, les codes I67.0 *Dissection d'artères cérébrales, non rompue* et I67.1 *Anévrisme cérébral, (non rompu)*, **ne doivent pas être employés en association avec un code I60–I64 pour décrire l'artère atteinte ou le mécanisme de l'accident. La CIM–10 exclut en effet l'usage de ces rubriques en cas d'infarctus cérébral.**

L'étiologie ne peut être codée comme diagnostic associé que si elle en respecte la définition.

Les complications sont codées comme DAS si elles en respectent la définition, par exemple, inhalation, épilepsie, escarre, démence vasculaire…

2°) Séjour pour poursuite des soins dans une autre unité médicale ou dans un autre établissement

Par exemple, en cas de transfert dans un autre établissement de MCO après sortie d'unité neurovasculaire, l'AVC peut être codé comme DP dans l'autre établissement dès lors qu'il continue d'être le sujet des soins (situation clinique de *traitement unique* partagé : se reporter au point 1.2.2.3 du chapitre VI).

3°) Séjour pour prise en charge d'une aggravation d'un état neurologique consécutif à un AVC, ou d'une complication d'un AVC ou de son traitement

Il s'agit ici de séjours distincts de celui où a eu lieu la prise en charge initiale. La manifestation ou la complication prise en charge est codée comme DP. Les exemples les plus fréquents sont les troubles de la marche ou l'aggravation de la spasticité (catégorie R26 *Anomalies de la démarche et de la motilité*), le syndrome dépressif (catégorie F32 *Épisodes dépressifs*), l'épilepsie (catégories G40 *Épilepsie* et G41 *État de mal épileptique*), la démence vasculaire (catégorie F01 *Démence vasculaire*). Un code de séquelle d'AVC (I69) est placé en DAS.

4°) Séjour pour récidive d'AVC : une récidive d'AVC, à la condition qu'elle soit confirmée par l'imagerie, doit être codée comme un AVC à la phase aigüe.

5°) Séjour pour surveillance (suivi) au long cours d'un AVC

La situation est celle d'un patient atteint d'un AVC déjà diagnostiqué et traité, hospitalisé pour la surveillance des suites de celui-ci.

S'il n'est pas découvert d'affection nouvelle le code du DP appartient au chapitre XXI de la CIM-10 (se reporter aux consignes de codage de la situation clinique de *surveillance négative* dans le point 1.3.1 du chapitre VI). Un code de séquelle d'AVC (I69) est placé en DR et les manifestations séquellaires éventuelles sont codées comme DAS si elles en respectent la définition.

En l'absence de séquelles le DP est Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires*, on ne code pas de diagnostic relié (DR).

Si une affection nouvelle liée à l'AVC, c'est-à-dire une complication de celui-ci ou de son traitement, est découverte (surveillance dite positive), cette affection est le DP. Les éventuelles manifestations séquellaires respectant la définition d'un DAS, complétées par un code de séquelle I69.–, sont enregistrées en position de diagnostics associés.

6°) Soins palliatifs : le DP est codé Z51.5 *Soins palliatifs*. Le code de l'AVC est enregistré en position de DR : soit un code d'AVC aigu lorsqu'il s'agit de la prise en charge initiale, qu'elle

se fasse au sein d'un même établissement ou d'établissements différents (voir ci-dessus séjour pour poursuite des soins), soit un code de séquelle d'AVC si ce dernier a été pris en charge lors d'un précédent séjour.

7°) Séjour pour répit de la famille ou des aidants : le DP est codé 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 séquelle de maladie cérébrovasculaire (I69.–) est saisi en position de DAS.

ACCOUCHEMENT IMPROMPTU OU À DOMICILE

Un séjour faisant suite à un accouchement impromptu survenu avant l'arrivée de la mère dans un établissement de santé, par exemple au domicile ou pendant le trajet vers la maternité, que l'accouchement ait eu lieu, ou pas, en présence du SMUR, est codé comme suit :

- DP : Z39.00 ;
- DA : Z37.– ;
- pas d'acte d'accouchement.

L'accouchement à domicile, résultant du choix de la mère, **ne donne pas lieu à la production d'un RSS puisqu'il n'existe pas de séjour hospitalier**, ni pour la mère ni pour le nouveau-né[5]. Une hospitalisation ne surviendrait qu'en cas de complication :

- si la complication concerne la mère, son séjour est un séjour du *postpartum*, non d'accouchement ; le DP est déterminé conformément à sa définition et au guide des situations cliniques ; en l'absence de problème de santé propre au nouveau-né et pris en charge, le séjour de celui-ci est aussi un séjour du *postpartum*, son DP est codé Z76.2 *Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé* ;
- si la complication concerne l'enfant, un RSS est produit pour lui ; le DP est déterminé conformément à sa définition et au guide des situations cliniques.

ANÉMIE POSTHÉMORRAGIQUE AIGÜE APRÈS UNE INTERVENTION

L'emploi du code D62 *Anémie posthémorragique aigüe* pour mentionner la constatation d'une anémie postopératoire se discute devant un résultat d'hémogramme postopératoire prouvant la chute de l'hémoglobine en deçà de 13 grammes par décilitre chez l'homme, 12 grammes par décilitre chez la femme (11 grammes par décilitre chez la femme enceinte), chez un adulte jusqu'alors non anémié. Le présent article vise à rappeler et à préciser les règles justifiant l'emploi du code D62 dans cette circonstance particulière.

Les règles de l'art en matière de transfusion de patients subissant une intervention ont été définies par les experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) lors de l'élaboration de la *Classification commune des actes médicaux*. Il a été admis que l'anesthésiste doit assurer la compensation des pertes sanguines, en particulier au cours des interventions par nature hémorragiques : certaines interventions sur le squelette (particulièrement hanche, fémur, genou, colonne vertébrale) ou le système cardiovasculaire. Cette restitution du volume sanguin peut utiliser des modalités très variables : allotransfusion, autotransfusion, emploi de système de récupération sanguine peropératoire. Elle peut être entièrement effectuée au cours de l'intervention selon les pertes estimées, et éventuellement poursuivie au décours de l'opération. Dans ces conditions le code D62 ne doit pas être mentionné.

---

[5] Y compris si celui-ci est né sans vie (voir pages 70 et 92).

Inversement, une anémie postopératoire peut se révéler consécutive à un phénomène hémorragique inhabituel : le saignement peut résulter de la lésion elle-même (par exemple, rupture de la rate, plaie du foie) ou d'un traumatisme peropératoire (plaie d'un gros vaisseau, lâchage d'une suture vasculaire, conditions particulières de travail sur le site opératoire). Ces cas nécessitent des transfusions massives, ou à tout le moins dont le volume dépasse le volume prévisible en fonction de l'intervention. Le code D62 peut alors être mentionné dans le résumé d'unité médicale.

ANTÉCÉDENTS

Une affection constituant un antécédent personnel — une maladie ancienne guérie — ne doit pas être enregistrée dans le résumé d'unité médicale (RUM) avec le code qu'on utiliserait si elle était présente (« active »), c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être codée avec les chapitres I à XIX de la CIM–10 (sinon éventuellement comme une donnée à visée documentaire). La même règle s'impose dans le cas d'un antécédent familial, c'est-à-dire d'une affection dont le patient n'est personnellement pas atteint. Un antécédent personnel ou familial, au sens d'une affection dont le patient n'est plus ou n'est pas atteint au moment du séjour objet du RUM, doit être codé avec le chapitre XXI (« codes Z »).

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM–10 des catégories (Z80 à Z99) destinées au codage des antécédents.

Les affections qui entrainent habituellement des séquelles font partie des exclusions de ces catégories.

Exemples :

- Z86.1 *Antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires* exclut les séquelles de maladies infectieuses et parasitaires ;
- Z86.7 *Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire* exclut l'infarctus ancien, les séquelles de maladies cérébrovasculaires et le syndrome postinfarctus[6].

Le problème que pose l'utilisation des catégories d'antécédents en général, et d'antécédents personnels en particulier, est celui de la définition du mot « antécédent ». **On retient la suivante : une affection ancienne qui n'existe plus et qui n'est pas cause de troubles résiduels[7] au moment de l'hospitalisation concernée par le recueil d'informations.**

Le problème concerne notamment les antécédents personnels de tumeur maligne : à partir de quand un cancer peut-il être considéré comme un antécédent ?

Le choix entre « cancer » et « antécédent de cancer » est d'abord une question médicale, il ne dépend pas du codeur au vu d'une information telle que « cancer datant de 3 ans » ou « cancer datant de 10 ans »[8]. Si un clinicien estime qu'un cancer « extirpé chirurgicalement dans sa totalité » est devenu un antécédent, il faut le coder avec la catégorie Z85 de la CIM–10. S'il considère au contraire qu'il est trop tôt pour parler d'antécédent, il faut l'enregistrer au moyen du code adapté du chapitre II de la CIM–10.

---

[6] Z86.7 a des extensions, créées pour la version 11 des GHM (2009) : Z86.70 et Z86.71. Leur emploi est obligatoire (voir le *Manuel des groupes homogènes de malades*).

[7] Sinon on parlerait de séquelles, non d'antécédents (voir le point 2 de ce chapitre).

[8] On s'est longtemps fondé sur un délai de cinq ans. Cette référence est de tradition purement orale, elle n'a jamais figuré dans aucun document officiel. Elle est médicalement erronée puisque la durée à partir de laquelle une rémission autorise à parler d'antécédent de cancer varie, en fonction notamment de l'organe atteint et du type histologique. Il ne faut plus se référer au délai de cinq ans.

Ainsi, il n'appartient pas au médecin responsable de l'information médicale ni au codeur de trancher entre cancer et antécédent de cancer. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui dispense les soins au patient.

ATHEROSCLEROSE AVEC GANGRENE

Des subdivisions ont été créées par l'OMS en 2013 avec les sous-catégories appropriées en I70 *Athérosclérose* pour indiquer la présence ou l'absence de gangrène. Le code I70.21 *Athérosclérose des artères distales, avec gangrène* comporte intrinsèquement la notion de gangrène. De ce fait, lorsqu'il est utilisé comme diagnostic principal, I70.21 ne devrait pas permettre de codage supplémentaire pour décrire la gangrène associée. Ainsi, la note accompagnant le code R02 *Gangrène non classée ailleurs* dans le volume 1 de la CIM-10 précise que ce code est à utiliser « à l'exclusion de gangrène au cours d'athérosclérose (I70.2). ». Toutefois, **à titre d'exception,** l'utilisation en diagnostic associé, du code R02 lorsque I70.21 est codé en DP, est autorisée. En effet, porter le code R02 en diagnostic associé est actuellement le seul moyen de discriminer les prises en charge avec gangrène lors du groupage en GHM.

CARENCES VITAMINIQUES

L'enregistrement dans le RUM-RSS 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.

CHUTES A REPETITION

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

Exemples

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

- d'une chute constatée répétitive (au moins deux chutes dans l'année), le DP est la chute R29.6 ;
- d'un bilan de chutes répétitives à la recherche d'une pathologie causale et sans que cette cause soit trouvée, le DP est la chute R29.6 ;

<u>La notion de chute à répétition peut être un DAS</u> car elle marque une fragilité du patient dans les cas pour lesquels elle ne sera pas le DP :

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

CODES OMS RÉSERVÉS 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 U07sont 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.

COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

L'importance de leur enregistrement tient notamment au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique[9].

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

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 pour le choix de l'affection principale (*ib.* page 109 ou 147) : « Lorsque le diagnostic enregistré comme " affection principale " décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme " affection principale ", si cela n'entraine pas une perte d'information. »

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 préfère 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 :

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

[10] Dans l'ensemble de ce chapitre, les numéros de page renvoient au volume 2 de l'édition imprimée 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..

– 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 par le ou les codes *ad hoc* du chapitre XX (Y60– Y84, Y88, Y95).

- **Les codes du groupe T80–T88**

Les codes du groupe T80–T88 doivent être employés lorsqu'ils apportent le plus de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM–10 n'offre pas par ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication[11].

Des sous-catégories telles que *Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* (T80.0) ou *Choc anaphylactique dû au sérum* (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les sous-catégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4, T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables, ainsi que les catégories T86 et T87. Il n'existe pas d'autre code dans la CIM–10 permettant d'enregistrer une information aussi complète plus précisément.

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

En revanche, plusieurs sous-catégories sont très imprécises. L'emploi de certaines n'est pas autorisé pour le codage du diagnostic principal (DP) : T80.2, T81.2, T81.4, T88.0, T88.1, T88.7[12] 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 selon la nature de la complication.**

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

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

Exemples :
– I97.2 *Lymphœdème après mastectomie* ;
– J95.1 *Insuffisance pulmonaire aigüe consécutive à une intervention chirurgicale thoracique*.

[11] *NB* le titre du groupe T80-T88 : « Complications de soins chirurgicaux et médicaux, **non classées ailleurs** ».
[12] Auxquels s'ajoutent T81.3, T85.5, T86.0 et T86.8, devenus imprécis du fait de leur subdivision.

On en rapproche les complications d'actes classées dans le chapitre XV de la CIM–10 *Grossesse, accouchement et puerpéralité* : quatrièmes caractères des catégories O03–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 puerpéralité. Par exemple, O35.7, O75.4, O86.0 et O90.0 à O90.2.

On en rapproche également 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 DP et une information orientant vers l'une d'elles doit faire rechercher davantage de précision.

Les sous-catégories codées .8 telles que I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* [...], J95.8 *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* [...] ou K91.8 *Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* [...] sont imprécises. Aux sous-catégories .8 il faut préférer les codes « habituels » de la CIM–10[13].

- **Les codes « habituels » de la CIM–10**

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

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

Exemples par rapport aux codes T imprécis :
– sepsis à staphylocoques consécutif à une perfusion : A41.2 ;
– abcès de paroi après appendicectomie : L02.2 ;
– abcès sous-phrénique après cholécystectomie : K65.0 ;
– thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3 ;
– infection à bactéries pyogènes d'une prothèse articulaire : M00.– ;
– infection osseuse due à un matériel d'ostéosynthèse : M86.– ;
– endocardite infectieuse sur valve prothétique : I33.0 ;
– rupture de sutures tendineuses de doigts : S66.– ;
– phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8 ;
– pneumothorax compliquant une intervention thoracique : S27.01.

Exemples par rapport aux codes « .8 » des catégories « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... » :
– pneumonie postopératoire : J18.9 (non J95.8) ;
– ulcère gastrique « de *stress* » postopératoire : K25.3 (non K91.8) ;
– infarctus du myocarde postopératoire : I21.– (non I97.8).

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

Lorsqu'un codage précis selon la nature de la complication conduit à l'enregistrer avec un code « habituel », il doit être 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 DP :

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

Exemples :

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

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

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

Exemples :

– déplacement d'une électrode de stimulation cardiaque : T82.1, Y83.1 ;
– luxation d'une prothèse de hanche : T84.0, Y83.1 ;

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

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

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, conforme aux consignes données au début de ce chapitre sur les complications des actes médicaux ou chirurgicaux, est complété avec la catégorie Y88.

Exemple : cicatrice classification 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*.

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*.

DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITÉ 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, par exemple pour une anesthésie. La mention d'un code étendu E11.–0 dans un RUM 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).

DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique prise en compte dans les recommandations de la HAS [14] est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte ; il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence ;
- Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- Réponse insuffisante au traitement ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques.

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

DOULEUR CHRONIQUE REFRACTAIRE (REBELLE)

Une douleur chronique réfractaire[15] est une douleur :

- ne répondant pas aux traitements conventionnels recommandés et conduits conformément aux règles de bonnes pratiques,
- et ne permettant pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, ni une qualité de vie acceptable pour le patient, et/ou occasionnant des effets indésirables intolérables et incontrôlables.

Une douleur chronique réfractaire peut nécessiter une hospitalisation pour avis diagnostique pluri professionnel et/ou prise en charge thérapeutique spécifique nécessitant des compétences particulières : traitements médicaux invasifs ou traitements médicaux nécessitant une surveillance particulière, actes de radiologie interventionnelle, actes

---

14 Douleur chronique HAS décembre 2008 : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient

15 Les termes suivants peuvent être utilisés à la place du terme réfractaire (à privilégier) : rebelle / irréductible

d'infiltrations ou d'analgésie locorégionale, actes chirurgicaux, traitements non médicamenteux associés ...

EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS

Une « intoxication » médicamenteuse doit être codée de manière différente selon qu'elle est accidentelle ou volontaire, ou bien s'il s'agit d'un effet indésirable. La CIM–10 désigne les premières circonstances par le mot empoisonnement[16] et les distingue de l'effet indésirable en usage thérapeutique[17].

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 des codes du chapitre XX : catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en tant que diagnostic associé (DA)[18].

Le codage du symptôme ou du syndrome engendré par une intoxication médicamenteuse au lieu d'employer son code « T » a souvent pour origine une confusion entre la définition du diagnostic principal (DP) et la notion de *problème ayant mobilisé l'essentiel des soins*[19]. On rappelle que le DP doit être déterminé sur la base de sa définition et selon la situation clinique, et que la notion de *problème ayant mobilisé l'essentiel des soins* n'est d'utile que dans les rares cas où l'analyse en termes de situation clinique conduit à un choix entre plusieurs DP.

Le « coma » (terme sans doute employé de manière générique pour les divers troubles de la conscience classés dans la catégorie R40) après prise de psychotrope en est un exemple. Il est souvent avancé que « c'est le coma qui a mobilisé l'essentiel des soins » pour le coder comme DP, l'intoxication (le code « T ») étant mentionnée comme DA. Le résultat est le classement du résumé de sortie dans le *groupe homogène de malades* (GHM) *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique.* Cette attitude est erronée : d'une part, le symptôme R40.– n'a pas à être choisi pour DP alors que sa cause, l'intoxication, est identifiée (règle D1) ; d'autre part, le contenu du GHM *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique* dans lequel classe le DP « coma » correspond à des affections dont la cause est ignorée. Ainsi, pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine de troubles de la conscience, le code exact est celui de l'intoxication par le produit (catégorie T42). Le coma ou d'autres complications éventuelles doivent être enregistrées comme DA.

Cette règle n'est pas réservée aux troubles de la conscience et aux médicaments psychotropes. Conformément à la définition du DP et au guide des situations cliniques, elle doit être appliquée de manière générale aux complications des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires.

---

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

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

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

[19] Se reporter au point 1.5 du chapitre précédent.

2. Les effets indésirables[20]

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

Exemples :

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

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

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

EMPLOI DES CODES DU GROUPE B95–B98 CIM–10

Ces codes ne doivent être utilisés qu'en position de diagnostic associé. Leur usage doit être conforme à leur intitulé. Ils sont donc réservés aux cas dans lesquels une infection est présente, infection classée dans un chapitre distinct du chapitre I (CIM–10, vol. 2, § 4.4.4). La rubrique de l'infection s'accompagne souvent d'une note signalant la possibilité d'association : « Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (B95–B98) pour identifier l'agent infectieux ».

Exemples :

– endocardite subaigüe à streptocoques D: I33.0, B95.2 ;
– sinusite maxillaire chronique à *Hæmophilus influenzæ* : J32.0, B96.3 ;
– abcès cutané à *Staphylococcus aureus* : L02.–, B95.6 ;
– ostéite à *Staphylococcus aureus* : M86.–, B95.6 ;
– pyélonéphrite aigüe à *Escherichia coli* : N10, B96.2 ;
– ascite infectée à *Escherichia coli* : R18, B96.2.

En l'absence d'infection, une colonisation (« portage sain ») doit être codée avec la catégorie Z22.

[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).

EMPLOI DES CATÉGORIES O80 À O84 DE LA CIM–10

On attire l'attention sur la note inscrite en tête du groupe *Accouchement* (O80–O84) dans le volume 1 de la CIM–10, et sur les explications données pages 124-125 ou 159-160[21][19] du volume 2. Il en résulte en particulier que l'emploi des codes O81.0 à O84.9 comme diagnostic principal (DP) du résumé d'unité médicale est une erreur. **Depuis la version 11 des GHM (**2009) **ils ne sont plus utilisables en position de DP.** Pour enregistrer un accouchement instrumental le code du DP doit être choisi parmi les autres codes du chapitre XV. L'exemple 24 donné p. 125 ou 160 du volume 2 de la CIM–10 est une illustration de la consigne de codage.

EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DE LA CIM–10

Une note d'inclusion placée sous le titre du groupe P00–P04 Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement (CIM–10, volume 1, chapitre XVI) fixe des conditions très restrictives à l'emploi de ces codes : ce groupe « comprend les affections maternelles mentionnées seulement si elles sont précisées comme étant la cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né ».

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

En conséquence, il faut étendre l'utilisation des codes P00–P04 aux circonstances dans lesquelles les états mentionnés ont été cause de soins supplémentaires au nouveau-né, et considérer à priori que ces soins ont été dispensés dès lors que la mère a présenté une des affections répertoriées dans les rubriques du groupe P00–P04.

> Exemple : un nouveau-né normal né par césarienne bénéficie habituellement de soins supplémentaires par rapport à un nouveau-né normal né par voie basse (présence d'un pédiatre, surveillance en rapport avec les risques respiratoires, soins nécessités par la moindre autonomie de la mère...). Il est donc licite de mentionner systématiquement le code P03.4 dans le dossier de tout nouveau-né extrait par césarienne.

ENFANTS NÉS SANS VIE

Pour la production des informations concernant les enfants nés sans vie (« mort-nés ») et leur mère, la référence est la note technique qui constitue l'annexe 2 de l'instruction N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021.

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

---

[21] Dans l'ensemble de ce chapitre, les numéros de page renvoient au volume 2 de l'édition imprimée 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.

[22] La réduction de la mortalité périnatale est un objectif national de santé publique : loi n° 2004-806 du 9 aout 2004, objectif n° 45.

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

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

- dans le RUM de l'enfant lorsqu'il en est produit, c'est-à-dire à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins cinq-cents grammes ;
- dans le RUM de la mère s'il ne doit pas être produire de RUM, c'est-à-dire pour une issue de grossesse avant vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée et d'un poids de moins de cinq-cents grammes.

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

EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM–10

Les codes du chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (« codes Z ») peuvent, et souvent doivent, être utilisés dans le résumé d'unité médicale (RUM) comme diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DA)[23].
Il est recommandé de lire la note figurant à la première page du chapitre XXI du volume 1, spécialement les lignes relatives aux deux circonstances indiquées pour l'emploi des codes Z (alinéas *a* et *b*).

Les explications qui suivent visent à aider à la compréhension du sens des codes Z, dont l'usage est parfois difficile pour les codeurs. Elles donnent des consignes ou indiquent des préconisations d'emploi en matière de **codage**. On ne saurait en déduire des modalités de recueil de l'information qui ne seraient pas conformes aux conditions de production du RUM exposées dans le chapitre I ni aux règles de hiérarchisation des diagnostics qui font l'objet du chapitre IV.

Catégories Z00–Z02

Elles répertorient des motifs de recours qui relèvent, sauf exception, de l'activité externe. Par exemple, Z00.0 correspond aux bilans de santé (« *check up* ») effectués à titre préventif et systématique, notamment dans des centres spécialisés ; Z00.1 est destiné aux examens réguliers systématiques du nourrisson et Z01.4 correspond aux examens gynécologiques systématiques, Z01.5 *Test cutanés de diagnostic et de sensibilisation* est le diagnostic principal des séjours pour tests allergologiques. Les patients concernés *ne se plaignent de rien* et *aucun diagnostic n'est rapporté* (sinon c'est la symptomatologie ou le diagnostic qu'on coderait).

Catégories Z03 et Z04 – *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies, non confirmées.*

La catégorie Z03 est celle des « suspicions non confirmées ». Elle permet le codage de situations caractérisées par l'éventualité initiale d'une maladie qui (après observation, examens…) n'est finalement pas confirmée[24]. C'est ce qu'explique la note d'inclusion située sous son titre dans le volume 1 de la CIM–10.

---

[23] Les notions de DP, DR et DA ont été traitées dans le chapitre IV.

[24] Z32.0 est un autre code de *suspicion non confirmée*.

Si l'on se reporte aux règles de hiérarchisation de la morbidité dans le RUM, une alternative apparait pour la détermination du DP (se reporter au point 1.1.2 du chapitre IV : lorsqu'un signe ou un symptôme fait suspecter une affection qui n'est finalement pas confirmée, doit-on choisir le signe ou le symptôme à l'origine de la suspicion ou utiliser un code de la catégorie Z03.

La règle générale est : le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. Lorsqu'une symptomatologie est présente, on préfèrera son code (le plus souvent présent dans le chapitre XVIII de la CIM–10) à un code Z toutes les fois qu'il est plus précis. Les cas dans lesquels l'emploi de la catégorie Z03 s'impose sont rares. La suspicion trouve en effet en général son origine dans un symptôme, un résultat d'examen complémentaire ou dans un antécédent personnel ou familial, toutes circonstances pour lesquelles la CIM–10 contient le plus souvent des codes adéquats. En revanche, Z03.6 *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées* peut être le code le plus adapté à une suspicion d'absorption de produit toxique, notamment chez les enfants, lorsqu'elle repose sur une crainte de l'entourage mais qu'elle est finalement infirmée.

La catégorie Z04 a un contenu plus médicolégal ; elle permet le codage de situations caractérisées par la suspicion :

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

La sous-catégorie Z04.8 permet le codage de situations caractérisées par des investigations diverses, spécialement paracliniques, volontiers programmées. Z04.8 a des extensions[25] :

- Z04.800 est le code imposé pour le DP des séjours motivés par l'enregistrement d'un électroencéphalogramme de longue durée ;
- Z04.801 est le code imposé pour le DP des séjours motivés par un enregistrement polygraphique ;
- Z04.802 est le code des examens et mises en observation pour bilan préopératoire ou préinterventionnel ;
- Z04.880 est le code des examens et mises en observation pour d'autres raisons (investigations).

L'emploi de Z04.800, Z04.801 ou Z04.802 s'impose comme DP du RUM, qu'une affection ait été diagnostiquée ou non au terme du séjour (se reporter au point 1.1.3 du chapitre VI).

Z04.9 correspond à une information trop imprécise pour être acceptable.

Lorsqu'un code des catégories Z03 ou Z04 est en position de DP, sauf cas particulier, il ne justifie pas de diagnostic relié (DR).

---

[25] Elles ont été créées pour la version 11 des GHM (2009). Leur emploi est obligatoire. En effet, Z04.8, devenu imprécis du fait de leur création, n'est plus utilisable comme DP, DR et DA à compter de la version 11 des GHM.

Catégories Z08 et Z09 – *Examen de contrôle après traitement*

On comprendra leur intitulé comme « examen de contrôle de traitement », c'est-à-dire après traitement, ou en cours de traitement. Leurs codes peuvent donc être employés que le traitement soit achevé ou en cours. Les codes de ces catégories sont typiquement des codes de *surveillance négative* au sens du guide des situations cliniques (se reporter au chapitre VI situation 1.3.1)[26].

Z08.2 et Z09.2 : l'intitulé de ces deux sous-catégories contient le mot « chimiothérapie » alors que seule Z08 concerne les tumeurs malignes ; on rappelle en effet que le mot *chimiothérapie* n'a pas dans la CIM–10 le sens implicite de « chimiothérapie antitumorale » qui est le sien dans le langage courant ; il a son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »[27].
Lorsqu'un code des catégories Z08 ou Z09 est en position de DP, le code de la maladie surveillée doit figurer en position de DR chaque fois qu'elle respecte sa définition (se reporter au point 2 du chapitre IV).

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

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

Catégories Z11 à Z13 – *Examens spéciaux de dépistage*

Le mot *dépistage* a dans la CIM–10 le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les codes des catégories Z11 à Z13 ne doivent donc pas être employés pour des patients présentant un problème de santé personnel. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique, par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du *PSA*[28], par exemple).

Dans ce cas c'est le motif des explorations qui doit être codé : selon le cas l'antécédent personnel ou familial (voir plus loin ce qui concerne les catégories Z80 à Z92), le facteur de risque, le signe clinique ou paraclinique qui les a motivées, dans le respect du principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder. Pour le **dépistage précoce de la surdité néonatale permanente (SPN)** réalisé lors des séjours de nouveau-nés[29], le code Z13.51 *Examen spécial de dépistage des affections des oreilles* doit être systématiquement codé en DAS lorsqu'un dépistage (test et éventuel retest) de la surdité néonatale permanente est réalisé, selon les recommandations de la HAS[30], par oto-émissions acoustiques automatisées (OEAA) ou par potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA).

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

Catégorie Z20 : elle permet de coder l'absence d'une maladie infectieuse initialement crainte du fait du contact du patient avec une personne infectée ou de tout autre mode

---

[26] Rappel : dans la mesure où l'hospitalisation est justifiée conformément à l'arrêté « prestations » et à l'instruction « gradation ».

[27] C'est en ce sens qu'on parle parfois de « chimiothérapie antituberculeuse ».

[28] Antigène spécifique de la prostate (*prostate specific antigen*).

[29] **Le dépistage précoce de la SPN** s'inscrit dans un programme de santé au sens de l'article L.1411-6 du code de la santé publique.

[30] Voir les rapports de la HAS sur l'évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale.

d'exposition à un agent infectieux (personnel soignant, de laboratoire...) ; en effet, si la maladie infectieuse était confirmée, c'est elle qu'on coderait.

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

– cet enfant n'est pas tuberculeux : on ne code donc pas cette maladie (elle ne doit pas être codée avec le chapitre I de la CIM–10) ;
– il ne présente aucun symptôme, seule la maladie de son père a motivé le recours aux soins : il n'y a donc pas lieu d'utiliser un code du chapitre XVIII.

Le code est ici Z20.1.

Z21 est le code de la séropositivité **isolée** au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Si la séropositivité s'associe à l'un des états classés dans les catégories B20 à B24 du chapitre I de la CIM–10, c'est un code de celles-ci qu'on emploie, non Z21.

La catégorie Z22, dans la suite logique de Z21, est la catégorie des colonisations (« portages sains ») : bactéries…

La catégorie Z29 comprend certaines mesures de prévention :

- la sous-catégorie Z29.0 *Isolement* n'est pas destinée au classement des situations d'isolement social qui doivent être codées avec la catégorie Z60 ; le code Z29.0 est destiné au codage de l'isolement dans un but thérapeutique, tel qu'il s'en réalise pour des sujets atteints d'une maladie infectieuse contagieuse ou bien susceptibles de contracter une telle maladie. Bien que la catégorie Z29 soit classée dans un groupe (Z20–Z29) qui concerne les maladies infectieuses, l'absence d'un autre code d'isolement dans le chapitre XXI conduit à autoriser l'emploi de Z29.0 dans toutes les situations où un patient est isolé pour être mis à l'abri de l'entourage ou pour mettre celui-ci à l'abri du patient ;
- Z29.1 ou Z29.2 peuvent être utilisés lors des séjours motivés par l'administration d'une immunothérapie ou d'une chimiothérapie prophylactique, quel qu'en soit le motif (infectieux, tumoral…), mais à condition que le caractère prophylactique (préventif) soit établi.

Dans le champ actuel du PMSI en MCO, parmi les catégories Z20 à Z29, seules Z20, Z21, Z22 et Z29 sont, en pratique, susceptibles d'être utilisées pour le codage des RUM. Si un code de ces rubriques est en position de diagnostic principal (DP) d'un RUM, seuls ceux de la catégorie Z29 sont susceptibles de justifier un DR, à condition que l'affection concernée respecte sa définition (se reporter au point 2 du chapitre IV).

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

La catégorie Z33 permet, dans le cas d'une femme enceinte hospitalisée pour un motif sans rapport avec sa grossesse, d'enregistrer celle-ci comme diagnostic associé lorsqu'elle se déroule normalement.

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

Catégories Z34 et Z35 : Z34 comprend la surveillance systématique de la grossesse normale, habituellement réalisée « en externe ». L'intitulé de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* ne doit pas être lu de manière rigide. Il doit l'être dans son contexte. Deux catégories de la CIM–10 sont destinées au codage des surveillances de grossesses : Z34 pour les grossesses normales et Z35 pour les autres, c'est-à-dire pour toutes les *non normales* (à risque, « haut » ou non).
Dans le cas des hospitalisations de l'*antepartum*, la mention d'un code Z35.– est indispensable à l'orientation correcte du résumé de sortie standardisé (RSS) dans les *groupes homogènes de malades* (GHM) de l'*antepartum*[29].

Catégorie Z37 : la mention d'un de ses codes comme diagnostic associé est indispensable au classement du RSS dans un GHM d'accouchement[31]. Un code de cette catégorie doit être enregistré dans les RSS de **tous les séjours** comportant un accouchement[32].

Catégorie Z38 : Z38.0 *Enfant unique né à l'hôpital* est le code le plus fréquemment utilisé comme diagnostic principal (DP) des résumés de séjour des nouveau-nés, puisqu'il l'est pour tous ceux en bonne santé, venus au monde au cours d'une naissance unique dans un établissement de santé. Z38.0 est le code du DP du RUM du nouveau-né dont le séjour se déroule en maternité auprès de sa mère. Dans cette situation il ne justifie aucun diagnostic relié. Lorsque le diagnostic principal du séjour d'un nouveau-né est un problème de santé, son code doit être d'abord cherché dans le chapitre XVI de la CIM–10 (puis, à défaut, dans un autre chapitre).

Catégorie Z39 *Soins et examens du postpartum* :

Ce code est toujours requis pour les séjours du *postpartum*.

- il ne doit pas être enregistré d'acte d'accouchement dans le RUM ;
- un code de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* doit être saisi en position de diagnostic associé.

L'extension Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* créée pour la version 11c des GHM permet le codage d'un accouchement impromptu avant le départ pour la maternité, ou bien sur le chemin de celle-ci, que cet accouchement ait eu lieu en présence du SMUR ou pas.

Dans ces cas :

Lorsqu'après accouchement dans un établissement de santé E1, une mère est transférée avec son enfant dans un établissement de santé E2 pour les soins du *postpartum* (soins standard, pas de complication, nouveau-né normal), dans E2 :

- le DP du RUM de la mère est codé Z39.08 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision* ;
- le DP du RUM du nouveau-né est codé Z76.2 *Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé*.

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

Les rubriques de ce groupe correspondent particulièrement au rôle décrit dans l'alinéa *a* de la première page du chapitre XXI de la CIM–10 : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé pour une raison précise, par exemple pour recevoir des soins ou des services de niveau limité pour une affection en cours […] ».
Dans le cadre des actes opératoires prophylactiques pour facteur de risque de tumeur maligne, des extensions, permettant de signaler l'organe opéré, ont été ajoutées au code «Z40.0 = opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne». L'utilisation des codes Z40 concerne également les interventions réalisées à but thérapeutique ou prophylactique, dans le cadre de la prise en charge de tumeurs malignes portant sur d'autres localisations. Ainsi, dans le cadre du traitement d'un cancer du sein hormonosensible, une ovariectomie pour castration doit être codée avec le code Z40.01 en DP.

---

[31] Pour davantage d'informations, se reporter à la description de la catégorie majeure de diagnostic n° 14 dans le *Manuel des groupes homogènes de malades*.

[32] On rappelle que les codes Z37.– sont, dans le PMSI, le seul « compteur d'accouchements » fiable et exhaustif.

La catégorie Z41 comprend les soins « sans raison médicale », c'est-à-dire non motivés par un état morbide. Elle est notamment destinée au codage du DP des séjours pour chirurgie esthétique (Z41.0, Z41.1) et pour intervention dite *de confort* (Z41.80). Dans le cadre du PMSI, on désigne par chirurgie esthétique toute intervention de chirurgie plastique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire[33].On désigne par *intervention « de confort »* un acte médicotechnique autre que la chirurgie esthétique, non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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

Il résulte de ce qui vient d'être dit à propos des catégories Z41 et Z42 que la chirurgie plastique donne lieu à deux codages distincts[34] :

- lorsqu'il s'agit de chirurgie esthétique le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code ; le défaut corrigé peut être codé en position de diagnostic relié (DR) ;
- lorsqu'il s'agit de chirurgie plastique non esthétique, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le DP doit être codé avec un autre code de la CIM–10 ; il peut s'agir d'un code des chapitres I à XIX ou d'un code de la catégorie Z42 ; le choix entre les deux possibilités obéit au principe général qui veut que le meilleur code soit le plus précis au regard de l'information à coder. Avec un DP codé Z42.– le motif de l'intervention peut être mentionné en position de DR s'il respecte sa définition.

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

Il n'appartient pas au médecin responsable de l'information médicale ni au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique, ni de décider si une intervention est *de confort* ou non. Il s'agit d'un choix qui est d'abord de la compétence du médecin qui dispense les soins, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La catégorie Z43 est une rubrique de soins de stomie. Elle comprend des soins médicaux ponctuels (voir la note d'inclusion figurant sous le titre de la catégorie) incluant la fermeture de la stomie. Ces soins font habituellement l'objet d'un acte ou d'une prescription médicale. La catégorie Z43 exclut les soins habituels tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de poche ou de canule de trachéostomie) qui se codent avec la catégorie Z93 (voir plus loin). Elle exclut aussi les complications comprises dans les rubriques J95.0, K91.4 et N99.5.

Exemple : sujet ayant subi quelques mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de la colostomie (rétablissement de la continuité colique) : le code du DP est Z43.3.

---

[33] sans préjudice de la prise en charge par l'assurance maladie de certains actes de chirurgie esthétique lorsqu'ils sont suivis de complication.

[34] Se reporter au point 1.2.2 du chapitre IV.

Les catégories Z44 à Z46 permettent de coder la mise en place, la surveillance et les soins, et l'ablation de certains dispositifs médicaux, en particulier prothétiques.

Par convention, le diagnostic principal d'un séjour pour l'implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque est la cardiopathie qui la justifie, et non Z45.0.

Z45.1 et Z45.2 comprennent les prises en charge pour mise en place et ablation de pompe à perfusion et de dispositif d'accès vasculaire ; notamment, Z45.2 est le code de **mise en place, entretien et ablation** d'un système diffuseur implantable (chambre implantable)[35]. Le DP des séjours pour mise en place d'une fistule de dialyse rénale est codé Z49.0 et non Z45.2 (voir ci-dessous le commentaire à propos de la catégorie Z49).

Le DP des hospitalisations pour la mise en place d'un stimulateur du système nerveux central (cérébral ou médullaire) doit être codé Z45.84 *Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central*. Il s'agit en effet, en général, de séjours programmés spécifiquement réservés à l'acte médicotechnique de pose du stimulateur.

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

Lorsqu'un code des catégories Z43 ou Z45 de la CIM–10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z43.– ou Z45.– en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée. Un tel emploi de « codes Z » serait incorrect au regard de la CIM–10[36].

> Exemples : dans le cas d'un séjour pour colectomie sans rétablissement de la continuité, il n'est pas justifié d'associer dans le même RUM le code de l'acte et Z43.3 en position de DA ; dans le cas d'un séjour pour pose de stimulateur cardiaque, il n'est pas justifié d'associer dans le même RUM le code de l'acte et Z45.0 en position de DA.

La catégorie Z47 est celle des soins faisant suite à un acte sur l'appareil locomoteur (on retrouve dans son intitulé la notion de « soins de contrôle » soulignée à propos de la catégorie Z42) : ablation de matériel d'ostéosynthèse, changement ou ablation d'appareil d'immobilisation… Z47.0 doit notamment être utilisé pour coder le DP des séjours pour ablation de matériel d'ostéosynthèse ;il ne faut pas, au terme de ces séjours, coder à nouveau la lésion osseuse initiale guérie ou consolidée, ni comme DP, ni comme DR, ni comme diagnostic associé ; elle ne peut éventuellement être qu'une donnée à visée documentaire. Le DP des séjours pour retrait de prothèse temporaire de type espaceur (spacer), mise en place suite à une infection, et repose de prothèse définitive se code Z47.0 *Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation*.

