

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

Annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003
modifié par l'arrêté du 28 février 2006

Les observations sur ce guide peuvent être formulées auprès de :

– pour la Direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS) :

Dr Joëlle Dubois

– pour l'agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH) :

Dr Jean-François Noury

En les adressant à la boîte aux lettres : guiderss@atih.sante.fr

Le présent guide constitue l'annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par l'arrêté du 28 février 2006). Il annule et remplace la version précédente du guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique (fascicule spécial n° 2004/2 bis du *Bulletin officiel*).

Des informations complémentaires sont disponibles :

- dans le manuel des groupes homogènes de malades publié au *Bulletin officiel* ;
- dans le guide de lecture et d'utilisation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) publié au *Bulletin officiel* ;
- dans le volume 2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) ; OMS éd. ;
- et sur le site internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation : www.atih.sante.fr

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

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE 1

1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR.....	1
1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS	1
1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION DE MCO	2
1.3 SÉJOURS EXCLUS DU CHAMP DU PMSI EN MCO.....	4
1.4 DISTINCTION ENTRE SOINS EXTERNES ET HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL	4
1.5 CAS PARTICULIERS	5
2. CONTENU DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR.....	6
2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE.....	6
2.1.1 Informations relatives à l'identification du malade	6
2.1.2 Autres informations dites administratives.....	7
2.1.3 Informations de nature médicale.....	11
2.2 LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ	13
2.3 LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME.....	13
2.4 FORMATS DES RÉSUMÉS	14
2.5 QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS.....	14
3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS.....	15
3.1 DÉFINITION	15
3.2 OBJECTIF DU DISPOSITIF	15
3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF	15
3.3.1 L'établissement demandeur [A]	15
3.3.2 L'établissement prestataire [B].....	16

II. PRODUCTION DES RÉSUMÉS STANDARDISÉS DE FACTURATION 17

1. MESURES TRANSITOIRES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX ALINÉAS A, B ET C DE L'ARTICLE L162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	17
---	-----------

2. DESCRIPTION SUCCINCTE DU RSF	17
--	-----------

III. CHAÎNAGE, TRANSMISSION, ET CONSERVATION DES FICHIERS 19

1. PRINCIPES DU CHAÎNAGE ANONYME.....	19
1.1 LE NUMÉRO ANONYME DU MALADE.....	20
1.2 LIAISON ENTRE LE NUMÉRO ANONYME ET LES DONNÉES MÉDICALES ET DE FACTURATION	20
2. DONNÉES ET FICHIERS PRODUITS POUR LE CHAÎNAGE.....	21
2.1 DANS LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX ALINÉAS A, B ET C DE L'ARTICLE L162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	21
2.2 DANS LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX ALINÉAS D ET E DE L'ARTICLE L162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	22
2.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS PAR LA PLATEFORME é-PMSI	22

3.	CONFIDENTIALITÉ.....	22
4.	CONSERVATION DES FICHIERS	23

IV. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR..... 24

1.	RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10.....	24
2.	LA MORBIDITÉ PRINCIPALE.....	25
2.1	DÉFINITIONS	25
2.1.1	Le diagnostic principal.....	25
2.1.2	Le diagnostic relié.....	26
2.2	GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES.....	27
2.2.1	Cas d'un malade hospitalisé pour diagnostic.....	27
2.2.2	Cas d'un malade hospitalisé pour traitement	29
2.2.3	Cas d'un malade hospitalisé pour surveillance	33
2.2.4	La notion de « bilan »	35
2.2.5	Maladies chroniques et de longue durée	36
2.2.6	Malades présentant plusieurs problèmes de lourdeur comparable.....	38
2.2.7	La cohérence entre DP et acte n'est pas un principe de hiérarchisation des diagnostics	38
3.	LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS.....	40
4.	LES ACTES.....	42

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^{ÈME} RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES..... 44

1.	LES SÉQUELLES	44
2.	LES COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX.....	45
2.1	LES CODES T80-T88.....	46
2.2	LES CATÉGORIES « ATTEINTES [TROUBLES] [AFFECTIONS] DE L'APPAREIL... APRÈS UN ACTE À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, NON CLASSÉES AILLEURS ».....	47
2.3	LES CODES « HABITUELS » DE LA CIM.....	48
2.4	CONCLUSION À PROPOS DU CODAGE DES COMPLICATIONS D'ACTES.....	48
3.	LES EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS.....	49
3.1	LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES ET VOLONTAIRES	49
3.2	LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS	50
4.	LES ANTÉCÉDENTS	51
5.	LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	52
5.1	LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE	52
5.1.1	Codage des IVG.....	52
5.1.2	Codage des IMG	52
5.2	LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE	53
5.3	LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	53
5.4	LA VIOLENCE ROUTIÈRE	53
5.4.1	La nature des lésions traumatiques	53
5.4.2	Les circonstances des lésions.....	53
5.4.3	Facteurs favorisant au moment de l'accident	54
6.	EMPLOI DES CATÉGORIES O80-O84 DU CHAPITRE XV DE LA CIM	54
7.	EMPLOI DES CATÉGORIES P00 À P04 DU CHAPITRE XVI DE LA CIM	54

8.	EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM (CODES Z).....	55
VI.	LES SÉANCES.....	64
1.	DÉFINITION	64
2.	SÉANCES DE DIALYSE RÉNALE	65
3.	SÉANCES DE CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR.....	65
4.	L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE	66
4.1	LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION.....	66
4.2	LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION	67
5.	LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES.....	69
6.	L'OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE	69
	 INDEX ALPHABÉTIQUE	 71
	 INDEX DES GROUPES, CATÉGORIES ET SOUS-CATÉGORIES DE LA CIM-10 CITÉS	 75

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

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

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

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

L'anonymisation du RSS a pour résultat la production d'un **résumé de sortie anonyme** (RSA) qui est transmis, en même temps que le fichier de chaînage anonyme et les fichiers de facturation³, à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dont dépend l'établissement.

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

1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR

1.1 STRUCTURES ET TYPES D'HOSPITALISATION CONCERNÉS

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

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

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

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

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

De plus, les établissements disposant d'une autorisation d'activité ou d'une reconnaissance contractuelle pour une ou plusieurs des activités suivantes :

- réanimation
- soins intensifs
- surveillance continue
- néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)
- néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)
- néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)
- zone de surveillance de [très] courte durée⁴
- soins palliatifs
- anesthésie ou chirurgie ambulatoire
- hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit
- réanimation pédiatrique
- surveillance continue pédiatrique
- clinique ouverte
- centre d'hémodialyse
- centre d'hémodialyse pour enfant
- unité d'hémodialyse médicalisée

doivent identifier dans le découpage la ou les unités médicales concernées. Cette obligation étant liée au modèle de financement, son respect fera l'objet de vérifications dans le cadre des procédures de contrôle des données prévues par les articles L162-22-17 et L162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Cette identification doit être effective dès le 1^{er} mars 2006 pour tous les établissements, y compris lorsqu'ils sont en attente d'autorisation ou de reconnaissance pour certaines activités.

1.2 ADMISSION DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION DE MCO

1.2.1 L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO⁵ est le facteur déclenchant de la production d'un résumé de séjour. Tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une entrée – d'une admission – dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO entraîne la production d'un résumé d'unité médicale (RUM), établi à la fin du séjour dans l'unité. Il en est ainsi en particulier dans les situations suivantes.

⁴ Synonyme : unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

⁵ Article R1112-11 du code de la santé publique.

1) Les prises en charge dans une **zone de surveillance de [très] courte durée** (ZS[T]CD)⁴, qui donnent lieu à une admission conformément aux règles de distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel (voir *infra*. 1.4), font l'objet d'un RUM.

2) Le **décès** donne toujours lieu à la production d'un RUM ; dans son cas une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du malade et son décès.

3) **L'interruption de grossesse**, y compris l'interruption de grossesse médicamenteuse, doit faire l'objet d'un RUM⁶ :

- dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) : cette obligation doit être respectée en dépit des modalités particulières de financement de cette activité et bien qu'elle fasse partie des données à traiter par le module logiciel FICHSUP (fichier informatique supplémentaire d'informations transmis à la tutelle avec les RSA). Dans ces établissements, il convient de rappeler que les financements liés aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont des forfaits « tout compris ». Il en est ainsi notamment des IVG médicamenteuses, pour lesquelles le forfait inclut la totalité de la prise en charge, depuis la consultation initiale comportant la prise de médicament abortif, jusqu'à la consultation de contrôle, en passant par la prise en charge en hospitalisation pour surveillance médicale de l'expulsion. Un RUM **unique** doit être réalisé pour ces différentes étapes de l'IVG médicamenteuse ;
- dans les établissements mentionnés au *d* de l'article L162-22-6 du CSS : par assimilation, et bien que les modalités de financement de ces prises en charge soient différentes, un RUM **unique** doit également être produit pour l'ensemble de ces étapes

1.2.2 Aux séjours ainsi définis s'ajoutent :

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

Le numéro d'unité médicale à mentionner dans leur RUM est celui de l'unité d'hospitalisation : obstétrique (maternité) ou néonatalogie. Lorsqu'ils sont nés dans l'établissement, leur date d'entrée est celle de leur date de naissance et leur mode d'entrée est codé 8 (voir 2.1.2).

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

NB : la salle de naissance (salle de travail) n'est pas une unité médicale d'hospitalisation, elle est considérée comme une structure médicotechnique. Par conséquent, en cas de transfert

⁶ Pour le codage des interruptions de grossesse, voir le chapitre V, 5.1.

immédiat du nouveau-né après accouchement, le seul passage en salle de naissance (salle de travail) ne donne pas lieu à la production d'un résumé pour le nouveau-né.

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

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

- hospitalisation complète et de semaine : respectivement types d'activité (TA) 03 et 20 ;
- hospitalisation à temps partiel de jour (TA 04) et de nuit (TA 05) ;
- anesthésie ou chirurgie ambulatoires (TA 23) ;
- séances (TA 19)⁷.

1.3 SÉJOURS EXCLUS DU CHAMP DU PMSI EN MCO

À l'exception de celles citées au point 1.2.2, les activités n'ayant pas fait l'objet de l'enregistrement administratif d'une entrée – d'une admission – dans une unité médicale d'hospitalisation en MCO, ne donnent pas lieu à la production d'un RUM. C'est le cas de l'hospitalisation à domicile (HAD)⁸, des consultations externes et des actes réalisés à titre externe.

1.4 DISTINCTION ENTRE SOINS EXTERNES ET HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

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

Si le plus souvent, cette confusion n'a pas lieu d'être (simple consultation *versus* chirurgie ambulatoire), il est des cas pour lesquels la distinction est moins évidente, notamment pour des prises en charge de durée prolongée.

Ce sujet identifié sous le terme de « frontière » entre prise en charge externe et hospitalisation de moins d'une journée doit être bordé à l'occasion du nouvel arrêté à paraître, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO (arrêté « prestations »).

Dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité, il est en effet exclu qu'un établissement puisse prétendre à un financement d'hospitalisation pour des prestations réalisables en soins externes.

Outre le cadrage apporté par l'arrêté, des précisions seront fournies aux établissements par voie de circulaire, afin d'illustrer concrètement les cas qui ne doivent pas donner lieu à production d'un RUM (et par suite, à financement d'un GHS). Cette circulaire a donc

⁷ Le recueil des séances dans le cadre du PMSI est traité dans le chapitre VI.

⁸ Elle connaît un recueil d'informations, une classification médicoéconomique et une échelle tarifaire qui lui sont propres. Ils sont présentés sur le site internet de l'ATIH : www.atih.sante.fr.

vocation à répondre aux souhaits des établissements eux-mêmes, demandeurs de références sur le sujet.

Tous les cas de figure ne pouvant cependant être traités, le principe général devra dans tous les cas guider les établissements lors de la production d'information. Ce principe général, est reproduit ci-dessous :

« Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé⁹.

Le cas "habituel" fait référence à la pratique communément admise par les professionnels de santé comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient.

Ce principe doit toutefois être nuancé au regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée "en externe" peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée.

Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité "externe", et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP. »

1.5 CAS PARTICULIERS

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

Dans le cas des enfants mort-nés, les règles sont les suivantes :

- il ne faut pas produire de RUM de nouveau-né pour un enfant mort-né, quel que soit le terme ;
- il faut décrire le résultat de l'accouchement dans le résumé de la mère en utilisant les codes appropriés de la catégorie Z37 de la CIM (*résultat de l'accouchement*), en position de diagnostic associé significatif¹⁰.

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

⁹ Par commodité de langage, on qualifiera ces prises en charge d'activité « externe » dans la suite du texte.

¹⁰ Voir le chapitre IV, point 3 *Les diagnostics associés* et le chapitre V, point 8 *Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM (codes Z)*.

Par ailleurs, les obligations de déclaration à l'état civil et d'établissement d'acte d'enfant sans vie, indépendantes de la consigne ci-dessus, sont régies par une circulaire¹¹.

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

2. CONTENU DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR¹²

2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

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

2.1.1 Informations relatives à l'identification du malade

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

Couramment dit **numéro de RSS**¹³, c'est une chaîne de caractères alphanumériques. Il est attribué sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale. Il peut être le numéro de séjour administratif ; sinon, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre ce numéro et le numéro de RSS¹⁴.

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

- au sein d'un même fichier de RSS, les résumés de deux malades distincts doivent comporter des numéros de RSS distincts ;
- dans le cas d'un séjour multiunité, les différents RUM constitutifs du RSS doivent comporter le même numéro de RSS ;
- en revanche, les RUM d'un même malade correspondant à des séjours distincts doivent comporter des numéros de RSS distincts (en effet, il ne faut pas confondre le numéro de séjour et l'identifiant permanent du malade).

- ☐ Sexe : 1 masculin, 2 féminin

- ☐ Date de naissance : jour, mois, année

- ☐ Code postal du lieu de résidence

Si le code postal précis est inconnu : le numéro du département suivi de 999

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

¹² Référence : arrêté du 31 décembre 2003 (*JO* du 11 février 2004) modifié par l'arrêté du 28 février 2006 (*JO* du 14 mars) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique 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.

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

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

Pour les malades résidant hors de France : 99 suivi du code INSEE du pays¹⁵

Si le département ou le pays de résidence est inconnu : 99999

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux dispositions légales¹⁶, les informations concernant l'identification sont limitées à l'année de naissance, au sexe et au numéro d'hospitalisation.

