

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
DE PRODUCTION
DES RECUEILS D'INFORMATIONS
STANDARDISÉS
DE L'HOSPITALISATION
À DOMICILE

Bulletin officiel
N° 2014/7 bis
Fascicule spécial

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
DE PRODUCTION
DES RECUEILS D'INFORMATIONS
STANDARDISÉS
DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Date de publication : juillet 2014

Directeur de la publication : François Carayon; directeur de la direction des finances, des achats et des services
Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation :  – Bureau de la politique documentaire
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, tél. : 01-40-56-45-44

PRÉAMBULE

Ce guide, applicable à partir du 1^{er} mars 2014, est l'annexe de [l'arrêté du 08 janvier 2014](#) modifié par [l'arrêté du 07 mai 2014](#) modifiant [l'arrêté du 31 décembre 2004](#) modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace la version précédente (*Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, Bulletin officiel spécial n°2013/7 bis*).

Les principales modifications apportées sont synthétisées ci-dessous.

La démarche initiée en 2012 de médicalisation du recueil d'information PMSI HAD et impliquant une caractérisation plus détaillée des diagnostics du patient est poursuivie en 2014. Le mode de recueil n°1 des diagnostics est abandonné au profit du mode de recueil n°2 qui devient obligatoire.

A compter du 1^{er} mars 2014, il convient de coder les variables diagnostiques suivantes :

- Le diagnostic principal (DP) est l'affection ou problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe. Il s'agit donc de l'individualisation du 1er DCMPP. La saisie de cette donnée est obligatoire ;
- le/les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP) : il s'agit du ou des autres affections(s) ou problème(s) de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD en lien avec le mode de prise en charge principal.
- le/les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA) : il s'agit du ou des affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui justifie(nt) ce mode de prise en charge. Lorsqu'un mode de prise en charge différent de MPA 00 (Pas de mode de prise en charge associé) est déclaré, la saisie d'au moins un DCMPA est obligatoire ;
- le/les autres diagnostics associés (DA) : il s'agit des autres affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) pris en charge par l'équipe d'HAD mais qui ne sont pas directement liés aux modes de prise en charge principal et associé déclarés. En effet, en cas de lien avec le mode de prise en charge principal ou associé, les diagnostics doivent être déclarés en DCMPP ou DCMPA.

Les conditions d'intervention et de financement des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médicosociaux avec hébergement sont précisées. Différents aspects de la circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 sont ainsi rappelés.

Les évolutions (OMS et ATIH) de la CIM-10 pour l'année 2014 sont explicitées.

Le format du **fichier VIDHOSP** évolue.

Le coefficient de pondération du MPP 05 a été modifié en 2014 du fait de la réintégration ciblée des molécules onéreuses de chimiothérapie.

Nous attirons votre attention dans l'Appendice F sur la **disparition programmée du mode de prise en charge n°20 « Retour précoce à domicile après accouchement » au 1er mars 2015** ainsi que sur la nécessité du respect des indications du mode de prise en charge n°21 « *Post-partum* pathologique »

II

Des informations complémentaires sont disponibles dans les appendices du guide mais aussi :

1. sur le site internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH) :
 - cf. [Notice technique PMSI 2014 tous champs d'activité](#) parue le 13/12/2013 p.7 ;
 - cf. [Formats PMSI HAD 2014](#) parus le 02/12/2013 décrivant les formats prévus pour tous les recueils 2014 du PMSI en HAD ;
 - cf. [Manuel PAPRICA](#) mis à jour régulièrement ;
2. dans le [Guide de lecture et de codage](#) de la [Classification commune des actes médicaux](#) (CCAM) ;
3. dans les trois volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, édition 2008 (CIM-10) ; OMS éd.

Il est en outre conseillé de se reporter en tant que de besoin aux textes officiels cités dans ce guide : code de la santé publique (CSP), code de la sécurité sociale (CSS), code de l'action sociale et des familles (CASF)¹, autres textes législatifs et réglementaires (lois, décrets, arrêtés, circulaires et instructions) disponibles sur le site de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) ou celui du [Ministère des Affaires sociales et de la Santé](#).

¹ Les contenus des codes sont accessibles via le site Légifrance, service public de la diffusion du droit par l'internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE	1
1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS	1
1.1 CHAMP DU RECUEIL	1
1.2 POUR CHAQUE SÉJOUR, DES RÉSUMÉS PAR SOUS-SÉQUENCE	1
1.2.1 Le séjour en HAD	2
1.2.2 La séquence	3
1.2.3 La sous-séquence	3
2. CONTENU DU RECUEIL DES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES	4
2.1 LES INFORMATIONS DU RÉSUMÉ PAR SOUS-SÉQUENCE	4
2.1.1 Informations relatives à l'établissement de santé	4
2.1.2 Informations relatives à l'identification du séjour, du patient et à ses mouvements	5
2.1.2.1 Identification du séjour dans les établissements de santé visés aux <i>a</i> , <i>b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale	5
2.1.2.2 Identification du séjour dans les établissements de santé visés aux <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale	5
2.1.2.3 Identification du patient et des mouvements	6
2.1.3 Informations identifiant la séquence au sein du séjour	9
2.1.4 Informations décrivant l'état de santé du patient au cours de la séquence	10
2.1.4.1 Modes de prise en charge	10
2.1.4.2 Etat de santé et niveau de dépendance du patient	12
2.1.4.3 Diagnostics	12
2.1.5 Informations relatives au recueil	15
2.1.6 Informations identifiant la sous-séquence	15
2.2 GROUPAGE DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE	17
2.3 LE RÉSUMÉ ANONYME PAR SOUSSÉQUENCE	17
2.4 LE FICHER COMPLÉMENTAIRE DES CONVENTIONS ESHAD-ESMS	18
2.5 FORMATS	19
II. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^E RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES	20
1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM-10	20
2. DIRECTIVES PROPRES AU CODAGE DU POLYHANDICAP LOURD ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX	21
2.1 LE POLYHANDICAP LOURD	21
2.2 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX	21
2.2.1 Types d'accidents	21
2.2.2 Manifestations cliniques des AVC	22
2.2.3 Étiologies, séquelles, antécédents d'AVC	22
2.2.4 Description de situations d'AVC	23
III. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE	26
1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>d</i> ET <i>e</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	26
1.1 LE FICHER DES RSF	26
1.2 LE RECUEIL FICHCOMP	27
2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>a</i> , <i>b</i> ET <i>c</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	28
2.1 LE FICHER VID-HOSP	28

2.2	LE RECUEIL FICHCOMP	29
IV. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS		
30		
1.	TRANSMISSION DES INFORMATIONS	30
2.	PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME.....	30
3.	PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME	31
3.1	ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>a, b</i> ET <i>c</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	31
3.1.1	Création du numéro anonyme du patient	31
3.1.2	Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation	32
3.1.3	Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation	32
3.2	ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX <i>d</i> ET <i>e</i> DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS	32
3.3	TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME e-PMSI.....	33
4.	CONFIDENTIALITÉ	33
5.	QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS	33
6.	CONSERVATION DES FICHIERS	34
V. APPENDICES.....		
35		
Appendice A – Modalités de tarification de l'activité en HAD ; interventions de l'HAD dans les ES/ESMS		
36		
Appendice B – Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky		
40		
Appendice C – Caractéristiques des groupes homogènes de prise en charge.....		
42		
Appendice D – Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge.....		
43		
Appendice E – Échelle des groupes homogènes de tarifs (GHT).....		
44		
Appendice F – Modes de prise en charge, tableaux croisés, exemples de codage des MP en pédiatrie, récapitulatif des intitulés et des positions d'enregistrement des modes de prise en charge		
45		
Appendice G – Indice de Karnofsky		
95		
Appendice H – Codes étendus de la CIM-10 ; définitions et codage de certains états morbides		
96		
Appendice I – Cotation de la dépendance selon la grille PMSI des activités de la vie quotidienne		
116		
Appendice J – Fonction groupage HAD		
124		
Appendice K – Liste des abréviations		
126		
VI. INDEX ALPHABÉTIQUE		
128		

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE

L'article [R6121-4-1](#) du code de la santé publique précise le cadre d'exercice des établissements d'hospitalisation à domicile mentionnés à l'article [L. 6125-2](#). Ces établissements de santé permettent d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent aussi intervenir dans un établissement social ou médico-social avec hébergement ainsi que dans les structures expérimentales avec hébergement relevant de l'article [L. 162-31](#) du code de la sécurité sociale.

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de l'HAD publique et privée repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le *résumé par sous-séquence* (RPSS), et sur le traitement méthodique de ces données d'activité hospitalière.

Tout séjour d'un patient en HAD doit donner lieu à la production d'un ou de plusieurs RPSS dont le format est spécifié par l'ATIH (*cf.* [Formats PMSI HAD 2014](#)).

L'anonymisation du RPSS est à l'origine du *résumé anonyme par sous-séquence* (RAPSS) qui est transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement de santé HAD.

À ces résumés de l'information administrative et médicale s'ajoutent des recueils d'informations relatifs à la facturation de l'activité : *résumés standardisés de facturation* (RSF), transmis par l'établissement de santé HAD à l'ARS après anonymisation sous la forme de *résumés standardisés de facturation anonymes* (RSFA).

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu du RPSS et du RAPSS.

1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1 CHAMP DU RECUEIL

Il est celui de la structure ou établissement de santé d'hospitalisation à domicile (ESHAD) qui détient l'autorisation, identifiée par son numéro dans le [Fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS).

1.2 POUR CHAQUE SÉJOUR, DES RÉSUMÉS PAR SOUS-SÉQUENCE

Les notions de séquence et sous-séquence sont définies *infra*, dans les points 1.2.2 et 1.2.3.

La production de **résumés par sous-séquence** (RPSS) est obligatoire pour tous les patients pris en charge dans des places autorisées d'HAD. Le RPSS est composé

d'informations démographiques et relatives à la prise en charge administrative et médicale du patient.

Il comporte des informations relatives :

1. au **séjour** : caractéristiques sociodémographiques du patient et éléments de sa prise en charge administrative par l'établissement de santé ;
2. à la **séquence** : informations médicales précisant les diagnostics, l'état de santé global du patient et son niveau de dépendance, les modalités de sa prise en charge ; ces informations sont susceptibles d'évolution au cours du séjour ;
3. à la **sous-séquence**, autorisant un découpage temporel d'une séquence de soins pour la facturation suivant les modalités de la tarification à l'activité (T2A).

Les informations du RPSS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient¹. Cette obligation fait notamment référence à la tenue des contrôles prévus par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale.

1.2.1 Le séjour en HAD

Le séjour débute le **jour de l'admission du patient** dans l'ESHAD. Par « jour de l'admission » on entend le premier jour de la prise en charge par l'équipe de l'HAD. Sa date est la date d'entrée du séjour (*cf.* le point 2.1.2). Il est considéré comme le jour 1 (J1) de la prise en charge.

Le séjour se termine le **jour de la sortie** du patient de l'ESHAD. Par « jour de la sortie » on entend le dernier jour de la prise en charge par l'équipe de l'HAD. Sa date est la date de sortie du séjour (*cf.* le point 2.1.2).

En conséquence, le séjour d'un patient en HAD est défini comme la période de soins comprise entre le jour de l'admission et le jour de la sortie du patient, ces deux jours inclus.