La catégorie Z48 peut être employée pour les soins postinterventionnels immédiats. Par soins postinterventionnels on entend notamment la surveillance postopératoire et celle qui fait suite à un acte médicotechnique tel qu'une intervention par voie endoscopique ou endovasculaire et l'imagerie interventionnelle.

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

---

[35] Voir l'index alphabétique de la CIM–10 à l'entrée « accès vasculaire ».

[36] Se reporter aux explications données à la première page du chapitre XXI dans le volume 1.

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges motivées par des actes **thérapeutiques** (radiothérapie, transfusion sanguine...). Son utilisation pour le codage du DP est une condition d'un enregistrement juste des séances au sens du PMSI en MCO[37], mais l'emploi de la catégorie Z51 ne leur est pas réservé.

Z51.1 code le DP des séjours pour chimiothérapie pour tumeur[38].

Les chimiothérapies intraartérielles sans embolisation sont des traitements in situ liés à l'anatomie du foie qui permet cette technique. Comme toute chimiothérapie, le traitement est fait en séance. Dans ce cas, le DP est « Z51.1 = Séance de chimiothérapie pour tumeur ».
Z51.2 est employé pour les autres séjours pour « chimiothérapie », dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur. Le mot *chimiothérapie* a en effet dans la CIM–10 son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »[39].

Z51.3 : on ne tiendra pas compte de l'indication « sans mention de diagnostic », désormais entre parenthèses. Elle est liée à l'esprit général du chapitre XXI de la CIM–10 et elle est sans conséquence pour le codage. Z51.3 a des extensions[40] :

- Z51.30 est le code du DP des séjours pour transfusion sanguine ;
- Z51.31 est le code du DP des séjours pour aphérèse sanguine.

Exemple : hospitalisation pour transfusion sanguine d'un patient atteint d'anémie réfractaire, Z51.30.

Tous les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare, qu'il s'agisse de séances ou d'hospitalisation complète, doivent comporter en position de DP le code *ad hoc* de la catégorie Z51 de la CIM–10.

Lorsqu'un code Z51.0–, Z51.1, Z51.2, Z51.3–, Z51.5 ou Z51.8– est en position de DP, la maladie traitée est enregistrée comme diagnostic relié chaque fois qu'elle respecte sa définition, ce qui est le plus souvent le cas (se reporter au point 2 du chapitre IV).

Lorsqu'un code de la catégorie Z51 de la CIM–10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z51.– en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée[41]. Un tel emploi de « codes Z » serait incorrect au regard de la CIM– 10[42].
Z51.00 Séance de préparation à une irradiation et Z51.01 Séance d'irradiation font exception. Lorsqu'un acte d'irradiation est effectué au cours d'une hospitalisation pour un autre motif (un autre DP), Z51.01 figure dans le même RUM que l'acte. Pour ce qui concerne Z51.00 voir dans le point 4.1 du chapitre VII le cas particulier où la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation.

Exemple : la transfusion de concentrés de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine se code FELF011 ; la mention, en sus, de Z51.30 en position de DA n'est pas justifiée.

---

[37] Voir le chapitre VII.

[38] Voir aussi ce qui a été écrit plus haut à propos de la chimioprophylaxie (catégorie Z29).

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

[40] Créées pour la version 10c des GHM (2008).

[41] En l'absence d'acte dans la CCAM, Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* n'est ainsi pas concerné. La chimiothérapie antitumorale ne peut être enregistrée qu'avec ce code. De même Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* lorsqu'il n'existe pas d'acte dans la CCAM pour enregistrer l'administration du médicament.

[42] Se reporter aux explications données à la première page du chapitre XXI dans le volume 1.

Les codes de la catégorie Z52 sont utilisés pour le codage du diagnostic principal du RSS produit pour un sujet admis aux fins de prélèvements d'organes ou de tissus[43].

Le code étendu national Z52.80 *Donneuse d'ovocytes* a été créé pour être utilisé depuis 2012 dans deux circonstances :

- comme diagnostic principal du séjour pour prélèvement d'ovocytes ;
- comme diagnostic associé du séjour de prélèvement d'ovocytes en cas de partage (*egg sharing*).

La catégorie Z53 permet le codage des circonstances dans lesquelles les soins prévus à l'admission ne sont pas prodigués ; le mot *acte* de l'intitulé doit être lu avec l'acception étendue de « prestation de soins », « prise en charge ».

Exemples :

– refus d'une transfusion sanguine pour motif de conviction : Z53.1 ;

– sortie contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

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

Elles permettent le codage de situations nombreuses et variées qui concernent tant l'hospitalisation que les soins externes. Elles répertorient des problèmes familiaux, sociaux, économiques, psychologiques, scolaires et professionnels, parmi lesquels des marqueurs de précarité socioéconomique qu'il est recommandé d'enregistrer dans le RUM. Il n'est guère d'autre moyen que la lecture du contenu de ces rubriques pour prendre connaissance des possibilités de codage qu'elles offrent.
Au regard de la note figurant à la première page du chapitre XXI, les catégories Z55 à Z76 correspondent à la fois à l'alinéa *a* : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé […], par exemple, pour […] discuter d'un problème qui ne représente pas en soi une maladie ou un traumatisme » et à l'alinéa *b* : « […] des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme. De tels facteurs peuvent […] être enregistrés comme facteur supplémentaire […] ».

Z65.1 *Emprisonnement ou autre incarcération* doit être enregistré en position de diagnostic associé lorsque les soins ont été dispensés à une personne détenue.

Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* est employé lorsqu'une personne qui ne peut vivre à son domicile qu'avec une aide, doit être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation du fait de l'absence ou de la défaillance de celle-ci.

Exemple : personne handicapée à laquelle l'aide du conjoint est indispensable au maintien à domicile ; survenue d'une affection chez le conjoint imposant son hospitalisation ; l'épouse, incapable de vivre seule au domicile, est hospitalisée dans le même temps ; le DP du séjour de l'épouse est codé Z74.2.

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.

---

[43] Se reporter au point 1.3.3 du chapitre I.

Dans l'intitulé de Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte*, 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 ».

Z76.8 a connu la création d'extensions en 2011 pour la version 11c des GHM :

- Z76.800 *Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire* ;
- Z76.850 *Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium*[44].

Afin d'identifier les patients atteint d'une infections ostéoarticulaires (IOA) complexe[45], Z76.800 *Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire* doit être enregistré comme DA dès lors que le patient a fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire visée par un centre interrégional de référence ayant confirmé le caractère complexe de l'IOA. Même si une seule RCP a été réalisée, Z76.800 doit être saisi dans les RUM de tous les séjours ultérieurs du patient motivés par la prise en charge de l'IOA.

Pour identifier les nouveau-nés recevant du lait d'un lactarium, Z76.850 *Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium* doit être enregistré comme DA dans le RUM de leur séjour.

Catégories Z80 à Z92 – *Antécédents personnels et familiaux*

Les codes de ces catégories peuvent notamment être utilisés pour le codage du DP dans des situations de diagnostique au sens du guide des situations cliniques (se reporter au point 1.3.1.3 du chapitre IVI).

> Exemple : patient ayant un antécédent familial de cancer colique, hospitalisé pour coloscopie, où la coloscopie ne retrouve aucune lésion : le DP est Z80.00.

Un DP d'antécédent personnel ou familial de maladie ne justifie jamais de diagnostic relié.

Z92.1 et Z92.2 : la complexité apparente de leur intitulé est due à l'acception étymologique large du mot « antécédent » qui est celle de la CIM–10. Ces codes peuvent être employés lorsqu'un recours aux soins est motivé par la prise d'un médicament prescrit antérieurement, que la prise soit poursuivie (« utilisation actuelle ») ou qu'elle ait cessé au moment du recours.

> Exemple : patient porteur d'une valve cardiaque prothétique, prenant un antivitamine K (AVK) au long cours, hospitalisé pour extractions dentaires : le DP est l'affection dentaire, la prise de l'AVK (Z92.1) est un DAS (il a fallu surveiller l'INR, réintroduire l'AVK après les soins dentaires).

Catégories Z93–Z98

La catégorie Z93 est une rubrique relative aux stomies. On l'emploie pour le codage des soins habituels 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.

Les catégories Z94 et Z95 sont employées pour coder le DP des situations de surveillance négative[46] des porteurs d'organe ou de tissu greffé (Z94), de pontage coronaire et de prothèse endoartérielle (*stent)*, de prothèse valvulaire cardiaque et « autres implants et greffes et cardiaques et vasculaires ».

---

[44] Se reporter aux points 2.1.5 du chapitre II et 1 du chapitre IV.

[45] Instruction n° DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes.

[46] Se reporter au point 1.3.1 du chapitre VI.

Exemples :

- patient porteur d'un cœur transplanté, hospitalisé pour bilan de surveillance postgreffe ; aucune anomalie n'est constatée ; le DP du séjour est codé Z94.1[47] ;
- patient porteur d'un pontage coronaire hospitalisé pour bilan de surveillance ; aucune anomalie n'est constatée : le DP du séjour est codé Z95.1.

Les catégories Z96 et Z97 permettent le codage de la présence de divers implants, prothèses et appareils. Leur emploi n'est admissible qu'en l'absence de complication. En cas de soins nécessités par une complication, se reporter plus haut dans ce chapitre au point traitant des complications des actes médicaux et chirurgicaux.

Lorsqu'un code des catégories Z93, Z95 ou Z96 de la CIM–10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z93.–, Z95.– ou Z96.– en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée. Un tel emploi de « codes Z » serait incorrect au regard de la CIM–10[48].

Exemples :

- dans le cas d'un séjour comportant une colectomie sans rétablissement de la continuité, il n'est pas justifié d'associer dans le même RUM le code de l'acte et Z93.3 en position de DA ;
- dans le cas d'un séjour de pose de stimulateur cardiaque, il n'est pas justifié d'associer dans le même RUM le code de l'acte et Z95.0 en position de DA ;
- dans le cas d'un séjour comportant une implantation de prothèse articulaire, il n'est pas justifié d'associer dans le même RUM le code de l'acte et Z96.6 en position de DA, etc.

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.

ÉTAT GRABATAIRE

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

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

---

[47] Un rejet, en revanche, doit être codé T86.2.

[48] Se reporter aux explications données à la première page du chapitre XXI dans le volume 1.

avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaitre dans un délai bref, de l'ordre de la durée du séjour en MCO.

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, l'OMS 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.

HYPOTENSION ET BAISSE DE LA TENSION ARTÉRIELLE

La CIM–10 distingue deux modalités de codage des baisses de la pression intraartérielle [tension artérielle]. Elles correspondent à deux conditions très différentes de diagnostic.

Une **baisse de la pression intraartérielle** peut être un signe d'accompagnement de diverses maladies, ou une « découverte fortuite isolée », qui ne permet pas de porter le diagnostic de maladie hypotensive chronique. Dans les deux circonstances, cette chute tensionnelle est qualifiée par la CIM–10 de « non spécifique » : elle doit alors être codée **R03.1** *Constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle***.** Elle répond en effet aux critères qui conduisent à utiliser le chapitre XVIII qui contient les signes et symptômes « a) […] pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant ; b) […] existant lors de la première consultation, qui se sont avérés être transitoires et dont les causes n'ont pu être déterminées ; c) [se rapportant] aux diagnostics provisoires chez un malade qui n'est pas revenu pour d'autres investigations ou soins […] ». L'utilisation du code R03.1 suit ainsi la logique exposée dans la note placée sous le libellé *Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension* (R03.0) : par analogie, on doit considérer que « cette catégorie [R03.1] doit être utilisée pour enregistrer soit un épisode [hypotensif] chez un malade pour lequel aucun diagnostic formel d'[hypotension] n'a été porté, soit une découverte fortuite isolée. »

A contrario, l'**hypotension artérielle** qualifiée d'idiopathique ou d'orthostatique est une maladie chronique invalidante, nécessitant habituellement un traitement prolongé. Son diagnostic repose sur la constatation répétée d'une baisse des pressions diastolique et systolique, mesurées dans des conditions rigoureuses. Les codes I95.0, I95.1 et I95.8 ne doivent être employés que devant un diagnostic établi de maladie hypotensive chronique (sauf si elle s'intègre dans un ensemble de troubles neurovégétatifs et neurologiques, constituant alors le syndrome de Shy et Drager, code G23.8).
La même argumentation conduit à distinguer la maladie hypertensive (I10) et l'élévation « non spécifique » de la pression intraartérielle (R03.0).

IDENTIFICATION DU 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[49] doit être présent dans le RSS pour affirmer le polyhandicap lourd.

INFARCTUS DU MYOCARDE

Les codes de prise en charge dite « initiale » de l'infarctus du myocarde sont réservés aux situations de **première** prise en charge **thérapeutique** de l'infarctus selon les règles de l'art cardiologiques. En conséquence, l'emploi des extensions correspondant aux prises en charge dites « autres » (I21.08, I21.18, I21.28, I21.38, I21.48, I21.98, I22.08, I22.18, I22.88 et I22.98) s'impose par exemple dans les cas suivants :

- séjour après mutation ou transfert depuis une unité de soins intensifs ;

  Exemple : dans le cas d'un patient hospitalisé en soins intensifs cardiologiques pour un infarctus du myocarde, cette unité utilise un code de prise en charge initiale ; en revanche, l'unité suivante — de cardiologie « courante » en général — du même établissement (mutation) ou d'un autre (transfert) doit utiliser un des codes de prise en charge « autre » ;
- erreur d'orientation : hospitalisation initiale dans une unité inadéquate suivie d'une mutation ou d'un transfert le jour même ou le lendemain dans une unité cardiologique.

  Exemple : infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale ayant initialement égaré le diagnostic et justifié une admission en gastroentérologie ; correction rapide du diagnostic et mutation en soins intensifs cardiologiques : l'unité de gastroentérologie, qui n'a pas assuré la prise en charge cardiologique de l'infarctus doit utiliser un des codes de prise en charge « autre ». L'unité de soins intensifs cardiologiques qui prend en charge l'infarctus utilise un code de prise en charge initial.

INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE

L'insuffisance rénale fonctionnelle est une altération de la fonction rénale, habituellement passagère et curable. Conséquence d'une diminution de la perfusion rénale, elle peut être secondaire à une hypovolémie, une hypotension ou une cause iatrogène. Elle représente une forme particulière d'insuffisance rénale aigüe dont la cause n'est ni une atteinte organique du rein ni un obstacle des voies excrétrices. Elle est qualifiée de ***prérénale*** ou d'***extrarénale***.

Conformément à la note d'exclusion placée dans le volume 1 de la CIM–10 sous le titre du groupe N17–N19 *Insuffisance rénale*, l'insuffisance rénale fonctionnelle doit donc être codée **R39.2** *Urémie extrarénale*. L'absence de lésion du parenchyme rénal invalide la consigne jusqu'ici donnée de la coder N17.8 *Autres insuffisances rénales aigües*. La

[49] Voir les listes et recommandations pour le codage du polyhandicap lourd sur le site Internet de l'ATIH.

catégorie N17 doit être réservée au codage des insuffisances rénales aigües avec atteinte organique du tissu rénal. En cas d'insuffisance rénale aigüe dont la cause, extrarénale ou par atteinte organique, est incertaine, on emploie le code N17.9.

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE DE L'ADULTE

L'utilisation du code J96.0 *Insuffisance respiratoire aigüe* nécessite :

- que le dossier comporte la mention d'une insuffisance ou d'une décompensation respiratoire aigüe, ou d'une détresse respiratoire ;
- et la constatation au cours du séjour d'une saturation artérielle en oxygène (SaO_2) inférieure à 90 % ou d'une pression partielle dans le sang artériel (PaO_2) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant. Le critère gazométrique ne s'impose pas en cas de ventilation artificielle.

L'utilisation du code J96.1 *Insuffisance respiratoire chronique* nécessite que le dossier mentionne l'existence d'une insuffisance respiratoire chronique, ou d'une affection respiratoire chronique, et d'une PaO_2 inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant de manière prolongé.

INTERRUPTION DE LA GROSSESSE

Par « interruption de la grossesse » on entend :

- d'une part l'interruption volontaire (IVG) : articles L.2212-1 et suivants, R.2212-1 et suivants du code de la santé publique (CSP) ;
- d'autre part l'interruption pour motif médical (IMG)[50] : articles L.2213-1 et suivants, R.2213-1 et suivants du CSP.

1. Codage de l'IVG

1.1 IVG non compliquée

Le codage des IVG non compliquées repose sur la présence en DP de l'un des 3 codes suivants :

- O04.90, *interruption volontaire de grossesse (IVG dans le cadre légal), complet ou sans précision, sans complication*
- O07.4 *Echec d'une tentative d'avortement médical sans complication*
- O07.9 *Echec d'une tentative d'avortement, autres et sans précision, sans complication*

Le code Z640 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* ne sera plus recherché pour l'orientation dans la racine 14Z08Z.

L'acte enregistré est, selon le cas, JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse* ou JNJP001 *Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse.*
Même si le libellé de l'acte semble en restreindre l'utilisation au premier trimestre de la grossesse, l'acte JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse* doit continuer à être codé en cas de technique chirurgicale pour

[50] Dite aussi *interruption thérapeutique de grossesse*.

une grossesse de plus de 14SA et de moins de 16SA, car il permet l'orientation des séjours dans les forfaits ad-hoc.

Par ailleurs, la date des dernières règles est enregistrée.

Dans le cas de **l'IVG médicamenteuse,** on rappelle qu'un résumé d'unité médicale (RUM) unique doit être produit. Il doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif, que la prise en charge ait été limitée à la consultation de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes (consultation de délivrance du médicament abortif, prise de prostaglandine et surveillance de l'expulsion, consultation de contrôle)[51].

1.2 IVG compliquée

1°) Lorsqu'une complication survient **au cours du séjour même de l'IVG**, celle-ci est codée par le quatrième caractère du code O04.–. Le cas échéant, un code de la catégorie O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire* en position de diagnostic associé peut identifier la nature de la complication (CIM–10, volume 2 p. 123 ou 158[52]). La date des dernières règles est enregistrée.

2°) Lorsqu'une complication donne lieu à **une réhospitalisation** après le séjour d'IVG, deux cas doivent être distingués :

- s'il s'agit d'un **avortement incomplet**, avec rétention simple — non compliquée — de produits de la conception :
  - le DP est codé O04.4 *Avortement médical incomplet, sans complication*,
  - l'acte enregistré est JNMD001 *Révision de la cavité de l'utérus après avortement* ;
  - la date des dernières règles est enregistrée ;
- s'il s'agit d'un avortement incomplet avec rétention compliquée de produits de la conception, ou d'une autre complication :
  - le DP est un code de la catégorie O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire* ;
  - l'acte ou les actes réalisés pour le traitement de la complication sont enregistrés.

1.3 Échec d'IVG

On parle d'échec d'IVG devant le constat d'une poursuite de la grossesse. Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale. Le RUM doit être codé comme suit :

- le DP est un code de la catégorie O07 *Échec d'une tentative d'avortement* ;
- l'acte enregistré est JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse* ;
- la date des dernières règles est enregistrée.

---

[51] Se reporter au point 1.2 du chapitre I.

[52] Dans l'ensemble de ce chapitre, les numéros de page renvoient au volume 2 de l'édition imprimée 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.

2. Codage de l'IMG

Il diffère selon la durée de la gestation au moment de l'interruption[53][51].

2.1 IMG **avant vingt-deux semaines** révolues d'aménorrhée

On code un avortement : DP O04.-1 ; ou O04.-2 ou O04.-3

- DA : on enregistre le motif de l'IMG ; selon qu'il est classé dans le chapitre XV de la CIM–10 ou dans un autre chapitre, on choisit le code *ad hoc* du chapitre XV (en particulier dans la catégorie O35 (*Soins maternels pour anomalies et lésions fœtales, connues ou présumées*)[54] ou un code des catégories O98 ou O99, précisé si besoin par un code des chapitres I à XVII et XIX[55] ;
- acte d'interruption de grossesse
- date des dernières règles.