2.1.2 Autres informations dites administratives

☐ Numéro dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) ; il s'agit :

- du numéro Finess de l'entité juridique pour les établissements visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- du numéro Finess de l'établissement pour les établissements visés aux alinéas *c* et *d* du même article.

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

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

Exemple : faute de place dans une unité A, un malade 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.

☐ Type d'autorisation de l'unité médicale

Lorsque le RUM concerne un séjour qui s'est déroulé dans une unité dont l'identification est obligatoire (voir *supra* 1.1), les codes employés sont :

Réanimation	01
Soins intensifs	02
Surveillance continue	03
Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)	04
Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)	05
Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)	06
Zone de surveillance de très courte durée ¹⁷	07
Soins palliatifs	08
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	11
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	12
Réanimation pédiatrique	13
Surveillance continue pédiatrique	14

¹⁵ Ces codes sont disponibles sur le site internet de l'ATIH : www.atih.sante.fr

¹⁶ Articles R1112-28 et R1112-38 du code de la santé publique.

¹⁷ Synonyme : unité d'hospitalisation de courte durée.

Clinique ouverte	15
Centre d'hémodialyse	21
Centre d'hémodialyse pour enfant	22
Unité d'hémodialyse médicalisée	23

☐ Type d'autorisation de lit identifié

Cette variable ne concerne actuellement que les soins palliatifs. Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement qui possède une reconnaissance d'activité de soins palliatifs, développe cette activité non pas au sein d'une unité médicale identifiable entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une (ou plusieurs) unité(s) médicale(s) développant par ailleurs une autre type d'activité 18.

Le code à porter dans ce cas est le code "08".

Les variables « Type d'autorisation de l'unité médicale » et « Type d'autorisation de lit identifié » doivent être renseignées dès le 1^{er} mars 2006 pour tous les établissements, y compris lorsqu'ils sont en attente d'autorisation ou de reconnaissance pour certaines activités.

S'agissant des établissements auparavant sous dotation globale : à compter de la date d'autorisation (ou de reconnaissance) qui devra être renseignée dans le module logiciel *générateur de résumés de sortie anonymes* (Genrsa), le non remplissage de ces variables entraînera l'absence de calcul des éventuels éléments de facturation (suppléments journaliers par exemple) lors de la mise en œuvre de Genrsa.

S'agissant des établissements auparavant sous objectif quantifié national : la cohérence entre le nombre de journées donnant lieu à suppléments, produit par la *fonction groupage*¹⁹ (au moment de la mise en œuvre du module logiciel AGRAF²⁰), et le nombre de suppléments facturés (portés sur le *résumé standardisé de facturation*) sera observée. Toute incohérence entre ces deux éléments sera particulièrement étudiée à l'occasion des contrôles d'activité des établissements

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

☐ Mode d'entrée dans l'unité

6 *Mutation*

Le malade vient d'une autre unité médicale :

- de la même entité juridique pour les établissements publics et privés visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- du même établissement pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* du même article.

7 *Transfert normal*

Pour une hospitalisation à part entière – à distinguer de l'entrée pour prestation demandée par un autre établissement, à coder 0 –, le malade vient :

¹⁸ Pour information, les équipes mobiles de soins palliatifs sont financées via les mesures d'intérêt général (MIG).

¹⁹ Pour des informations sur la *fonction groupage*, se reporter à la présentation générale du manuel des groupes homogènes de malades.

²⁰ Atelier de génération des RSA associés aux factures.

- d'une autre entité juridique pour les établissements publics et privés visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du CSS ;
- d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* du même article.

8 *Domicile*

Le malade vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale²¹. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique. Le code 8 du mode d'entrée est aussi celui enregistré dans le RUM ouvert à la naissance d'un nouveau-né.

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

Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements*

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

- en cas d'entrée par transfert ou mutation :

- 1 En provenance d'une unité de soins de courte durée (MCO)
- 2 En provenance d'une unité de soins de suite ou de réadaptation
- 3 En provenance d'une unité de soins de longue durée
- 4 En provenance d'une unité de psychiatrie

- en cas d'entrée à partir du domicile :

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

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 malade, ce code n'est à utiliser que :

- lorsque le malade s'est spontanément présenté dans cette structure ;
- lorsqu'il y a été adressé par un médecin extérieur à l'établissement ;
- lorsque l'adressage a été le fait d'un SMUR ou d'un centre 15²².

Le point essentiel conditionnant l'emploi du code 5 de provenance est l'utilisation non systématique de la structure d'accueil des urgences, fondée sur le problème du malade, réel ou ressenti. Le malade 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 ou par un médecin intervenu préalablement, justifie cette prise en charge.

Dans ces conditions, le code de provenance 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 d'une unité rattachée aux urgences et quelle que soit sa dénomination courante locale²³.

6 Bénéficie d'une hospitalisation à domicile

²¹ Par exemple : établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), logement-foyer pour personnes âgées, maison de retraite, section de cure médicale, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

²² Y compris si le siège du SMUR ou celui du centre 15 est situé dans le même établissement que la structure d'accueil des urgences.

²³ Zone de surveillance [de soins] de [très] courte durée (ZS[T]CD), unité d'hospitalisation de [très] courte durée (UH[T]CD), lits de porte, etc.

7 En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale²⁴

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

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

☐ Mode de sortie de l'unité

6 *Mutation*

Le malade sort vers une autre unité médicale :

- de la même entité juridique pour les établissements publics et privés visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du CSS ;
- du même établissement pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* du même article.

7 *Transfert normal*

Hospitalisé à part entière, le malade sort pour une hospitalisation à part entière – à distinguer de la sortie après prestation réalisée pour le compte d'un autre établissement, à coder 0 –, dans :

- une autre entité juridique pour les établissements publics et privés visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du CSS ;
- une autre entité juridique ou un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* du même article.

8 *Domicile*

Le malade retourne à son domicile ou à son substitut : voir le mode d'entrée *domicile*

9 *Décès*

Le malade est décédé dans l'unité médicale

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

Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements*

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

- en cas de sortie par transfert ou mutation :

- 1 Vers une unité de soins de courte durée (MCO)
- 2 Vers une unité de soins de suite ou de réadaptation
- 3 Vers une unité de soins de longue durée
- 4 Vers une unité de psychiatrie

- en cas de mode de sortie vers le domicile :

- 6 Avec hospitalisation à domicile
- 7 Vers une structure d'hébergement médicosociale

²⁴ Voir la note 21.

Une absence provisoire du malade dite **permission** n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le RUM. Dans ce 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 heures²⁵.

☐ Nombre de séances : se reporter au chapitre VI

2.1.3 Informations de nature médicale

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

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

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

Les consignes de codage sont données dans les chapitres IV et surtout V (*Consignes de codage avec la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies*) de ce guide.

☐ Données associées documentaires, s'il y a lieu²⁶

☐ Actes médicaux réalisés au cours du séjour

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

Le codage d'un acte avec la CCAM associe obligatoirement :

- son code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- la phase (presque toujours « 0 », seul un petit nombre d'actes connaissant une réalisation en phases distinctes) ;
- l'activité : toujours codée « 1 » au minimum ;
- Le nombre d'exécutions de l'acte pendant le séjour.

Le renseignement des autres informations (date de réalisation, extension documentaire, modificateurs, remboursement exceptionnel, association non prévue) est facultatif. L'ensemble des informations obligatoires et facultatives enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du RUM²⁷.

Les règles d'utilisation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) sont précisées dans un guide propre à cette nomenclature, publié avec elle au *Bulletin officiel*²⁸.

²⁵ Article R1112-56 du code de la santé publique.

²⁶ Voir le chapitre IV, point 3 *Les diagnostics associés*.

²⁷ Si la variable « date de réalisation » est renseignée, la variable « nombre d'exécutions de l'acte » doit être égale à 1 (à l'exception des cas où le même acte serait 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 », une par jour de réalisation de l'acte. Toutefois, outre le caractère facultatif de l'information « date de réalisation », on notera que le nombre de zones d'acte du format 011 du RUM est limité à 99.

²⁸ Le guide de lecture et de codage de la CCAM est également téléchargeable sur le site internet de l'ATIH : www.atih.sante.fr.

La saisie des codes d'activité est obligatoire dans le RUM. En effet, 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.

Le nombre de réalisations de chaque acte pendant le séjour dans l'unité médicale doit être saisi dans le RUM. Cette information peut en effet être utilisée dans le cadre des procédures de financement de l'activité qui tiennent compte, pour certains actes (notamment ceux dits *de suppléance vitale*), de leur répétition²⁹.

Lorsqu'un malade est hospitalisé dans une unité médicale de MCO à l'issue d'une prise en charge sans hébergement par la structure d'accueil des urgences du même établissement, les actes effectués dans cette structure sont portés dans le RUM de l'unité médicale où est hospitalisé le malade après sa prise en charge par les urgences.

Lorsqu'un malade a été momentanément transféré d'un établissement demandeur [A] vers un établissement prestataire [B] pour la réalisation d'un acte facturé à [A] par [B]³⁰, alors [A] est autorisé à coder l'acte dans le RUM du séjour et il doit le faire s'il s'agit d'un acte dont la saisie est obligatoire³¹.

Les actes à recueillir sont au minimum les actes classants au regard de la classification des GHM, y compris les gestes complémentaires d'anesthésie, et les actes utilisés comme critères pour le financement de certaines activités. Mais il est fortement recommandé de ne pas limiter le recueil aux actes dont la saisie est obligatoire³¹ et de l'étendre à tous ceux codables avec la CCAM et traduisant une mobilisation significative de ressources³². Cette recommandation est renforcée, pour les RUM des séjours de moins de deux jours (sortie le jour même ou le lendemain de l'entrée), par les dispositions de l'arrêté cité au point 1.4³³.

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

Poids en grammes à l'entrée dans l'unité médicale des enfants âgés de moins de 29 jours. Le recueil de cette information est nécessaire au classement des séjours des nouveau-nés quand ils sont orientés dans la catégorie majeure de diagnostic n° 15 de la classification des GHM (se reporter à son manuel).

☐ Indice de gravité simplifié (IGS II) : sa mention ne concerne que les malades hospitalisés dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue³⁴.

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

²⁹ Elle peut par ailleurs être mise à profit pour une utilisation interne aux établissements et pour servir des objectifs de santé publique.

³⁰ Voir le point 3 de ce chapitre : *Prestations interétablissements*.

³¹ Voir le chapitre IV, point 4 *Les actes*.

³² Les actes non discriminants, du fait de leur nature (radiologie conventionnelle...) ou parce qu'ils sont réalisés de manière courante au cours de la majorité des séjours (électrocardiogramme...) ne sont pas concernés.

³³ Arrêté pris en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

³⁴ Des consignes pratiques de recueil sont disponibles sur le site internet de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) : www.sfar.org

Toutes les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier du malade. Cette consigne, présente dans l'arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par l'arrêté du 28 février 2006), fait notamment référence à la tenue des contrôles des données prévus par les articles L162-22-17 et L162-22-18 du code de la sécurité sociale.

La saisie de ces informations et la constitution des fichiers qui les contiennent doivent être effectuées dans le strict respect des formats informatiques décrits et mis à jour sur le site internet de l'ATIH : www.atih.sante.fr.

2.2 LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ

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

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

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

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

Le RSS ainsi constitué comporte alors un ensemble d'enregistrements jointifs possédant tous le même numéro de RSS. La date d'entrée du premier RUM du RSS est la date d'entrée dans le secteur MCO. La date de sortie du dernier RUM est la date de sortie du secteur MCO. La date d'entrée d'un RUM intermédiaire est la date de sortie du RUM précédent. Les modes d'entrée et de sortie, ainsi que les codes de provenance et de destination doivent s'enchaîner avec cohérence. Le diagnostic principal du RSS multiunité est déterminé par un algorithme inscrit dans la procédure de groupage³⁵.

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

2.3 LE RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME

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

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

³⁵ Se reporter à la présentation générale du manuel des GHM.

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

Pour produire le RSA, certaines informations du RSS sont ignorées ou transformées afin d'assurer le caractère anonyme du fichier ; d'autres informations sont ajoutées. Le contenu du RSA est décrit sur le site internet de l'ATIH (www.atih.sante.fr).

2.4 FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des fichiers est disponible sur le site internet de l'ATIH. Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité sont également indiquées.

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

2.5 QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS

Conformément aux articles R. 6113-13-1 et R. 6113-13-4³⁶ du code de la santé publique :

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

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. Dans la perspective des contrôles externes de qualité de l'information produite, il doit en outre être en mesure d'assurer, lors de ceux-ci, le rapprochement entre dossier médical du malade et numéro de RSS correspondant.

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

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

³⁶ Articles issus du décret n° 94-666 du 27 juillet 1994.

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS

3.1 DÉFINITION

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

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

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

3.2 OBJECTIF DU DISPOSITIF

Il est triple :

- faire en sorte que les séjours au cours desquels un acte est réalisé à l'extérieur mais financièrement supporté par l'établissement demandeur [A] soient justement renseignés sur le plan médical et correctement classés si l'acte concerné est classant ;
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer sur les RSA produits par [A] des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation) ou pour lesquels il n'est pas équipé ; telle est la fonction principale du code de la classification internationale des maladies étendu pour la circonstance : *Z75.80 Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* ;
- permettre à l'établissement prestataire [B] de faire valoir, dans la base régionale du PMSI, l'activité technique qu'il a réalisée au bénéfice de malades hospitalisés en son sein, alors même que la logique financière ne l'autorise pas à produire de résumé de séjour pour une activité qui lui est payée par ailleurs par un autre établissement.

3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

3.3.1 L'établissement demandeur [A]

Il fait figurer dans le RUM :

- le code de l'acte effectué en [B], dont il assume la charge financière ;
- et le code Z75.80 en position de diagnostic associé significatif³⁷ pour signaler qu'un acte a été réalisé à l'extérieur de l'établissement.

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

Toutefois, l'établissement [A] peut être amené à réaliser deux RUM (pré- et post-prestation), soit en raison de contraintes liées à son système d'information, soit en raison du

³⁷ Voir le chapitre IV, point 3 *Les diagnostics associés*.

retour du malade dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti. Dans ce cas, les deux RUM doivent comporter le même numéro de RSS. Les modes de sortie et d'entrée encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RUM (début de la suspension du séjour, départ vers [B]) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte) et le mode d'entrée du second RUM (fin de suspension de séjour, retour de [B]) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte).