Le jour de la sortie donne lieu à la facturation d'une journée, **sauf si le séjour s'achève par un transfert du patient².**

L'absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, interrompt le séjour d'hospitalisation à domicile.

En revanche, le séjour d'hospitalisation à domicile n'est pas interrompu dans les cas suivants :

- passage du patient par un service d'accueil des urgences de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) *non suivi d'une hospitalisation* ;
- réalisation, dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, d'actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, etc.) au cours d'*une journée sans absence de nuit du patient de son domicile³* ;

¹ Pour le contenu minimum de ce dossier, *cf.* l'[article R. 1112-2](#) du code de la santé publique.

² Arrêtés relatifs à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dits « arrêtés prestations ». L'acception du mot « transfert » est ici celle des codes de la sécurité sociale et de la santé publique ; *cf. infra* ce qui concerne le mode de sortie dans le point 2.1.2.

³ Cette consigne s'applique indépendamment du mode de tarification des actes médico-techniques considérés.

- réalisation, dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, d'actes explorations diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie par exemple) *avec absence de nuit du patient de son domicile*³.

1.2.2 La séquence

Une **séquence** de soins est définie par une valeur donnée – une combinaison singulière – de chacune des trois variables nommées : *mode de prise en charge principal* (MPP), *mode de prise en charge associé* (MPA) et *indice de Karnofsky* (IK)⁴.

La séquence reste la même tant que la valeur des trois variables ne change pas ; la séquence change aussitôt que l'une au moins des trois variables est modifiée.

MPP, MPA et IK doivent être évalués au moins une fois par semaine.

Il en résulte qu'une séquence de soins donnée s'achève :

- soit lorsque l'une au moins des trois variables change de valeur ; le patient entre alors dans une nouvelle séquence de soins : l'hospitalisation, donc le résumé de l'hospitalisation, se poursuit ;
- soit lorsque le patient sort d'HAD : l'hospitalisation s'achève au terme de sa dernière séquence.

Les différentes séquences de soins d'un même séjour sont numérotées de façon séquentielle⁵. Une réinitialisation de la numérotation doit être réalisée pour chaque nouveau séjour.

1.2.3 La sous-séquence

Une séquence de soins pouvant durer plusieurs semaines, la sous-séquence autorise un découpage temporel permettant un rythme de facturation compatible avec le fonctionnement de l'établissement de santé. Il est donc produit une facture pour chaque sous-séquence.

Le découpage des séquences en sous-séquences n'obéit à aucun modèle, il est réalisé au gré des ESHAD. Il importe toutefois qu'il n'existe pas de sous-séquence incluant le dernier jour du mois de février et le 1^{er} mars, la campagne tarifaire débutant chaque année à cette date. **En conséquence, une sous-séquence en cours le dernier jour de février doit obligatoirement être close à cette date et une nouvelle sous-séquence ouverte le 1^{er} mars.**

Les différentes sous-séquences d'une même séquence de soins sont numérotées de façon séquentielle⁶. Une réinitialisation de la numérotation des sous-séquences est réalisée pour chaque nouvelle séquence de soins.

⁴ Cf. le point 2.1.4.

⁵ Cf. le point 2.1.3.

⁶ Cf. le point 2.1.6.

2. CONTENU DU RECUEIL DES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES

2.1 LES INFORMATIONS DU RÉSUMÉ PAR SOUS-SÉQUENCE

2.1.1 Informations relatives à l'établissement de santé

Les établissements sanitaires et sociaux sont répertoriés dans le [fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS) qui distingue l'entité juridique et l'établissement caractérisé par son implantation géographique.

Pour rappel, une *entité juridique* (EJ) correspond à la notion de personne morale : une personne morale exerce son activité dans un/des établissement(s) et représente juridiquement l'établissement/l'ensemble de ces établissements ; un *établissement* (ET) correspond à une implantation géographique.

Plusieurs activités dépendant de budgets distincts sont parfois réalisées sur une même implantation géographique : dans ce cas, on identifie autant d'établissements dans le même lieu que de budgets distincts. Par exemple :

- un centre hospitalier régional (EJ) peut avoir plusieurs implantations géographiques et, dans certaines de ses implantations, avoir un service de soins de longue durée qui dépend d'un budget annexe ; il existe dans la nomenclature FINESS autant de codes d'établissements (ET) que d'implantations géographiques et de services dépendant de budgets annexes ;
- une association gère un ESHAD et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; le numéro FINESS de l'entité juridique est celui qui identifie l'association gestionnaire ; la structure sanitaire (l'ESHAD) et la structure médicosociale (l'EHPAD) émergeant sur des budgets différents, il existe deux numéros FINESS établissement.

Il convient aussi de rappeler la règle selon laquelle la transmission des données PMSI *via la plateforme e-PMSI*⁷ s'effectue au niveau de :

- l'entité juridique pour les établissements de santé visés aux a, b, c de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale ;
- l'entité géographique pour les établissements visés aux d et e de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale.

Numéro FINESS d'inscription e-PMSI

Il correspond au numéro FINESS retenu pour la transmission des données PMSI *via la plateforme e-PMSI* (*cf. supra*).

Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)

Il correspond au numéro FINESS qui caractérise l'implantation géographique de l'établissement.

Il est par ailleurs indiqué que, lorsque l'ESHAD intervient dans un établissement social ou médico-social (ESMS), cet établissement doit être identifié par son numéro FINESS géographique. Ce numéro est renseigné dans le RPSS et dans le fichier des conventions HAD-ESMS (*cf. infra*)⁸.

⁷ Elle est présentée dans la [circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004](#).

⁸ Cf. les points 2.1.2 et 2.4.

2.1.2 Informations relatives à l'identification du séjour, du patient et à ses mouvements

2.1.2.1 Identification du séjour dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale⁹

Numéro de séjour en HAD

Il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est préconisé que le numéro de séjour en HAD soit le numéro administratif du séjour (numéro d'hospitalisation, numéro d'entrée). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre lui et le numéro administratif du séjour (fichier dit « HOSP-PMSI », voir le chapitre III).

Le numéro de séjour en HAD est créé le jour de l'entrée ; il change à chaque nouvelle entrée (lors de chaque séjour) en HAD.

2.1.2.2 Identification du séjour dans les établissements de santé visés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale¹⁰

Dans les établissements considérés, la saisie du numéro de séjour en HAD est remplacée par celle des **quatre informations suivantes** :

Numéro d'entrée

Il s'agit du numéro d'entrée saisi dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du résumé standardisé de facturation (RSF) associé au RPSS (le RSF est traité dans le chapitre suivant) ;

Numéro de facture

Il s'agit du numéro de la facture saisi dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du RSF associé au RPSS ;

Séjour facturable à l'assurance maladie

Elle correspond à l'information de même intitulé saisie jusqu'en 2009 dans le fichier VID-HOSP. Son codage est donc le même :

Code 0	<i>Non</i> (séjour non facturable à l'assurance maladie)
Code 1	<i>Oui</i> (séjour facturable à l'assurance maladie)
Code 2	<i>En attente de décision quant au taux de prise en charge du patient</i>
Code 3	<i>En attente de décision quant aux droits du patient</i>

Motif de la non facturation à l'assurance maladie, s'il y a lieu

Elle doit être renseignée lorsque la variable *Séjour facturable à l'assurance maladie* est codée « 0 » (séjour non facturable à l'assurance maladie). Dans les autres cas, la zone de saisie est laissée vide.

L'information *Motif de la non facturation à l'assurance maladie* du RPSS est identique à celle de même intitulé saisie jusqu'en 2009 dans le fichier VID-HOSP.

⁹ Etablissements antérieurement financés par dotation globale

¹⁰ Etablissements antérieurement soumis à l'objectif quantifié national

Son codage est donc le même :

Code 1	<i>Patient bénéficiant de l'aide médicale de l'État (AME)</i>
Code 2	<i>Patient bénéficiant d'une convention internationale</i>
Code 3	<i>Patient payant</i>
Code 4	<i>Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles)</i>
Code 9	<i>Autres situations</i>

2.1.2.3 Identification du patient et des mouvements

Le recueil des informations suivantes est commun à tous les établissements de santé.

Numéro d'identification permanent du patient (NIPP) dans la structure d'HAD

Il est créé lors de la première admission du patient dans l'ESHAD. Il est conservé à chaque nouvelle admission¹¹.

Date de naissance

La date de naissance réelle du patient est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie pour décrire le jour, le mois, l'année de naissance.

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

Si le patient est l'assuré, la date de naissance figure sur la carte *Vitale* et sur l'attestation associée ; si le patient est ayant droit, elle figure sur l'attestation.

Sexe

Code 1	<i>Masculin</i>
Code 2	<i>Féminin</i>

Code postal du lieu de résidence du patient, ou du lieu des soins

Il s'agit du code postal du domicile du patient ou du lieu des soins si le patient reçoit les soins ailleurs qu'à son domicile (chez l'un de ses enfants par exemple). Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de noter le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de type *CEDEX* ne doivent pas être utilisés.

Le changement de code postal du domicile ne peut pas, à lui seul, entraîner un changement de séquence. En revanche il entraîne un changement de sous-séquence. Si un changement du lieu des soins d'un patient est à l'origine d'un changement de code postal, mais que la prise en charge continue d'être assurée par le même ESHAD, le changement de code postal n'est pris en compte qu'à l'occasion d'une nouvelle sous-séquence¹².

¹¹ La notion d'admission est définie *supra* dans le point 1.2.1.

¹² La notion de sous-séquence est définie *supra* dans le point 1.2.3.

Date d'entrée du séjour

C'est le jour de l'admission dans l'ESHAD, c'est-à-dire le premier jour de la prise en charge par l'équipe de l'HAD.

Date de sortie du séjour

C'est la date correspondant au dernier jour de la prise en charge par l'équipe de l'HAD, y compris en cas de sortie par transfert ou mutation.

On ne doit pas confondre le recueil d'informations PMSI (le contenu du RPSS) et la facturation. Le paiement ou le non-paiement de cette journée de sortie dépend du traitement d'aval.

Mode d'entrée

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

Code 6 *Mutation*

Le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une unité médicale¹³ de la même entité juridique. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité dans lequel le patient a été hospitalisé (par exemple, ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier).

Code 7 *Transfert*

Le patient est pris en charge en HAD au terme d'une hospitalisation dans une autre entité juridique (par exemple, patient pris en charge par un ESHAD au terme d'un séjour dans un hôpital ou dans une clinique).

Code 8 *Domicile*

La prise en charge d'HAD ne fait pas suite à une hospitalisation ; le patient vivait à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosociale) avant la prise en charge en HAD (par exemple : prescription de l'HAD par le médecin traitant).

Provenance

Son code précise la provenance du patient lors de l'admission en HAD :

- dans le cas des entrées par transfert ou par mutation

Code 1 *En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO)*

Code 2 *En provenance de soins de suite et de réadaptation (SSR)*

Code 3 *En provenance de soins de longue durée*

Code 4 *En provenance de psychiatrie*

Code 6 *En provenance d'HAD¹⁴*

¹³ L'expression « unité médicale » désigne un ensemble individualisé de moyens assurant des soins à des patients hospitalisés, quelle qu'en soit la dénomination (unité fonctionnelle, service, département...).