2.2 IMG **à partir** de **vingt-deux semaines** révolues d'aménorrhée

C'est un accouchement. Le codage diffère selon que le motif de l'interruption est fœtal ou maternel.

Si la cause est une anomalie fœtale : •

DP : un code de la catégorie O35 ;

- DA : on enregistre par convention un code étendu de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* (en général Z37.11 *Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical*[56]) ;
- acte d'accouchement ;
- âge gestationnel et date des dernières règles.

Si la cause de l'interruption est maternelle :

- DP : selon que la cause est classée dans le chapitre XV de la CIM–10 ou dans un autre chapitre, on choisit le code *ad hoc* du chapitre XV ou un code des catégories O98 ou O99 ; pas de DR ;
- DA : on enregistre par convention un code de la catégorie Z37 (en général Z37.11 *Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical*) ; si besoin, un code des chapitres I à XVII et XIX précise le DP[53] ;
- acte d'accouchement ;
- âge gestationnel et date des dernières règles.

Les produits d'IMG à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins cinq-cents grammes donnent lieu à la production d'un RUM **par convention,** le DP est codé P95. –.

---

[53] Voir les informations données dans la note technique constituant l'annexe II l'instruction N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021.

[54] La note d'inclusion placée sous son titre dans le volume 1 de la CIM–10 ne s'oppose pas à sa mention dans le résumé de sortie, conjointement à un code d'avortement.

[55] Voir dans le volume 1 de la CIM–10 les notes figurant en tête des catégories O98 et O99.

[56] Code Z37.1 de la CIM–10 étendu pour la circonstance à compter de la version 11c (2011) de la classification des GHM.

LÉSIONS TRAUMATIQUES

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

MALADIES PROFESSIONNELLES

En plus du codage selon la nature de l'affection (asbestose, silicose, « gale » du ciment, etc.) la CIM–10 donne la possibilité de signaler le caractère professionnel d'une affection au moyen du code Y96 Facteurs liés aux conditions de travail. Dès lors que la causalité a été

établie, il faut l'enregistrer en position de diagnostic associé. Cette consigne vaut pour tous les problèmes de santé de cause professionnelle, y compris les lésions traumatiques et leurs séquelles.

MALNUTRITION, DÉNUTRITION

La CIM–10 classe les états de malnutrition dans le groupe E40–E46 : E40 Kwashiorkor, E41 Marasme nutritionnel ; E42 Kwashiorkor avec marasme [57] ; E43 Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision ;E44.0 Malnutritionprotéinoénergétique modérée ; E44.1 Malnutrition protéinoénergétique légère ; E46 Malnutrition sans précision[58]. Elle range sous le terme générique de malnutrition[59] 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 et mis à jour en 2021 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)[60]. Pour les patients de moins de 70 ans, 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 exposés ci-dessous :

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

Les critères **phénotypiques** sont les suivants :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < courbe IOTF 18,5 ;

---

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

[58] Auxquels s'ajoute O25 *Malnutrition au cours de la grossesse.*

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

[60] Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte - novembre 2019.

- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel de l'enfant (courbe de poids) ;
- réduction de la masse et/ou de la fonction musculaires (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles)

Les critères **étiologiques** sont les suivants :

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

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

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

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

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

- IMC ≤ courbe IOTF 17 ;
- perte de poids > 10 % en 1 mois ou > 15 % en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs (représentant 3 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).

1.3 Consigne

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

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

Les critères **phénotypiques** sont les suivants :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < 18,5 kg/m2 ;
- réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires.

Les critères **étiologiques** sont les suivants :

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

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

- 17 < IMC < 18,5 kg/m2 ;
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie >30 g/L et < 35 g/L. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

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

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

- IMC ≤ 17 kg/m2 ;
- perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≤ 30g/L. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

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.

2.3 Consigne

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

3. Le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus

Le diagnostic 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 ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < 22 kg/m2[61];
- 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 ≥ 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.

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

- 20 ≤ IMC < 22 ;
- perte de poids ≥ 5 % et < 10 % en 1 mois ou ≥ 10 % et < 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % et < 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie > 30 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).

[61] Ce critère ne concerne pas la personne âgée de 70 ans et plus en situation d'obésité.

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

- IMC < 20 kg/m2 ;
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≤ 30 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).

3.3. Consigne

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

4. Consignes générales

L'emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères et nécessite que le dossier comporte la mention de dénutrition[62]. Cette mention peut être indiquée par un clinicien ou par un diététicien. 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 être mentionné dans le dossier. Il est toutefois recommandé que ce niveau soit explicitement mentionné.

4.1 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[a]) 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

4.2 Critère « albuminémie »

D'après la « Fiche-outil-diagnostic » HAS[63] les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

[62] Pour mémoire l'emploi des catégories E40, E41 et E42 ne peut être qu'exceptionnel en France.
[63] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/fiche_outil_diagnostic_denutrition.pdf

4.3 Critère « MNA »

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

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

Les courbes disponibles sur le site de la CRESS[64] .

4.5 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.).

4.6 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

4.7 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.

ŒDÈME PULMONAIRE

Les dénominations « œdème pulmonaire », « œdème aigu pulmonaire », « OAP », correspondent habituellement à une insuffisance ventriculaire [insuffisance cardiaque] gauche. Dans ce cas, leur code est **I50.1** ***Insuffisance ventriculaire gauche***. Il s'agit d'une affection fréquente relevant d'une prise en charge **cardiologique**. La cause de l'œdème pulmonaire est cardiaque, d'où son classement dans le chapitre IX de la CIM–10 avec les maladies cardiaques. On doit donc coder I50.1 tout œdème pulmonaire dont l'origine est cardiaque.
Les œdèmes pulmonaires dus à des agents externes sont classés en J60–J70. Les autres formes d'œdème pulmonaire se codent en J81 *Œdème pulmonaire.* C'est le cas par exemple de l'œdème pulmonaire de surcharge observé au cours de l'insuffisance rénale.

PRÉCARITÉ

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

[64] https://cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante/

Ces codes peuvent être utilisés en position de diagnostic associé dès lors qu'ils en respectent la définition notamment en termes d'accroissement de la charge en soins ou lorsque les conditions socioéconomiques ont justifié une prise en charge particulière[65].

Une définition et des consignes de codage sont précisées ci-dessous.

Z55.00 *Analphabétisme et illettrisme*, concerne les personnes qui présentent une incapacité, d'origine non médicale, à lire un texte simple en le comprenant, à utiliser et à communiquer une information écrite dans la vie courante. Ce code est réservé aux personnes de plus de 15 ans et ne concerne que la langue d'usage du patient.
Z55.1 *Scolarité inexistante ou inaccessible*, concerne les enfants de moins de 17 ans ne suivant, au moment de l'admission, aucun processus d'instruction (filière scolaire en établissement ou à distance, enseignement par tiers,…), et ce pour des raisons autres que médicales. L'absentéisme chronique (enfant inscrit mais non présent) est également codé ainsi.
Z59.0 *Sans abri*, s'utilise pour une personne vivant dans la rue au moment de l'admission, ou hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence, ou dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).
Plusieurs extensions nationales ont été créées pour décrire les conditions de logement. **Z59.10** *Logement insalubre ou impropre à l'habitation*, correspond aux logements présentant un danger pour la santé de ses occupants, aux hébergements dans des lieux non destinés à l'habitation ou aux squats. **Z59.11** *Logement sans confort*, correspond aux logements sans confort sanitaire, c'est-à-dire lorsqu'un des éléments suivants est absent : eau courante, installation sanitaire, WC intérieurs. Les logements sans chauffage ou avec un moyen de chauffage sommaire, ou sans électricité relèvent également de ce code. **Z59.12** *Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne*, concerne un logement devenu inadéquat du fait de l'état de santé de la personne à la sortie de l'hôpital. Enfin, **Z59.13** *Logement en habitat temporaire ou de fortune*, est à utiliser pour des hébergements tels que hôtel, mobil-home, caravane, camping ou cabane.
Z59.50 *Absence totale de revenu, d'aide et de prestations financières*, correspond à une absence totale de revenu (salaires, activité commerciale, prestations financières dont minima sociaux,…) ou à des personnes n'ayant que la mendicité comme source de revenu. La mendicité n'est pas à coder ici si elle ne constitue pas l'unique source de revenu.
Z59.62 *Bénéficiaires de minima sociaux*, concernent les personnes qui perçoivent des allocations soumises à conditions de ressources telles que le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation équivalent retraite (AER), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).
Z60.20 *Personne vivant seule à son domicile*, concerne les personnes vivant seules à leur domicile, quel que soit leur sentiment de solitude ou d'isolement. Ce code ne concerne pas les personnes vivant en établissement collectif.
Z60.30 *Difficultés liées à la langue*, s'emploie lorsque le recours à un interprète (un tiers) est nécessaire pour la prise en charge du patient.

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

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

avec notamment l'ajout d'un caractère supplémentaire en 6e position[66] pour les catégories U82 et U83 afin d'indiquer si la situation de résistance concerne un germe responsable d'une infection en cours ou une situation de portage sain.

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

- la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie ;
- la résistance doit entrainer une modification du schéma thérapeutique habituel, ou la mise en œuvre de mesures d'isolement spécifiques[67][71].

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 l'emploi des codes des catégories U82 et U83.

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 entrainé des mesures d'isolement et de décontamination : Z22.3, Z29.0, U82.101.

SEPSIS ET CHOC SEPTIQUE

1. Sepsis

À partir du 1er mars 2021 et suite à la modification de la définition du sepsis depuis 2016 (sepsis-3[68]), le codage de celui-ci ne se basera plus sur le codage du syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe (R65.1). Il sera décrit avec les codes qui comportent les termes sepsis dans leur libellé, dans les catégories A40-

---

[66] Pour les codes qui ne comportent que 4 caractères, le signe « + » doit être noté en 5e position.

[67] 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.

[68] Fascicule de codage des maladies infectieuses publié sur le site de l'ATIH

A41, B37.7, P36.-0 et O85 (exemples A40.0 *Sepsis à streptocoques, groupe A,* A41.5 *Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif).*

En cas de sepsis et à fortiori de choc septique, le syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe (R65.1) ne doit plus être codé.

En cas d'infection hors sepsis, le syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe (R65.0) reste accessible au codage lorsque qu'il apporte une information supplémentaire sur la sévérité de l'infection. (exemple infection urinaire basse).

Une bactériémie isolée, sans infection d'organe ou porte d'entrée précisée ni critères de sepsis et, en dehors d'une complication suivant la pose de prothèses, d'implants et greffes internes ou cardiaques et vasculaires, ne permet pas de coder l'infection ou le sepsis. Dans ce cas un code de la catégorie A49 sera utilisé en DP. Pour une bactériémie iatrogène, on codera d'abord la complication dans T80-T88 lorsqu'elle est précisée.

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.**

2. Choc septique

Le choc septique est un sous-ensemble du sepsis au cours duquel les anomalies circulatoires et cellulaires ou métaboliques sous-jacentes sont suffisamment profondes pour augmenter considérablement la mortalité à un mois de 25% à 35% Le choc septique est défini par la présence des critères suivants au cours d'un sepsis[1] :

- Besoin d'un traitement vasopresseur par catécholamines en continu, malgré un remplissage vasculaire adéquat, pour maintenir la pression artérielle moyenne à plus de 65 mmHg
- Augmentation des lactates sériques >2mmol/l (ou 18mg/dl)

Lorsque l'infection s'accompagne d'un sepsis avec choc septique comme défini ci-dessus, le code R57.2 Choc septique devra être associé au code du sepsis.

Les actes CCAM de suppléance vitale, de remplissage vasculaire, d'épuration extra-rénale doivent aussi être codés à chaque fois qu'ils sont réalisés.

SÉQUELLES DE MALADIES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES

La CIM–10 définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28 ou 33[69]).

---

[1] The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) JAMA. 2016 ; 315(8) : 801-810. doi : 10.1001/jama.2016.0287 Abstract

[69] Dans l'ensemble de ce chapitre, les numéros de page renvoient au volume 2 de l'édition imprimée 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.

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.–[70], E68, G09, I69.–, O97, T90-T98, Y85-Y89)[71]. 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, T90-T98, Y85-Y89, O94). Il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué à la page 75 ou 101 du volume 2. Les situations concernées sont celles dans lesquelles il n'est pas identifié d'autre cause au décès[72].

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 ni au codeur de trancher entre le codage d'une maladie présente ou d'un état séquellaire. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui a dispensé les soins au patient.

Pour le codage d'une séquelle, conformément à la consigne de la CIM–10, on donne la priorité au code qui correspond à sa nature. Le code de séquelle est un diagnostic associé (se reporter au point 2 du chapitre précédent)[73].

Exemples :

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

Les catégories Y85–Y89 (chapitre XX de la CIM–10) permettent de coder des circonstances d'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de diagnostic associé[74], chaque fois qu'on dispose de l'information nécessaire.

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

---

[70] 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.

[71] 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.

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

[73] À partir du 1er mars 2013, un code de séquelle peut aussi être enregistré comme diagnostic relié lorsqu'il en respecte la définition.

[74] On rappelle que les codes du chapitre XX de la CIM–10 ne doivent jamais être utilisés en position de diagnostic principal ou relié.

SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

L'importance de leur enregistrement tient au fait que la réduction de leur nombre fait partie des objectifs nationaux de santé publique[75].

Les RUM produits pour les séjours dont suicide ou tentative de suicide sont le motif, mentionnent un diagnostic principal codé avec le chapitre XIX de la CIM–10 *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe*. On enregistre en tant que diagnostics associés (DA) les éventuelles complications, conformément à la définition d'un DA significatif (se reporter au point 2 du chapitre IV) ainsi qu'un code du groupe X60–X84 du chapitre XX[76] pour enregistrer le caractère auto-infligé des lésions et le ou les moyens utilisés.

À propos des suicides et tentatives de suicide médicamenteuses, voir les effets nocifs des médicaments plus haut dans ce chapitre.

TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS

L'article R.6123-117 du code de la santé publique dispose que le titulaire de l'autorisation de traitement des grands brulés participe aux actions de prévention et **recueille à cet effet les données sur les causes des brûlures qu'il est amené à prendre en charge.** En conséquence, une attention particulière sera portée au codage des causes des brulures avec le chapitre XX de la CIM–10, en particulier au moyen du logiciel de dépistage des atypies de l'information médicale (DAtIM) lors de la transmission des données vers la plateforme e-PMSI[77].

TUMEURS À ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE OU INCONNUE

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

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

---

[75] Loi n° 2004-806 du 9 aout 2004, objectif n° 92.

[76] *NB :* les codes du groupe X60-X84 sont des codes à quatre caractères. Une note dans le volume 1 de la CIM–10, sous le titre du groupe, indique que les quatrièmes caractères sont indiqués au début du chapitre.

[77] La transmission des données vers la plateforme e-PMSI, est traitée dans le point 1 du chapitre III.

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 d'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.

VIOLENCE ROUTIÈRE

Pour tout accident de la circulation routière[78] on enregistre dans le résumé d'unité médicale les informations suivantes.

1. Nature des lésions traumatiques

Elles sont codées en position de diagnostic principal ou de diagnostic associé dans le respect de leur définition (se reporter au chapitre IV), avec le chapitre XIX de la CIM–10.

2. Circonstances des lésions

Elles sont codées au moyen du chapitre XX, spécialement de ses catégories V01 à V89. V89.2, comprenant « accident de la circulation sans autre indication », peut coder la notion d'« accident de la voie publique » sans précision[79].

3. Facteurs favorisants au moment de l'accident

D'éventuels facteurs favorisants **présents au moment de l'accident** (effet de l'alcool, de drogue ou de médicament…) doivent être enregistrés, notamment avec les codes de la catégorie R78 *Présence de drogues et d'autres substances non trouvées normalement dans le sang* ou avec ceux du groupe F10–F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. On rappelle que l'enregistrement des effets secondaires des médicaments impose l'emploi des catégories Y40–Y59 de la CIM–10 (se reporter plus haut dans ce chapitre). Les catégories Y90–Y91 permettent de préciser l'importance d'une intoxication alcoolique.

---

[78] Programme interministériel de lutte contre la violence routière : loi n° 2003-495 du 12 juin 2003.

[79] *NB :* tous les codes V01-V89 ont un quatrième caractère, indiqué dans le volume 1 de la CIM–10 : avec les codes eux-mêmes dans les catégories dont le troisième caractère est 9 (V09, V19, V29, etc.), sous le titre du groupe (V01-V09, V10-V19, etc.) pour les autres.

CHAPITRE VI

GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES

VI. GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES

Tous les exemples donnés ci-après présupposent que soient réunies les conditions d'admission en hospitalisation conformément à l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (arrêté « prestations ») et - L'Instruction N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 (instruction gradation). Aucun des exemples donnés ne saurait dispenser du respect de ces conditions. Elles sont un préalable à la production d'un RUM et, en conséquence, à l'application des règles de choix du DP.

1.1. HOSPITALISATION POUR DIAGNOSTIC

La situation est celle d'un patient hospitalisé en raison d'une symptomatologie, pour un diagnostic étiologique. Le mot *symptomatologie* inclut les signes cliniques et les résultats anormaux d'examens complémentaires.

Que le diagnostic s'accompagne ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même.

1.1.1. Le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale

Lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale, elle est le DP. [Règle D1

Exemples :

- hospitalisation en raison d'une confusion ; découverte d'une tumeur cérébrale ; DP : tumeur cérébrale ;
- hospitalisation en raison de douleurs thoraciques ; diagnostic d'angine de poitrine ; DP : angine de poitrine ;
- hospitalisation en raison d'une anémie ou pour occlusion intestinale ; découverte d'un cancer colique ; DP : cancer colique.

Dans cette situation, le codage du DP utilise en général les chapitres I à XVII et XIX (voire XXII) de la CIM–10. Il ne fait pas appel aux « codes Z », il ne doit donc pas être mentionné de DR dans le RUM.

1.1.2. Il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie

Lorsqu'il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie, elle est le DP. **[Règle D2]**

Exemples :

- hospitalisation en raison de céphalées ; conclusion de sortie : « céphalées sans cause trouvée » ; DP : céphalées ;

- hospitalisation en raison d'un état de choc ; décès précoce sans diagnostic étiologique ; DP : état de choc ;

– hospitalisation en raison d'un syndrome inflammatoire ; sortie sans diagnostic étiologique ; DP : syndrome inflammatoire.

La symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation et qui a été explorée, est le DP, qu'elle persiste ou qu'elle ait disparu lors du séjour. La situation clinique relative à la règle D2 est ainsi la seule exception à la consigne selon laquelle il ne peut être codé dans le RUM que des problèmes de santé présents — « actifs » — au moment de l'hospitalisation.

Dans cette situation le codage du DP utilise souvent le chapitre XVIII de la CIM–10[1] ; il ne fait pas appel aux codes Z, il ne doit donc pas être mentionné de DR dans le RUM.

Sont équivalentes les situations rencontrées chez un patient atteint d'une affection chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, admis pour une symptomatologie qui reste sans diagnostic étiologique : le DP est la symptomatologie

Exemples :

– hospitalisation d'un patient diabétique en raison d'un syndrome inflammatoire ; sortie sans diagnostic étiologique ; DP : syndrome inflammatoire ;
– hospitalisation d'une patiente souffrant de polyarthrite rhumatoïde en raison de douleurs abdominales ; disparition des douleurs en 48 heures, pas de cause trouvée ; DP : douleurs abdominales.

La même règle s'applique aux circonstances dans lesquelles le motif d'admission est **une suspicion diagnostique qui n'est pas confirmée** au terme du séjour. Dans ces situations le DP est en général la symptomatologie, voire la suspicion (catégorie Z03) en l'absence de symptomatologie.

1.1.3. Cas particuliers

Pour les situations diagnostiques décrites dans les trois premiers points ci-dessous, il est demandé d'utiliser le code du motif de recours indiqué **[Règle D3]**

1) Lors des séjours (en général programmés) dont le motif a été une exploration nocturne ou apparentée telle que :

- l'enregistrement d'un électroencéphalogramme de longue durée : dans ce cas le code imposé pour le DP est Z04.800 *Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée* ;
- un enregistrement polygraphique : dans ce cas le code imposé pour le DP est Z04.801 *Examen et mise en observation pour polysomnographie*.