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

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

3.3.2 L'établissement prestataire [B]

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

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

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

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

II. PRODUCTION DES RÉSUMÉS STANDARDISÉS DE FACTURATION

Parallèlement aux résumés de sortie standardisés (RSS)¹, les établissements doivent produire des résumés standardisés de facturation (RSF).

L'anonymisation des informations effectuée par le logiciel AGRAF² fourni par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) conduit à la création d'un fichier de résumés standardisés de facturation anonymes (RSFA) élaboré de façon concomitante au fichier de résumés de sortie anonymes (RSA).

Ces fichiers anonymes sont élaborés sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale de l'établissement, qui les transmet à l'agence régionale de l'hospitalisation dont il dépend.

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

1. MESURES TRANSITOIRES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX ALINÉAS A, B ET C DE L'ARTICLE L162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ces établissements ne sont effectivement concernés par la production de résumés de facturation qu'à compter du 1^{er} janvier 2007.

2. DESCRIPTION SUCCINCTE DU RSF

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

Les informations qu'il contient sont issues du bordereau de facturation transmis aux organismes de l'assurance maladie. En effet, le RSF reprend les données de facturation portées dans le bordereau S3404, qu'il s'agisse des frais de séjour ou des honoraires médicaux.

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

¹ Chapitre I.

² Atelier de génération des RSA associés aux factures.

Les éléments du RSF sont tirés de la transcription informatique du bordereau S3404 : la norme B2 utilisée pour la télétransmission des factures entre les établissements privés et les organismes d'assurance maladie, et en reprend donc la définition.

La description du contenu ainsi que le format des fichiers de données (RSF et RSFA) pour l'année en cours sont à consulter sur le site internet de l'ATIH (www.atih.sante.fr) et dans la documentation du logiciel AGRAF et diffusée par l'ATIH.

III. CHAÎNAGE, TRANSMISSION, ET CONSERVATION DES FICHIERS

Les établissements de santé transmettent les fichiers de données (résumés de sortie anonymes – RSA¹ – et fichiers de facturation²) ainsi que les fichiers de chaînage, à l'agence régionale de l'hospitalisation dont ils dépendent, conformément à l'arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par l'arrêté du 28 février 2006), et aux articles L. 6113-8 et R. 6113-10 du code de la santé publique.

Cette transmission s'effectue par la méthode de télétransmission agréée par les services de l'État (« é-PMSI »³).

La périodicité de transmission est fixée par arrêté⁴. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par le producteur.

1. PRINCIPES DU CHAÎNAGE ANONYME

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre⁵. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même malade.

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

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

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

¹ Chapitre I, point 2.3.

² Chapitre II.

³ Circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service é-PMSI.

⁴ L'arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par l'arrêté du 28 février 2006) fixe cette périodicité au trimestre. Les informations doivent être transmises par l'établissement un mois après la fin de chaque trimestre civil.

⁵ Circulaire DHOS-PMSI-2001 n°106 du 22 février 2001.

1.1 LE NUMÉRO ANONYME DU MALADE

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

A) Il est créé en deux temps :

1) Un *numéro anonyme premier* est créé, à l'échelon de l'établissement, à partir de variables identifiantes, par un procédé sécurisé dénommé *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN)⁶. Les variables identifiantes utilisées pour construire le numéro anonyme sont :

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

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

B) Il est anonyme car :

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

Il est caractéristique d'un individu car :

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

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

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

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

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

⁶ Cette fonction a été élaborée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Elle a été validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et par la Direction centrale de la sécurité des systèmes d'information (DCSSI) placée sous l'autorité du secrétariat général de la Défense nationale (Premier ministre).

Le numéro anonyme y est associé à un numéro séquentiel (ou numéro d'index) qui est un numéro de rang également présent dans les enregistrements correspondants des fichiers de données (RSA, RSFA⁷). C'est ainsi qu'est formée la liaison virtuelle et indirecte entre le numéro anonyme et les données.

Lors de la création du numéro anonyme second, un nouveau numéro séquentiel est créé, entraînant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont.

2. DONNÉES ET FICHIERS PRODUITS POUR LE CHAÎNAGE

2.1 DANS LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX ALINÉAS A, B ET C DE L'ARTICLE L162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

À **titre transitoire**, jusqu'à la date à partir de laquelle ces établissements devront produire des résumés de facturation, la procédure d'anonymisation et de chaînage est inchangée.

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

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

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

La **deuxième étape** est réalisée au sein de ce dernier. Elle passe par l'utilisation du logiciel POP-MCO qui inclut le programme Genrsa⁸. Ce logiciel traite les fichiers en entrée que sont : le fichier ANO-HOSP, le fichier de RSS, et le fichier HOSP-PMSI qui est le nom de la table de correspondance entre l'identifiant de séjour hospitalier et le numéro de RSS. Les fichiers de données produits sont des fichiers exportables chiffrés : fichier de RSA et fichier de chaînage qui contient le numéro anonyme premier et un numéro de rang (numéro séquentiel) dans le fichier de RSA.

Remarques :

Les formats informatiques des fichiers sont consultables sur le site internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation : www.atih.sante.fr.

En ce qui concerne certains champs à renseigner pour le fichier VID-HOSP :

⁷ Résumé standardisé de facturation anonyme.

⁸ Chapitre I, point 2.3.

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

2.2 DANS LES ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX ALINÉAS *D* ET *E* DE L'ARTICLE L162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

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

2.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS PAR LA PLATEFORME é-PMSI

La télétransmission sécurisée des fichiers s'effectue suivant le protocole HTTPS après identification de l'utilisateur, 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 de service é-PMSI. Lors de la réception des fichiers la fonction FOIN est appliquée une deuxième fois sur le fichier de chaînage et les numéros d'index sont modifiés, avant de lancer les traitements d'exploitation de données.

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

3. CONFIDENTIALITÉ

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

Le service ou département de l'information médicale qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous l'autorité d'un médecin. Son rôle en

matière de centralisation des informations médicales est prévu par les articles L. 6113-7, R. 6113-1, R. 6113-4, R. 6113-5, R. 6113-6 et R. 6113-8 du code de la santé publique⁹.

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

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

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

4. CONSERVATION DES FICHIERS

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

La durée de conservation des fichiers de RUM et de RSS constitués au titre d'une année est de cinq ans¹⁰.

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

⁹ Articles issus du décret en Conseil d'État n° 94-666 du 27 juillet 1994.

¹⁰ À distinguer de la durée de conservation du dossier médical.

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

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

La dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du résumé d'unité médicale (RUM)¹. Sa table analytique (chapitres I à XXII²) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'information du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée. Le recueil standard d'information du PMSI utilise aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère³.

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

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

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

¹ Arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par l'arrêté du 28 février 2006) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique.

² Un chapitre XXII a été créé par la mise à jour de l'OMS de 2003. Se reporter au site internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation : www.atih.sante.fr.

³ Se reporter au manuel des groupes homogènes de malades.

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

2. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

2.1 DÉFINITIONS

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

2.1.1 Le diagnostic principal

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

Il peut être :

- une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX de la CIM ;
- ou 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) ;
- ou U04.9 *Syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS], sans précision* (chapitre XXII).

En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) et des catégories U80 à U89 du chapitre XXII n'est pas autorisé pour le codage du DP⁴.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du malade dans l'unité médicale. 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...) dans la mesure où ils sont disponibles au moment où le résumé de séjour doit être réglementairement produit. La question du choix du DP se pose à l'échelon de **l'unité médicale**, lors de la production du **résumé d'unité médicale** (RUM), y compris en cas de séjour multiunité où il faut, pour chaque unité médicale successive, déterminer le DP destiné au RUM concluant la part du séjour dont elle a eu la charge.

Dans le cas des séjours multiunités, il importe de ne pas confondre cette notion de DP du RUM avec celle de DP du résumé de sortie standardisé (RSS). Le choix du DP du RUM est le résultat d'une réflexion au terme de chaque séjour de malade dans une unité médicale. La notion de DP du RSS multiunité renvoie, quant à elle, à un processus ultérieur et automatique qui dépend d'un algorithme inscrit dans la procédure de classement en groupes homogènes de malades (GHM) ou *groupage*⁵.

⁴ L'emploi du chapitre XX est abordé *infra* dans le point 3 *Les diagnostics associés*, et développé dans le chapitre V.

⁵ Se reporter à la présentation générale du manuel des GHM.

La détermination du DP au sens du recueil d'information du PMSI en MCO nécessite une analyse préalable en termes de situation clinique (voir plus loin le *guide des situations cliniques*, 2.2) et la connaissance des possibilités de codage offertes par la CIM.

2.1.2 Le diagnostic relié

Le diagnostic relié (DR) a pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du malade 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 (1) ;
- le DR est une maladie chronique ou de longue durée, ou un état permanent, présent au moment du séjour objet du résumé (2) ;
- le DR répond à la question : pour quelle maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été faite ? (3)

1) Il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM (codes Z). En effet, l'imprécision médicale de certains codes Z a parfois pour corollaire une imprécision « économique », c'est-à-dire une caractérisation insuffisante de la prise en charge en termes de consommation de moyens. C'est évidemment par ce défaut, qui s'entend au regard de la classification des GHM, que le PMSI est concerné (voir plus loin 2.1.2.3).

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

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

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

Le DR ne peut pas être une affection aiguë : en effet, si une telle affection était présente lors du séjour, ou bien elle a mobilisé l'essentiel des soins et elle est le DP, ou bien une autre affection a rang de DP et elle est un diagnostic associé significatif ; s'il s'agit d'un antécédent, elle n'existe plus et ne doit pas figurer dans le résumé de séjour, sinon comme donnée associée documentaire⁶.

Seule une maladie en cours (« active ») au moment du séjour ou un état *permanent* peut être mentionné comme DR. Une maladie constituant un antécédent personnel – une maladie antérieure guérie – ne peut pas être un DR ; un antécédent familial – une maladie dont le patient n'est personnellement pas atteint – non plus⁷. Dans le même esprit, au terme d'un

⁶ Voir le point 3 du chapitre *Les diagnostics associés*.

⁷ La CIM permet le codage des antécédents personnels et familiaux, mais avec des codes particuliers distincts de ceux des affections en cours (chapitre V, point 4 *Les antécédents*).

séjour conclu par la non confirmation d'une affection suspectée, celle-ci ne peut pas être codée comme DR⁸.

Par « **état permanent** »⁹ on entend notamment certaines entités classées dans le chapitre XXI de la CIM, correspondant en particulier à des états postopératoires : stomie, présence d'implant ou de greffe, absence acquise d'un membre ou d'un organe... éventuellement quelques exceptionnels symptômes sans diagnostic étiologique : ronflement, troubles de la sensibilité cutanée, amnésie... Ces états peuvent être qualifiés de permanents dans la mesure où, lors du séjour au cours duquel ils sont enregistrés, l'état des connaissances ne permet pas de leur prévoir un terme ou autorise à estimer qu'ils peuvent durer jusqu'à la fin de la vie du malade.

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

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

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

2.2 GUIDE DES SITUATIONS CLINIQUES

2.2.1 Cas d'un malade hospitalisé pour diagnostic

La situation est celle d'un malade hospitalisé pour un ou des symptômes appelant un diagnostic étiologique. Par symptôme on entend un signe clinique, recueilli par l'interrogatoire ou par l'examen physique, ou un résultat anormal d'examen complémentaire.

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

Exemples :

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

⁹ Notion comparable à celle de « déficience permanente » de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS).

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

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

Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même.

Le bilan initial d'extension d'un cancer : en matière de choix du DP on l'assimilera à la situation 2.2.1.1. On désigne par « bilan initial d'extension d'un cancer » l'ensemble des investigations suivant la découverte – le diagnostic positif – d'une tumeur maligne, qui visent à déterminer son stade selon la classification TNM¹¹ et à décider du protocole thérapeutique qui sera appliqué : bilan couramment dit de « stadification préthérapeutique ». Au terme du séjour concerné le DP est la tumeur maligne.

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

- que le bilan d'extension ait été réalisé au cours du même séjour que le diagnostic positif ou bien qu'il l'ait été au cours d'un séjour distinct ;
- quel que soit le résultat du bilan : si une métastase a été découverte, elle est une complication du DP et elle est mentionnée comme diagnostic associé significatif¹².

Double codage *dague-astérisque* : lorsque la CIM offre la possibilité de coder le DP à la fois en termes de manifestation (code signalé par un astérisque) et étiologiques (code signalé par une dague : †), les deux codes doivent être enregistrés dans le résumé de séjour. Le code *astérisque* doit être enregistré en position de DP et le code *dague* comme diagnostic associé significatif¹².

Le DR : dans cette situation, le codage du DP utilise les chapitres I à XVII et XIX de la CIM, ou U04.9 ; il ne fait pas appel aux codes Z ; il n'est donc pas mentionné de DR dans le résumé du séjour.

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

Exemples :

- hospitalisation pour céphalées ; conclusion de sortie : « céphalées sans cause trouvée » ; DP : céphalées ;
- hospitalisation pour état de choc ; décès précoce sans diagnostic étiologique ; DP : état de choc ;
- hospitalisation pour syndrome inflammatoire ; sortie sans diagnostic étiologique ; DP : syndrome inflammatoire¹³.

La symptomatologie explorée est le DP, que le signe persiste ou qu'il ait disparu au terme du séjour. Le codage du DP fait en général appel au chapitre XVIII de la CIM¹⁴.

¹¹ Tumeur, nœud [ganglion] lymphatique, métastase.

¹² Voir le point 3 du chapitre : *Les diagnostics associés*.

¹³ Pour le codage duquel le code R70.0 de la CIM est recommandé.

¹⁴ Quelques symptômes spécifiques d'un appareil sont classés dans d'autres chapitres (par exemple : *autres signes et symptômes observés au niveau du sein* N64.5).

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

La même règle s'applique aux situations dans lesquelles le motif d'admission est **une suspicion diagnostique qui n'est pas confirmée** au terme du séjour. Dans ces situations le DP est en général la symptomatologie à l'origine de la suspicion. Rarement il peut être un code Z de la CIM¹⁵. Dans ce cas, ces derniers correspondant à des affections non confirmées, donc non présentes, excluent par définition la mention d'un DR.