¹⁴ Par exemple : un patient quitte son domicile, dans lequel il était pris en charge par une structure d'HAD « A », pour aller vivre chez l'un de ses enfants domicilié hors du secteur d'intervention de « A ». Il est alors pris en charge par une autre structure d'HAD « B » ; celle-ci code un mode d'entrée « 7 » (transfert) et une provenance « 6 » (HAD).

- dans le cas du mode d'entrée « domicile »

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale*¹⁵

Code 8 *Bénéficiait à domicile d'une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*

La *Provenance* n'est pas renseignée et reste vide dans les autres situations de mode d'entrée « domicile ».

☐ Mode de sortie

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

Code 6 *Mutation*

Le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une unité médicale de la même entité juridique. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité dans lequel le patient est hospitalisé (par exemple, ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier).

Code 7 *Transfert*

Le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une unité médicale d'une autre entité juridique (par exemple, patient pris en charge par un ESHAD, sortant pour être hospitalisé dans un hôpital ou dans une clinique).

Code 8 *Domicile*

Le patient reste à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosociale) à la fin de la prise en charge (par exemple, fin des soins pour le mode de prise en charge « retour précoce à domicile après accouchement »).

Code 9 *Décès*

La prise en charge cesse du fait du décès du patient.

☐ Destination

Son code précise la destination du patient à la sortie de l'HAD :

- dans le cas des sorties par transfert ou par mutation

Code 1 *Vers une unité de MCO*

Code 2 *Vers une unité de SSR*

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

Code 4 *Vers une unité de psychiatrie*

Code 6 *Vers un ESHAD*¹⁶

¹⁵ Établissement médicosocial (EMS) avec hébergement, relevant du code de l'action sociale et des familles, et financé, pour tout ou partie, par l'assurance maladie (les forfaits de soins courants dont bénéficient quelques EHPA ne rentrent pas dans ce cadre) : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissement d'hébergement pour adultes ou enfants handicapés de type maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), Institut médico-éducatif (IME), Institut d'Education Motrice (IEM), Pour plus d'information, le lecteur est invité à consulter l'annexe 2 de la [circulaire DGOS/DGCS du 18 mars 2013](#).

¹⁶ Par exemple : un patient quitte son domicile personnel, dans lequel il était pris en charge par un ESHAD « A », pour aller vivre chez l'un de ses enfants domicilié hors du secteur d'intervention de « A ». Il est alors pris en charge par un autre ESHAD. « A » code un mode de sortie 7 *Transfert* et une destination 6 *Vers un ESHAD*.

- dans le cas du mode de sortie « domicile »

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*¹⁷

Code 8 *Bénéficiaire à domicile d'une prise en charge par un SSIAD*

La *Destination* n'est pas renseignée et reste vide dans les autres situations de mode de sortie « domicile ».

Type de lieu de domicile du patient

Code 1 *Domicile personnel du patient*

Code 2 *Autre domicile*

Code 3 *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*

Code 4 *Patient hébergé en établissement médicosocial hors EHPAD*¹⁸

Code 5 *Patient hébergé en établissement social*¹⁹

Un changement de type de lieu de domicile impose un changement de sous-séquence. Ainsi, si un patient pris en charge à son domicile personnel (code 1) est transféré et pris en charge dans un EHPAD (code 3), il faut clore le précédent RPSS et en ouvrir un nouveau en EHPAD.

Numéro FINESS ESMS

Lorsque le patient est hébergé dans un établissement social (ES) ou dans un établissement médicosocial (EMS), il s'agit du code FINESS de l'établissement (code géographique) dans le [fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS). Cette information est obligatoire dès lors que la variable *Type de lieu de domicile* du patient est codée 3, 4 ou 5 (*cf. supra*).

2.1.3 Informations identifiant la séquence au sein du séjour

Numéro de séquence dans le séjour complet

Il s'agit d'un numéro séquentiel initialisé à 1 à chaque nouveau séjour et qui s'incrémente de 1 à chaque séquence. Il est généré par le logiciel de saisie des informations.

Date de début de séquence

C'est la date du premier jour de la séquence observée (si la séquence est la première du séjour, la date de son début est la date d'entrée du séjour).

Date de fin de séquence

C'est la date du dernier jour de la séquence observée. Si la séquence est la dernière du séjour, la date de sa fin est la date de sortie du séjour. S'il s'agit d'une séquence intermédiaire, elle est égale à la date de début de la séquence suivante moins 1 jour.

¹⁷ Se reporter à la note 15.

¹⁸ Établissement médicosocial (EMS) avec hébergement hors EHPAD, relevant du code de l'action sociale et des familles, et financé, pour tout ou partie, par l'assurance maladie (les forfaits de soins courants dont bénéficient quelques EHPAD ne rentrent pas dans ce cadre). Pour plus d'information, le lecteur est invité à consulter l'annexe 2 de la [circulaire DGOS/DGCS du 18 mars 2013](#).

¹⁹ Établissement social (ES) avec hébergement, relevant du code de l'action sociale et des familles, et ne bénéficiant d'aucun financement par l'assurance maladie. Pour plus d'information, le lecteur est invité à consulter l'annexe 2 de la [circulaire DGOS/DGCS du 18 mars 2013](#).

2.1.4 Informations décrivant l'état de santé du patient au cours de la séquence

POINTS D'ALERTE :

Le MP 20 « Retour précoce à domicile après accouchement » disparaîtra des modes de prise en charge HAD autorisés le 1^{er} mars 2015.

L'HAS a publié en avril 2011 une recommandation de bonne pratique en matière de prise en charge en HAD des patientes en post-partum. Ces soins doivent être consécutifs de **suites pathologiques de l'accouchement** et sont prodigués au bénéfice de la mère. L'adoption du mode de prise en charge 21 « *Post partum pathologique* » doit donc s'entendre dans ce cadre.

2.1.4.1 Modes de prise en charge

Mode de prise en charge principal (MPP)

Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments²⁰, etc.

Mode de prise en charge associé (MPA)

Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé (MPA).

S'il existe plusieurs MPA, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

En l'absence de MPA, la zone de saisie ne doit pas être laissée vide : le code « 00 » doit y être porté.

La mention d'un MPA suppose celle d'un diagnostic en rapport (*cf.* ci-après les consignes relatives au recueil des diagnostics), car une prise en charge est toujours motivée par un problème de santé qui doit être décrit.

MPP et MPA doivent être évalués au moins une fois par semaine.

Un mode de prise en charge est enregistré par un numéro. Le fait de ne pas renseigner de MPP ou de renseigner le MPP ou le MPA avec un code non conforme engendre le classement du RPSS dans un groupe-erreur par la *fonction groupage* (FG) (GHPC 9999, *cf.* [appendice J](#)).

Les modes de prises en charge susceptibles d'être codés comme MPP et MPA sont répertoriés dans la liste 1 de l'[appendice F](#).

²⁰ Y compris les médicaments faisant partie de la [liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation](#).

On se reportera à la liste 1 et au premier tableau croisé de l'[appendice F](#) qui détaillent toutes les possibilités d'associations des modes de prise en charge en HAD ; s'agissant de la tarification des sous-séquences concernées, on se reportera à l'[appendice A](#) :

- la plupart des associations MPP x MPA existantes n'engendrent aucun message d'alerte : elles sont *autorisées* par la FG ;
- certaines des associations de MP sont considérées comme inattendues (imprévues dans le modèle tarifaire initial : elles sont possiblement redondantes), d'autres ne sont pas autorisées et donnent lieu à des messages d'alerte (erreurs non bloquantes) de la FG ;
- enfin, quelques associations de MP sont considérées comme erronées et donnent lieu à des messages d'erreur (erreurs bloquantes) de la FG.

Tous les modes de prise en charge ne sont pas autorisés lorsque l'HAD intervient dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) bénéficiant de l'autorisation prévue au 4^e alinéa de l'[article L. 313-3](#) du code de l'action sociale et des familles. Dans cette circonstance, sont seuls autorisés :

- comme MPP : les modes n° 03, 04, 05²¹, 07, 08, 09, 18, 24 ;
- comme MPA : les modes n° 01, 02, 03, 04, 05²¹, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24²².

Les EHPAD sont des établissements médicosociaux (EMS) : on se référera à l'appendice A qui détaille les [interventions de l'HAD dans les établissements sociaux et médicosociaux](#).

Modes de prise en charge documentaires

Si le patient a bénéficié de plus de deux modes de prise en charge, ceux qui ne sont pas retenus comme principal et associé peuvent être enregistrés comme modes de prise en charge supplémentaires. Il est possible de renseigner jusqu'à 5 modes de prise en charge documentaires (MPD). S'il en existe d'avantage, il convient de privilégier l'enregistrement de ceux qui ont engendré le plus de consommation de ressources.

Les MPD sont de nature descriptive, ils n'interviennent pas dans la tarification.

Les MPD sont codés suivant la liste des modes de prise en charge de la liste 1 de l'[appendice F](#) (n° 01 à 15, 17 à 22 et 24 à 25), complétée par les trois modes de prise en charge (n° 26 à 28) figurant dans la [liste 2 de l'appendice F](#).

²¹ Le MPP 05 Chimiothérapie anticancéreuse peut être assuré par un ESHAD en EHPAD à l'exception de la chimiothérapie anticancéreuse délivrée par voie orale (cf. [appendice A](#)).

²² [Arrêté du 16 mars 2007](#) modifié par les arrêtés du [25 avril 2007](#) et du [24 mars 2009](#) fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

2.1.4.2 Etat de santé et niveau de dépendance du patient

☐ **Indice de Karnofsky**

L'indice de Karnofsky (IK) est un indicateur synthétique d'état de santé global du patient, de l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Cet indicateur est apprécié par le soignant au moyen de la grille présentée dans l'[appendice G](#).

L'IK doit être évalué au moins une fois par semaine.

Le recueil d'informations décrit l'état effectif du patient. La notion de seuil prise en compte dans la construction du tarif n'intervient pas : **au début de chaque séquence, on saisit l'IK correspondant à la situation réelle du patient.**

Par convention, lorsque la prise en charge concerne un nouveau-né à risque (MPP 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*), la cotation de l'IK est toujours 100. Pour les autres modes de prise en charge d'un enfant, quel que soit son âge, cette convention ne s'applique pas.

Les valeurs de l'IK utilisées pour le classement en groupes homogènes de prise en charge (GHPC) sont mentionnées dans le fichier Excel GHPC_2014.xls qui est consultable sur le site internet de l'ATIH. Le deuxième tableau croisé de l'[appendice F](#) indique les plages d'IK selon les associations de modes de prise en charge.

☐ **Cotation de la dépendance AVQ**

La dépendance du patient est décrite par le soignant au moyen de la grille PMSI des activités de la vie quotidienne (AVQ) décrite dans l'[appendice I](#).

La dépendance est évaluée selon cette grille au début du séjour puis uniquement si l'indice de Karnofsky (IK) se modifie. En d'autres termes, l'évaluation des AVQ est déclenchée par la modification de l'IK. De ce fait, la cotation des AVQ a toujours une valeur unique au cours d'une même séquence, et pendant plusieurs séquences successives si le changement de séquence est dû à un changement de/des mode(s) de prise en charge sans modification de l'IK.

Il n'existe à ce jour aucune table de correspondance entre la cotation de l'IK et la cotation selon la grille des AVQ. En aucun cas cette correspondance ne peut être recherchée pour un patient et une séquence de soins donnée.