Z04.800 ou Z04.801[2] s'impose comme DP quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée ou non.

L'affection diagnostiquée ou la symptomatologie explorée est mentionnée comme DR lorsqu'elle respecte sa définition.

Exemple — Hospitalisation pour enregistrement polysomnographique en raison de ronflements :

---

[1] Quelques symptômes spécifiques d'un appareil sont classés dans d'autres chapitres (par exemple, *Autres signes et symptômes observés au niveau du sein* : N64.5).

[2] Codes étendus créés pour la version 11 des GHM (2009).

– diagnostic d'apnées du sommeil : DP Z04.801, DR apnées du sommeil ;
– pas de cause diagnostiquée : DP Z04.801, DR ronflements.

2) Lors des séjours pour tests allergologiques[3]80. Que le résultat soit positif ou négatif, le DP est codé Z01.5. Ce code s'impose conformément à sa note d'inclusion, quelle que soit la voie d'administration de l'allergène (cutanée ou autre).

3) Lors des séjours pour bilan préopératoire ou préinterventionnel. Z04.802 s'impose comme DP, qu'une affection soit ou non découverte au cours du bilan. Une affection découverte au cours du bilan est enregistrée comme un diagnostic associé.

4) Lors des séjours, en général programmés pour une situation d'examen diagnostique motivée par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique, par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA, par exemple), le DP est, en l'absence de mise en évidence du diagnostic, est la raison des explorations. **[Règle D4]**

Exemples : l'antécédent (catégorie Z80 et suivantes), le facteur de risque ou le signe clinique ou paraclinique qui les a motivées, dans le respect du principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder.

N.B. : On prendra garde à l'emploi parfois inapproprié du mot « **dépistage** » dans le langage médical courant. Ce mot a dans la CIM–10 le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare).

Dans le cas d'un patient présentant un problème personnel de santé, les codes des catégories Z11 à Z13 de la CIM-10 ne doivent pas être employés.

La situation clinique de *diagnostic* est ainsi caractérisée par une démarche médicale de nature diagnostique. Celle-ci vise, à partir de la symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation, à établir un diagnostic (suivi ou non d'un traitement). Au terme d'un séjour correspondant à cette situation, le diagnostic a pu ou non être fait :

- soit il l'a été, et le traitement réalisé ;
  - Exemple : hospitalisation pour fièvre et toux ; diagnostic de pneumonie, traitement ; DP : la pneumonie

- soit il a été fait mais le traitement remis à plus tard ;
  - Exemple : hospitalisation d'un enfant pour une suspicion de tumeur osseuse ; diagnostic d'ostéome ; sortie du patient avec les rendez-vous de consultation préanesthésique et d'admission en chirurgie pour traitement ; DP : ostéome

- soit il n'a pas été fait de diagnostic étiologique ; la symptomatologie a été vainement explorée ; elle a pu disparaitre (spontanément ou du fait d'un traitement symptomatique) ou bien elle peut persister, des investigations complémentaires étant prévues ultérieurement.

  On rapproche de cette situation le décès précoce survenu avant qu'un diagnostic étiologique n'ait pu être fait.
  - Exemples :
    – hospitalisation pour douleurs abdominales ; disparition des douleurs, pas de cause trouvée ; DP : douleurs abdominales ;
    – hospitalisation pour état de choc ; décès précoce sans diagnostic étiologique ; DP : état de choc.

[3] Lorsqu'ils nécessitent une hospitalisation ; se reporter au point 1.5 du chapitre I.

1.1.4. Situations équivalentes

Sont équivalentes à celle décrite au point 1.1.1 les situations rencontrées chez un patient atteint d'une affection chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, admis pour une symptomatologie aboutissant à l'un des diagnostics suivants.

1°) **Poussée aigüe** de la maladie chronique ou de longue durée.

Dans cette situation, le langage médical courant emploie volontiers les qualificatifs de maladie « déséquilibrée », « décompensée », « déstabilisée » ou « exacerbée ».

Lorsque le séjour a été motivé par une **poussée aigüe** d'une maladie chronique ou de longue durée, cette maladie peut être le DP, que le diagnostic ait été ou non suivi d'un traitement. **[Règle D5]**

Exemples :

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

Il importe que le dossier médical contienne les informations étayant le diagnostic de poussée aigüe. La survenue de celle-ci cause une rupture dans la prise en charge de la maladie chronique ou de longue durée. Son traitement impose des mesures thérapeutiques inhabituelles, transitoires, témoignant d'une période critique. Il ne peut pas s'agir seulement, au cours du séjour, de modifications posologiques progressives du traitement antérieur, ou de la mise en place progressive du traitement avec lequel le patient quittera l'unité.

On ne doit pas considérer toute maladie chronique ou de longue durée comme étant susceptible de poussée aigüe. Par exemple, on ne doit pas confondre l'aggravation progressive d'une maladie chronique avec la situation de *poussée aigüe*. L'aboutissement d'une poussée aigüe d'une maladie chronique est en général soit le décès (par exemple, acutisation terminale d'une hémopathie maligne), soit un retour à l'état antérieur (éventuellement aggravé ; par exemple, après une poussée de sclérose en plaques, le patient peut souffrir d'un déficit accentué). En revanche, des évolutions telles que l'accroissement du volume ou l'extension par contiguïté d'une tumeur connue, l'augmentation de la dimension d'un anévrysme artériel ou du gradient d'un rétrécissement aortique — et toutes évolutions naturelles comparables — ne correspondent pas à la situation clinique de *poussée aigüe* au sens du recueil d'information du PMSI en MCO. La constatation de ces évolutions n'autorise pas à coder la maladie comme DP au terme des bilans ; on doit se référer à la situation de surveillance (voir le point 1.3 de ce chapitre).

L'affection chronique sous-jacente n'est pas le DP des séjours pour poussée aigüe quand la CIM–10 contient des rubriques ad hoc. **[Règle D6]**

Exemples :

– thyréotoxicose aigüe : E05.5 ;
– acidocétose diabétique : E1–.1 ;
– angor instable : I20.0 ;
– exacerbation de maladie pulmonaire obstructive chronique : J44.1 ;
– état de mal asthmatique : J46 ;
– poussée aigüe de pancréatite chronique : K85.– .

2°) **Complication** de la maladie chronique ou de longue durée, ou de son traitement.

Lorsque le séjour a été motivé par le diagnostic d'une complication d'une maladie chronique ou de longue durée, ou d'une complication du traitement de cette maladie, la complication est le DP, que le diagnostic s'accompagne ou non d'un traitement. **[Règle D7]**

Exemples :

- hospitalisation pour palpitations d'un patient atteint d'une cardiopathie chronique ; diagnostic de fibrillation auriculaire ; DP : fibrillation auriculaire ;
- hospitalisation du même patient pour lipothymies ; diagnostic de bradycardie par effet indésirable d'un digitalique ; DP : bradycardie ;
- hospitalisation pour douleurs thoraciques dues à un cancer bronchique connu ; DP : douleurs thoraciques ;
- hospitalisation en raison de la survenue d'un trouble neurologique chez un patient atteint d'un cancer ; découverte d'une métastase cérébrale ; DP : la métastase.

La règle D7 s'applique dans le cas d'une maladie chronique ou de longue durée connue avant la survenue de la complication. On ne confondra pas la situation avec celle d'une complication révélatrice d'une maladie auparavant méconnue : des cas tels que, par exemple, une détresse respiratoire révélatrice d'une infection pulmonaire, une anémie conduisant au diagnostic d'un cancer digestif ou un choc septique révélateur d'une prostatite, ressortissent à la situation clinique de diagnostic. La complication (la détresse respiratoire, l'anémie, le choc septique...) est dans ce cas la symptomatologie motivant l'admission et, conformément à la règle D1, le DP est l'infection pulmonaire, le cancer digestif ou la prostatite[4],

3°) **Affection ou lésion intercurrente**, indépendante de la maladie chronique ou de longue durée.

Lorsque le séjour a été motivé par le diagnostic d'une affection ou d'une lésion intercurrente indépendante de la maladie chronique ou de longue durée, qu'il ait ou non été suivi d'un traitement, l'affection ou la lésion est le DP. **[Règle D8]**

Exemple : hospitalisation d'un patient diabétique à la suite d'une chute en raison de douleurs et d'une impotence d'un membre inférieur ; une fracture du col du fémur est diagnostiquée et traitée ; DP : fracture du col du fémur.

Ces trois situations sont conformes à la règle D1. Le patient est hospitalisé pour une symptomatologie (celle de la poussée, de la complication ou de l'affection intercurrente) appelant un diagnostic étiologique. **Le DP est l'affection diagnostiquée**, c'est-à-dire la maladie en poussée aigüe, la complication ou l'affection intercurrente.

4°) Par convention on considère également comme une situation équivalente **le bilan initial d'extension d'un cancer**. En matière de choix du DP on l'assimile à la situation 1.1.1 : au terme du séjour concerné le DP est la tumeur maligne. On désigne par « bilan initial d'extension d'un cancer » **le séjour** au cours duquel sont effectuées les investigations suivant la découverte — le diagnostic positif — d'une maladie maligne, investigations notamment nécessaires pour déterminer son stade (par exemple, selon la classification TNM[5]) et pour décider du protocole thérapeutique qui sera appliqué (bilan parfois dit de « stadification » préthérapeutique). **[Règle D9]**

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

---

[4] La complication révélatrice est un diagnostic associé significatif chaque fois qu'elle en respecte la définition (voir le point 1 de ce chapitre).

[5] *Tumor, node, metastasis* (tumeur, nœud [ganglion] lymphatique, métastase).

– que le bilan d'extension ait été réalisé au cours du même séjour que le diagnostic positif ou bien qu'il l'ait été au cours d'un séjour distinct ;
– quel que soit le résultat du bilan : si une métastase a été découverte, elle est une complication du DP et elle est mentionnée comme diagnostic associé significatif[6].

1.2. HOSPITALISATION POUR TRAITEMENT

La situation est celle d'un patient atteint d'une affection connue, diagnostiquée avant l'admission, hospitalisé pour le traitement de celle-ci.

Les circonstances du diagnostic préalable n'importent pas : le diagnostic de l'affection a pu être fait par un médecin généraliste ou spécialiste « de ville », par un service médical d'urgence et de réanimation (SMUR), lors du passage dans une structure d'accueil des urgences, lors d'un séjour précédent dans une autre unité médicale, y compris l'unité d'hospitalisation de courte durée, du même établissement de santé ou d'un autre, etc. La situation de *traitement* est présente lorsque le diagnostic de l'affection est fait au moment de l'entrée du patient dans l'unité médicale et que l'admission a pour but le traitement de l'affection.
La situation clinique de traitement comprend le traitement répétitif et le traitement unique.

1.2.1. Traitement répétitif

- Cas habituels

La dénomination *traitement répétitif* rassemble les traitements qui, **par nature**, imposent une administration répétitive. En d'autres termes, dès la prescription d'un traitement répétitif, le fait qu'il nécessite plusieurs administrations est connu, un calendrier peut en général être fixé à priori.

Un traitement est répétitif soit parce que son efficacité dépend d'un cumul posologique (chimiothérapie, radiothérapie…), soit parce que, son effet s'épuisant, il doit être renouvelé (dialyse rénale, transfusion sanguine…).

L'exemple-type d'un traitement répétitif est constitué par **les séances** au sens de la classification des GHM — dialyse rénale, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare[7] — et de la *Classification commune des actes médicaux* (actes « en séances »[8]).

Dans les situations de traitement répétitif le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI de la CIM–10 (« codes Z »). **[Règle T1]**

Exemples :
– hospitalisations pour hémodialyse d'un insuffisant rénal chronique ; DP : dialyse extracorporelle (Z49.1) ;
– hospitalisations pour chimiothérapie d'une patiente atteinte d'un cancer du sein ; DP : chimiothérapie antitumorale (Z51.1) ;

---

[6] Les diagnostics associés sont le sujet du point 1 de ce chapitre.

[7] Les séances sont le sujet du chapitre VII.

[8] Lorsque leur réalisation justifie une hospitalisation : se reporter au point 1.5 du chapitre I.

– hospitalisations pour transfusion sanguine d'un patient atteint d'anémie réfractaire ; DP : transfusion sanguine (Z51.30)[9] ;
– hospitalisations pour injection intraveineuse de fer d'un patient atteint d'une carence martiale ; DP : autres formes de chimiothérapie (Z51.2)[10].

Les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare, injection de fer (pour carence martiale) qu'il s'agisse de séances[11] ou d'hospitalisation complète, doivent avoir en position de DP le code adéquat de la catégorie Z51 de la CIM–10.

Exemple : hospitalisations pour traitement répétitif par *infliximab* d'un patient atteint d'une polyarthrite rhumatoïde ; DP : autre chimiothérapie (Z51.2)[12].

La règle est la même si la prise en charge, incidemment, n'a lieu qu'une fois : c'est **la nature du traitement** qui est prise en considération.

Exemples :
– patient insuffisant rénal chronique en vacances, de passage dans un établissement de santé pour hémodialyse ; DP : Z49.1 ;
– cancéreux décédé après la première cure de chimiothérapie ; le DP de celle-ci reste Z51.1.

Dans la situation de *traitement répétitif*, le DP étant un code Z, il faut mentionner l'affection traitée comme diagnostic relié (DR) toutes les fois qu'elle respecte sa définition. C'est le cas dans les exemples ci-dessus et c'est le cas habituel puisque la situation de *traitement répétitif* concerne en général des maladies chroniques ou de longue durée.

- Cas particuliers

Il existe des exceptions[13] : **[Règle T2]**

- le traitement de la douleur chronique rebelle : dans le cas d'un séjour dont le motif principal a été une prise en charge spécifiquement algologique, indépendante du traitement de la cause, le DP est codé R52.10 ou R52.18[14] ; c'est le cas lorsque l'hospitalisation s'est déroulée dans une unité de prise en charge de la douleur chronique.
- l'évacuation d'ascite : le code du DP d'un séjour dont le motif principal est l'évacuation d'une ascite est R18 ;
- l'évacuation d'épanchement pleural : le DP d'un séjour dont le motif principal est l'évacuation d'un épanchement pleural est codé, selon le cas, J90, J91 ou J94.– ;
- l'injection de toxine botulique : l'affection neurologique (par exemple vessie neurogène réflexe : N31.1, blépharospasme : G24.5, crampe et spasme : R25.2) justifiant l'injection de toxine botulique peut être enregistrée comme DP d'une hospitalisation

---

[9] Dans ce cas, si le calendrier des séances de transfusion ne peut pas être établi à priori, celui des examens sanguins l'est en général (« contrôle de la numération globulaire tous les *x* mois »). Z51.30 est un code étendu créé pour la version 10c des GHM (2008).

[10] Sous réserve que l'hospitalisation soit justifiée, dans le respect des conditions fixées par l'arrêté Forfaits modifié du 19 février 2015, version consolidée au 2 mai 2017 (Art.17).

[11] Les séances sont traitées dans le chapitre VII.

[12] « Autre chimiothérapie » a le sens de « chimiothérapie pour autre (maladie) que tumeur » (voir la catégorie Z51 dans le volume 1 de la CIM–10).

[13] Rappel : les exemples qui suivent sont des illustrations ; on ne saurait exciper d'eux pour déroger aux conditions d'hospitalisation fixées par l'arrêté « prestations » et l'instruction « gradation ».

[14] Dans cette situation, on ne tient pas compte de la note d'exclusion de la catégorie R52.

pour cet acte, dès lors que l'hospitalisation respecte les conditions exposées dans le point 1.5 du chapitre I.

Le DP n'étant pas un code Z, il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

1.2.2. Traitement unique

Le traitement « unique » est ainsi désigné par opposition au traitement répétitif. Du point de vue du recueil d'informations du PMSI en MCO, un traitement non répétitif au sens de la situation 1.2.1 est un traitement unique.

Dans la situation de traitement unique le DP est en général l'affection traitée.

Le traitement unique peut être chirurgical, « interventionnel » ou médical.

1.2.2.1. Traitement unique chirurgical [Règle T3]

Dans la situation de traitement unique chirurgical, le DP est en général la maladie opérée.

- Cas habituels

Exemple : hyperplasie prostatique connue ; indication opératoire posée en consultation externe ; hospitalisation pour adénomectomie prostatique ; DP : adénome prostatique.

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

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

Le DP doit en effet être énoncé en connaissance de l'ensemble des informations acquises au cours du séjour (se reporter au point 1.1).

Dans cette situation, le DP n'étant pas un code Z, il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

- Cas particuliers

Certaines situations de traitement unique chirurgical font appel pour le codage du DP aux codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM–10[15]. Sont spécialement dans ce cas les hospitalisations dont le motif a été l'un des suivants.

1°) Un acte de **chirurgie esthétique** : on désigne ainsi toute intervention de chirurgie plastique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans son cas le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code. **[Règle T4]**

Exemples : séjour pour…

- mise en place de prothèses internes pour augmentation du volume mammaire à visée esthétique, non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP Z41.1 ;
- rhinoplastie à visée esthétique, non prise en charge par l'assurance maladie : DP Z41.1.

[15] Leur mode d'emploi est donné dans le chapitre V.

S'agissant de chirurgie esthétique, par conséquent en l'absence d'affection sous-jacente, la question du diagnostic relié ne se pose pas. Toutefois, si le médecin souhaite coder le motif de la demande (certains codes de la CIM–10, en l'absence de définition, s'y prêtent : E65 *Adiposité localisée,* L98.7 *Hypertrophie et affaissement de la peau et du tissu cellulaire sous cutané,* M95.0 *Déformation du nez*, N62 *Hypertrophie mammaire*, N64.2 *Atrophie mammaire,* etc.) il peut l'être comme DR mais pas comme diagnostic associé.

2°) Un acte de **chirurgie plastique non esthétique**, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : le DP doit être codé avec un code des chapitres I à XIX ou un code de la catégorie Z42. **[Règle T5]**

Exemples : séjour pour

- mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP Z42.1 ;
- rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP J34.2
- dermolipectomie, par exemple dans les suites d'une prise en charge chirurgicale ou médicale d'une obésité morbide, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : DP E65*.Adiposité localisée,* L98.7 *Hypertrophie et affaissement de la peau et du tissu cellulaire sous cutané.*

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

Exemples :

- séjour de mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie, hors antécédent personnel de tumeur du sein : DP Z42.1 ; DR Z90.1[16] ;
- séjour de mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie, pour tumeur du sein : DP Z42.1 ; DR Z85.3 ;
- séjour pour rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : DP J34.2, pas de DR.

3°) Une intervention dite ***de confort*** : on désigne par intervention « de confort » un acte médicotechnique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autre que la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 *Intervention* de confort[17], à l'exclusion de tout autre code. **[Règle T6]**

S'agissant d'intervention « de confort », la règle est la même que pour la chirurgie esthétique. Si le médecin souhaite coder le motif de la demande, il peut l'être comme DR mais pas comme diagnostic associé (par exemple, hospitalisation pour traitement chirurgical de la myopie : DP Z41.80, DR H52.1 *Myopie*).

Il ne s'impose pas au médecin responsable de l'information médicale ni au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique ou bien de décider qu'une intervention est *de confort*. Il s'agit d'un choix qui est de la responsabilité du médecin qui effectue l'intervention, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

4°) Dans la situation de prise en charge **pour soins spécifiques de stomies, prothèses, autres appareils,** le DP fait appel aux catégories Z43 à Z47 ainsi que Z49.0. **[Règle T7]**

---

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

[17] Code étendu créé pour la version 10 (2006) de la classification des *groupes homogènes de malades*.