On prendra garde à l'emploi parfois inapproprié du mot « **dépistage** » dans le langage médical courant. Ce mot a dans la CIM son sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les codes correspondants ne doivent donc pas être employés dans les cas de malades présentant un problème personnel de santé. **Il est erroné** de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un sujet par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA¹⁶, par exemple). Dans ce cas le codage du DP ne doit pas faire appel aux codes des catégories Z11 à Z13 ou Z36 de la CIM. C'est la raison des explorations qui doit être codée, telle un antécédent personnel ou familial (catégories Z80 et suivantes), un facteur de risque ou bien un signe clinique ou paraclinique.

2.2.2 Cas d'un malade hospitalisé pour traitement

La situation est celle d'un malade hospitalisé pour le traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée.

2.2.2.1 S'il s'agit d'un « **traitement unique** », tel qu'en réalisent essentiellement les interventions chirurgicales, le DP est le plus souvent la maladie opérée (**NB** : voir les exceptions dans le paragraphe suivant).

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

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

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

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

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

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

Il existe des exceptions à la règle précédente.

¹⁵ Se reporter à leurs consignes d'emploi dans le chapitre V.

¹⁶ *Prostate specific antigen* : antigène spécifique de la prostate.

Certaines situations de traitement unique imposent en effet pour le codage du DP l'emploi de codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM¹⁷. Sont spécialement dans ce cas les hospitalisations dont le motif a été l'un des suivants.

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

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

Exemples : séjour pour...

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

2°) Un acte de **chirurgie de confort** : on désigne par « chirurgie de confort » toute intervention chirurgicale non remboursée par l'assurance maladie, distincte de la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*¹⁸, à l'exclusion de tout autre code.

Il n'appartient pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique, ou bien d'identifier un acte chirurgical comme étant *de confort*. Il s'agit d'un choix qui est de la compétence du médecin qui a opéré le malade, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie.

Le DR :

- s'agissant de la **chirurgie esthétique**, par conséquent en l'absence d'affection sous-jacente, la question du DR ne se pose pas ; toutefois, si le médecin souhaite coder le motif de la demande (certains codes de la CIM, en l'absence de définition, s'y prêtent : E65 *Adiposité localisée*, M95.0 *Déformation nasale*, N62 *Hypertrophie mammaire*, N64.2 *Atrophie mammaire*, etc.), il peut l'être comme DR mais pas comme diagnostic associé significatif ; la règle est la même pour la **chirurgie de confort** (par exemple : hospitalisation pour traitement chirurgical de la myopie : DP Z41.80 ; DR H52.1 *Myopie* ;
- 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 :

¹⁷ Leur mode d'emploi est donné dans le chapitre V.

¹⁸ Code étendu créé pour la version 10 des groupes homogènes de malades.

- séjour de mise en place d'une prothèse mammaire interne après mastectomie : DP Z42.1 ; DR Z90.1¹⁹ ;
- séjour pour rhinoplastie pour déviation de la cloison nasale : DP J34.2, pas de DR.

3°) de nombreux actes chirurgicaux courants, motivant des prises en charge dont le codage fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z48, telles que :

- malade ayant subi six mois plus tôt une résection sigmoïdienne pour perforation diverticulaire, réhospitalisé pour fermeture de la colostomie : DP Z43.3 ;
- séjour de mise en place ou d'ablation d'une chambre implantable : DP Z45.2 ;
- malade ayant antérieurement subi une intervention sur un uretère, réhospitalisé pour ablation de sonde double J : Z45.80 ;
- séjour pour changement du générateur (épuisement normal) d'un stimulateur cardiaque : DP Z45.0 ;
- malade ayant subi un brochage pour fracture ; réhospitalisation pour ablation des broches : DP Z47.0.

Le DR : dans les cas ci-dessus le DP suffit en général à rendre compte de la prise en charge, sans besoin d'un DR. Lorsque l'affection ayant motivé la prise en charge n'existe pas (opération prophylactique, Z40) ou n'existe plus (telle la sigmoïdite diverticulaire lors du rétablissement de la continuité ou la fracture lors de l'ablation du brochage), par définition elle n'a pas sa place dans le résumé de séjour, sinon comme une donnée associée documentaire²⁰.

4°) Et deux situations particulières :

- irradiation par **curiethérapie à bas débit de dose** : le DP doit toujours être codé Z51.01, comme dans les autres cas d'irradiation externe et interne, à l'exclusion de tout autre code ;
- **soins palliatifs** : dès lors que leur définition est respectée²¹, le DP doit toujours être codé Z51.5, à l'exclusion de tout autre code. En particulier, la possibilité d'enregistrer la maladie motivant les soins palliatifs comme DP n'est plus admise, y compris lors d'un séjour s'achevant par le décès du malade (voir ci-dessous le codage du DR dans le cas des soins palliatifs).

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

Exemples :

- séjour pour curiethérapie à bas débit de dose pour cancer de la prostate : DP Z51.01, DR C61 ;

¹⁹ La plupart des séjours pour intervention plastique réparatrice des séquelles d'une lésion traumatique ou d'une perte de substance postopératoire font en effet appel à la catégorie Z42 pour le codage du DP. Le DR peut être un code Z s'il correspond, tel Z90.1, à un « état permanent » (voir le point 2.1.2).

²⁰ Voir le point 3 du chapitre : *Les diagnostics associés*.

²¹ Références : loi n° 99-477 du 9 juin 1999. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé, décembre 2002)

- séjour de soins palliatifs pour cancer utérin en phase terminale : DP Z51.5, DR C54.–²² ;
- séjours de soins palliatifs pour SIDA avec cachexie : DP Z51.5, DR B22.2..

2.2.2.2 S'il s'agit d'un **traitement répétitif**

L'exemple type est représenté par **les séances** au sens de la classification des GHM – dialyse rénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare²³ – et le codage du DP utilise alors des codes du chapitre XXI de la CIM (codes Z).

Exemples :

- hospitalisations pour chimiothérapie d'une malade atteinte d'un cancer du sein ; DP : chimiothérapie (Z51.1) ;
- hospitalisations pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire ; DP : transfusion sanguine (Z51.3).

Tous les séjours pour dialyse rénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, qu'il s'agisse de séances ou d'hospitalisation complète, doivent avoir le code *ad hoc* de la catégorie Z51 de la CIM pour DP.

Exemple : hospitalisations pour chimiothérapie d'un malade atteint d'un cancer bronchique ; DP : chimiothérapie (Z51.1).

La règle est la même lorsque le séjour est justifié par une chimiothérapie pour une affection non tumorale.

Exemple : hospitalisations pour traitement itératif par *infliximab* d'un malade atteint d'une polyarthrite rhumatoïde ; DP : autre chimiothérapie (Z51.2).

La règle est la même si la prise en charge n'a lieu qu'une fois : c'est sa nature – dialyse rénale, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare –, en d'autres termes le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins, qui commande le codage.

Exemples :

- malade insuffisant rénal de passage pour dialyse ; DP : Z49.– ;
- cancéreux décédé après la première cure de chimiothérapie ; le DP de celle-ci est Z51.1.

Le DR : le DP étant un code Z, il faut mentionner l'affection traitée comme DR si elle respecte sa définition. C'est le cas dans les exemples choisis. L'affection traitée est en général enregistrée en position de DR dans la situation de *traitement répétitif*, puisqu'elle concerne habituellement des maladies chroniques ou de longue durée.

Lorsque l'affection correspondant au DR renvoie à un **double codage dague-astérisque**, le choix entre les deux dépend de l'effort de soins mobilisé ; selon qu'il se sera adressé principalement à l'étiologie ou à la manifestation, l'enregistrement du DR utilisera le code

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

²³ Les séances sont le sujet du chapitre VI.

dague ou le code *astérisque*. Cette alternative se rencontrant sans doute rarement dans la situation de traitement, davantage dans celle de surveillance, elle sera développée dans le paragraphe suivant.

On ne confondra pas la situation de traitement répétitif avec celle de prise en charge d'une affection chronique « en poussée » (voir plus loin la situation 2.2.5.4).

2.2.3 Cas d'un malade hospitalisé pour surveillance

La situation est celle d'un malade atteint d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement déjà traitée, hospitalisé pour surveillance (« bilan »).

Par surveillance on entend tout séjour visant à faire le point sur une affection ou sur son traitement, affection diagnostiquée antérieurement au séjour et déjà traitée (précédemment opérée par exemple) ou en cours de traitement. La situation de surveillance correspond à l'appellation courante de « bilan ». Au terme du séjour, des investigations ultérieures peuvent être programmées, ou des décisions thérapeutiques prises : institution, poursuite ou modification d'un traitement médicamenteux, indication opératoire, etc.

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

Exemple : surveillance d'une cirrhose ; absence d'affection nouvelle ; DP : code Z de surveillance²⁴.

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

Exemples :

- surveillance d'une cirrhose ; absence d'affection nouvelle ; DP : code Z de surveillance, DR : la cirrhose (maladie chronique, présente lors du séjour, objet de la surveillance) ;
- surveillance après drainage d'un pneumothorax spontané lors d'une hospitalisation antérieure ; DP : code Z de surveillance ; pas de DR (le pneumothorax n'est pas une maladie chronique et il n'existe plus lors de l'hospitalisation pour surveillance²⁵).

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

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

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

DP : surveillance médicale (de la maladie de Crohn)

DR : maladie de Crohn (*dague*)

²⁴ Voir les consignes d'emploi des codes Z08.– et Z09.– de la CIM dans le chapitre V.

²⁵ D'où il résulte que le pneumothorax n'a pas non plus sa place en diagnostic associé significatif ; il ne peut être enregistré que comme une donnée associée documentaire (voir *infra* le point 0 du chapitre : *Les diagnostics associés*).

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

- cas n° 2 : prise en charge pour bilan de l'arthropathie

DP : surveillance médicale (de l'arthropathie)

DR : arthropathie de la maladie de Crohn (*astérisque*)

DAS : maladie de Crohn (*dague*)

- cas n° 3 : bilan général de la maladie de Crohn et de l'arthropathie

DP : surveillance médicale

DR : maladie de Crohn (*dague*)

DAS : arthropathie de la maladie de Crohn (*astérisque*).

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

Il résulte de la définition donnée plus haut de la situation de surveillance que l'institution ou la modification du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement antérieurement traitée, ne transforme pas la situation de surveillance en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection surveillée comme DP. Les prescriptions (examens paracliniques, modification du traitement) conséquences des investigations faites lors d'un séjour pour surveillance font partie de la surveillance²⁶.

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

Dans ce cas, l'affection découverte est le DP. La maladie surveillée est un diagnostic associé significatif²⁷.

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

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

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

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

Exemples :

- antécédents familiaux de cancer ; « bilan » négatif ; DP : code Z80.– (*surveillance négative*)²⁸ ;

- « bilan » d'un alcoolisme et d'un tabagisme chroniques ; découverte d'un cancer œsophagien ; DP : cancer œsophagien, pas de DR (*surveillance positive*).

²⁶ Voir aussi plus loin (2.2.5.3) à ce propos le cas des maladies chronique et de longue durée.

²⁷ Voir *infra* le point 3 *Les diagnostics associés*.

²⁸ Pas de DR ici puisqu'il s'agit d'antécédents familiaux : le malade n'est pas atteint d'une affection correspondant à la définition du DR.

2.2.4 La notion de « bilan »

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

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 (2.2.1). Il est souvent de surveillance : en cas de *surveillance positive* (situation 2.2.3.2) son codage **n'emploie pas un code Z**, il ne le fait qu'en cas de *surveillance négative* (situation 2.2.3.1). Il peut être aussi dit « de dépistage » et l'on relira à ce propos le point 2.2.12.

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

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

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

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

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

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

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

Il n'appartient pas au responsable de l'information médicale ou au codeur de choisir entre cancer et antécédent de cancer. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui a donné ses soins au malade. L'emploi des codes d'antécédent personnel de cancer (catégorie Z85 de

la CIM) n'est licite que lorsque la notion d'antécédent ou de cancer guéri est explicitement présente dans le dossier du malade²⁹.

2.2.5 Maladies chroniques et de longue durée

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

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

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

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

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

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

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

NB : les prises en charge pour *mise en route* ou pour *adaptation* (« équilibration », « rééquilibration ») du traitement d'une maladie chronique ou de longue durée ne font pas exception aux règles données. La *mise en route* du traitement renvoie à l'une des deux situations suivantes :

- situation de diagnostic (2.2.1) lorsque la mise en route accompagne le diagnostic (voir p. 27 : « 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 (2.2.2) lorsque la mise en route a lieu au cours d'un séjour particulier, postérieur à celui du diagnostic : traitement unique (le DP est la maladie, pas de DR) ou première séance (le DP est un code Z, le DR est la maladie) selon le cas.

²⁹ Voir aussi le chapitre V, point 4 *Les antécédents*.

L'*adaptation* (« équilibration », « rééquilibration ») du traitement correspond toujours, par définition, à la situation de surveillance (2.2.3) : adapter le traitement, suppose en effet que la maladie ait été diagnostiquée et que le traitement ait débuté. En conséquence, le DP est l'affection découverte en cas de *surveillance positive* (pas de DR), ou un code Z en cas de *surveillance négative* (le DR est la maladie chronique ou de longue durée surveillée).

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

Exemples :

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

On ne doit pas confondre l'aggravation progressive d'une maladie chronique avec la situation d'acutisation. L'aboutissement de l'acutisation 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 malade peut présenter un déficit accentué). En revanche, des évolutions telles que l'accroissement du volume d'une tumeur ou d'un anévrysme artériel, ou l'augmentation du gradient d'un rétrécissement aortique, ne correspondent pas à la situation clinique d'acutisation au sens du recueil d'information du PMSI en MCO. La constatation de ces évolutions n'autorise pas à coder la maladie comme DP au terme des bilans : on doit se référer à la situation de surveillance.

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

Exemples :

- état de mal épileptique : DP G41.– ;
- état de mal asthmatique : DP J46 ;
- thyroétoxicose aigüe : DP E05.5 ;
- acidocétose diabétique : E1–.1.

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

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

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

Exemples :

- hospitalisation pour passage en fibrillation auriculaire d'un malade atteint d'une cardiopathie ; DP : fibrillation auriculaire ; diagnostic associé significatif : la cardiopathie ;
- hospitalisation pour bradycardie iatrogénique par « intoxication » digitalique, chez le même malade ; DP : bradycardie ; diagnostics associés significatifs : fibrillation auriculaire, la cardiopathie, l'effet secondaire des digitaliques³⁰.