2.1.4.3 Diagnostics

La démarche initiée en 2012 de médicalisation du recueil d'information PMSI HAD et impliquant une caractérisation plus détaillée des diagnostics du patient est poursuivie en 2014. Par ailleurs, le codage de certains champs diagnostiques est rendu obligatoire au 1^{er} mars 2014 (cf. *infra*).

Les diagnostics sont codés selon la plus récente mise à jour de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

Les règles générales d'emploi de la CIM-10 et les directives propres au codage du polyhandicap lourd ainsi que des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont précisées au [chapitre II](#).

D'autres exemples de codage des diagnostics et des MP figurent dans ce guide :

- pour les [Situations d'AVC](#),
- dans l'[appendice F](#) des modes de prise en charge en HAD (*cf.* colonne « CODAGE DES DIAGNOSTICS AVEC LA CIM-10 » des tableaux décrivant chaque MP),
- dans les [exemples de codage des MP en pédiatrie](#),
- dans les [définitions et le codage de certains états morbides](#) repris à la fin de l'appendice H.

□ Diagnostic principal (DP)

Le diagnostic principal (DP) est l'affection ou problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe. Il s'agit donc de l'individualisation du 1er DCMPP. **Le codage de ce diagnostic est obligatoire.**

Lorsque, pour une affection ou un problème de santé donné, la CIM-10 propose un double codage, c'est-à-dire un code signalé par une *dague* (†) et un autre par un astérisque (*), celui qui doit être enregistré comme DP est le code qui correspond le plus précisément au problème pris en charge, l'autre étant enregistré, par convention, comme DCMPP.

Le DP peut être réévalué lors d'un changement de séquence de soins.

Le changement du mode de prise en charge principal (MPP) n'impose pas *forcément* un changement du DP.

Exemple 1 : dans le cadre du passage d'un MPP 05 *chimiothérapie anticancéreuse* à un MPP 04 *soins palliatifs*, le DP reste en général la tumeur maligne.

Exemple 2 : Un patient est traité par antibiothérapie pour une ostéite du sacrum ; l'antibiothérapie intraveineuse s'achève mais des soins cutanés se poursuivent en raison de l'escarre cutané localisé au talon. Première séquence : MPP 03 *Traitement intraveineux* avec DP : Code M90.25 Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs – bassin et cuisse ; deuxième séquence : MPP 09 *Pansements complexes* avec DP : L89.3 Ulcère de décubitus de stade IV.

De même, un changement de DP n'impose pas forcément un changement de MPP.

□ Diagnostic(s) correspondant(s) au mode de prise en charge principal (DCMPP)

Le(s) DCMPP identifie(nt) le(s) autre(s) affections(s) ou problème(s) de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD en lien avec le MPP mis en œuvre par l'équipe.

Il est souhaité qu'au moins un DCMPP soit renseigné, et il est possible d'enregistrer jusqu'à neuf DCMPP.

Lorsque, pour une affection ou un problème de santé donné, la CIM-10 propose un double codage, c'est-à-dire un code signalé par une *dague* (†, étiologie) et un autre par un astérisque (*, manifestation), les deux codes sont enregistrés comme DCMPP.

Le changement du mode de prise en charge principal (MPP) n'impose pas forcément un changement de DCMPP. De la même manière, un changement de DCMPP n'impose pas un changement de MPP.

□ Nombre de DCMPP

Il peut être enregistré jusqu'à neuf DCMPP. Le nombre de DCMPP est compris entre 0 et 9 et il doit obligatoirement être renseigné par la valeur « 0 » s'il n'y a pas de DCMPP.

☐ Diagnostic(s) correspondant(s) au mode de prise en charge associé (DCMPA)

Le(s) DCMPA identifie(nt) le(s) affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui justifie(nt) le MPA mis en œuvre par l'équipe.

Il est possible d'enregistrer jusqu'à neuf DCMPA. **La saisie d'au moins un DCMPA pour chaque MPA déclaré est obligatoire à compter du 1^{er} mars 2014.**

Deux sous-séquences d'une même séquence peuvent comporter des DCMPA différents.

☐ Nombre de DCMPA

Il s'agit du nombre de diagnostics correspondant au MPA.

Lorsqu'un MPA est renseigné, la saisie d'au moins un DCMPA est obligatoire ; en conséquence le nombre de DCMPA est alors compris entre 1 et 9.

En l'absence de MPA, aucun DCMPA ne doit être codé : le nombre de DCMPA doit alors obligatoirement être renseigné par la valeur « 0 ».

☐ Diagnostics associés (DA)

Les diagnostics associés (DA) comprennent les autres affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) pris en charge par l'équipe d'HAD mais qui ne sont pas directement liés aux modes de prise en charge principal et associé déclarés. En effet en cas de lien avec le MPP ou le MPA les diagnostics doivent être codés en DCMPP ou DCMPA. Il peut être enregistré jusqu'à 99 DA.

☐ Actes CCAM

Les actes médicotechniques réalisés sont enregistrés dans le RPSS sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

Tous les actes médicotechniques²³ répertoriés dans la CCAM, effectués pendant le séjour entre les dates d'entrée et de sortie, doivent être enregistrés dans le RPSS, quel que soit le lieu de leur réalisation :

- domicile du patient ;
- cabinet médical libéral ;
- établissement de santé public ou privé, à titre « externe » ou en hospitalisation de jour ou de nuit²⁴.

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

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

- son code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- la phase : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- le nombre de réalisations de l'acte pendant la sous-séquence.

²³ Les actes des auxiliaires médicaux et les consultations médicales cotés avec la NGAP ne figurent pas dans la CCAM.

²⁴ Puisque le séjour n'est pas interrompu (se reporter *supra* à l'information *séjour en HAD*).

Les établissements ont en outre la possibilité d'enregistrer l'*activité*, une extension documentaire lorsqu'elle existe²⁵, et la date des actes.

La saisie de la date de réalisation des actes, facultative, a deux conséquences :

- le nombre de réalisations d'un acte donné est toujours égal à « 1 », à l'exception des cas où le même acte (même code principal et même phase) est réalisé plus d'une fois le même jour ;
- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte », une par jour de réalisation de l'acte.

L'ensemble des informations enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du format du RPSS.

2.1.5 Informations relatives au recueil

Numéro de version du format du RPSS

Confirmation de codage

Elle ne concerne que les modes de prise en charge n° 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 (*cf. appendice B*) et est nécessaire dans les circonstances suivantes :

- enregistrement isolé d'un de ces modes comme mode principal (MPP) alors qu'il nécessite la mention d'un MPA. Cette circonstance peut se rencontrer dans deux situations : d'une part à **titre exceptionnel** pour l'ensemble d'une prise en charge, si un mode principal justifie à lui seul une hospitalisation à domicile (par exemple, nutrition parentérale pour un nouveau-né) car dans certaines circonstances le projet thérapeutique peut ne comporter délibérément qu'un seul mode de prise en charge ; d'autre part à **titre transitoire** lorsqu'au cours de soins comportant deux modes de prise en charge, l'un d'eux doit être provisoirement interrompu (par exemple, en raison de l'aggravation de l'état du malade) ;
- mention du même mode comme MPP et comme mode associé (MPA). Dans cette circonstance, la *fonction groupage* remplace le code du MPA par « 00 ». Si ce remplacement a lieu alors que le MPP ne doit pas être codé sans MPA, il en résulte en l'absence de confirmation de codage une erreur bloquante, et la séquence ne donne pas lieu à paiement des journées.

Le codage du RPSS est confirmé par le code « 1 ». Il doit figurer dans chacun des RPSS correspondant aux circonstances citées, mais seulement dans ceux-ci. Dans les autres cas, la zone de saisie doit être laissée vide²⁶.

2.1.6 Informations identifiant la sous-séquence

Numéro de sous-séquence

Il s'agit d'un numéro séquentiel initialisé à « 1 » à chaque nouvelle séquence et qui s'incrémente de 1 à chaque sous-séquence. Il est généré par le logiciel de saisie des informations.

²⁵ L'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie est obligatoire à partir du 1^{er} mars 2013 ; en 2013, ainsi qu'en 2014, la non-saisie ne donnera pas lieu à une erreur bloquante de la FG.

²⁶ Le RPSS est classé dans un *groupe-erreur* au tarif nul (GHPC 9999, GHT 99) dans deux circonstances : absence de confirmation alors qu'elle s'impose ; confirmation déclarée alors qu'elle n'est pas nécessaire.

Date de début de sous-séquence

C'est la date en jour, mois, année du premier jour de la sous-séquence ; si la sous-séquence est la première de la séquence, la date du début est celle du début de la séquence.

Date de fin de sous-séquence

C'est la date en jour, mois, année du dernier jour de la sous-séquence ; si la sous-séquence est la dernière de la séquence, la date de fin est celle de la séquence.

Le découpage des séquences en sous-séquences est réalisé au gré des structures d'HAD. Il importe toutefois qu'il n'existe pas de sous-séquence incluant le dernier jour du mois de février et le 1^{er} mars.

La/une sous-séquence en cours le dernier jour de février doit être close à cette date et une nouvelle sous-séquence ouverte le 1^{er} mars²⁷.

Dernière sous-séquence du séjour (oui / non)

Le RPSS qui contient la réponse « oui » doit être le dernier de la dernière séquence du séjour. Autrement dit, sa date de fin de la sous-séquence doit être la même que la date de fin de la séquence et égale à la date de sortie du séjour.

Pour un même séjour, tous les RPSS reproduisent des informations à l'identique. Il s'agit des informations décrivant l'établissement de santé (numéros FINESS), de celles décrivant les caractéristiques sociodémographiques du patient (identifiant permanent, date de naissance, sexe, code postal de résidence) et des informations liées au séjour (dates d'entrée et de sortie, modes d'entrée et de sortie, provenance et destination²⁸).

Par ailleurs, **tous les RPSS d'une même séquence reproduisent à l'identique le mode de prise en charge principal – et, s'il y a lieu, les modes de prise en charge associés –, l'indice de Karnofsky et la cotation de la dépendance selon la grille des AVQ.** Il appartient à chaque établissement de se doter d'un outil autorisant une saisie unique de ces informations, avec recopie automatique dans chaque RPSS.

En revanche, on rappelle qu'un MPP inchangé peut s'accompagner de diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP) différents.

Enfin,

- deux sous-séquences d'une même séquence, dont le mode de prise en charge principal est identique, peuvent donc comporter des DP ou des DCMPP différents (se reporter à ce qui a été dit *supra* à propos des DCMPP du RPSS) ;
- deux sous-séquences d'une même séquence peuvent également comporter des DCMPA et des DA différents ;
- deux sous-séquences d'une même séquence peuvent également comporter des variables *Type de lieu de domicile* différents puisqu'un changement de type de lieu de domicile du patient impose un changement de *sous-séquences* (exemple : le patient pris en charge en HAD vivait à son domicile personnel et déménage en EHPAD où les soins de l'ESHAD se poursuivent).

²⁷ La campagne tarifaire débute chaque année à cette date. Elle s'accompagne de changements de tarifs et de l'emploi de nouveaux codes étendus de la CIM-10 susceptibles de créer des difficultés de groupage et de rémunération des journées en cas de non-respect de la consigne.