Exemples :

- patient ayant subi quelques mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de la colostomie (rétablissement de la continuité colique) : DP Z43.3 ; l'affection ayant motivé la prise en charge n'existe plus, par définition **elle n'a pas sa place dans le RUM** (sinon éventuellement comme donnée à visée documentaire[18]).
- séjour de mise en place d'un système diffuseur implantable sous-cutané : DP Z45.2 ;
- séjour pour changement du générateur (épuisement normal) d'un stimulateur cardiaque : DP Z45.0 (en revanche, lors du séjour de mise en place initiale du stimulateur, le DP est la maladie qui la motive) ;
- séjour pour la mise en place d'un stimulateur du système nerveux central : Z45.84 ;
- séjour d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale, pour confection d'une fistule artérioveineuse : DP Z49.0.

Les sens et modalités d'emploi de ces codes sont exposés dans le point 2 (*Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM–10*) du chapitre V.

5°) **L'opération prophylactique [Règle T15]**

Dans la situation de prise en charge pour une intervention prophylactique, le DP fait appel à la catégorie Z40.

Exemple :
Patiente hospitalisée pour mastectomie (s) prophylactique DP : Z40.00 Ablation prophylactique du sein.

6°) **Traitement unique en deux temps [Règle T14]**

Lorsque s'impose une « reprise » d'un traitement unique chirurgical ou lorsque celui-ci se déroule en deux temps, la situation clinique reste de traitement unique : c'est **la nature du traitement** qui est prise en considération[19].

Exemples :

- femme ayant récemment subi une mastectomie pour cancer ; l'examen anatomopathologique de la pièce conclut à des « berges douteuses » ; réhospitalisation pour réintervention de complément ; il s'agit d'un traitement unique (la mastectomie n'est pas un traitement répétitif) en deux temps, et le DP du second séjour est encore le cancer du sein, que la nouvelle pièce opératoire montre ou non des cellules tumorales ;
- patiente ayant récemment subi une salpingoovariectomie pour un cancer de l'ovaire ; réhospitalisation pour un curage lymphonodal ; il s'agit d'un *traitement unique* (la salpingoovariectomie n'est pas un traitement répétitif) en deux temps, et le DP du second séjour est encore le cancer de l'ovaire, que les nœuds lymphatiques montrent ou non des cellules tumorales.

La notion de traitement unique en deux temps s'applique ainsi à des actes dont le second découle des examens per— ou postinterventionnels immédiats (anatomopathologie, imagerie...) visant à contrôler le résultat du premier. Il y a traitement unique en deux temps lorsqu'il est déduit de ce ou de ces examens qu'une intervention de complément est nécessaire, du fait du caractère incomplet ou supposé incomplet de la première. La notion de

---

[18] Voir le point 4 de ce chapitre.

[19] On rappelle la définition d'un traitement répétitif et le fait que, pour le recueil d'information du PMSI en MCO, un traitement non répétitif est un traitement *unique*.

traitement unique en deux temps exclut un acte ultérieur qui résulterait d'une complication de la première intervention ou d'une complication de la maladie absente lors du premier acte.

1.2.2.2. Traitement Unique « Interventionnel » : Acte Thérapeutique Par Voie Endoscopique Ou Endovasculaire, Imagerie Interventionnelle. [REGLE T8]

Dans la situation de traitement unique interventionnel, le DP est en général la maladie sur laquelle on est intervenu.

Exemples :

- hospitalisation pour embolie artérielle d'un membre supérieur ; désobstruction par voie artérielle transcutanée ; le DP est l'embolie artérielle ;

- hospitalisation pour lithiase biliaire ; traitement par voie transcutanée avec guidage échographique, ou par lithotritie ; le DP est la lithiase.

Lorsque s'impose une « reprise » d'un traitement unique « interventionnel » ou lorsque celui-ci se déroule en deux temps, la situation clinique reste de traitement unique : c'est **la nature du traitement** qui est prise en considération[20].

Exemple : patient atteint d'un hépatocarcinome hospitalisé pour une seconde injection intraartérielle hépatique *in situ* d'agent pharmacologique anticancéreux avec embolisation de particules (chimioembolisation) ; il s'agit d'un traitement unique (la CCAM ne décrit pas l'acte comme une séance) ; la décision d'une seconde chimioembolisation n'était pas initialement prévue, elle a résulté du résultat de la première) en deux temps ; le DP de la seconde chimioembolisation est l'hépatocarcinome.

On rappelle qu'un acte médicotechnique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autre que la chirurgie esthétique, est considéré comme une intervention « de confort ». Le DP du séjour doit être codé Z41.80 Intervention de confort, à l'exclusion de tout autre code. **[Règle T6]**

1.2.2.3. Traitement Unique Médical

- Cas habituels

Dans la situation de traitement unique médical, le DP est l'affection traitée. **[Règle T9]**

Exemples :

- hospitalisation en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) d'un patient victime d'un infarctus du myocarde ; diagnostic et thrombolyse effectués par le SMUR ; le DP de l'USIC est l'infarctus (prise en charge initiale) ;
- hospitalisation d'un patient atteint d'une pneumonie ; diagnostic établi lors du passage dans la structure d'accueil des urgences ; DP : la pneumonie.

Le DP n'étant pas un code Z, il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

Le traitement médical peut être partagé entre deux unités médicales ou deux établissements de santé. Le DP de chacun est alors l'affection traitée.

Exemples :

- infarctus cérébral ; hospitalisation initiale en soins intensifs

[20] On rappelle la définition d'un traitement répétitif et le fait que, pour le recueil d'information du PMSI en MCO, un traitement non répétitif est un traitement *unique*.

neurovasculaires (DP : l'infarctus cérébral) ; mutation ou transfert au troisième jour dans une unité de médecine ; celle-ci poursuivant la prise en charge thérapeutique de l'infarctus cérébral récent, il reste le DP de son RUM ;

– hospitalisation pour suspicion d'endocardite infectieuse ; transfert au CHR ; confirmation de l'endocardite et début du traitement (DP : l'endocardite) ; transfert au 12e jour dans l'établissement d'origine pour la poursuite de l'antibiothérapie ; celui- ci poursuivant le traitement de l'endocardite, elle reste le DP de son RUM.

- Cas particuliers

Il existe des exceptions :

- la curiethérapie et les irradiations en dose unique : le DP doit être codé Z51.01, comme dans les autres cas d'irradiation externe et interne ; **[Règle T10]**
- l'injection de fer (pour carence martiale) en injection unique : le DP doit être codé Z51.2 [21] **[Règle T10]**
- les soins palliatifs : dès lors que leur définition est respectée[22] le DP est codé Z51.5. **[Règle T11]**

Au terme des séjours pour curiethérapie à bas débit de dose, irradiation en dose unique, pour soins palliatifs ou injection de fer (pour carence martiale), le diagnostic relié est l'affection qui a motivé la prise en charge.

Exemples :

– séjour pour curiethérapie à bas débit de dose pour cancer de la prostate : DP Z51.01, DR C61 ;
– séjour de soins palliatifs pour cancer du corps utérin en phase terminale : DP Z51.5, DR C54.– ;
– séjours de soins palliatifs pour SIDA avec cachexie : DP Z51.5, DR B22.2.
– séjours pour injection de fer pour anémie par carence martiale : DP Z51.2, l'anémie D50.– en DAS ou en DR dans le respect de la définition du DR.

Tous les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare et aphérèse sanguine, **injection de fer (pour carence martiale[23]) qu'il s'agisse d'hospitalisation complète ou de séances[24], doivent avoir en position de DP le code adéquat de la catégorie Z51 de la CIM–10.** Lorsqu'un code Z51.0–, Z51.1, Z51.2, Z51.3–, Z51.5 ou Z51.8– est en position de DP, la maladie traitée est enregistrée comme DR chaque fois qu'elle respecte sa définition.

1.2.3. Situations équivalentes (au traitement unique)

On assimile à la situation de *traitement unique* les circonstances suivantes :

1°) **La *mise en route* du traitement d'une maladie chronique ou de longue durée**, c'est-à-dire l'hospitalisation nécessitée par la première administration d'un traitement médicamenteux appelé à être ensuite poursuivi au long cours. Les conditions précisées dans le point 1.5 du chapitre I doivent être respectées.

---

[21] Sous réserve que l'hospitalisation soit justifiée, dans le respect des conditions fixées par l'arrêté Forfaits modifié du 19 février 2015, version consolidée au 02 mai 2017 (Art.17).

[22] Instruction interministérielle N°DGOS/R4/DGS/DGSS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

[23] Sous réserve que l'hospitalisation soit justifiée, dans le respect des conditions fixées par l'arrêté Forfaits modifié du 19 février 2015, version consolidée au 02 mai 2017 (Art.17).

[24] Les séances sont traitées dans le chapitre VII.

2°) Chez les patients diabétiques non amélioré par une adaptation ambulatoire du traitement, la nécessité d'une rupture dans la prise en charge globale avec changement de la stratégie thérapeutique répondant au moins à l'un des critères suivants :

- nécessité de recourir à un schéma insulinique avec plusieurs injections quotidiennes d'insuline ou une insulinothérapie par pompe,
- nécessité de reconsidérer l'approche thérapeutique en cas d'échec d'un traitement insulinique multi injections,
- nécessité de débuter ou modifier une insulinothérapie chez un patient à haut risque c'est-à-dire présentant au moins l'une des caractéristiques suivantes
    - syndrome coronaire aigu ou AVC il y a moins d'un an,
    - rétinopathie pré proliférative sévère ou proliférative non stabilisée,
    - insuffisance rénale avec un taux de filtration glomérulaire < 30 ml/mn (MDRD ou CKD-EPI)
    - antécédent d'hypoglycémies sévères ou à répétition (plus de 4 par semaine) ou non perçues
    - grossesse chez une patiente diabétique de type 1 ou 2
    - situation de précarité et d'isolement social.

Toute la prise en charge est réévaluée durant l'hospitalisation (règles hygiéno-diététiques, autosurveillance glycémique, traitement oral ou injectable associé à l'insuline, traitement des comorbidités).

Il ne peut pas s'agir seulement, au cours du séjour, de modifications posologiques progressives du traitement antérieur, ou de la mise en place progressive du traitement avec lequel le patient quittera l'unité.

3°) **L'accouchement normal**
On désigne ainsi un accouchement en présentation du sommet sans complication chez une femme indemne de toute morbidité obstétricale. Le DP du séjour est codé O80.0 *Accouchement spontané par présentation du sommet* **[Règle T12]** .

4°) **La naissance d'un enfant séjournant en maternité avec sa mère :** le DP du séjour du nouveau-né est codé avec la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* **[Règle T13]** . Si un problème de santé est découvert à la naissance ou pendant le séjour en maternité, il est un diagnostic associé significatif du RUM du nouveau-né en maternité[25].

5°) **L'interruption volontaire de grossesse**
Le DP du séjour d'IVG est codé avec la catégorie O04 de la CIM–10 interruption médicale volontaire de grossesse en position de diagnostic principal (DP). Lorsqu'une complication survient au cours du séjour même de l'IVG, celle-ci est codée par le quatrième caractère du code O04.–.

6°) **L'interruption médicale de grossesse**
Avant vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée : le DP du séjour d'IMG est codé avec la catégorie O04 O04.-1 ; O04.-2 ou O04.-3 interruption médicale de grossesse ; à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée le DP du séjour d'IMG est la cause fœtale ou maternelle de l'IMG

[25] Les diagnostics associés sont traités dans le point 1 de ce chapitre.

1.3. HOSPITALISATION POUR SURVEILLANCE

La situation est celle d'un patient atteint d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement traitée (antérieurement traitée ou en cours de traitement), hospitalisé pour la surveillance de celle-ci.

Par séjour de surveillance on entend tout séjour[26] visant au suivi médical d'une affection, à faire le point sur son évolution ou sur l'adéquation de son traitement, affection diagnostiquée antérieurement au séjour et déjà traitée (précédemment opérée, par exemple) ou en cours de traitement. La situation de surveillance est rencontrée pour l'essentiel dans deux types de circonstances :

- surveillance des maladies chroniques ou de longue durée : elle correspond en particulier à l'appellation courante de « bilan » ; elle concerne souvent — mais pas seulement — des prises en charge « à froid », programmées, de brève durée ; au cours ou au terme du séjour, des investigations ultérieures peuvent être programmées ou des décisions thérapeutiques prises : institution, poursuite ou modification d'un traitement, indication opératoire, etc. ;
- la surveillance d'un patient transféré d'un autre établissement de santé après un traitement (surveillance postopératoire ou postinterventionnelle, ou après traitement médical).

La situation clinique de surveillance comprend la *surveillance négative* et la *surveillance positive*.

1.3.1. Surveillance négative

Lorsqu'il n'est pas découvert d'affection nouvelle la surveillance est dite négative, le DP est un « code Z ». **[Règle S1]**

> Exemple : bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH[27] ; absence d'affection nouvelle ; DP : code Z de surveillance.

Le codage du DP dans les situations de surveillance négative utilise le plus souvent les rubriques suivantes de la CIM–10 :

- les catégories Z08 et Z09 ;
- les catégories Z34, Z35, Z39 pour l'*antepartum*, le *postpartum*;
- les codes Z38.– et Z76.2 pour les nouveau-nés ;
- la catégorie Z48 pour les patients transférés après un traitement chirurgical — y compris une transplantation d'organe — ou « interventionnel » réalisé dans un autre établissement de santé ;
- Z71.3 pour les affections nutritionnelles ou métaboliques, Z71.4 et Z71.5 pour les addictions ;
- la catégorie Z94 pour les organes et tissus greffés ;
- les codes Z95.1 à Z95.8 pour les porteurs de pontage coronaire et de prothèse endoartérielle (*stent)*), de prothèse valvulaire cardiaque et « autres implants et greffes cardiaques et vasculaires ».

---

[26] Rappel : dans la mesure où l'hospitalisation est justifiée conformément à l'arrêté « prestations » et à l'instruction gradation.

[27] Circulaire DHOS/M2A/DGS/RI2 n° 2007-415 du 19 novembre 2007.

Les consignes d'emploi des codes de surveillance négative sont indiquées dans le point 2 (*Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM–10*) du chapitre V.

Les codes de la catégorie Z94 s'imposent en position de DP dans les situations de surveillance négative d'un patient transplanté, c'est-à-dire pour les séjours de surveillance après greffe d'organe ou de tissu au terme desquels il n'est pas diagnostiqué de complication. **[Règle S2]**

De même, les codes de la catégorie Z95 s'imposent en position de DP dans les situations de surveillance négative d'un patient porteur d'un implant ou d'une greffe cardiovasculaire compris dans la catégorie. **[Règle S3]**

Dans une situation de surveillance négative l'affection surveillée doit être enregistrée comme DR lorsqu'elle respecte sa définition.

> Exemple : bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH ; absence d'affection nouvelle ; DP : code Z de surveillance, DR : l'infection par le VIH (maladie chronique, présente lors du séjour, objet de la surveillance).

Si une affection sans rapport avec la maladie surveillée est découverte incidemment au cours du séjour, conformément à la définition du DP la situation est néanmoins de surveillance négative car l'affection découverte n'est pas « le problème de santé qui a motivé l'admission ». L'affection découverte est un diagnostic associé significatif (DAS).

> Exemple : hospitalisation pour surveillance après colectomie pour cancer ; « bilan » négatif ; découverte d'une diverticulose sigmoïdienne au cours de la coloscopie, ou de calculs biliaires ou de kystes rénaux lors de l'échographie abdominale. Le code du DP est Z08.0, le DR est le cancer colique (la situation est de *surveillance négative* à son égard) ; la diverticulose sigmoïdienne, les calculs biliaires ou les kystes rénaux sont un DAS.

1.3.2. Surveillance positive

Lorsqu'une affection nouvelle respectant la définition du DP est découverte, la surveillance est dite *positive*. Le DP est l'affection diagnostiquée. **[Règle SD1]**

> Exemples :
> – bilan de synthèse annuel de l'infection par le VIH ; découverte d'un sarcome de Kaposi ; DP : sarcome de Kaposi ;
> – bilan après vésiculoprostatectomie pour cancer ; découverte d'une métastase fémorale ; DP : métastase osseuse.

En effet, l'affection diagnostiquée est en général une complication de la maladie surveillée ou de son traitement, ou une récidive : **la situation de *surveillance positive* équivaut ainsi à celle de *diagnostic*** (se reporter au point 1.1.4).

On considère comme une situation de surveillance positive :

- la découverte d'une nouvelle localisation secondaire tumorale, y compris lorsqu'elle siège dans un organe préalablement connu comme métastatique (os, foie, poumon, etc.) ;

  > Exemple : bilan après vésiculoprostatectomie pour cancer ; métastase osseuse fémorale connue ; découverte d'une nouvelle métastase osseuse ; DP : la métastase découverte, qu'elle siège aussi sur le fémur ou sur un autre os.

- la découverte d'une sténose coronaire significative chez un patient déjà porteur d'une ou plusieurs sténoses coronaires traitées antérieurement ;
- la découverte d'une localisation viscérale nouvelle d'un lymphome connu.

On rappelle qu'en revanche, si une affection sans rapport avec la maladie surveillée est découverte au cours du séjour, conformément à la définition du DP la situation n'est pas de surveillance positive. Elle est de surveillance négative car l'affection découverte n'est pas « le problème de santé qui a motivé l'admission ». Dans ce cas, l'affection découverte est un diagnostic associé significatif (DAS).

1.3.3. Situations équivalentes

On assimile à la situation de **surveillance négative** les circonstances suivantes. Après accouchement dans un établissement de santé A, une mère et son nouveau-né sont transférés dans un établissement de santé B pour les soins du postpartum (soins standard, pas de complication, nouveau-né normal) ; en B : **[Règle S4]**

le DP du RUM de la mère est codé Z39.08 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision* ;

le DP du RUM du nouveau-né est codé Z76.2 *Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé*.

On assimile à la situation de **surveillance positive** les cas de séjours motivés par un antécédent de cancer, au cours desquels est découverte une récidive. La tumeur, récidivant est le DP **[Règle SD2]**. La notion de *récidive* est réservée aux cas de cancer :

- non métastatique d'emblée ;
- dont les séquences thérapeutiques constituant le traitement initial sont terminées ;
- considéré comme étant en rémission complète avant la découverte de la récidive[28].

Il résulte de la définition de la situation de surveillance que la modification, l'adaptation, pendant ou au terme du séjour, du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, antérieurement traitée ou en cours de traitement, ne transforme pas une situation de surveillance négative en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection comme DP. Les prescriptions (examens paracliniques, modification du traitement) conséquences des constatations ou investigations faites au cours d'un séjour pour surveillance font partie de la surveillance, à l'exception du cas particulier de la nécessité d'une rupture de la prise en charge globale avec changement thérapeutique chez les patients diabétiques (point 1.2.3 – 2° chapitre IV).

1.3.4. **Remarque à propos de la notion de « bilan »**

Le mot « bilan » est un faux ami aux sens multiples. Le langage médical courant l'emploie en effet dans des situations diverses. Par exemple :

- « bilan de céphalées » aboutissant au diagnostic de tumeur cérébrale (ou à toute autre étiologie) ou à l'absence de diagnostic : sens de « bilan diagnostique » renvoyant à la situation de *diagnostic* (1.1) ;
- « bilan de cirrhose » conduisant au diagnostic d'hépatocarcinome ou à l'absence de découverte nouvelle ; bilan d'un « alcoolotabagisme » ou d'antécédents familiaux de cancer : sens de « bilan de surveillance » renvoyant à la situation de surveillance (1.3).

---

[28] *Bulletin du cancer*, 2001, 88 (2).

En conséquence, **devant le mot *bilan*, il faut se garder d'en déduire par réflexe un codage « en Z » du DP**. La mention de ce mot dans la description d'un séjour hospitalier ne constitue jamais une aide au choix du DP et l'analyse doit toujours être faite en termes de situation clinique. Il faut déterminer quel était le but du « bilan ». Il est parfois diagnostique, et son codage alors **n'emploie pas un code Z** : situation de diagnostic (1.1). Il est souvent de surveillance : en cas de surveillance positive (situation 1.3.2) son codage **n'emploie pas un code Z**, il ne le fait qu'en cas de surveillance négative (situation 1.3.1). Un « bilan » peut être aussi prétendu « de dépistage » et l'on relira ce qui est dit de cette notion dans le point 1.1.3.