³⁰ Se reporter au chapitre V, point 3 *Les effets nocifs des médicaments*.

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

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

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

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

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

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

Les règles liées aux situations 2.2.5.5 et 2.2.5.6 s'appliquent, que la complication ou l'affection intercurrente soit présente à l'admission du malade ou bien qu'elle survienne au cours du séjour³¹ : la complication ou l'affection intercurrente est le DP dès lors qu'elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours du séjour dans l'unité médicale.

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

2.2.6 Malades présentant plusieurs problèmes de lourdeur comparable

Chez de tels malades, il peut être difficile de mettre en rapport les prises en charge avec l'une des situations décrites. Il se peut qu'aucune hiérarchisation n'apparaisse possible, chaque affection ayant mobilisé un effort d'importance comparable. Dans de tels cas de prises en charge **équivalentes**³², le choix du DP ne saurait être codifié. **Dans ces cas seulement**, il ne peut qu'être laissé à la discrétion des unités médicales qui peuvent retenir comme DP, par exemple, le problème de santé le plus en rapport avec leur spécialité.

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

Dans les unités chirurgicales, la cohérence entre acte et DP est habituelle (la situation clinique étant en général celle de *traitement unique* décrite dans le point 2.2.2.1) ; son absence doit faire évoquer en premier lieu une erreur de traitement de l'information³³.

³¹ Elles s'appliquent donc, en particulier, dans les cas de complications iatrogéniques.

³² Dont la réalité doit être contrôlable dans le dossier du malade : le contenu du RUM doit être conforme au dossier du patient (arrêté du 31 décembre 2003 modifié par l'arrêté du 28 février 2006).

³³ Des insuffisances de la classification des groupes homogènes de malades peuvent parfois être en cause ; on se reportera à la présentation générale du manuel des GHM.

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

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

Choisir pour DP les douleurs épigastriques (ou la gastrite, ou l'œsophagite...) en raison de la fibroscopie serait une erreur. Le DP est « angor instable », car c'est la maladie **qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins**³⁴, même si le seul acte médicotechnique a été une exploration gastroentérologique. Dans cet exemple, l'association à un DP d'angine de poitrine d'une endoscopie digestive ne modifie pas le classement en GHM, mais le même raisonnement vaut dans tous les cas.

Exemple : enfant hospitalisé pour otite, fièvre, déshydratation, rhinopharyngite, broncho-pneumonie... ; l'indication d'aérateurs transtympaniques est posée pendant le séjour. Si au motif de cet acte, pour éviter un classement dans le groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal*, le DP choisi est l'otite, alors que c'est un autre problème (la bronchopneumonie par exemple) et la déshydratation qui ont *mobilisé l'essentiel de l'effort de soins*, le RSS est classé dans un GHM qui ne correspond pas à la prise en charge³⁵.

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

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

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

Depuis la sixième version de la classification des GHM (version 5.6 de la *fonction groupage*, FG) une solution partielle a été apportée à la seconde situation par la distinction d'actes chirurgicaux dits « reclassants ». Un RSS antérieurement classé dans un groupe *Actes sans relation avec le diagnostic principal* l'est dans un groupe « médical » si tous les actes classants opératoires qu'il contient font partie de la liste des actes *reclassants dans un groupe « médical »*³⁶.

³⁴ En termes de situation clinique, on est ici dans une double situation de diagnostic (point 2.2.1) : d'une part des douleurs thoraciques ont fait aboutir au diagnostic d'angine de poitrine, d'autre part des douleurs épigastriques sont restées sans explication ou bien ont fait poser le diagnostic de gastrite ou d'œsophagite. C'est la première qui a mobilisé la plus grande partie de l'effort de soins, le DP est donc l'angine de poitrine.

³⁵ Et qui peut être moins bien valorisé, mais l'erreur serait équivalente si elle avait pour conséquence une valorisation supérieure.

³⁶ Se reporter à la présentation générale du manuel des groupes homogènes de malades.

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

- dans le cadre du contrôle de la qualité des données ;
- pour identifier certains séjours trop complexes pour trouver leur place dans la classification des GHM³⁷ ;
- pour que cette classification évolue avec les pratiques médicales.

3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

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

Les DAS sont susceptibles d'intervenir dans le classement en GHM et ils sont présents dans le résumé de sortie anonyme (RSA)³⁸ ; les DAD, au contraire, ne sont pas lus par l'algorithme de groupage (ils sont ignorés par lui) et ne sont pas présents dans le RSA : au contraire des DAS, ils ne sont donc pas transmis à la tutelle. Mais le mot « diagnostic » sousentendait que le codage des DAD ne relevait que de la CIM ; c'est pourquoi, avec la 7^{ème} version de la classification des GHM (FG 6.7), un DAD est devenu une « donnée associée documentaire » pour exprimer qu'il peut s'agir de n'importe quelle information, d'un code d'acte ou de diagnostic, ou de langage naturel. Si des nomenclatures de codage sont employées, elles peuvent être celles du PMSI ou n'importe quelle autre.

On distinguera deux types de diagnostics associés significatifs.

1°) Les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours **significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens** par rapport au seul DP ou, ce qui revient au même, par rapport au couple DP-DR.

Dans cette acception, est considéré comme significatif tout problème associé au DP ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire (investigation, traitement...) du fait d'une affection nouvelle (telle une affection aiguë intercurrente) ou préexistante (évolution d'une affection connue ou affection chronique en cours de traitement) ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable³⁹ susceptible d'avoir allongé le séjour.

Exemples :

³⁷ Rappelons le caractère mutuellement exclusif des GHM : un séjour (un RSS) ne peut être classé que dans un GHM et dans un seul. C'est à la fois un choix méthodologique et une limite intrinsèque des classifications bâties sur le modèle des *Diagnosis Related Groups* (DRGs).

³⁸ Chapitre I.

³⁹ C'est-à-dire décrite dans le dossier médical : le contenu du RUM doit être conforme au dossier du patient (arrêté du 31 décembre 2003 modifié par l'arrêté du 28 février 2006).

- survenue d'une cystite à colibacille au cours d'une hospitalisation dont le motif principal est autre : la cystite, diagnostiquée et traitée, est un DAS ; la prise en charge supplémentaire est ici diagnostique et thérapeutique ;
- diabétique stable hospitalisé pour un autre motif principal : le diabète est un DAS car son traitement est évidemment poursuivi (et la glycémie et la glycosurie surveillées) ; la prise en charge supplémentaire est ici thérapeutique ; le diabète est *a fortiori* un DAS s'il se « décompense » au cours du séjour ;
- malade atteint d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs hospitalisé pour un autre motif ; à l'occasion du séjour, un échodoppler artériel est fait à titre de « bilan » ; l'artériopathie est un DAS ; la prise en charge supplémentaire est ici diagnostique⁴⁰ ;
- difficultés psychologiques ou sociales chez une accouchée récente, ayant nécessité une prise en charge particulière (psychologue, assistante sociale...) : les difficultés sont un DAS⁴¹.

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

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

2°) Les DAS par convention : ils ne répondent pas à la définition précédente mais ils doivent être enregistrés en position de DAS du fait des consignes de codage propres au PMSI en MCO. Les cas de DAS conventionnels sont :

- le double codage *dague-astérisque* : lorsque le DP du RUM est un code *astérisque*, le code *dague* doit être enregistré comme DAS (2.2.1.1 *supra*) ;
- 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 DAS (chapitre V, point 1) ;
- l'interruption de la grossesse : en cas d'interruption volontaire, le code Z64.0 doit être enregistré comme DAS ; en cas d'interruption thérapeutique, c'est un code O28.– qui doit l'être (chapitre V, point 5.1) ;
- l'*ante partum* et l'accouchement : pour un classement dans les GHM *ad hoc*, l'*ante partum* doit être signalé par un code Z35.– en DAS, l'accouchement doit donner lieu au codage, également en DAS, de son résultat : Z37.– (se reporter au manuel des GHM) ;
- le transfert pour ou après la réalisation d'un acte : l'établissement d'hébergement doit associer Z75.80 en DAS, au codage de la prestation extérieure (chapitre I, point 3) ;
- la violence routière : si un ou des facteurs favorisants étaient présents au moment de l'accident, ils doivent être enregistrés en DAS (chapitre V, point 5.4) ;
- l'emploi du chapitre XX de la CIM : les codes V, W, X et Y des *causes externes de mortalité et de morbidité* sont toujours enregistrés en DAS.

⁴⁰ L'échodoppler est une investigation de nature diagnostique, comme les autres investigations paracliniques effectuées pour la surveillance d'une affection.

⁴¹ Voir notamment les catégories Z55-Z65 de la CIM et les explications données à leur propos dans le chapitre suivant.

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

- pour ne pas prendre le risque d'omettre une *complication ou morbidité associée* (CMA) ou une complication spécifique d'une catégorie majeure de diagnostic (CMD) ;
- parce que, du fait des listes d'exclusions⁴², il ne suffit pas que le RSS mentionne un DAS appartenant à la liste des CMA pour être classé dans un GHM « avec CMA » ;
- parce que la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est – et, de façon générale, de l'état de la classification des GHM – à un moment donné, expose à perdre toute possibilité de comparer son activité dans le temps ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des diagnostics associés dans les bases nationales de RSA est nécessaire pour faire évoluer la classification des GHM.

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

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

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

4. LES ACTES

Les règles d'utilisation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) sont précisées dans un guide propre à cette nomenclature, publié avec elle au *Bulletin officiel*⁴³.

Le codage des actes doit utiliser la version en vigueur de la CCAM.

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'admission et de sortie, peuvent être enregistrées dans le RUM. Un acte programmé au cours d'une hospitalisation, mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire par exemple) ne doit pas être enregistré dans la zone des actes du RUM du séjour⁴⁴.

⁴² Pour des explications sur les notions de CMA et de listes d'exclusions on se reportera à la présentation générale du manuel des GHM.

⁴³ Le guide de lecture et de codage de la CCAM est également téléchargeable sur le site internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : www.atih.sante.fr.

⁴⁴ Ce qui ne s'oppose pas à ce qu'il le soit à titre documentaire dans une rubrique hors RUM ou dans la zone des données associées documentaires.

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

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

Les actes de suppléance vitale servent à repérer les séjours de réanimation ayant nécessité des manœuvres instrumentales visant à suppléer une défaillance vitale. Ils sont utilisés dans le cadre du financement de l'activité de réanimation. Certains d'entre eux, pour être pris en compte, requièrent un nombre d'exécutions supérieur à deux par séjour⁴⁵. Ils n'interviennent pas dans le classement en GHM.

Mais la mention des actes obligatoires ne constitue qu'un minimum. L'évolution des pratiques médicales, de la classification des GHM et de la valorisation de l'activité, est susceptible de rendre d'autres actes discriminants en termes de prise en charge. Les actes à recueillir sont au minimum les actes classants au regard de la classification des GHM et les actes utilisés comme repères pour le financement de certaines activités, mais il est fortement recommandé d'étendre le recueil à tous les actes qui entraînent une mobilisation significative de ressources. Cette recommandation est renforcée, pour les RUM des séjours de moins de deux jours (sortie le jour même ou le lendemain de l'entrée), par les dispositions de l'arrêté⁴⁶ évoqué au point 1.4 du chapitre I. L'évolution ainsi décrite est rendue possible par la mise en place de la CCAM, dont l'emploi nécessite une saisie automatisée des codes des actes au niveau des plateaux techniques.

⁴⁵ Se reporter à l'arrêté « prestations ».

⁴⁶ Arrêté pris en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

V. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^{ème} RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

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

1. LES SÉQUELLES

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

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

Page 106 : « La CIM fournit un certain nombre de catégories intitulées " Séquelles de... " (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89)¹. 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 du volume 2 : « pour certaines affections, les décès se produisant un an ou plus après le début de la maladie ou du traumatisme sont supposés être dus à une séquelle ou à un effet tardif de l'affection, bien qu'aucune séquelle ne soit explicitement indiquée ». Les situations concernées sont donc celles dans lesquelles il n'est pas reconnu d'autre cause au décès.

¹ Auxquelles s'ajoute O94 *Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité*, du fait de la mise à jour 2003 publiée par l'OMS (se reporter au site internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation : www.atih.sante.fr).

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

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

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

Exemples :

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

Les catégories Y85-Y89 (chapitre XX de la CIM) permettent de coder l'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de DAS², chaque fois que l'information nécessaire existe.

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

2. LES COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

Le volume 2 de la CIM présente pages 107-108 les rubriques destinées au codage des complications des actes médicochirurgicaux : « Il existe dans le chapitre XIX (T80-T88) des catégories pour certaines complications liées à des actes chirurgicaux et à d'autres actes, par exemple : infections d'une plaie chirurgicale, complications mécaniques d'implants, choc, etc. La plupart des chapitres relatifs aux divers systèmes, appareils et organes contiennent également des catégories pour les accidents qui sont soit des conséquences d'actes et de techniques particuliers, soit le résultat de l'ablation d'un organe, par exemple, syndrome de

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

lymphœdème post-mastectomie, hypothyroïdie après irradiation. Certaines affections (par exemple pneumopathie, embolie pulmonaire) qui peuvent apparaître dans la période qui suit un acte médical ou chirurgical ne sont pas considérées comme des entités particulières et sont, de ce fait, classées de la façon habituelle... ».

Les recommandations qui suivent s'appuient :

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

2.1 LES CODES T80-T88

Ils doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication³.

Des sous-catégories telles que *Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* (T80.0) ou *Choc anaphylactique dû au sérum* (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les sous-catégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4, T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables. Il n'existe pas d'autre code dans la CIM permettant d'enregistrer une information aussi complète plus précisément.

Exemples :

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

En revanche, plusieurs sous-catégories sont imprécises. Il s'agit notamment de T80.2, T81.4, T83.5 et T83.6, T84.5 à T84.7, T88.0 et T88.1, T88.7 et toutes les sous-catégories de la forme T8-.8⁴. On leur préférera chaque fois que possible un codage selon la nature de la complication et on enregistrera la circonstance iatrogénique en associant un code du chapitre XX⁵ en position de diagnostic associé significatif (DAS).

Exemples :

- phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, Y84.8 ;
- septicémie à staphylocoque consécutive à une perfusion : A41.2, Y64.0 ;

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

⁴ Quant aux sous-catégories T8-.9, leur imprécision les rend inacceptables ; leur emploi pour le codage du diagnostic principal n'est pas autorisé.