²⁸ Une tolérance est admise pour les informations relatives aux dates et mode de sortie, destination et date de fin de la séquence. Elles peuvent être absentes (zones de saisie laissées vides) des RPSS intermédiaires. La date de fin de la séquence est obligatoire dans le dernier RPSS d'une séquence. La date de sortie, le mode de sortie et la destination sont obligatoires dans le dernier RPSS du séjour. Lorsque ces informations sont reproduites dans les autres RPSS, elles doivent respecter la règle de stabilité énoncée.

2.2 GROUPEMENT DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE

Par *groupage*, on entend le classement du RPSS dans un *groupe homogène de prise en charge* (GHPC) et le classement de chacune des journées de la sous-séquence dans un *groupe homogène de tarifs* (GHT)²⁹.

La classification des GHT prend en compte la durée de prise en charge au sein d'une séquence de soins, sous la forme de tranches de durée de prise en charge. Un changement de tranche de durée de prise en charge intervient selon une périodicité prédéfinie. Si l'on nomme J1 le premier jour d'une séquence donnée :

- la première tranche de durée de prise en charge court du 1^{er} au 4^e jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- la deuxième tranche court du 5^e au 9^e jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- la troisième tranche court du 10^e au 30^e jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- la quatrième tranche commence au 31^e jour des soins (J31) jusqu'à un changement de séquence ou jusqu'à la sortie du patient de la structure d'HAD.

Tout changement de l'une au moins des variables MPP, MPA et IK, a pour conséquence un changement de séquence, donc un retour à la première tranche.

En conséquence, le résultat du groupage d'une sous-séquence de soins peut être à l'origine d'un classement dans quatre GHT différents, au maximum.

Le résumé par sous-séquence groupé (RPSS groupé) est un RPSS enrichi des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement, renseignés conformément au format donné dans le manuel du logiciel PAPRICA³⁰ téléchargeable sur le [site Internet de l'ATIH](#).

Chaque mois un fichier de RPSS groupés doit être produit par l'établissement d'HAD sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale.

Il est constitué par tous les RPSS dont la date de fin est comprise dans le mois civil considéré.

2.3 LE RÉSUMÉ ANONYME PAR SOUSSÉQUENCE

La production de résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir des fichiers de RPSS groupés. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par le logiciel PAPRICA d'anonymisation et de chaînage anonyme des RPSS groupés, diffusé par l'ATIH (se reporter au chapitre 0).

Les variables suivantes du RPSS ne figurent pas dans le RAPSS :

- le NIPP [IPP, NPP] ;
- le numéro de séjour en HAD ;
- la date de naissance ;
- le code postal du domicile ou du lieu des soins ;

²⁹ Cf. l'[appendice A](#) pour l'explication du modèle tarifaire de l'HAD.

³⁰ *Programme d'Anonymisation et de Production des Résumés par sous-séquence anonymes et des Informations de Chaînage Associées.*

- les dates d'entrée et de sortie du séjour, de début et de fin des séquences et sous-séquences.

Les variables suivantes sont ajoutées dans le RAPSS :

- un numéro séquentiel de séjour en HAD (différent du numéro de séjour généré par l'établissement de santé) ;
- l'âge calculé au premier jour de la sous-séquence, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique du domicile attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- le délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour ;
- le délai entre la date de début de la sous-séquence et la date de début de la séquence ;
- le nombre de journées du séjour ;
- le nombre de journées de la séquence ;
- le nombre de journées de la sous-séquence.

Le contenu du RAPSS et son format sont donnés dans le manuel du logiciel PAPRICA, téléchargeable sur le [site Internet de l'ATIH](#).

Les RAPSS sont transmis mensuellement à l'Agence régionale de santé (ARS) (cf. le point 1 du chapitre III).

2.4 LE FICHIER COMPLÉMENTAIRE DES CONVENTIONS ESHAD-ESMS

A partir du 1^{er} mars 2013, lorsque l'ESHAD dispense des soins à un patient hébergé dans un établissement d'hébergement social (ES) ou médicosocial (EMS), il doit fournir lors de la transmission des RAPSS à l'ARS un fichier complémentaire dit « des conventions ESHAD-ESMS ». Ce fichier est produit par le logiciel PAPRICA, par saisie directe ou importation des quatre informations suivantes :

Numéro FINESS de l'établissement

Il s'agit ici du N° FINESS (code géographique) de l'établissement social (ES) ou médicosocial (EMS) où intervient l'ESHAD. L'identité entre ce numéro et celui enregistré dans le RPSS du patient (se reporter au point 2.1.2) est vérifiée lors du groupage. Lorsque l'ES/EMS ne dispose pas de numéro FINESS, un identifiant provisoire devra alors être saisi ; cet identifiant devra être délivré par l'ARS et inscrit dans la convention signée entre l'ESHAD et l'ES/EMS. Les modalités de création de cet identifiant sont précisées dans la [circulaire DGOS/DGCS du 18 mars 2013](#).

Code forfait de soins

Il s'agit de la situation de l'ES/l'EMS au regard du forfait de soins de l'Assurance maladie³¹ :

Code 0	<i>Sans forfait de soins</i>
Code 1	<i>Avec forfait de soins</i>

Date de début de la convention

Date de fin de la convention

La zone de saisie est laissée vide par défaut.

³¹ Cf. Article 2 du [décret n° 2007-241](#) du 22 février 2007.

Toute modification des informations du fichier des conventions ESHAD-ESMS impose de relancer le traitement de la période par PAPRICA pour recalculer les journées d'HAD en ES ou EMS et pour prendre en considération les éventuelles conséquences sur la tarification (minoration du GHT de l'ESHAD si l'assurance maladie finance déjà des soins dans l'EMS).

2.5 FORMATS

Les fichiers informatiques utilisés pour la production des RAPSS et le fichier des conventions ESHAD-ESMS sont des fichiers normalisés. La description de leurs formats est donnée dans les [Formats PMSI 2014](#) et dans le manuel du [logiciel PAPRICA](#), téléchargeable 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 ESHAD 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.

II. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Le chapitre II reprend quelques règles générales d'emploi de la CIM-10 et détaille les directives propres au codage du polyhandicap lourd et des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

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 est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du résumé par sous-séquence. Sa table analytique (chapitres I à XXII³²) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée. Un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*).

Dans ce guide, la mention d'un code sous la forme *XNN.-* utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.-) de la CIM-10 et indique qu'il est nécessaire de se reporter dans le volume 1 à la catégorie *XNN* pour y choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder (voir, par exemple, dans l'[appendice F](#), Z94.- *Grefe d'organe et de tissu dans la colonne* « CODAGE DES DIAGNOSTICS AVEC LA CIM-10 » du tableau relatif au MP 08 *Autres traitements*).

Des codes étendus à cinq et six caractères ont été créés nationalement dans le cadre du PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ils figurent dans l'[appendice H](#). Lorsqu'ils comportent un signe « + », ce signe doit être saisi.

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

Les zones de saisie des diagnostics (DP, DCMPP, DCMPA, DA) comptent huit positions. Des septième et huitième caractères éventuels ne sont pas exportés dans le résumé anonyme par sous-séquence³³, dont le format des zones de saisie des diagnostics (DP, DCMPP, DCMPA, DA) est limité à six caractères. En conséquence, en cas d'emploi des septième et huitième positions, les informations qu'elles contiennent ne sont connues que de l'établissement d'HAD et ne sont exploitables que par lui.

³² 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](#).

³³ Cf. *infra* le point 2.3.

2. DIRECTIVES PROPRES AU CODAGE DU POLYHANDICAP LOURD ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

2.1 LE POLYHANDICAP LOURD

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

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

Pour permettre l'identification du polyhandicap lourd dans les recueils d'informations du PMSI, quatre listes de codes de la CIM-10 ont été élaborées en 2012-2013 sous le contrôle de la Société française de pédiatrie, de la Société française de neuropédiatrie, et de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER). Un code au moins de chacune des quatre listes doit être présent dans le RPSS pour affirmer le polyhandicap lourd :

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

Ces listes sont publiées sur le [site internet de l'ATIH](#).

2.2 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

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

2.2.1 Types d'accidents

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

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

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

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

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

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

2.2.2 Manifestations cliniques des AVC

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

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

D'autres manifestations peuvent être observées : troubles de la conscience (catégorie R40 *Somnolence, stupeur et coma*), de la sensibilité (R20 *Troubles de la sensibilité cutanée*), visuels (H51 *Autres anomalies des mouvements binoculaires*, H53 *Troubles de la vision*), *locked-in syndrome* (G83.8+0).

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

2.2.3 Étiologies, séquelles, antécédents d'AVC

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

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

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

2.2.4 Description de situations d'AVC

Le tableau suivant reprend quelques exemples de situations morbides d'AVC et détaille les codes CIM-10 permettant de les décrire. Les trois derniers exemples traitent plus spécifiquement de la description de la prise en charge après AVC lors du retour à domicile ; les diagnostics utilisés en DP, DCMPP, DCMPPA, doivent être cohérents avec les MP.

Situation	Description des diagnostics, des MP
AIT ou AVC constitué, à la phase aigüe	<p>Lors du séjour initial de prise en charge (rare en HAD <i>a priori</i>), il convient de retenir les codes diagnostiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour un AIT, la catégorie G45.– <i>Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés</i> ; ses codes précisent la topographie ou la forme de l'accident, par exemple G45.3 <i>Amaurose fugace</i> ; • pour un AVC constitué, un code I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–. <p>Remarques complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les codes I60.–, I61.–, I62.– et I63.– sont employés pendant l'ensemble de la première prise en charge de l'AVC. Si plusieurs unités (mutations) ou établissements (transferts) successifs sont fréquentés pendant cette première prise en charge, ces codes sont employés par les unités médicales successives. En revanche, en cas de réhospitalisation en MCO après un retour à domicile ou après un séjour en soins de suite ou de réadaptation, l'AVC initial est codé comme une <i>séquelle</i>. Il importe que le dossier médical soit en accord avec cette règle. Ainsi, un AVC est considéré comme étant dans sa phase initiale aigüe tant que le malade n'a pas quitté le champ d'activité initial où l'a amené la survenue de son AVC. Il est considéré comme séquentaire dès lors qu'il a quitté ce champ. - Le code I64 ne doit être employé qu'en l'absence d'examen de neuro-imagerie et ne doit pas l'être en association avec un code d'AVC plus précis. - Un code d'AIT (G45.–) et un code d'AVC constitué (I60–I64) ne peuvent être associés que s'il s'agit de deux épisodes distincts au cours du même séjour. - Les manifestations cliniques de l'AVC sont codées en sus du code d'AVC comme diagnostics. Il importe de les coder le plus précisément possible et d'employer les extensions prévues pour certains codes (hémiplégie, dysphasie et aphasie). - Les codes G46.0 <i>Syndrome de l'artère cérébrale moyenne</i>, G46.1 <i>Syndrome de l'artère cérébrale antérieure</i>, G46.2 <i>Syndrome de l'artère cérébrale postérieure</i>, ceux des catégories I65.– <i>Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral</i>, I66.– <i>Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral</i>, les codes I67.0 <i>Dissection d'artères cérébrales, non rompue</i> et I67.1 <i>Anévrisme cérébral, (non rompu)</i>, ne doivent pas être employés en association avec un code I60–I64 pour décrire l'artère atteinte ou le mécanisme de l'accident. La CIM–10 exclut en effet l'usage de ces rubriques en cas d'infarctus cérébral. - L'étiologie de l'AVC peut être codée de même que les complications, par exemple : inhalation, épilepsie, escarre, démence vasculaire.