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

- dans les suites du diagnostic positif : c'est la situation de bilan initial d'extension d'un cancer, dite de *stadification* préthérapeutique, traitée dans le point 1.1.4 (4°) ;
- à distance du diagnostic positif et du bilan initial d'extension préthérapeutique : surveillance (habituellement programmée) au cours du traitement, à son terme ou ultérieurement en période de rémission ; il s'agit de la situation de surveillance décrite dans le point 1.3 ; les règles de choix du DP sont celles qui ont été énoncées.

  Exemples : surveillance d'un cancer du sein au cours ou au terme d'une chimiothérapie…
  - découverte d'une métastase osseuse ; situation de surveillance positive (1.3.2) : le DP est la métastase ;
  - pas d'affection nouvelle ; situation de surveillance négative (1.3.1) : DP : surveillance (ici code Z08.–) ; le cancer du sein est le DR.

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

- bilan initial de *stadification* préthérapeutique : situation équivalente à celle de diagnostic (1.3.1) ; quel que soit son résultat le DP est le cancer primitif (règle D9) ; il n'y a pas de DR ;
- autres bilans : situations de surveillance négative ou positive (1.3) ; le DP est un code Z (règle S1), une complication du cancer (telle une métastase) ou une complication de son traitement (règle SD1). Il n'est jamais le cancer primitif ; celui-ci est enregistré en position de DR lorsque la surveillance est négative puisque dans cette situation le DP est un code Z. Le cancer primitif n'est le DP qu'en cas de récidive (règle SD2).

Il n'appartient pas au médecin responsable de l'information médicale ni au codeur de trancher entre cancer et antécédent de cancer. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui dispense les soins.

1.4. MALADIES CHRONIQUES ET DE LONGUE DURÉE

Les trois situations cliniques de diagnostic, de traitement et de surveillance s'appliquent sans particularité aux maladies « au long cours » :

- au terme d'un séjour motivé par les premiers symptômes d'une maladie chronique ou de longue durée aboutissant à son diagnostic initial (1.1.1) ou lors des situations équivalentes (1.1.4) les règles relatives à la situation de diagnostic s'appliquent : le DP est la maladie diagnostiquée ;
- lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisé pour traitement, les règles relatives à la situation 1.2 s'appliquent : le DP est la maladie traitée ou un code Z ;
- lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique ou de longue durée connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisé pour surveillance, les règles relatives

aux situations 1.3 s'appliquent : le DP est un code Z de surveillance négative, ou la complication ou la récidive découverte.

NB : les prises en charge pour *mise en route* ou pour *adaptation* du traitement d'une maladie chronique ou de longue durée ne font pas exception aux règles. La *mise en route* du traitement renvoie à l'une des deux situations suivantes :

- situation de *diagnostic* (1.1.1) lorsque la mise en route accompagne le diagnostic initial (voir p. 117 : « Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même. ») ; la maladie diagnostiquée et dont le traitement est mis en route est le DP (il n'y a pas de DR) ;
- situation de traitement (1.2) lorsque la mise en route a lieu au cours d'un séjour particulier, postérieur à celui du diagnostic : traitement unique (le DP est alors la maladie, pas de DR) ou première administration d'un traitement répétitif (dans ce cas le DP est un code Z, le DR est la maladie traitée).

À propos de l'*adaptation* du traitement, on rappelle que la modification, l'adaptation, pendant ou au terme du séjour, du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, antérieurement traitée ou en cours de traitement, ne transforme pas une situation de surveillance négative en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection comme DP. Les prescriptions (examens paracliniques, modification du traitement) conséquences des constatations ou investigations faites au cours d'un séjour pour surveillance font partie de la surveillance.

On rappelle aussi que des évolutions telles que l'accroissement du volume ou l'extension par contiguïté d'une tumeur connue, l'augmentation de la dimension d'un anévrysme artériel ou du gradient d'un rétrécissement aortique, et toutes les évolutions naturelles comparables, n'autorisent pas à coder la maladie comme DP au terme des bilans : on doit se référer à la situation de surveillance.

Il résulte de ce qui vient d'être exposé qu'une maladie chronique ou de longue durée ne peut être le DP d'un séjour que dans les circonstances suivantes :

– diagnostic positif de la maladie (règle D1) ;

– poussée aigüe (règle D5)[29] ;

– bilan initial préthérapeutique de *stadification* (d'extension) du cancer (règle D9) ;

– chez les patients diabétiques, la nécessité d'une rupture dans la prise en charge globale avec changement de la stratégie thérapeutique et réévaluation de toute la prise en charge ;

– traitement unique (règles T–) ;

– récidive après rémission (règle SD2) ; – décès éventuellement[30].

[29] Si elle correspond à une réalité médicale et s'il n'existe pas de code propre à l'état aigu.

[30] Hors complication terminale ou autre problème de santé ayant motivé l'admission, conformément à la définition du DP, et ayant son code propre — infection, par exemple ; se reporter à la règle D7 —, et hors soins palliatifs (règle T11).

1.5. QUE FAIRE SI L'ANALYSE EN TERMES DE SITUATION CLINIQUE PROPOSE PLUS D'UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Le DP étant le problème de santé **qui a motivé l'admission**, une telle circonstance ne peut être que rare. Le DP, déterminé à la sortie de l'UM, est alors celui des problèmes qui a mobilisé l'essentiel des efforts de soins. **[Règle M1]**

Dans le cas où les deux problèmes auraient mobilisé des efforts d'importance comparable, c'est-à-dire dans le cas de prises en charge **équivalentes**, **et dans ce cas seulement**[31], le choix du DP parmi les *ex æquo* est laissé à l'établissement de santé. **[Règle M2]**

L'affection qui n'est pas retenue comme DP est un DAS.

EN CONCLUSION : le diagnostic principal du RUM dépend de la situation clinique. Les situations cliniques sont au nombre de trois :

- diagnostic ;
- traitement ;
- surveillance négative (la surveillance positive équivalant à la situation de diagnostic).

1.6. PRISE EN CHARGE PRÉVUE NON RÉALISÉE

Le DP défini comme le problème de santé qui a motivé l'admission ne connaît qu'une exception. Elle concerne les situations dans lesquelles, alors qu'un patient est admis pour une prise en charge prévue à l'avance, celle-ci s'avère impossible à réaliser, en général du fait d'une contre-indication.

La règle s'applique à des hospitalisations motivées par des prises en charge (médicales, chirurgicales ou interventionnelles) prévues à l'avance (si une utilisation du plateau technique est nécessaire, ses moyens ont été réservés antérieurement à l'hospitalisation). La production d'un RUM doit respecter les conditions exposées dans le point 1.5 du chapitre I.

Exemples :

- hospitalisation programmée pour chimiothérapie antitumorale ; le médecin prend connaissance de la numération formule sanguine (NFS) qui montre une leucopénie et une thrombopénie contre-indiquant la chimiothérapie, et explique au patient pourquoi celle-ci ne peut pas être administrée ; le patient retourne à son domicile. Aucun RUM n'est produit car la lecture d'une NFS et l'explication donnée ne justifient pas une hospitalisation (une consultation externe peut-être facturée).
- Panne de matériel ou non disponibilité plateau technique, aucun RUM n'est produit.

Dans le cas où la production d'un RUM est justifiée, il existe deux modalités de codage du diagnostic principal :

- l'affection cause de la contre-indication lorsqu'elle nécessite une prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

  Exemples :

  - hospitalisation programmée pour chimiothérapie antitumorale ; une fièvre est constatée à l'entrée et la chimiothérapie annulée ; l'hospitalisation permet le diagnostic et le traitement d'une pneumonie ; DP : la pneumonie.

---

[31] Dont la réalité doit être contrôlable dans e dossier du malade : le RUM doit être conforme au contenu du dossier médical du patient.

- hospitalisation programmée pour intervention chirurgicale ; une fièvre est constatée quelques heures après l'admission et l'intervention annulée ; une hospitalisation de 48 heures ne permet pas d'identifier la cause de la fièvre ; retour à domicile ; DP : la fièvre.

Un code de la catégorie Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués* est enregistré comme diagnostic associé.

- Le motif de non-réalisation ne justifie qu'une surveillance, sans qu'une affection ne soit mise en évidence ; cette circonstance ne peut être que rare car l'hospitalisation doit respecter les conditions exposées dans le point 1.5 du chapitre I ; DP : Z53.–

CHAPITRE VII

LES SÉANCES

VII. LES SÉANCES

1. DÉFINITION ET RÈGLES GÉNÉRALES DU RECUEIL D'INFORMATIONS

Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé — « venue pour séance » — limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ou à une nuit en cas de séance nocturne (date de sortie supérieure de 1 à la date d'entrée), impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : **épuration extrarénale, chimiothérapie** (pour tumeur ou pour affection non tumorale)**, radiothérapie** (préparation et irradiation)**, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine, injection de fer (pour carence martiale).** Seules les séances correspondant à ces critères peuvent donner lieu à la mention d'un chiffre supérieur à zéro au titre de l'*item* « nombre de séances » du résumé de sortie standardisé (RSS).

À une date calendaire donnée, il ne peut être réalisé qu'une séance et une seule. Si plusieurs actes sont réalisés au cours d'une séance, y compris au cours de venues successives, par exemple une le matin et une l'après-midi, ils sont enregistrés dans le RSS de la séance à la date de celle-ci. C'est en particulier le cas des traitements fractionnés dont il est question dans ce chapitre.

Il est laissé au choix des unités médicales :

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

On ne peut comptabiliser plusieurs séances dans un même RSS (« RSS-séances ») que si toutes ont été identiques, notamment en matière d'actes effectués.

Toutefois, les recommandations particulières faites pour la chimiothérapie depuis 2007[229] sont désormais valables pour toutes les séances : il est fortement recommandé aux établissements de santé de produire dans tous les cas un RSS par séance (RSS-séance) afin de se préparer à la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) à l'assurance maladie. Les dates d'entrée et de sortie mentionnées dans le RSS sont alors celles de la séance et le « nombre de séances » est égal à 1[230]**.**

Dans les établissements qui continuent transitoirement de produire des « RSS-séances » (RSS réunissant chacun plusieurs séances identiques), à l'exclusion de la préparation à la radiothérapie dont la particularité est traitée plus loin, la date d'entrée du RSS est celle de la première séance, la date de sortie celle de la dernière séance et l'*item* « nombre de séances » indique le nombre de séances **identiques** réalisées entre ces deux dates. La durée maximum couverte par un RSS-séances est dictée par l'obligation de transmission des fichiers de RSA à l'agence régionale de santé[231].

Lorsqu'un patient hospitalisé dans un établissement de santé pour une raison autre qu'un des motifs de séance cités ci-dessus doit subir, au cours de la même hospitalisation et dans le même établissement, une ou des séances, on distingue trois situations.

---

[229] Instruction de la DHOS du 25 janvier 2007. Rappel et précisions concernant la transmission du fichier FICHCOMP par les établissements ex-DG.

[230] Depuis le 1er mars 2012, le renseignement du « nombre de séances » est indispensable au classement du RSS dans un groupe homogène de malades (GHM) de séances.

[231] Se reporter au point 1 du chapitre III.

1°) Si le patient est hospitalisé en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), autrement dit si les unités d'hospitalisation et de réalisation de la séance appartiennent toutes deux au champ d'activité de MCO de l'établissement, il ne peut pas être produit de RSS-séance (et si un RSS-séances avait été créé préalablement à l'hospitalisation il doit être suspendu). Toutes les fois qu'elle est codable avec la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM), l'activité liée aux séances doit être enregistrée en tant qu'actes dans le RSS d'hospitalisation, la zone « nombre de séances » étant laissée vide ou égale à 0. Seule la préparation à l'irradiation fait exception à cette règle générale : voir *infra* le point 4.1.

2°) Si le patient est hospitalisé en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en psychiatrie ou en soins de longue durée dans le même établissement : l'unité de MCO qui réalise la séance produit un RSS-séance (ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi[232]).

3°) Si le patient est hospitalisé à domicile (HAD), que l'HAD soit une structure indépendante ou qu'elle appartienne au même établissement, l'unité de MCO qui réalise la séance produit un RSS-séance (ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi).

Pour des séances effectuées au bénéfice de patients hospitalisés dans un autre établissement, se reporter aux consignes concernant les prestations interétablissements (point 3 du chapitre I).

On ne doit pas confondre la séance telle quelle vient d'être définie, avec les *actes en séances*. Un jour donné il ne peut être réalisé qu'une séance au sens du PMSI (comme du point de vue de la gestion administrative des patients[233]). En revanche, au cours de celle-ci, plusieurs actes médicotechniques *en séances* peuvent éventuellement être effectués. Dans ce cas, le recueil voit l'enregistrement d'**une** séance au titre de l'*item* « nombre de séances », et le codage des différents actes réalisés.

2. L'HÉMODIALYSE ET L'ENTRAINEMENT À LA DIALYSE PÉRITONÉALE EN SÉANCES

La réalisation d'une séance d'hémodialyse ou d'entraînement à la dialyse péritonéale effectuée dans un établissement de santé soumis au recueil d'informations du PMSI en MCO donne lieu à la production d'un RSS-séance, qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO[234].

Le codage du diagnostic principal des séances d'hémodialyse utilise le code Z49.1 de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10). Celui du diagnostic principal des séances d'entraînement à la dialyse péritonéale emploie les extensions Z49.20 et Z49.21[235].

---

[232] Par « poursuite d'un RSS-séances » on désigne l'incrémentation de l'item « nombre de séances » du nombre de séances effectuées.

[233] Statistique annuelle des établissements : « Dans la même discipline, pour un même malade, on ne compte qu'une seule venue ou séance par jour et par type d'activité, même si le malade vient plusieurs fois le même jour ».

[234] Les consignes relatives aux séances ne concernent pas l'alternative à la dialyse en centre (se reporter au point 1.2.2 du chapitre I et au chapitre II).

[235] Codes étendus créés pour la version 10 (2006) de la classification des GHM.

3. LA CHIMIOTHÉRAPIE EN SÉANCES

La CIM–10 ne réserve pas la chimiothérapie au traitement des tumeurs. Le mot *chimiothérapie* y est présent dans son acception de « traitement par des moyens chimiques »[236].

Le schéma élémentaire de production d'informations concernant les séances de chimiothérapie est le suivant :

- un RSS est produit pour chaque séance ;
- à chaque RSS est attaché un numéro administratif de séjour ;
- ce même numéro administratif de séjour est reporté dans FICHCOMP[237] avec la consommation médicamenteuse associée.

La règle à respecter est dans tous les cas, celle de l'association d'un numéro administratif de séjour différent à chaque RSS.

3.1. LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR

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

Le codage du diagnostic principal des séances de chimiothérapie pour tumeur :

- utilise le code Z51.1 de la CIM–10 ;
- la tumeur traitée est enregistrée comme diagnostic relié (DR).

3.2. LA CHIMIOTHÉRAPIE POUR AFFECTION NON TUMORALE

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

Le codage du diagnostic principal des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale utilise le code Z51.2 de la CIM–10.

4. L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE

Les consignes qui suivent concernent l'activité de radiothérapie dispensée sur un mode ambulatoire dans un établissement de santé. Pour toutes les irradiations nécessitant une hospitalisation les règles de production du résumé d'unité médicale sont identiques à celles des autres séjours hospitaliers.

Les consignes développées ici concernent les traitements de radiothérapie au sens large, incluant l'irradiation externe (pour la part la plus importante) mais aussi la curiethérapie, lorsque celle-ci est réalisée en ambulatoire dans un établissement de santé.

---

[236] Voir dans le point 2 du chapitre V (*Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM–10*) ce qui concerne les codes Z08.2 et Z09.2, Z51.1 et Z51.2.

[237] À propos de FICHCOMP, se reporter au chapitre II.

4.1. LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION

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

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

Cas particuliers :

- les reprises de préparation sont à traiter de façon identique : le RSP doit résumer l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un patient donné ; dans les cas de reprise il comporte donc les actes de première préparation ainsi que ceux de la seconde (voire troisième) préparation[238], dans le respect des règles d'emploi de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;
- lorsqu'un ou des actes de préparation à l'irradiation sont effectués au cours d'une hospitalisation en MCO pour un autre motif :
  - l'hospitalisation donne lieu à la production d'un RSS selon les règles habituelles,
  - auquel s'ajoute un RSP qui enregistre les actes de préparation ; s'ils sont les premiers du plan de traitement, le RSP est ouvert à la date d'entrée de l'hospitalisation ; si un RSP avait été antérieurement ouvert, ce dernier est poursuivi ;
  - dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois, la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu au cours de la même hospitalisation, on ne réalise pas de résumé standardisé de préparation. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient reportés dans le RSS d'hospitalisation[239].

Ainsi, lorsque la préparation à l'irradiation se déroule au cours d'une hospitalisation, les actes réalisés pendant celle-ci alimentent le RSP — et non le RSS — de la même manière que s'ils avaient été réalisés en ambulatoire. Cette consigne est valable quel que soit le moment de survenue de l'hospitalisation :

- hospitalisation initiale au cours de laquelle est ouvert un RSP qui se poursuivra au-delà d'elle (parce que une ou des séances d'irradiation, éventuellement d'autres actes de préparation, auront lieu après cette hospitalisation) ;
- hospitalisation survenant alors qu'un RSP a été ouvert antérieurement à elle ;

En revanche, lorsque la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation, on ne produit pas de RSP mais un RSS dans lequel sont enregistrés les actes de préparation et d'irradiation.

---

[238] À propos de la prise en compte de ces reprises de préparation il est à noter que, lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui détermine le *groupe homogène de malades* (GHM) d'affectation. Par ailleurs, par construction du modèle de l'étude nationale des couts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tient compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations à l'irradiation comportent un temps de reprise.

[239] La mention de ces actes dans le RSS d'hospitalisation peut permettre d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler, par exemple, les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation.

En conclusion, la réalisation d'actes de préparation alimente toujours un RSP. Sauf lorsque la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation.

Production du résumé standardisé de préparation :

1) La date d'entrée est la date de première venue pour préparation.

2) La date de sortie est la date de la dernière séance d'irradiation.

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

3) Le diagnostic principal (DP) est codé Z51.00 *Séance de préparation à une irradiation*.

4) On reporte le code de la tumeur irradiée en position de diagnostic relié.

5) Par convention on renseigne l'*item* « nombre de séances » du RSS en y portant un chiffre égal (ou supérieur) à 1. L'effet de cette consigne est de rattacher les résumés standardisés de préparation à la catégorie majeure n° 28 des *séances* de la classification des GHM.

6) Les actes portés dans le RSP sont les actes de préparation à une irradiation, codés au moyen de la CCAM.

4.2. LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION

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

Il est admis :

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

Mais la première option est fortement recommandée aux établissements de santé afin de préparer la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) à l'assurance maladie.

Production d'un RSS-séance(s) d'irradiation

1) Cas recommandé — Un RSS est produit pour chaque séance :

- la date d'entrée est égale à la date de sortie et à la date de réalisation de la séance ;
- l'*item* « nombre de séances » est renseigné et égal à 1 ;
- le DP est codé Z51.01 *Séance d'irradiation* ;
- la tumeur traitée est enregistrée comme diagnostic relié (DR) ;
- on enregistre le type de dosimétrie (se reporter au point 1 du chapitre I) ;
- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé au cours de la séance.

2) Cas transitoire éventuel — Un RSS-séances réunit plusieurs séances:

- la date d'entrée est la date de la première séance ;
- la date de sortie est la date de la dernière séance comportant le même acte d'irradiation ;
- l'*item* « nombre de séances » est renseigné et supérieur à 1 ;
- le DP est codé Z51.01 ;
- la tumeur irradiée est enregistrée comme DR ;
- on enregistre le type de dosimétrie, identique lors de chacune des séances correspondant à ce RSS-séances ;
- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé, identique lors de chacune des séances correspondant à ce RSS-séances.