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

- hémorragie après extractions dentaires : K08.8, Y83.6 ;
- abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, Y83.6 ;
- abcès sous-phrénique après cholécystectomie : K65.0, Y83.6 ;
- thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoropoplité : I74.3, Y83.1.

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

- à la date de publication du présent guide, certains d'entre eux appartiennent aux *complications ou morbidités associées* (CMA) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM)⁶ ;
- d'autre part, pour le codage des complications des actes médicochirurgicaux, l'index alphabétique de la CIM renvoie aux codes du groupe T80-T88, y compris à ceux qui sont imprécis ; imposer les règles de codage présentées ci-dessus nécessite que l'index alphabétique soit au préalable modifié en conséquence ;
- enfin, les codes du chapitre XX de la CIM sont actuellement ignorés par l'algorithme de classement en GHM ; leur prise en compte nécessiterait de leur accorder les caractéristiques classantes des codes T ; cela demande des travaux particuliers, non encore faits à la date de publication de ce guide.

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

Par exemple, une endocardite sur prothèse valvulaire codée I33.0⁷ oriente dans la catégorie majeure de diagnostic (CMD) n° 5 *Affections de l'appareil circulatoire* alors que T82.6 oriente dans la CMD 21 *Traumatismes, allergies et empoisonnements*.

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

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

Exemples :

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

On en rapprochera les complications d'actes classées dans le chapitre XV de la CIM *Grossesse, accouchement et puerpéralité* : quatrièmes caractères des catégories O03-O06 et O08 pour les avortements, catégories O29, O74... Leur emploi s'impose pour le dossier de la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpéralité. Par exemple : O86.0 *Suppuration d'une cicatrice de césarienne*. Ils seront complétés avec le chapitre XX.

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

⁷ Complété par Y83.1 en position de DAS.

Mais les sous-catégories codées .8 et .9 telles que *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (I97.8) et *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* (J95.8) sont imprécises. Leur usage doit être évité. Une information orientant vers la sous-catégorie .9 doit faire rechercher davantage de précision. La sous-catégorie .8 ne doit pas être utilisée pour classer indifféremment les complications touchant l'appareil concerné, absentes des sous-catégories qui les précèdent : il faut préférer les codes « habituels » de la CIM⁸. L'enregistrement associé des circonstances iatrogéniques au moyen du chapitre XX est également recommandé. Voir les exemples du point 2.3 ci-après.

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

2.3 LES CODES « HABITUELS » DE LA CIM

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

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

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

Exemples :

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

2.4 CONCLUSION À PROPOS DU CODAGE DES COMPLICATIONS D'ACTES

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

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

Cette double exigence peut, dans certains cas, être satisfaite par l'emploi d'un code T, à l'exclusion des codes imprécis, ou d'un code d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... », à l'exclusion des subdivisions .8 et .9.

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

On utilisera les codes du chapitre XX à titre complémentaire⁹. Dans les autres cas, il faut utiliser les « codes habituels » des chapitres I à XIX de la CIM. Ils codent la nature de la complication, et son origine iatrogénique ne peut être enregistrée qu’au moyen du chapitre XX.

Exemples :

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

Dans les cas de complication infectieuse, il est recommandé de coder le germe avec les catégories B95-B97 et, le cas échéant, une résistance à un antibiotique avec un code des catégories U80-U89¹⁰.

Exemples :

- cystite à colibacille postopératoire : N30.0, Y83.—, B96.2 ;
- abcès de paroi à staphylocoque doré après appendicectomie : L02.2, Y83.6, B95.6 ;
- suppuration à staphylocoque d’une cicatrice de césarienne : O86.0, Y83.8, B95.8.

Rappel : les codes du chapitre XX et ceux des catégories B95-B97 et U80-U89 ne peuvent pas être utilisés pour le diagnostic principal ; ils doivent l’être en position de DAS.

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

3. LES EFFETS NOCIFS DES MÉDICAMENTS

Une « intoxication » médicamenteuse doit être codée de manière différente selon qu’elle est accidentelle ou volontaire, ou bien qu’il s’agit d’un effet indésirable. La CIM désigne les premières par le mot *empoisonnement* et les distingue clairement de *l’effet indésirable en usage thérapeutique*¹¹.

3.1 LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES ET VOLONTAIRES

Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (la CIM emploie pour les secondes les qualificatifs *auto-infligées*, *intentionnelles* et *auto-induites*) doit utiliser les catégories T36 à T50. La distinction entre les circonstances accidentelles et

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

¹⁰ Mise à jour 2003 de la CIM-10.

¹¹ La distinction se manifeste notamment dans l’en-tête des pages du *Tableau des médicaments et substances chimiques* de l’index alphabétique de la CIM (volume 3). On rappelle que l’emploi de ce tableau facilite considérablement le codage des effets nocifs des médicaments.

volontaires est permise par le chapitre XX : codes des catégories X40 à X44 pour les premières, X60 à X64 pour les secondes, saisis en position de DAS¹².

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

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

Cette attitude est erronée : d'une part, le symptôme R40.– n'a pas à être choisi pour diagnostic principal alors que sa cause, l'intoxication, est diagnostiquée ; d'autre part, le contenu du GHM *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique* dans lequel classe le DP « coma » correspond à des affections dont la cause est ignorée. Ainsi, pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine de troubles de la conscience, le code exact est celui de l'intoxication par le produit (T42.–).

3.2 LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS

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

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

¹² On prendra garde que ces codes ont quatre caractères ; une note dans le volume 1 de la CIM, sous le titre des groupes X40-X49 (page 1168) et X60-X84 (page 1173), indique que les quatrièmes caractères sont donnés pages 1091-1095.

4. LES ANTÉCÉDENTS

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM-10 des catégories (Z80 à Z92) destinées au codage des antécédents.

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

Exemples :

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

Le problème que pose l'utilisation de ces catégories d'antécédents en général, et d'antécédents personnels en particulier, est celui de la définition du mot « antécédent ». **On retient la suivante : une affection ancienne qui n'existe plus et qui n'est pas cause de troubles résiduels¹³ au moment du séjour concerné par le recueil d'information.**

Le problème concerne surtout 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 n'est jamais le choix d'un codeur au vu d'informations du type « cancer datant de 3 ans » ou « cancer datant de 10 ans »¹⁴. Si un clinicien estime qu'un cancer « extirpé chirurgicalement dans sa totalité » est devenu un antécédent, il faut le coder avec la catégorie Z85 de la CIM. S'il considère, au contraire, qu'il est trop tôt pour parler d'antécédent, il faut l'enregistrer comme présent au moyen du code adapté du chapitre II de la CIM.

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

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

¹⁴ Nombre de codeurs se sont longtemps fondés 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.

5. LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

5.1 LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE

Par « interruption de grossesse » on entend :

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

5.1.1 Codage des IVG

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

5.1.2 Codage des IMG

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

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

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

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

Si la cause est une anomalie fœtale :

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

Si la cause de l'interruption est maternelle :

- DP : un code de la catégorie O98 ou O99 ; pas de DR ;
- DAS : on enregistre par convention un code de chacune des catégories O28 et Z37 ; si besoin, un code des chapitres I à XVII de la CIM précise le DP¹⁵ ;
- acte d'accouchement.

¹⁵ Voir dans le volume 1 de la CIM les notes figurant en tête des catégories O98 et O99.

5.2 LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

Les RUM produits pour les séjours dont suicide et tentative de suicide sont le motif mentionneront un DP codé avec le chapitre XIX de la CIM *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe*. Il n'y a donc pas de DR. On portera en position de DAS les éventuelles complications, conformément à la définition des DAS (point 3 du chapitre IV), ainsi qu'un code du groupe X60-X84 du chapitre XX de la CIM¹⁶ pour enregistrer le ou les moyens utilisés.

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

5.3 LES MALADIES PROFESSIONNELLES

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

5.4 LA VIOLENCE ROUTIÈRE¹⁷

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

5.4.1 La nature des lésions traumatiques

Elle sera codée en position de DP ou de DAS dans le respect de leur définition (chapitre IV). Elle sera codée avec le chapitre XIX de la CIM dont on emploiera autant que possible les codes commençant par la lettre S ; l'usage des codes des catégories T00 à T14 est fortement déconseillé en raison de leur imprécision ; il faut toujours préférer un codage détaillé des lésions au moyen des codes S¹⁸.

5.4.2 Les circonstances des lésions

Elles seront codées au moyen du chapitre XX de la CIM, spécialement de ses catégories V01 à V89. V89.2 comprenant « accident de la circulation sans autre indication », il peut être choisi pour coder la notion d'« accident de la voie publique » sans précision¹⁹.

¹⁶ **NB** : il s'agit de codes à quatre caractères. Une note dans la CIM, sous le titre du groupe (page 1173), indique que les quatrièmes caractères sont donnés pages 1091-1095.

¹⁷ Programme interministériel de lutte contre la violence routière : loi n° 2003-495 du 12 juin 2003.

¹⁸ L'usage des codes T00-T14 est en outre susceptible de conduire à une sousestimation des séjours par l'intermédiaire de leur classement en GHM.

¹⁹ On notera que tous les codes V01-V89 ont quatre caractères, indiqués au niveau des codes eux mêmes dans les catégories dont le troisième caractère est 9 (V09, V19, V29, etc.) et sous le titre du groupe (V01-V09 page 1105, V10-V19 page 1107, etc.) pour les autres.

5.4.3 Facteurs favorisant au moment de l'accident

D'éventuels facteurs favorisant **présents au moment de l'accident** (prise d'alcool, de drogues ou de médicaments,...) 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 (se reporter plus haut au point 3.2). L'importance d'une intoxication alcoolique peut être précisée avec les catégories Y90-Y91.

6. EMPLOI DES CATÉGORIES O80-O84 DU CHAPITRE XV DE LA CIM

On attire l'attention sur la note inscrite en tête du groupe *Accouchement* (O80-O84) de la CIM (volume 1 page 809) et sur les explications données page 124-125 du volume 2. Il en résulte que l'emploi des codes O81.0 à O84.9 comme DP du RUM est une erreur. Dans les cas correspondants, le code du DP doit être choisi parmi les autres codes du chapitre XV de la CIM. L'exemple 24 donné p. 125 du volume 2 de la CIM est une illustration claire de la consigne de codage. Si, du fait de l'arbre de décision de la catégorie majeure de diagnostic n° 14, son respect ou son non respect est sans conséquence en matière de groupage, c'est au titre de la qualité de l'information que la règle s'impose.

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

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

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

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

Par ailleurs, on constate une large utilisation des codes du chapitre XVI pour des nouveau-nés dont les autres caractéristiques du séjour ne permettent pas de penser qu'il s'agit d'un nouveau-né « à problème ». Il s'agit probablement, dans certains cas, d'une utilisation de type « documentaire ». Il est particulièrement important, compte tenu de l'arbre de

décision de la CMD 15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale*²⁰, que les codes retenus pour décrire un nouveau-né (et pas seulement son séjour) soient enregistrés correctement en respectant la définition des diagnostics associés significatifs (point 3 du chapitre IV). Cette observation s'applique également à l'ensemble des codes des autres chapitres de la CIM utilisés pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

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

La qualité de la hiérarchisation et du codage des diagnostics du résumé de séjour du PMSI en MCO²¹ nécessite une bonne connaissance du chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z) de la CIM-10.

Les codes Z peuvent et, souvent, **doivent** être utilisés dans le résumé de séjour du PMSI en MCO, tant comme diagnostic principal (DP) qu'associé significatif (DAS)²². En effet, leur emploi pour le codage du DP est, dans plusieurs situations, la condition d'une description juste des séjours. Par ailleurs, un classement correct en GHM peut dépendre de la présence de certains codes Z parmi les DAS du résumé de séjour.

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

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

Catégories Z00-Z02

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

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

La catégorie Z03 est celle des « suspicions non confirmées ». Elle est destinée au codage du DP de séjours motivés par l'éventualité, à l'admission, d'une maladie qui n'est pas confirmée à la sortie²³ ; il est recommandé de lire dans la CIM la note d'inclusion située sous son titre.

²⁰ Pour plus de détails, se reporter au manuel des GHM.

²¹ Médecine, chirurgie, obstétrique.

²² Se reporter au chapitre IV.

²³ Z32.0 est un autre code de *suspicion non confirmée*.

Si l'on se reporte aux règles de hiérarchisation de la morbidité dans le résumé de séjour, une alternative apparaît pour la détermination du DP²² : doit-on choisir le symptôme à l'origine de la suspicion ou utiliser un code de la catégorie Z03 ?

La règle générale est : le meilleur codage est celui qui utilise le code le plus précis. Lorsqu'une symptomatologie est présente, on préférera son code (chapitre XVIII de la CIM) à un code Z toutes les fois qu'il est plus précis. Les cas dans lesquels l'emploi de la catégorie Z03 est inévitable 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 contient le plus souvent des codes adéquats d'une meilleure précision. En revanche, Z03.6 *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées* peut être le code le plus adapté aux suspicions non confirmées d'absorption de produit toxique, notamment chez les enfants, lorsque la suspicion repose sur une déclaration et non sur une symptomatologie.

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

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

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

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

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

Catégories Z08 et Z09 - Examen de contrôle après traitement

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

Z08.2 et Z09.2 : l'intitulé de ces deux sous-catégories contient le mot « chimiothérapie » alors que seule Z08 concerne les tumeurs malignes ; on rappelle en effet que, dans la CIM, le mot *chimiothérapie* n'a pas le sens implicite de « chimiothérapie antitumorale » qui est le

sien dans le langage courant ; il a son sens premier de « traitement par des moyens chimiques »²⁴.

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

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

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

Catégories Z11 à Z13 - Examens spéciaux de dépistage

Le mot *dépistage* a dans la CIM le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les catégories Z11 à Z13 ne doivent donc pas être employées dans les cas de malades présentant un problème personnel. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un sujet par un antécédent personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA²⁵, par exemple). Dans ce cas c'est la raison des explorations qui doit être codée : selon le cas l'antécédent personnel ou familial (voir plus loin ce qui concerne les catégories Z80 à Z92), le facteur de risque, le signe clinique ou paraclinique.

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

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

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

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

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

Z21 est le code la séropositivité **isolée** au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Mais si la séropositivité s'associe à l'un des états classé dans les catégories B20 à B24 du chapitre I de la CIM, c'est un code de ces catégories qu'on emploiera et non plus Z21.