Situation	Description des diagnostics, des MP
Séjour pour poursuite des soins dans une autre unité médicale ou dans un autre établissement	En cas de transfert dans un ESHAD, l'AVC peut être codé <i>dès lors qu'il est en lien avec les soins prodigués en HAD.</i>
Séjour pour prise en charge d'une aggravation d'un état neurologique consécutif à un AVC, ou d'une complication d'un AVC ou de son traitement	<p>Il s'agit ici de séjours distincts de celui où a eu lieu la prise en charge initiale.</p> <p>La manifestation ou la complication prise en charge est codée. Les exemples les plus fréquents sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles de la marche ou l'aggravation de la spasticité (catégorie R26.– <i>Anomalies de la démarche et de la motilité</i>), - syndrome dépressif (catégorie F32.– <i>Épisodes dépressifs</i>), - épilepsie (catégories G40.– <i>Épilepsie</i> et G41.– <i>État de mal épileptique</i>), - démence vasculaire (catégorie F01.– <i>Démence vasculaire</i>). <p>NB : Un code de séquelle d'AVC (I69.– <i>Séquelles de maladies cérébrovasculaires</i>) peut être mentionné dans le RPSS.</p>
Séjour pour récurrence d'AVC	Une récurrence d'AVC, à la condition qu'elle soit confirmée par l'imagerie, doit être codée comme un AVC à la phase aiguë.
Séjour pour surveillance (suivi) au long cours d'un AVC	<p>La situation est celle d'un patient atteint d'un AVC déjà diagnostiqué et traité, hospitalisé pour la surveillance des suites de celui-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de séquelles le code diagnostique adéquat est Z86.70 <i>Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaire</i>. - Si une affection nouvelle liée à l'AVC, c'est-à-dire une complication de celui-ci ou de son traitement, est découverte, elle doit être mentionnée.
Prise en charge après AVC lors du retour à domicile, le patient étant porteur d'une sonde nasogastrique	<p>MPP 12 Rééducation neurologique MPA 06 Nutrition entérale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par convention, l'AVC (I60–I64) est le DP. Le ou les déficits réduits (par exemple, une hémiparésie (G81.–), une aphasie (R47.02) ou une dysphagie (R47.03) sont des DCMPP. - Le ou les DCMPP sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, les fausses routes (R13 <i>Dysphagie</i>). <p>NB :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> doit être associé à un autre mode pour justifier l'HAD. Dans le cas contraire, une « confirmation de codage » sera demandée ; - L'éducation d'un patient victime d'un AVC ou de son entourage est <i>incluse</i> dans les bonnes pratiques de soins.

Situation	Description des diagnostics, des MP
Prise en charge en rééducation après AVC lors du retour à domicile	<p>MPP 12 Rééducation neurologique MPA 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par convention, l'AVC (I60–I64) est codé en position de DP. Le ou les déficits rééduqués (par exemple, une hémiplegie (G81.–), une aphasie (R47.02) ou une dysphasie (R47.03) sont des DCMPP. - Le ou les DCMPPA sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, un épisode dépressif (F32.–). <p>NB : l'enregistrement du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> en tant que MPA n'est possible que si l'éducation est en rapport avec un problème de santé <i>différent</i> de l'AVC.</p>
Prise en charge palliative après AVC	<p>MPP 04 Soins palliatifs MPA 00 Pas de MPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par convention, l'AVC (I60–I64) est le DP. - Le code Z51.5 <i>Soins palliatifs</i> est utilisé en DCMPP. <p>Le code Z51.1 étant redondant avec le MP 04 Soins palliatifs il est important de coder également en DCMPP les autres affections(s) ou problème(s) de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD en lien avec le MPP.</p>

III. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé, décrit dans l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié dit *arrêté PMSI-HAD*³⁴ a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

En ce qui concerne l'activité médicale, toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé anonyme par sous-séquence (RAPSS)³⁵. En revanche, **depuis 2010, seuls les établissements privés visés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, le résumé standardisé de facturation (RSF)**, transmis à l'agence régionale de santé (ARS) après anonymisation sous la forme d'un *résumé standardisé de facturation anonyme* (RSFA).

Les établissements de santé publics et privés visés aux a, b et c produiront un RSF lorsqu'ils factureront directement leur activité à l'assurance maladie. Dans cette attente, il leur revient de produire des recueils nommés « VID-HOSP » et « FICHCOMP ».

1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX d ET e DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

1.1 LE FICHER DES RSF

Les établissements de santé privés visés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM*³⁶, « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

L'enregistrement « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme (*cf.* chapitre IV). Les autres enregistrements le sont selon les soins dispensés.

Une information est ajoutée dans le type « A » à partir du 1^{er} mars 2012³⁷ : *Patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

Le contenu et le format des enregistrements du RSF sont conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'Assurance maladie.

La production du résumé standardisé de facturation (RSF) concerne actuellement :

³⁴ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement

³⁵ Se reporter au chapitre I.

³⁶ *Classification commune des actes médicaux*.

³⁷ Elle est déjà présente dans le fichier VID-HOSP décrit dans le point 2.1.

- les prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS.

Il est produit un RSF par sous-séquence. Le lien entre le RSF et le résumé par sous-séquence (RPSS) est assuré par les numéros d'entrée et de facture, informations communes aux deux résumés. De manière générale, la production d'un RPSS donne donc lieu à celle d'un RSF. Cette règle ne s'applique pas dans deux cas :

- il n'est pas produit de RSF pour un RPSS lorsque la variable *séjour facturable à l'assurance maladie* est différente de « oui » (code « 1 », se reporter au point 2.1.2 du chapitre I). Deux possibilités s'offrent alors à l'établissement : soit produire par lui-même un RSF mentionnant des montants nuls, soit laisser ce soin au logiciel PAPRICA (se reporter au point 2.3 du chapitre I) ;
- il n'est pas produit de RPSS alors qu'un RSF est produit. Cette circonstance est rencontrée lorsque le RSF correspond à une facturation déjà effectuée, mais qui doit être complétée au titre de médicaments (voire de dispositifs médicaux).

Le RSF contient d'une part des informations communes avec le RPSS de la même sous-séquence, d'autre part des informations de facturation.

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

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

Le RSF anonymisé est le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA). La production des RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – PAPRICA – que celui qui est à l'origine du résumé anonyme par sous-séquence. Les RSFA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (*cf.* le point 1 du chapitre III).

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

- au manuel d'utilisation du logiciel PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH ;
- au cahier des charges interrégime des normes B2 accessible sur le site Internet de l'Assurance maladie.

1.2 LE RECUEIL FICHCOMP

FICHCOMP (pour fichier complémentaire) est un fichier qui enregistre, s'il y a lieu, les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)³⁸

Ce recueil FICHCOMP « médicament avec ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) » est mis en place en 2014 pour les établissements visés aux d et e de l'article I. 162-22-6 du CSS.

³⁸ Cf. [Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé](#).

2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a, b* ET *c* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS ne sont pas soumis à la production de résumés standardisés de facturation (RSF).

Dans l'attente de la facturation de leur activité directement à l'assurance maladie, ces établissements produisent des recueils nommés « VID-HOSP » et « FICHCOMP ».

2.1 LE FICHIER VID-HOSP

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

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes nécessaires à la génération du numéro de chaînage des résumés de sortie anonymes (*cf.* chapitre IV).

Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour.

VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » (*Début de facture*) produit par les établissements visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS (se reporter *supra* au point 1).

Trois nouvelles variables ont été ajoutées à partir du 1^{er} mars 2012 :

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

La *Date de l'hospitalisation* qui permet l'application de la règle d'exonération du ticket modérateur à 30 jours est définie comme étant la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption³⁹, qu'elle se soit déroulée dans un ou plusieurs champs d'activité : autrement dit, il s'agit de la date d'entrée dans le premier établissement de la prise en charge ; elle est donc identique en cas de transferts entre les établissements fréquentés par le patient et seul un retour du patient à domicile suivi d'une réhospitalisation dans un établissement entraîne une modification de la variable *Date de l'hospitalisation*.

Exemple : hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, sortie par transfert le 19 mars à domicile où le patient est pris en charge en HAD ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux établissements (celui de MCO et celui d'HAD) est le 10 mars.

³⁹ On rappelle que des actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, etc.) subis par un patient dans un établissement de santé au cours d'une journée sans absence de nuit, ou des explorations diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie...), n'interrompent pas l'hospitalisation (se reporter à l'information *séjour en HAD* dans le point 2.1.2 du chapitre I).

A partir du 1er mars 2014 :

- la variable *Code gestion* est ajoutée
- la saisie d'autres variables, jusqu'à présent limitée aux seuls établissements MCO participant à l'expérimentation FIDES, est généralisée et devient donc obligatoire :
 - *Code participation assuré ;*
 - *N° d'entrée ;*
 - *Rang de naissance ;*
 - *Rang du bénéficiaire ; N° caisse gestionnaire ;*
 - *N° centre gestionnaire*

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera aux [Formats PMSI 2014](#) et au manuel d'utilisation du logiciel MAGIC (cf. le point 3 du chapitre IV) diffusé par l'ATIH.

2.2 LE RECUEIL FICHCOMP

FICHCOMP (pour *fichiers complémentaires*) est un fichier qui enregistre, s'il y a lieu :

- les spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS ;
- les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU⁴⁰).

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

Il contient les données relatives à la même sous-séquence que celle contenue dans le RPSS et chaque recueil FICHCOMP est lié au RPSS correspondant par le numéro administratif de séjour.

L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine du fichier FICHCOMPA. La production de FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – PAPRICA – que celui qui est à l'origine du *résumé anonyme par sous-séquence* (se reporter au point 2.3 du chapitre I).

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont donnés dans les [Formats PMSI 2014](#) et dans le manuel de PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

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

⁴⁰ Cf. [Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé](#).

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

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles [L. 6113-8](#) et [R. 6113-10](#) du code de la santé publique, et à l'[arrêté du 31 décembre 2004](#) modifié, les établissements de santé transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale : fichiers de RAPSS⁴¹ et FICHCOMPA⁴², fichier des conventions ESHAD-ESMS, auxquels s'ajoute un fichier nommé « ANO » qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP⁴² et le fichier de chainage anonyme ;
- établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article : fichiers de RAPSS et de RSFA⁴², fichier des conventions ESHAD-ESMS.

La transmission des informations est mensuelle et cumulative : la transmission des fichiers produits au titre d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul des mois précédents de la même année civile. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement producteur.

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

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

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

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

⁴¹ Se reporter au chapitre I.

⁴² Se reporter au chapitre III.

En HAD le chainage anonyme s'applique à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements publics et privés.

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a, b* ET *c* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

À titre transitoire, jusqu'à ce qu'ils facturent leur activité directement à l'assurance maladie, la procédure de chainage anonyme comporte les étapes suivantes pour les établissements publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS) :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement ; il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme ; ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- le médecin responsable de l'information médicale produit pour sa part un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro de séjour en HAD⁴³ ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour en HAD et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de séjour en HAD ou le NAS (RAPSS et FICHCOMPA) un lien est ainsi établi entre eux et le numéro anonyme.