Un cas particulier est rencontré lorsque deux actes d'irradiation, voire davantage, sont réalisés dans la même journée[240]12. Deux circonstances doivent être envisagées :

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

Cette circonstance se rencontre notamment dans les cas suivants :

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

Dans ces cas on enregistre chacun des actes d'irradiation dans le RSS-séance(s).

2) Les actes ont été réalisés dans le cadre d'un traitement fractionné dispensé au cours de la même journée.

La notion de traitement fractionné (généralement bifractionné) est sans ambiguïté pour les spécialistes (et sans confusion possible avec une irradiation comportant, par exemple, deux passages-machine). Il n'appartient donc pas au médecin responsable de l'information médicale de décider de la qualification d'un traitement multiple dans la journée. Dans tous les cas, la déclaration du médecin radiothérapeute, prescripteur du traitement, doit être suivie. Quoi qu'il en soit, le cas le plus fréquent est alors celui d'un traitement bifractionné partagé entre le matin et l'après-midi du même jour.

Dans cette circonstance on enregistre deux actes d'irradiation dans le RSS-séance(s) pour un traitement bifractionné (trois pour un traitement trifractionné).

Il est souhaitable que les établissements de santé enregistrent, d'une part tous les types d'irradiation réalisés au cours d'une hospitalisation, d'autre part les préparations à l'irradiation entièrement réalisées au cours d'une hospitalisation. Pour être en mesure de faire évoluer la classification des GHM il importe de caractériser au mieux les hospitalisations.

---

[240] Le cas le plus fréquent est toutefois, de loin, celui de l'acte d'irradiation unique dans la journée : un seul acte d'irradiation est réalisé, au cours d'une venue unique dans l'unité de radiothérapie.

5. LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES

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

Le codage du diagnostic principal des séances de transfusion sanguine utilise le code Z51.30. On rappelle que l'indication « sans mention de diagnostic » contenue dans son intitulé, désormais entre parenthèses, est liée à l'esprit général du chapitre XXI de la CIM– 10[241] ; elle est sans conséquence pour le codage des séances de transfusion sanguine et n'empêche pas de coder la maladie motivant la transfusion comme diagnostic relié lorsque celle-ci en respecte sa définition.

6. L'OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE EN SÉANCES

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

Le codage du DP d'une séance d'oxygénothérapie hyperbare utilise le code Z51.80

Un cas particulier est rencontré lorsque deux actes d'oxygénothérapie hyperbare (voire davantage) sont réalisés dans la même journée, au cours de venues successives (par exemple une le matin et une l'après-midi). Cette circonstance correspond aux traitements délivrés de manière fractionnée. On enregistre autant d'actes dans le RSS-séance(s) qu'il en a été réalisé.

7. LES APHÉRÈSES SANGUINES EN SÉANCES

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

Le codage du DP des séances d'aphérèse sanguine utilise le code Z51.31.

---

[241]Voir dans le point 2 du chapitre V (*Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM–10*) ce qui concerne le code Z51.3.

INDEX ALPHABETIQUE

A

ABCÈS....86, 87
ACCIDENT DE VOITURE....118
ACCIDENT DU TRAVAIL....40
ACCIDENTS ISCHÉMIQUES TRANSITOIRES (AIT) 78
ACCOUCHEMENT....5, 12
ACTE
D'accouchement....23
Transfert pour ou après réalisation d'un acte....14
ACTE CHIMIOTHÉRAPIE....34
ACTE MÉDICAL
Autopsie d'un enfant né sans vie....22
Classant....19
Date de réalisation de l'acte....21
De confort....98
Effectués aux urgences....22
En séance....100
Nombre de réalisation....21
Non effectués....71
Non pris en charge par l'assurance maladie....98
Prélèvement d'organes....37
Réalisé à titre externe....6
Voie endoscopique....66
ACTE MÉDICOTECHNIQUE....32
ACTE RADIOTHÉRAPIE....34
ACTES....II, 18, 43, 46, 53, 103, 131
ACTES DE DIALYSE RÉNALE....34
ACTES DE RADIOTHÉRAPIE....26
ACTES EFFECTUÉS DANS DES ÉTABLISSEMENTS....88
ADDICTOLOGIE, UNITÉ MÉDICALE....3
ADMINISTRATION DE PRODUITS....19
Réserve hospitalière....19
ADMISSION
Réadmission le jour de sortie....7, 15
AGE GESTATIONNEL....23, 93
ALCOOLÉMIE....94
ALGOLOGIE....128
ALLERGOLOGIE,TEST....93
ANÉMIE....81, 82, 86, 100
ANÉMIE POSTHÉMORRAGIQUE....81
ANÉMIE POSTOPÉRATOIRE....81
ANÉVRISME CÉRÉBRAL....80
ANÉVRYSME ARTÉRIEL....125, 139
ANO-HOSP....40, 58
ANONYMAT....11, 25
ANTÉCÉDENT DE CANCER....82, 102
ANTÉCÉDENTS MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES
personnel....80
ANTEPARTUM....70, 96
APHASIE....78
APHÉRÈSE SANGUINE....100, 143
APNÉES DU SOMMEIL....124
ASCITE,ÉVACUATION....128
ASTÉRISQUE (CODE CIM-10)....65
ATHÉROSCLÉROSE....83
ATTENTE DE PLACEMENT....101
AUTODIALYSE....6
AUTORISATION D'UNITÉ MÉDICALE....26
AVORTEMENT....15, 86, 107, 108

B

B HORS NOMENCLATURE (BHN)....46
B2, NORMES....17
BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE [BMR]....116
BACTÉRIE, PORTEURS SAINS....96
BACTÉRIÉMIE....117
BAISSES DE LA PRESSION INTRAARTÉRIELLE104
BILAN....124
Après greffe....103
Cancer....126
Préopératoire....94
Préopératoire, préinterventionnel....94
BOTULIQUE,TOXINE....128
BRÛLURES....119

C

CAISSON....VOIR TRAITEMENTS OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE
CANCER....138
Bilan....138
Récidive....137
Stadification....126, 138, 139
CARENCE VITAMINIQUE....83
CCAM
Codage....21
CHAINAGE....45
CHAINAGE ANONYME
Principe....56
Procédure....57
CHAMBRE IMPLANTABLE....99
CHIMIOEMBOLISATION....132
CHIMIOTHÉRAPIE
Orale....48

Prophylactique 96
Séances 33
Unité ambulatoire 27
CHIRURGIE
De confort 130
Esthéthique 129
Plastique non esthétique 130
CHOC SEPTIQUE 117
CHUTES À RÉPÉTITION 83
CICATRICE..... 88
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES 21, 31, 63, 76
CLASSIFICATION TNM..... 126
COLONISATION BACTÉRIENNE 91, 116
COLOSTOMIE 98
COLOSTOMIE (CODAGE) 131
COMA 71, 78, 89, 90
COMPLICATION D'UN ACTE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE 84
COMPLICATIONS
Actes médicaux..... 84
Codage en T..... 84
COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX 85
CONDITION ÉCONOMIQUE, FAMILIALE, SOCIAUX, ÉCONOMIQUES, PSYCHOLOGIQUES,..... 101
CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS 59
CONFORT (ACTE, INTERVENTION DE..)..... 98
CONSERVATION DES FICHIERS ACTIVITÉS ET DE FACTURATION... 61
CONSERVATION DES INFORMATIONS
durée des fichiers de facturation 61
CONSERVATION DES INFORMATIONS 61
durée des fichiers d'activité 61
CONSULTATIONS EXTERNES . 6, 32, 37, 38, 43, 45, 50, 51
CONTINUITÉ INTESTINALE, RÉTABLISSEMENT98, 99, 103, 131
CONTRE-INDICATION 140
CONTRÔLE, SOINS DE 98
CONTRÔLES QUALITÉ INFORMATION 8
CONVERSION
Variable de conversion..... *17*
CRITÈRE PHÉNOTYPIQUES ...VOIR DÉNUTRITION
CYSTITE AIGÜE..... 88

D

DAGUE (CODE CIM-10)..... 65
DATE DE L'HOSPITALISATION 39
DATE DE NAISSANCE..... 11
DATE DE SORTIE 18
DATE D'ENTRÉE:..... 13
DATEXP (FICHIER)..... 42
DÉCÈS
Date de sortie..... 18
Mode de sortie 18
DÉCOMPENSATION
Maladie chronique..... 125
Respiratoire 106
DÉNUTRITION 109
DÉPENDANCE
Envers une machine..... 103
DÉPISTAGE 124
Surdité néonatale 95
DÉPISTAGE (CODE CIM-10) 95
DIABÈTE
Codage 89
DIAGNOSTIC ASSOCIÉ 66
Par convention 68
Significatif 66
DIAGNOSTIC PRINCIPAL
Information médicale 21
Maladie chronique..... 125
Morbidité principale..... 63
Multiple 140
Symptôme, syndrome..... 64
DIAGNOSTIC RELIÉ 64
DIALYSE RÉNALE
A domicile, en autodialyse 6
Code Z49 99
Confection d'une fistule 99
Entrainement à la dialyse péritonéale ...Voir Dialyse rénale: hémodialyse en séance
Hémodialyse en séance..... 144
Prestation interétablissement 33
Séances 6
DISPOSITIF MÉDICAL IMPLANTABLE..... 99
DON
Lactarium 46
Ovocytes 101
DOSIMÉTRIE..... 24
DOSSIER MÉDICAL 60
DOULEUR CHRONIQUE..... 89
Unité médicale..... 27
DRUIDES..... 25, 40, 42, 43, 45, 51, 52, 53, 58, 59

E

ÉCHEC INTERRUPTION DE GROSSESSE 107
EEG ..... VOIR ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME
EFFET NOCIF DE MÉDICAMENT 90
ELECTRODE DE STIMULATION CARDIAQUE, DÉPLACEMENT..... 85
ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME 123
ELECTROENCÉPHALOGRAMME DE LONGUE DURÉE 94
EMBOLIE CÉRÉBRALE 78
ENDOCARDITE SUR VALVE PROTHÉTIQUE 88
ENFANT NÉ SANS VIE 5
ENREGISTREMENT POLY(SOMNO)GRAPHIQUE
Codage 94
ENREGISTREMENT POLYSOMNOGRAPHIQUE 123
ENTRAINEMENT À LA DIALYSE PÉRITONÉALE 144
ENTRÉE

Date, mode 13
EPANCHEMENT PLEURAL,ÉVACUATION 128
E-PMSI ..... III, 10, 27, 40, 56, 59, 119
EPURATION EXTRARÉNALE 6
ESTHÉTIQUE, CHIRURGIE ESTHÉTIQUE.....3, 98, 130, 132
ÉTAT GRABATAIRE.....103
Consignes de codage 103
ETAT PERMANENT 64, 65, 130
EXTERNES (ACTE,CONSULTATIONS,SOIN) 6

F

FICHCOMP. 22, 33, 34, 38, 41, 42, 52, 53, 57, 58, 59, 73, 143, 145
FICHCOMP
fichier 41
FICHIER
d'information des unités médicales 26
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux 10
FICHSUP
Fichier 46
FICHSUP. 38
FIDES 40, 44, 143, 147
FINESS 2
FOIN 57
FORAIN 17
FORME D'ACTIVITÉ (SAE) 4

G

GÉNÉRATEUR DE RSA (GENRSA).....25
GRABATAIRE.....103
GRANDS BRULÉS 119
GREFFE 65
Complication 87
Rejet 85
Surveillance 102
GROSSESSE 23
Interruption 4
Normale, surveillance..... 96
GROUPAGE 9

H

HÉBERGEMENT,(DANS UNE UNITÉ MÉDICALE)...1
HÉMANGIOME 104
HÉMIPLÉGIE FLASQUE 78
HÉMODIALYSE .....VOIR DIALYSE RÉNALE
HÉMODIALYSE
Type unité 26
HÉMORRAGIE
(intra) Cérébrale, extradurale, intracrânienne, sous durale 78
HOSPITALISATION
A domicile..... 7, 13, 15, 18, 19
Alternative à 37
De courte durée 4
Temps partiel III
HOSP-PMSI 58
HYPOTENSION
Consignes de codage.....104

I

IMG .....VOIR INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE
INCOMPATIBILITÉS
Directives PMSI et CIM-10 76
INFARCTUS DU MYOCARDE
Consignes de codage.....105
INJECTION DE FER
Codage en DP.....Voir Traitement unique: médical
INSTRUCTION GRADATION *19*
INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE
Consignes de codage.....105
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
Consignes de codage.....106
INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
Consignes de codage.....106
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
Consignes de codage 106
Échec 107
Réhospitalisation 107
INTOXICATION (CODAGE).....71
IVG..... VOIR INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

M

MAGIC .....VOIR
MALADIE CHRONIQUE 125
Mise en route, adaptation traitement 139
MALADIES CHRONIQUES
Surveillance.....135
MALADIES PROFESSIONNELLES
Consignes de codage.....109
MALNUTRITION (DÉNUTRITION) 109
MATÉRIEL D'OSTÉOSYNTHÈSE
Ablation.....99
Infection.....86, 87
MÉDICAMENT
Complication 91
Effet indésirable 91
Effet nocif 90
Effet secondaire *120*
Intoxication 90
Intoxication accidentelle et volontaire 90
IVG *107*
Tentative de suicide *119*
MÉDICOSOCIAL

Mode d'entrée *14*
MÉDICOSOCIALE
Mode de sortie *19*
MODE D'ENTRÉE *13*
MODE DE SORTIE *18*
MODÉRÉE
Dénutrition ..... Voir Dénutrition
MONO-UNITÉ
Séjour *9*
MORBIDITÉ
Principale *63*
MORT-NÉ ..... VOIR ENFANT NÉ SANS VIE
MULTIRÉSISTANTE
Bactérie 116
BMR 116
MULTIUNITÉ
Numéro de RUM *12*
Séjour *7*
MUTATION
Mode de sortie (code) *18*
Mode d'entrée (Code) *13*
MYOPIE *130*

N

NOMBRE DE SÉANCES *19*
NORMES
B2 52
NOUVEAU-NÉ
Code postal 11
Date d'entrée 13
Facture 50
Lactarium 102
Mode d'entrée 14
Numéro de facture du séjour de la mère 51
Poids 22
Production d'un RUM 5
Sans vie 5
Supplémentation en vitamine 83
Unité médicale 12
NOUVEAU-NÉ
Sans vie 92
NUMÉRO
Administratif de séjour 10
FINESS 2, 10
GHS 26
Innovation 24
RSS 7
RUM 12
Unité médicale 12
NUMÉRO ANONYME
Creation 57

O

OEDÈME PULMONAIRE
Codage 114

P

PIA ..... VOIR PRESTATION INTER-ACTIVITÉ
POUSSÉE AIGÜE 125
PRÉCARITÉ
Codage 114
PRÉLÈVEMENT
Fichcomp *22*
Organe *5*
Tissu *49*
PRESTATION INTER-ACTIVITÉ 34
PRODUIT
Interruption de grossesse 5

Q

QUALITÉ DES INFORMATIONS 60
Chaine de responsabilité 60

R

RAAC 17
RÉADMISSION 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18
RÈGLE
D1 ..... 122, 126
D2 ..... 122, 138
D3 123
D4 124
D5 125
D6 125
D7 126
D8 126
D9 126
M1 140
M2 140
S1 135
S2 136
S3 136
S4 137
SD1 136
SD2 137
T1 127
T10 133
T11 133
T12 134
T13 134
T14 131
T15 131
T2 128
T3 129
T4 129
T5. 130
T6 ..... 130, 132

T7 130
T8....132
T9....132
RÉHOSPITALISATION LE MÊME JOUR
Sortie 7
RELIÉ
Diagnostic 64
RÉMISSION....137
RÉPARATRICE,CHIRURGIE PLASTIQUE 98
REPRISE RADIOTHÉRAPIE 146
RÉSIDENCE
Code postal 11
Détenu.... 11
Nouveau-né.... 11
RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES....115
RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS....115
RÉSULTAT ANORMAL D'EXAMEN 122
RÉSUMÉ
Parcours patient.... 29
Rsa 25
RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME
Conservation 61
Transmission 56
RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ....9
Confirmation du codage.... 12
Conservation 61
Groupé 9
Mono-unité, monoRUM 9
Multiunité,multiRUM 9
Numéro 11
RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE 1
Champ de production.... 4
Groupé 9
Version du format 30
RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION.43, 51
Anonyme 51
Transmission 51
RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION....146
RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ
INTESTINALE 98
RHINOPLASTIE....129
RSS-SÉANCES(S) 33

S

SCOLAIRE (SITUATION, CONDITION) 101
SÉANCES.... III, 4, 6, 10, 26, 32, 33, 34, 40, 100, 127, 128, 133, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149
SECRET PROFESSIONNEL....59
SÉDATION....69
SEIN (PROTHÈSE) 98
SÉJOUR
Mono-unité, monoRUM 9
Multinité, multiRUM 9
SEPSIS....116, 117
SÉQUELLES
D'accident vasculaire cérébral 78
SÉROPOSITIVITÉ AU VIH 96
SIDA....133
SITUATION CLINIQUE....135
Diagnostic 124
Surveillance 135
Surveillance négative 135
Surveillance positive 136
Traitement 132
Traitement répétitif 127
Traitement unique 129
SITUATION ÉCONOMIQUE, FAMILIALE, SOCIALE
....101
SOINS INTENSIFS 105
SOINS PALLIATIFS....133
Codage en DP .... Voir Traitement unique: médical
Lits identifiés dédiés 12
SORTIE
Avis médical 101
Date 40
Mode 18
Réadmission.... 7, 9, 10, 13, 15, 18
STADIFICATION D'UN CANCER 126
STIMULATEUR CARDIAQUE 99, 103, 131
STOMIES....102, 130
SUICIDE OU TENTATIVE DE 71
SURVEILLANCE....135
Après greffe 136
Cancer....138
Continue 24
Des maladies chroniques 135
D'une grossesse 70
Négative.... Voir Surveillance négative
Postopératoire ou après traitement 135
SUSPICION DE MALADIES, NON CONFIRMÉES ..93
SYMPTÔMES 65, 78, 104, 123, 138
SYNDROME INFLAMMATOIRE....110, 111, 123
SYNDROMES DES ARTÈRES CÉRÉBRALES 79
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL....99, 131

T

TENSION ARTÉRIELLE....104
TENTATIVE DE SUICIDE
Codage....71
TENTATIVES DE SUICIDE....119
TESTS ALLERGOLOGIQUES....124
THROMBOSE....78, 86, 87, 88
TISSUS, PRÉLÈVEMENT 5, 18, 41, 101, 135
TNM 126
TOXINE BOTULIQUE 128
TRACHÉOSTOMIE....98, 102
TRAITEMENT
Adaptation 134
Situation clinique 132
TRAITEMENT UNIQUE
Accouchement normal....134
Chirurgical 129
Diabète 134
En deux temps 131

IVG 134
Maladie chronique 133
Médical 132
TRAITEMENTS
Chimiothérapie 100
Fractionnés 143
Mise en route du traitement 133
Oxygénothérapie hyperbare 149
Partagé 132
Radiothérapie 145
Répétitif 127, 128, 129, 131, 132, 139
TRANSFERT 13
Définitif 14
Réalisation d'un acte 14
Réalisation d'un acte,provisoire 14
TRANSFUSION SANGUINE. 100, 101, 127, 128, 133, 143, 149
TRANSMISSION DES INFORMATIONS. 10
TRAVAIL, ACCIDENT DU 40
TYPE D'AUTORISATION 12, 25
TYPE DE DOSIMÉTRIE 24
TYPE DE MACHINE EN RADIOTHÉRAPIE 24
TYPE UNITÉS MÉDICALES
Classification UM 26

U

UHCD 4
UNITÉ MÉDICALE
Fichier d'information 26
URGENCES
Actes réalisés aux urgences 67
Diagnostiqués ou diagnostic associé effectué aux - 68

V

VALIDATION DE LA PRESCRIPTION 41
VERSION DU FORMAT DU RUM 10
VIDHOSP 40, 44
VID-HOSP 32
VIH ..... VOIR VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE
VIOLENCES ROUTIÈRE
Codage 120
VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE 96
VITAMINE CARENCE 83