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

La catégorie Z29 comprend certaines mesures de prévention :

²⁴ C'est en ce sens qu'on a longtemps parlé de « chimiothérapie antituberculeuse ».

²⁵ *Prostate specific antigen* : antigène spécifique de la prostate.

- 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 malade est isolé pour être mis à l'abri de l'entourage ou pour mettre celui-ci à l'abri du malade ;
- Z29.1 ou Z29.2 peuvent être utilisés lors de tous les séjours motivés par l'administration d'une immunothérapie ou d'une chimiothérapie prophylactique, quel qu'en soit le motif (infectieux, tumoral...), mais à condition que le caractère prophylactique (ou préventif) soit explicite.

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

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

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

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

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

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

Dans le cas des hospitalisations de l'*ante partum*, la mention d'un code Z35.– comme DAS est indispensable à l'orientation correcte du RSS entre les groupes homogènes de malades de l'*ante partum* et du post-partum²⁶.

Catégorie Z37 : le cas échéant, la mention d'un de ses codes comme DAS est indispensable au classement du RSS dans un groupe homogène d'accouchement²⁶. Un code de cette catégorie doit donc être enregistré dans les RSS des séjours avec accouchement²⁷.

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

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

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

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

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

La catégorie Z41 comprend les soins « sans raison médicale », c'est-à-dire non motivés par un état morbide. Elle est notamment destinée aux séjours pour chirurgie esthétique (Z41.0, Z41.1) et *de confort* (Z41.80) . Dans le cadre du PMSI, on désigne par chirurgie esthétique toute intervention de chirurgie plastique non admise au remboursement par l'assurance maladie ; on désigne par chirurgie *de confort* toute intervention chirurgicale autre qu'à visée esthétique, non admise au remboursement par l'assurance maladie.

La catégorie Z42 comprend les prises en charge pour des interventions chirurgicales plastiques réparatrices, nécessitées par les conséquences d'une intervention antérieure 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 distincts²⁸ :

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

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

Exemples : séjour pour...

²⁸ Voir le chapitre IV, guide des situations cliniques, point 2.2.2.2.

- 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 responsable de l'information médicale ou au codeur de trancher entre chirurgie esthétique et autre chirurgie plastique, ni de décider si une chirurgie est *de confort* ou non. Il s'agit d'un diagnostic qui est de la compétence du médecin qui a opéré le malade, en cohérence avec la prise en charge par l'assurance maladie.

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

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

Z45.1 et Z45.2 comprennent les prises en charge pour mise en place et ablation de pompe à perfusion et de dispositif d'accès vasculaire ; notamment, Z45.2 est le code du DP des séjours **pour mise en place, entretien ou ablation** d'une chambre implantable²⁹. Le DP des séjours pour mise en place d'une fistule de dialyse rénale sera codé Z49.0 et non Z45.2 (voir ci-dessous le commentaire à propos de la catégorie Z49).

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

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

Z47.0 doit notamment être utilisé pour coder le DP des séjours pour ablation de matériel d'ostéosynthèse ; il ne faut pas, au terme de ces séjours, coder à nouveau la lésion osseuse initiale guérie ou consolidée, ni comme DP, ni comme DR, ni comme DAS : elle ne peut figurer dans le résumé de séjour que comme une donnée associée documentaire³⁰.

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

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

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

³⁰ Se reporter à la partie du chapitre IV traitant des diagnostics associés.

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges motivées par des actes thérapeutiques (radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine...) ; son utilisation pour le codage du DP est la condition d'un enregistrement juste des séances³¹.

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

Z51.2 peut être employé pour tous les autres séjours pour « chimiothérapie », dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur³².

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

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

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

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

Exemples :

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

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

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

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

³¹ Chapitre IV, guide des situations cliniques, situation 2.2.2.2, et chapitre VI.

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

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

Au regard de la note figurant dans la CIM à la première page du chapitre XXI, elles correspondent à la fois à l'alinéa (a) : « Quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé..., par exemple, pour... discuter d'un problème qui ne représente pas en soi une maladie ou un traumatisme », et à l'alinéa (b) : « ...des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme. De tels facteurs peuvent... être enregistrés comme facteur supplémentaire... ».

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

Catégories Z80 à Z92 - Antécédents personnels et familiaux

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

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

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

Le codage du DP utilise le code Z85.0.

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

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

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

Catégories Z93-Z98

Elles sont destinées au codage d'états postchirurgicaux qui ne nécessitent pas de soins de la part de l'équipe soignante : elles permettent d'enregistrer une « présence » (de stomie, de cristallin artificiel...) et s'opposent aux catégories Z43 à Z46 qui doivent être employées lorsque les mêmes états nécessitent des soins (comparer Z43 avec Z93 ; Z44, Z45 et Z46 avec Z96 et Z97). En conséquence, il est illogique d'utiliser la plupart des codes des catégories Z93-Z98 pour coder le DP ou les DAS³⁴.

Exemples :

- malade porteur d'une trachéostomie, hospitalisé pour des soins de celle-ci : le code du DP est Z43.0 ;
- malade porteur d'une trachéostomie, hospitalisé pour un autre problème (une autre affection) ; le personnel soignant assure les soins de la stomie : ils justifient d'enregistrer Z43.0 comme DAS ;

³⁴ Se reporter à leur définition dans le chapitre IV.

- même malade mais il assure lui-même les soins de sa stomie : l'absence de soins impose Z93.0, qui ne peut être enregistré que comme une donnée associée documentaire.

Ou encore :

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

Dans le cadre du recueil d'informations pour le PMSI les catégories Z94 et Z95 doivent être distinguées. En effet, en l'absence de rubriques correspondantes dans le groupe Z43-Z46 (hors Z45.0), elles doivent être employées pour coder le DP des situations de *surveillance négative*³⁵ des porteurs d'organes greffés (Z94), de pontages coronaires, valves cardiaques et greffes cardiovasculaires (Z95).

Exemples :

- malade porteur d'un cœur transplanté, hospitalisé pour bilan postgreffe ; aucune anomalie n'est constatée ; le DP du séjour est codé Z94.1³⁶ ;
- malade porteur d'un pontage coronaire hospitalisé pour bilan ; aucune anomalie n'est constatée : le DP du séjour est codé Z95.1.

³⁵ Chapitre IV, guide des situations cliniques, situation 2.2.3.1.

³⁶ Un rejet, en revanche, devrait être codé T86.2.

VI. LES SÉANCES

1. DÉFINITION

Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé – « venue pour séance » – d’une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l’un des motifs thérapeutiques suivants à l’exclusion de tout autre : **épuration extrarénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie** (préparation et irradiation), **transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare**. Seules les séances répondant à ces critères peuvent donner lieu à la mention d’un chiffre supérieur à zéro au titre de l’item « nombre de séances » du RSS¹.

Il est laissé au choix des unités médicales :

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

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

La durée maximum couverte par un RSS-séances est dictée par l’obligation de transmission des fichiers de RSA à l’agence régionale de l’hospitalisation².

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

- si le malade est hospitalisé en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), (autrement dit, si les unités d’hospitalisation et de réalisation de la séance appartiennent toutes deux au secteur MCO de l’établissement) il ne peut être produit de RSS-séance et, si un RSS-séances avait été créé préalablement à l’hospitalisation, il doit être suspendu ; 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 (code et nombre de

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

² Arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par l’arrêté du 28 février 2006) relatif au recueil et au traitement des données d’activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique... Il établit une périodicité de transmission égale au trimestre civil.

réalisations) dans le RSS d'hospitalisation à temps complet, la zone « nombre de séances » étant laissée vide ou égale à 0³ ;

- si le malade est hospitalisé en soins de suite ou de réadaptation (SSR), en psychiatrie ou en soins de longue durée dans le même établissement, l'unité de MCO qui réalise les séances produit un RSS-séance ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi.

Pour des séances effectuées au bénéfice de malades hospitalisés dans un autre établissement, on se reportera aux consignes concernant les prestations interétablissements (Chapitre I, point 3).

On ne confondra pas la séance telle quelle vient d'être définie, avec les *actes en séances*. À une date donnée, il ne peut être réalisé qu'une séance au sens du PMSI (comme de la gestion administrative des malades). En revanche, au cours de celle-ci, plusieurs actes médicotecniques *en séances* peuvent être effectués. Dans ce cas, l'enregistrement voit le décompte d'une séance au titre de l'item *Nombre de séances* et le codage des différents actes réalisés ou, si c'est le même acte qui a été réalisé plusieurs fois, par l'association à son code du nombre de réalisations.

On rappelle qu'on ne peut comptabiliser plusieurs séances dans un même RSS (« RSS-séances ») que si toutes ont été identiques, notamment au regard du ou des actes effectués.

2. SÉANCES DE DIALYSE RÉNALE

La réalisation d'une séance de dialyse rénale effectuée dans un établissement de santé soumis au recueil d'information du PMSI en MCO, donne lieu à la production ou à la poursuite d'un RSS-séance(s)⁴, qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Le codage du diagnostic principal (DP) des séances de dialyse rénale n'utilise que les codes Z49.1 et Z49.2 de la classification internationale des maladies (CIM-10) et leurs extensions Z49.20 et Z49.21⁵.

3. SÉANCES DE CHIMIOTHÉRAPIE POUR TUMEUR

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

Le codage du DP des séances de chimiothérapie pour tumeur utilise le code Z51.1 de la CIM-10 et lui seul, quels que soient les produits administrés : antitumoraux, antiémétiques,

³ En ce qui concerne la chimiothérapie, on rappelle que les médicaments onéreux sont payés en sus du séjour.

⁴ Par « poursuite d'un RSS-séances » on désigne l'incrémentation de l'item « nombre de séances » du nombre de séances effectuées.

⁵ Créées avec la version 10 de la classification des GHM.

correcteurs de l'hypercalcémie...⁶. Le mot *chimiothérapie* a en effet dans la CIM son sens premier de « traitement par des moyens chimiques ».

4. L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE

Les consignes qui suivent concernent l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire. Pour toutes les irradiations nécessitant une hospitalisation, les règles de production du résumé de séjour sont identiques à celles des autres séjours hospitaliers. Elles ne concernent pas les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* de l'article 1162-22-6 du code de la sécurité sociale à but lucratif. Pour ces établissements en effet, l'activité de radiothérapie délivrée en soins externes, du fait de son mode de facturation, est actuellement hors du champ du PMSI⁷.

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

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

4.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE PRÉPARATION

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

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

Cas particuliers :

- les cas de reprise de préparation sont à traiter de façon identique : le RSP doit résumer l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un malade donné ; dans les cas de reprise, il comportera donc les actes de première préparation, ainsi que ceux de la seconde (voire troisième) préparation⁸, dans le respect des règles d'emploi de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

⁶ Voir dans le chapitre V (point 8) ce qui concerne le code Z51.1.

⁷ L'extension de la production de résumés pour la radiothérapie ambulatoire à ces établissements est envisagée.

⁸ Sur le plan de la prise en compte de ces reprises de préparation il est à noter que, lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui détermine le GHM d'affectation. Par ailleurs, par construction du modèle de

- dans le cas d'une radiothérapie réalisée en hospitalisation, un RSS est produit selon les règles habituelles pour traduire la séquence d'irradiation ; un RSP sera en outre élaboré, à condition que cette préparation ait eu lieu en un temps différent de celui de l'hospitalisation ;
- dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu dans le même temps d'hospitalisation, on ne réalisera pas de résumé standardisé de préparation. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient portés sur le RSS d'hospitalisation⁹.

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

- 3) Le DP est codé Z51.00¹⁰ *séance de préparation à une irradiation*.
- 4) On porte le code de la tumeur en position de diagnostic relié.
- 5) Par convention encore, on renseignera l'item « nombre de séances » du RSS en y portant un chiffre égal ou supérieur à 1. L'effet de cette consigne est de rattacher les résumés standardisés de préparation à la catégorie majeure n° 24 de la classification des groupes homogènes de malades (GHM).
- 6) Les actes portés sur le RSP sont les actes de préparation à une irradiation, codés au moyen de la classification des actes.

4.2 LE RSS-SÉANCE(S) D'IRRADIATION

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

On rappelle qu'il est admis :

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

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

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

l'étude nationale des coûts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tient compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations d'irradiation comportent un temps de reprise.

⁹ La mention de ces actes sur le RSS d'hospitalisation peut permettre d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler par exemple les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation.

¹⁰ Code Z51.0 de la CIM étendu pour la circonstance depuis la version 6 de la classification des GHM.

1) Cas n° 1 – un RSS est produit pour chaque séance :

- la date d'entrée est égale à la date de sortie et à la date de réalisation de la séance ;
- l'item « nombre de séances » est renseigné et égal à 1 ;
- le DP est codé Z51.01 « *séance d'irradiation* »¹⁰ ;
- la tumeur traitée est enregistrée comme diagnostic relié ;
- l'acte codé est l'acte d'irradiation réalisé au cours de la séance.

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

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

Un cas particulier est rencontré lorsque deux actes d'irradiation, voire davantage, sont réalisés dans la même journée¹¹. Deux situations doivent être envisagées.

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

Cette situation se rencontre notamment dans les circonstances suivantes :

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

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

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

¹¹ Pour mémoire, le cas le plus fréquent est toutefois, de loin, celui de l'acte d'irradiation unique dans la journée : un seul acte d'irradiation est réalisé, au cours d'une même venue dans l'unité de radiothérapie.

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

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

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

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

5. LA TRANSFUSION SANGUINE EN SÉANCES

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

Le codage du DP des séances de transfusion sanguine utilise le code Z51.3 de la CIM-10 et lui seul. On rappelle¹² que l'indication « sans mention de diagnostic » contenue dans son intitulé ne tient qu'à la « philosophie » générale du chapitre XXI de la CIM-10 ; elle est sans conséquence pour le codage des séances de transfusion sanguine et ne dispense pas de coder la maladie motivant la transfusion comme diagnostic relié, dès lors qu'elle respecte sa définition.

6. L'OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE

Une venue pour séance d'oxygénothérapie hyperbare (couramment dite « 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 des séances d'oxygénothérapie hyperbare utilise le code Z51.80¹³ et lui seul.

¹² Voir dans le chapitre V (point 8) ce qui concerne le code Z51.3.