3.1.1 Création du numéro anonyme du patient

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

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

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

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

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

⁴³ Se reporter au point 2.1.2 du chapitre I : « le numéro de séjour en HAD est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale [...]. S'il est différent [du numéro administratif de séjour] le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre lui et le numéro administratif du séjour ».

Le contenu et le format de ANO-HOSP ainsi que la signification des codes retournés par le contrôle de conformité, sont donnés dans le manuel d'utilisation de MAGIC téléchargeable sur le [site Internet de l'ATIH](#).

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

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit pour sa part un fichier nommé « HOSP-PMSI » qui établit une correspondance entre NAS et numéro de séjour en HAD⁴⁴.

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

La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle fait appel au logiciel PAPRICA. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation : RPSS, FICHCOMP. Il produit :

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

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

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier « ANO ».

3.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS) ne produisent pas de fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans le RSF « A » *Début de facture*⁴⁵.

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

Ainsi, comme dans les établissements visés aux *a*, *b* et *c*, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RAPSS et RSFA) se voit attribuer le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

⁴⁴ « HOSP » fait référence au NAS, « PMSI » au numéro de séjour en HAD. La production du fichier HOSP-PMSI ne s'impose donc pas aux établissements qui utilisent le NAS comme numéro de séjour en HAD. Dans ce cas en effet, la correspondance entre ce dernier et le NAS est un état de fait. Le format de HOSP-PMSI est donné dans le [manuel de PAPRICA](#).

⁴⁵ Se reporter au point I du chapitre III.

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME e-PMSI

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

4. CONFIDENTIALITÉ

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

Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-8 du CSP.

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

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

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

Dans les conditions prévues à l'[article L. 1112-1](#) du CSP, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux résumés de sortie lors des procédures de contrôle prévues par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du CSS.

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

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

- les données sont recueillies pour chaque patient par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin coordonnateur qui les transmet au médecin responsable de l'information médicale pour la structure⁴⁶ ;
- le médecin responsable de l'information médicale conseille la structure d'HAD pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers des patients et les fichiers administratifs. Dans la

⁴⁶ Le médecin responsable de l'information médicale est désigné par le directeur ou la directrice de la structure d'HAD, selon des modalités définies en concertation avec le médecin coordonnateur (le médecin coordonnateur a vocation à être le médecin responsable de l'information médicale). Les fonctions et les responsabilités du médecin responsable de l'information médicale sont précisées dans les articles R. 6113-1 à R. 6113-10 du code de la santé publique.

perspective des contrôles prévus par les articles [L. 162-22-17](#) et [L. 162-22-18](#) du code de la sécurité sociale, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro de RPSS correspondant.

S'agissant de la responsabilité des acteurs de la structure en cas de défaut de qualité de l'information, il convient de rappeler que le directeur ou la directrice est responsable des informations transmises règlementairement à l'extérieur de l'établissement de santé.

6. CONSERVATION DES FICHIERS

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

La durée de conservation de tous les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation constitués au titre d'une année civile, est de cinq ans⁴⁷.

La table de correspondance constituée, lorsqu'ils diffèrent, entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de RPSS (fichier HOSP-PMSI), doit être conservée pendant le même temps.

⁴⁷ Il ne faut pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

V. APPENDICES

Appendice A – Modalités de tarification de l'activité en HAD ; interventions de l'HAD dans les ES/ESMS

A1) Présentation générale du modèle

Le cadre tarifaire et de régulation des structures et des établissements pratiquant l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) est défini dans le dispositif législatif et réglementaire de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé⁴⁸. Le modèle retenu permet de moduler le niveau des ressources allouées aux établissements en fonction de leur activité et des modes de prise en charge des patients.

La rémunération de la structure d'HAD consiste essentiellement dans le versement d'un forfait journalier de séjour et de soins appelé *groupe homogène de tarifs* (GHT), dont le montant résulte des pondérations associées aux combinaisons autorisées de quatre variables fondamentales recueillies dans le système d'information décrit dans le guide : un mode de prise en charge principal (par exemple : « pansements complexes, et soins spécifiques (stomies compliquées) », « soins palliatifs », « nutrition parentérale »...), un mode de prise en charge associé éventuel, l'indice de Karnofsky et une durée de prise en charge. Le classement dans un groupe tarifaire peut être réévalué au cours du séjour et varie selon la durée de prise en charge.

Les prestations incluses dans le GHT sont définies conformément au décret pris pour l'application de l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale.

A2) Les groupes homogènes de prise en charge

Toute période du séjour pendant laquelle la prise en charge du patient est caractérisée par une combinaison particulière d'un mode de prise en charge principal (MPP) – le cas échéant d'un mode de prise en charge associé (MPA) –, et d'une valeur de l'indice de Karnofsky (IK), définit une *séquence de soins*⁴⁹.

À chaque *combinaison* de MPP, MPA et IK correspondant à un groupe homogène de prise en charge (GHPC)⁵⁰ est affecté un *indice de pondération intermédiaire* (IPI) obtenu par le produit des pondérations associées aux MPP, MPA et IK. La liste des pondérations individuelles des MPP, MPA et IK est dans l'[appendice B](#).

Une association singulière MPP x MPA est *absente* de la liste des GHPC dans les circonstances suivantes :

- lorsqu'elle n'est *pas autorisée* ; elle déclenche un message d'alerte de la FG (code-retour d'erreur non bloquante « 517 » signifiant *Association du MPP et du MPA non autorisée* : cf. l'[appendice F](#) et l'[appendice J](#) et le [manuel PAPRICA](#)) ; dans ce cas, le groupage ne tient pas compte du MPA. et, par convention, attribue à la sous-séquence le numéro de GHPC « 9999 » ; l'indice de pondération intermédiaire (IPI) calculé est le produit des pondérations correspondant aux seuls MPP et IK réel figurant dans le RPSS ;

⁴⁸ Cf. Financement des établissements de santé et son historique : <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html>

⁴⁹ La séquence de soins est traitée dans le point 1.2.2 du chapitre I.

⁵⁰ Les groupes homogènes de prise en charge (GHPC) représentent un premier niveau dans le classement des journées en groupes homogènes de tarifs. C'est un niveau médical, qui prend en compte les variables du modèle tarifaire décrivant l'état de santé du patient : MPP, MPA éventuel, IK.

- lorsqu'elle est *erronée*, c'est-à-dire lorsque le MPP ou le MPA est renseigné par un code non autorisé ou non-conforme, ou n'est pas renseigné (zone de saisie laissée vide), l'association entraîne le retour d'un code d'erreur bloquante de la FG⁵¹ : dans ce cas, la FG ne peut ni grouper le RPSS ni déterminer le groupe tarifaire (GHPC 9999 et GHT 99) ; l'association, payée à minima avant le 1^{er} mars 2012, ne l'est plus après cette date ;
- lorsqu'elle impose une confirmation de codage mais que celle-ci manque ; dans ce cas aussi la FG ne peut ni grouper le RPSS ni déterminer le groupe tarifaire (GHPC 9999 et GHT 99).

Si l'association MPP x MPA est présente dans la table des GHPC mais que l'IK figurant dans le RPSS est inférieur à la valeur minimale observée dans la table des GHPC pour cette combinaison, la *fonction groupage* retourne le code d'alerte « 524 » *indice de Karnofsky inférieur au seuil minimal défini pour cette association MPP x MPA*. Par convention le numéro de GHPC attribué à la sous-séquence est également « 9999 ». L'IPI est alors calculé avec les pondérations du MPP, du MPA et de l'IK ramené à cette valeur minimale.

Pour une association MPP x MPA imposant une confirmation de codage, lorsque celui-ci est confirmé, l'IPI calculé est le produit des pondérations des MPP et IK figurant dans le RPSS.

Dans les autres cas (notamment dans celui du MP 14 *Soins de nursing lourd* avec un IK supérieur à 50%), l'IPI est calculé avec les pondérations du MPP, du MPA et de l'IK réel figurant dans le RPSS.

A3) La construction des groupes homogènes de tarifs

Dans le modèle tarifaire issu des travaux de l'IRDES⁵², une quatrième variable est prise en compte en raison de son effet démontré sur les coûts médicaux directs journaliers. Il s'agit de la durée de prise en charge au sein de la séquence de soins : de façon générale, plus la séquence est longue, moins ces coûts de prise en charge sont élevés. Cette quatrième variable a donc un effet dégressif sur les tarifs.

Au sein de chaque séquence de soins, quatre périodes ou tranches de durée de prise en charge ont été définies :

- la première tranche de durée de prise en charge court du 1^{er} au 4^e jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- la deuxième tranche court du 5^e au 9^e jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- la troisième tranche court du 10^e au 30^e jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- la quatrième tranche commence au 31^e jour des soins (J31) jusqu'à un changement de séquence ou jusqu'à la sortie du patient de l'établissement d'HAD.

Si l'une au moins des modalités de la prise en charge du patient évolue ou que son IK change ou, que le patient entre ainsi dans une nouvelle séquence de soins, la pondération de la première tranche s'applique à nouveau.

⁵¹ « 025 » signifiant que le MPP n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné) ou « 056 » signifiant que le MPA n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné).

⁵² L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, M. Perronnin, T. Renaud. Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile. [Questions d'économie de la santé. N° 69](#). Juillet 2003 (CREDES/IRDES).

À chaque tranche de durée de prise en charge est affecté un indice de pondération. La liste en est donnée dans l'[appendice D](#).

Le produit de la pondération intermédiaire associée à chaque GHPC par celle de la tranche de durée de prise en charge considérée permet d'obtenir une pondération totale ou *indice de pondération totale* (IPT).

Sur cette base, l'éventail théorique des indices de pondération totale obtenu par le modèle en fonction des caractéristiques du séjour comporte de trop nombreuses valeurs pour avoir un sens économique. Dans un souci de simplification du modèle tarifaire, sur la base des pondérations obtenues, les indices de pondération totale sont regroupés en 31 classes. Chacune d'elles représente un groupe homogène de tarifs (GHT).

L'échelle des GHT est donnée dans l'[appendice E](#).

Le produit du coefficient multiplicateur, associé à l'IPT, par un tarif journalier de base permet de définir le tarif de base alloué à chaque journée d'HAD. Ce montant forfaitaire est publié annuellement dans l'arrêté tarifaire⁵³. Il sert de base de remboursement des charges liées aux soins aux régimes obligatoires de l'assurance maladie.

Le montant du forfait journalier vise à couvrir les moyens humains, matériels, techniques mobilisés par la structure d'HAD pour prendre en charge le patient. Il ne couvre pas les [spécialités pharmaceutiques](#) et les [produits et prestations](#) pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) du code de la sécurité sociale.

Bien que l'échelle des GHT soit presque la même pour les deux secteurs d'hospitalisation, public et privé, il existe néanmoins, durant une période transitoire, deux tarifs de base, l'un pour les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (établissements anciennement financés par dotation globale), l'autre pour les établissements visés aux *d* et *e* du même article (établissements anciennement financés par objectif quantifié national).

A4) Interventions de l'HAD dans les ES/EMS

Depuis 2007, les ESHAD (établissements de santé pour l'hospitalisation à domicile) peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)⁵⁴. En 2012, le champ d'intervention des ESHAD été élargi à tout le secteur des établissements sociaux (ES) et des autres établissements médicosociaux (EMS)⁵⁵.