¹³ Code Z51.8 de la CIM étendu pour la circonstance pour la version 10 de la classification des GHM.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès	
de paroi	47
sous-phrénique	47
Ablation de matériel d'ostéosynthèse	31, 60
Accident	
de la route	53
dû à médicament	49
du travail	53
Accouchement	58
Acte	11, 43
classant	43
classification commune	11, 42
codage	11
complication d'–	45
de prélèvement d'organe	43
de suppléance vitale (réanimation)	43
effectué aux urgences	5, 12
en séance	65
nombre dans le résumé du séjour	12
phase	11
réalisé à titre externe	4, 5
réalisé dans un autre établissement	9, 10, 12, 15
reclassant (dans un groupe « médical	39
sans relation avec le diagnostic principal	39
transfert pour réalisation d'un –	9, 10, 12, 15
Acutisation (d'une maladie)	37
Affection intercurrente	38
Affections multiples	24, 38
AGRAF (logiciel)	22
Anonymat des soins	7
<i>Ante partum</i>	58
Antécédent	51, 62
de cancer	51
<i>Astérisque</i> (code)	28, 32, 33, 41
Attente de placement	62
Avortement	<i>Voir Interruption de grossesse</i>

B

Bilan	28
d'un cancer	28, 35
postgreffe	63
préopératoire	56

C

Caisson	<i>Voir Oxygénothérapie hyperbare</i>
Cancer	
antécédent	51
antécédent familial	34
bilan	28, 35
stadification TNM	28
CCAM	<i>Voir Classification commune des actes médicaux</i>
Chainage anonyme	19
Chambre implantable	31, 60

Chimio prophylaxie	58
Chimiothérapie	32, 56, 61, 65
prophylactique	58
Chirurgie	
<i>de confort</i>	30, 59
esthétique	30, 59
plastique réparatrice	30, 59
Cicatrice, réparation de –	59
CIM, CIM-10	<i>Voir Classification internationale des maladies</i>
Classification commune des actes médicaux	11, 42
Classification internationale des maladies	11, 24, 44
affections multiples	24
catégorie	24
chapitre XX	25, 47, 49, 50, 53
chapitre XXI	55
chapitre XXII	24
sous-catégorie	24
table analytique	24
Classification TNM	28
CMA	<i>Voir Complication ou morbidité associée</i>
Code	
à 3 caractères (CIM)	24
à 4 caractères (CIM)	24
<i>astérisque</i> (CIM)	28, 32, 33, 41
d'acte	11
<i>dague</i> (CIM)	28, 32, 33, 41
de manifestation (CIM)	28, 32, 41
étendu (CIM)	11, 24
étiologique (CIM)	28, 32, 41
postal du lieu de résidence	6
V, W, X, Y (CIM)	25, 47, 49, 50, 53
Z (CIM)	55
Colostomie (fermeture)	31, 60
Coma	50
Complication	
d'acte	45
de maladie	37
complication ou morbidité associée	42
<i>Confort</i> , chirurgie de –	30, 59
Conservation des fichiers	23
Consultation externe	4, 5
Continuité intestinale, rétablissement	31, 60
Contrôle (qualité des informations)	2
Curiethérapie	31

D

DAD	<i>Voir Donnée associée documentaire</i>
<i>Dague</i> (code)	28, 32, 33, 41
DAS	<i>Voir Diagnostic associé, significatif</i>
Date de naissance	6
Date de sortie	10
Date d'entrée	8
Décès	3

Dépistage	29, 57
Destination	10
Diagnostic, situation clinique de –	27
Diagnostic associé	40
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i>	41
documentaire <i>Voir</i> Donnée associée documentaire	
et diagnostic relié	27, 42
résultat anormal d'examen	41
séquelle	45
significatif	11, 40
symptôme	41
Diagnostic principal	11, 25
affections multiples	38
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i>	28, 29, 34, 37, 38
codes V, W, X, Y	25
du RSS	25
du RUM	25
polypathologie	38
sans relation avec les actes	39
symptôme	28
Diagnostic relié	11, 26
codes <i>dague</i> et <i>astérisque</i>	32, 33
et diagnostic associé	27, 42
Dialyse rénale	4, 32, 60, 65
Donnée associée documentaire	11, 40
Double J (sonde)	31
DP	<i>Voir</i> Diagnostic principal

E

Effet nocif de médicament	49
Effet secondaire [indésirable] de médicament	50
Entrée (date, mode)	8
e-PMSI	19, 22
Épuration extrarénale	4, 32, 60, 65
Esthétique (chirurgie)	30, 59
État permanent	26, 27
Étiologie (codage de l'–)	28, 32, 41
Événement (pathologique) intercurrent	38
Examen, résultat anormal	27, 41
Extension de code	11, 24
Externe (acte, consultation, soins)	4, 5

F

Fermeture de colostomie	31, 60
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), numéro	7
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN)	20

G

Genrsa (module logiciel)	13
Greffe (d'organe), bilan post–	63
Grossesse	58
à risque	58
interruption	3, 52
normale	58
Groupe	
901	39
90C01Z	39
erreur	39

H

Hébergement (dans une unité médicale)	7
Hémodialyse	4, 32, 60, 65
Hospitalisation à domicile	4, 9

I

Identifiant anonyme (chaînage) <i>Voir</i> Numéro anonyme de chaînage	
IGS (II)	<i>Voir</i> Indice de gravité simplifié
Immunothérapie	58
Indice de gravité simplifié	12
Infection nosocomiale	46, 49
Inflammatoire (syndrome)	28
Intercurrente (affection)	38
Interruption de grossesse	3, 52
Intoxication médicamenteuse	49
Irradiation	<i>Voir</i> Radiothérapie
Isolement d'un patient	58

J

JJ, sonde	31
-----------------	----

L

Luxation de prothèse articulaire	46
--	----

M

MAGIC (logiciel)	21
Maladie chronique ou de longue durée	36
Maladie professionnelle	53
Manifestation (codage de la –)	28, 32, 41
Matériel d'ostéosynthèse, ablation	31, 60
Médicament	
accident	49
effet nocif	49
effet secondaire [indésirable]	50
suicide et tentative	49
surdosage	50
Médicosocial (hébergement)	10
Mode de sortie	10
Mode d'entrée	8
nouveau-né	3, 9
Mono-unité (séjour –)	13
Morbidité principale	25
Mort-né	5
Multiunité (séjour –)	13
Mutation	8, 10
Myopie (traitement chirurgical)	30

N

Naissance, salle de (transfert depuis la –)	3
Nosocomial, facteur	46, 49
Nouveau-né	3, 54, 59
mode d'entrée	3, 9
poids	12
transfert depuis la salle de naissance	3
Numéro	
anonyme de chaînage	19
d'unité médicale	7
du résumé de sortie standardisé	6
Finess	7

O

Organe, prélèvement	43
Ostéosynthèse (matériel), ablation	31, 60
Oxygénothérapie hyperbare	32, 69

P

<i>Pacemaker</i>	31, 63
Palliatifs (soins)	31
Passage machine (radiothérapie)	68
Permission	11
Phase d'un acte	11
Placement, attente de –	62
Plastique (chirurgie)	30, 59
Poids du nouveau-né	12
Polypathologie	38
Pontage artériel, thrombose	47
POP-MCO (logiciel)	21
<i>Port-a-cath</i>	31, 60
Porteur sain	57
Poussée aigüe (d'une maladie)	37
Prélèvement d'organe	43
Prestation interétablissement	9, 10, 12, 15
Priorité de santé publique	52
Prothèse	
articulaire, luxation	46
mammaire	30, 31
Provenance	9

Q

Qualité des informations	14
contrôle	2

R

Radiothérapie	4, 32, 66
curiethérapie	31
irradiation	67
passage machine	68
résumé standardisé de préparation	6, 66
traitement fractionné	69
Réanimation	
acte de suppléance vitale	43
indice de gravité simplifié (IGS II)	12
Réparatrice (chirurgie plastique –)	30, 59
Résidence, code du lieu de –	6
Résultat anormal d'examen	27, 41
Résumé de sortie anonyme	1, 13
Résumé de sortie standardisé	1, 13
conservation des fichiers	23
diagnostic principal du –	25
multiunité	13, 25
numéro	6
RSS-séance(s)	64, 65
Résumé d'unité médicale	1, 6
diagnostic principal du –	25
Résumé standardisé de facturation	17
Résumé standardisé de préparation	6, 66
Rétablissement de la continuité (intestinale)	31, 60
Rhinoplastie	30, 31
RSA	<i>Voir</i> Résumé de sortie anonyme
RSF	<i>Voir</i> Résumé standardisé de facturation
RSP	<i>Voir</i> Résumé standardisé de préparation
RSS	<i>Voir</i> Résumé de sortie standardisé

RUM	<i>Voir</i> Résumé d'unité médicale
-----------	-------------------------------------

S

Salle de naissance, de travail (transfert depuis la –)	3
Santé publique, priorité	52
Séance	4, 11, 32, 64
acte en séances	65
RSS-séance(s)	64, 65
Sein (prothèse)	30, 31
Séjour	
mono-unité	13
multiunité	13
diagnostic principal	25
Séquelle	44
diagnostic associé	45
Séropositivité au VIH	57
Sexe	6
Situation clinique	
de surveillance	33
Situation clinique	
de diagnostic	27
de traitement	29
Soins externes	4, 5
Soins intensifs	12
Soins palliatifs	31
Sonde double J	31
Sortie	
contre avis médical	61
date, mode	10
Stadification TNM (d'un cancer)	28
Stimulateur cardiaque	31, 63
Stomie, codage	60, 62
Suicide et tentative	49, 53
Suppléance vitale, acte de –	43
Surdosage médicamenteux	50
Surveillance	33
situation clinique de –	33
négative	33, 36, 56, 63
positive	34, 36
postgreffe	63
postopératoire	60
Surveillance continue	12
Suspicion non confirmée	29, 55
Symptôme	27
et diagnostic associé	41
et diagnostic principal	28
Syndrome inflammatoire	28

T

Tentative de suicide	49, 53
Thrombose de pontage artériel	47
TNM (classification)	28
Trachéostomie	62
Traitement	29
situation clinique de –	29, 40
(ré)équilibration	36
adaptation	36
fractionné (radiothérapie)	69
mise en route	36
répétitif [itératif]	32
Transfert	8
depuis la salle de naissance	3
pour réalisation d'un acte	9, 10, 12, 15
Transfusion sanguine	32, 69
Travail, accident, maladie du –	53

Travail, salle de (transfert depuis la -)	3
Type d'activité	4

U

Unité médicale	1, 25
hébergement	7
numéro	7

type d'autorisation	7
Urgences	5, 9
acte effectué aux -	5, 12
diagnostic fait aux -	5

V

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	57
---	----

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

A	J46..... 37
A41.2..... 46	J95.1..... 47, 49
B	J95.8..... 48
B22.2..... 32	K
B90.1..... 45	K08.8..... 47
B90-B94..... 44	K25.3..... 48
B91..... 45	K65.0..... 47, 49
B95.6..... 49	K91.8..... 48
B95.8..... 49	L
B95-B97..... 49	L02.2..... 47, 49
B96.2..... 49	L91.0..... 60
C	M
C54..... 32	M32.1..... 34
C61..... 31	M95.0..... 30
E	N
E05.5..... 37	N30.0..... 49
E64..... 44	N62..... 30
E65..... 30	N64.2..... 30
E68..... 44	N97.1..... 45
G	O
G09..... 44	O03-O06..... 47
G40.3..... 45	O04..... 52
G41..... 37	O08..... 47
G83.1..... 45	O28..... 52
H	O29..... 47
H52.1..... 30	O35..... 52
I	O74..... 47
I2148	O80-O84..... 54
I33.0..... 47	O86.0..... 47, 49
I6944	O94..... 44
I69.3..... 45	O97..... 44
I74.3..... 47	O98-O99..... 52
I80.8..... 46	P
I97.2..... 47	P00-P04..... 54
I97.8..... 48	P03.4..... 54
J	R
J18.9..... 48	R40..... 50
J34.2..... 30, 31, 60	R78..... 54, 56

T

T00-T14	53
T80-T88	45, 46, 47, 48
T80.0	46
T80.1	45
T80.2	46
T80.5	46
T81.0	45
T81.3	49
T81.4	45, 46, 47
T82.0-T82.5	46
T82.1	46
T82.6	47
T83.0-T83.4	46
T83.5, T83.6	46
T84.0	46
T84.0-T84.4	46
T84.5-T84.7	46
T84.8	45
T85.0-T85.6	46
T87.3	46
T88.0-T88.1	46
T88.7	46
T90.5	45
T90-T98	44

U

U04.9	25
U80-U89	25

V

V01-V89	53
V89.2	53

X

X40-X44	50
X60-X64	50
X60-X84	53

Y

Y40-Y59	50
Y59	54
Y60.4	49
Y64.0	46
Y83	48, 49
Y83.1	47
Y83.6	47, 49
Y83.8	49
Y84.8	46
Y85.0	45
Y85-Y89	44, 45
Y90-Y91	54
Y95	46, 49
Y96	53

Z

Z00-Z02	55
Z03	55
Z04	56
Z08.2	35
Z08-Z09	56
Z10	57
Z11-Z13	29, 57
Z20-Z29	57
Z21	57
Z22	57
Z29	57
Z30-Z39	58
Z33	58
Z34, Z35	58
Z35	41
Z36	29
Z37	5, 52, 58
Z38.0	3, 59
Z3è	41
Z40	31
Z40-Z54	59
Z41.0, Z41.1	30, 59
Z41.80	30
Z42	30, 59
Z42.1	31
Z43.0	62
Z43.3	31, 60
Z43-Z46 comparé à Z93-Z98	62
Z45.0	31, 63
Z45.2	31, 60
Z47.0	31, 60
Z48	60
Z49	60
Z49.1	65
Z49.2, Z49.20	65
Z51	61
Z51.00	67
Z51.01	31, 68
Z51.1	32, 61, 65
Z51.2	32, 61
Z51.3	32, 61, 69
Z51.5	31, 32
Z51.80	69
Z53	61
Z55-Z76	61
Z64.0	52
Z75.1	62
Z75.80	15
Z80-Z92	51, 62
Z85	35, 51
Z85.0	62
Z86.1	51
Z86.7	51
Z90.1	31
Z92.1, Z92.2	62
Z93.0	63
Z93-Z98	62
Z93-Z98 comparé à Z43-Z46	62
Z94-Z95	63
Z95.0	63