⁵³ [Arrêté fixant les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.](#)

⁵⁴ [Arrêté du 16 mars 2007](#) fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

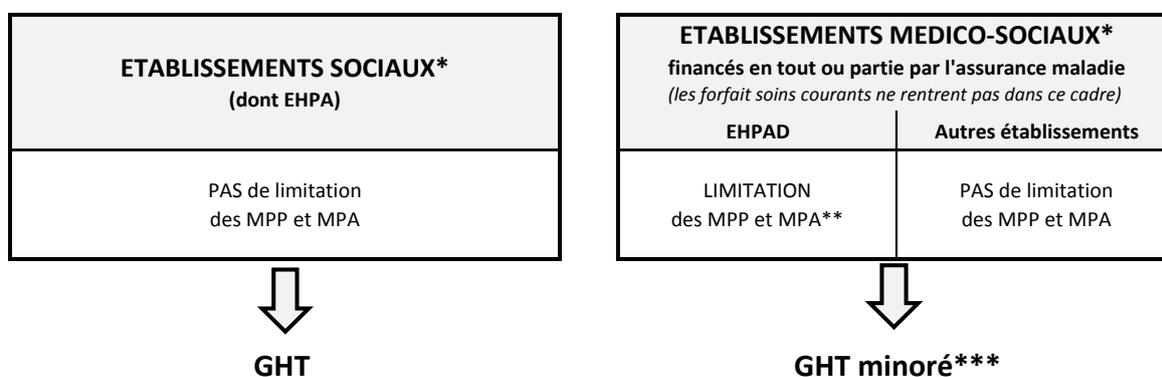
⁵⁵ [Décret no 2012-1030 du 6 septembre 2012](#) relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ; [Décret no 2012-1031 du 6 septembre 2012](#) relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Les MP autorisés pour les interventions de l'HAD dans les EHPAD bénéficiant de l'autorisation prévue au 4^{ème} alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles restent limitées :

- MPP : les modes n° 03, 04, 05⁵⁶, 07, 08, 09, 18, 24 ;
- MPA : les modes n°01, 02, 03, 04, 05⁵⁷, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24.

En revanche, les interventions de l'HAD dans les ES et les EMS autres que les EHPAD qui ne bénéficient pas de l'autorisation suscitée ne subissent pas ces limitations (arrêté du 25 avril 2007, article 1). Elles suivent les mêmes règles que celles des interventions hors EHPAD.

Le schéma ci-dessous résume les conditions de prise en charge fixées dans les arrêtés du 16 mars 2007, 25 avril 2007 et 24 mars 2009 qui s'appliquent toujours pour les interventions d'HAD auprès de patients vivant en ES non médicalisé ou en EMS bénéficiant de crédits de soins par l'Assurance maladie et la tarification des prestations d'HAD qui en découle (GHT à taux plein si l'ESHAD intervient en établissement non médicalisé et GHT minoré si l'ESHAD intervient dans un établissement médicalisé) :



* Cf. annexe 2 de la circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013.

** Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

*** Arrêté tarifaire (article 4) précisant le taux de la minoration mentionnée au dernier alinéa du 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale est fixé pour 2012 à 13 % (Les forfaits correspondant aux prestations d'HAD font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L. 313-3 du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale).

⁵⁶ la chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par l'ESHAD à l'exception de la chimiothérapie par voie orale

Appendice B – Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky

B1) Pondérations associées au mode de prise en charge principal

Les molécules radiées de la liste en sus lors des campagnes 2010 à 2013 n'avaient pas fait l'objet d'une intégration dans les tarifs GHT. Pour 2014, il a été acté de réintégrer ces molécules onéreuses dans le modèle de financement à la journée.

La réintégration est ciblée sur le MPP 05 *Chimiothérapie anti-cancéreuse*, compte tenu de la nature des molécules (principalement des anticancéreux). Elle consiste à augmenter la pondération du MPP 05 de 0,2 point. Cette hausse permet aux journées avec le MPP de chimiothérapie d'être en moyenne financées par un GHT supérieur. Pour plus d'information, consultez la page 5 de la notice campagne tarifaire et budgétaire 2014

(http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2435/notice_technique_financement_2014_cim-mf-249-1-2014.pdf)

Mode de prise en charge principal (MPP)	Pondération
01 – Assistance respiratoire	2,1
02 – Nutrition parentérale	1,9
03 – Traitement intraveineux	2,1303
04 – Soins palliatifs	2,066
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,7686 1,9686
06 – Nutrition entérale	1,7686
07 – Prise en charge de la douleur	1,7686
08 – Autres traitements	1,7686
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 – Posttraitement chirurgical	1,6146
11 – Rééducation orthopédique	1,4376
12 – Rééducation neurologique	1,4376
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,3521
14 – Soins de nursing lourds	1,3521
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1
17 – Surveillance de radiothérapie	1,15
18 – Transfusion sanguine	1,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1
20 – Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	1
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,15
22 – Prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 – Surveillance d'aplasie	1,15

B2) Pondérations associées au mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge associé (MPA)	Pondération
00 – Pas de mode de prise en charge associé	1
01 – Assistance respiratoire	1,1636
02 – Nutrition parentérale	1,4899
03 – Traitement intraveineux	1,1636
04 – Soins palliatifs	1,4899
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,4899
06 – Nutrition entérale	1,3616
07 – Prise en charge de la douleur	1,1636
08 – Autres traitements	1,2642
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,2642
10 – Posttraitement chirurgical	1,1618
11 – Rééducation orthopédique	1,1636
12 – Rééducation neurologique	1,1636
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,1636
14 – Soins de nursing lourds	1,0558
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1,1618
17 – Surveillance de radiothérapie	1,2642
18 – Transfusion sanguine	1,2642
19 – Surveillance de grossesse à risque	1,0558
20 – Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	1
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,1
24 – Surveillance d'aplasie	1,2642
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

B3) Pondérations associées à l'indice de Karnofsky

Classes et valeurs de l'IK (%)	Pondération
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

Appendice C – Caractéristiques des groupes homogènes de prise en charge

L'ATIH publie sur son site internet un fichier détaillant la liste des GHPC et leurs IPT pour la campagne 2014.

Le fichier [Excel GHPC 2014.xlsx](#) qui sera publié contient aussi cinq onglets :

1. le *premier* onglet intitulé **Lire** est le descriptif des 4 autres onglets ;
2. le *deuxième* onglet intitulé **Dictionnaire** décrit le dictionnaire des variables du troisième onglet ;
3. le *troisième* onglet intitulé **Les GHPC et leurs IPT** décrit les groupes homogènes de prise en charge (GHPC), leurs combinaisons ou séquences correspondantes (MPP x MPA x IK) et leurs caractéristiques :
 - si l'association (MPP X MPA) est considérée comme inattendue ou non par la fonction groupage (code-retour 530⁵⁷),
 - si une confirmation de codage est requise ou non pour l'association (MPP x MPA),
 - les pondérations totales associées aux durées des séquences (MPP x MPA x IK) : 1 à 4 jours, 5 à 9 jours, 10 à 30 jours, au-delà de 30 jours ;
4. le *quatrième* onglet intitulé **Associations 2014** est le tableau croisé illustrant les associations de modes de prise en charge principal et associé (MPP x MPA) : il décrit les associations existantes (autorisées), les associations inattendues, les associations non autorisées, les associations erronées et les associations de modes de modes de prise en charge pour lesquelles une confirmation de codage est requise ou non⁵⁸ ; il est issu de l'appendice F du guide méthodologique 2013 ;
5. le *cinquième* onglet intitulé **IK 2014** est le tableau croisé détaillant les plages d'IK prévues pour les associations (MPP x MPA) ; il est issu de l'appendice F du guide méthodologique 2014.

⁵⁷ En 2010 et 2011, ce type de GHPC correspondait à des associations de MP qui étaient qualifiées d'« inhabituelles ». Du fait de l'évolution des GHPC en 2012, le terme « inattendues » a remplacé le terme d'« inhabituelles » : ces associations « inattendues » n'ont pas été prévues dans le modèle tarifaire initial dans la mesure où elles sont possiblement redondantes.

⁵⁸ À propos de l'information *Confirmation de codage*, se reporter au point 2.1.5 du chapitre I.

Appendice D – Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge

Durée de la séquence	Tranche	Pondération
du 1 ^{er} au 4 ^e jour	1	1
du 5 ^e au 9 ^e jour	2	0,7613
du 10 ^e au 30 ^e jour	3	0,6765
au-delà du 30 ^e jour	4	0,6300

Appendice E – Échelle des groupes homogènes de tarifs (GHT)

La valeur de l'indice de pondération totale (IPT) détermine le groupe tarifaire (GHT). Le coefficient multiplicateur est la valeur moyenne centrale de l'intervalle des IPT.

Valeurs de l'indice de pondération totale (IPT) et groupe tarifaire correspondant	Coefficient multiplicateur
0,57 =< IPT < 0,77 : groupe tarifaire 1	0,67
0,77 =< IPT < 0,97 : groupe tarifaire 2	0,87
0,97 =< IPT < 1,17 : groupe tarifaire 3	1,07
1,17 =< IPT < 1,37 : groupe tarifaire 4	1,27
1,37 =< IPT < 1,57 : groupe tarifaire 5	1,47
1,57 =< IPT < 1,77 : groupe tarifaire 6	1,67
1,77 =< IPT < 1,97 : groupe tarifaire 7	1,87
1,97 =< IPT < 2,17 : groupe tarifaire 8	2,07
2,17 =< IPT < 2,37 : groupe tarifaire 9	2,27
2,37 =< IPT < 2,57 : groupe tarifaire 10	2,47
2,57 =< IPT < 2,77 : groupe tarifaire 11	2,67
2,77 =< IPT < 2,97 : groupe tarifaire 12	2,87
2,97 =< IPT < 3,17 : groupe tarifaire 13	3,07
3,17 =< IPT < 3,37 : groupe tarifaire 14	3,27
3,37 =< IPT < 3,57 : groupe tarifaire 15	3,47
3,57 =< IPT < 3,77 : groupe tarifaire 16	3,67
3,77 =< IPT < 3,97 : groupe tarifaire 17	3,87
3,97 =< IPT < 4,17 : groupe tarifaire 18	4,07
4,17 =< IPT < 4,37 : groupe tarifaire 19	4,27
4,37 =< IPT < 4,57 : groupe tarifaire 20	4,47
4,57 =< IPT < 4,77 : groupe tarifaire 21	4,67
4,77 =< IPT < 4,97 : groupe tarifaire 22	4,87
4,97 =< IPT < 5,17 : groupe tarifaire 23	5,07
5,17 =< IPT < 5,37 : groupe tarifaire 24	5,27
5,37 =< IPT < 5,57 : groupe tarifaire 25	5,47
5,57 =< IPT < 5,77 : groupe tarifaire 26	5,67
5,77 =< IPT < 5,97 : groupe tarifaire 27	5,87
5,97 =< IPT < 6,17 : groupe tarifaire 28	6,07
6,17 =< IPT < 6,37 : groupe tarifaire 29	6,27
6,37 =< IPT < 6,57 : groupe tarifaire 30	6,47
6,57 =< IPT < 6,77 : groupe tarifaire 31	6,67

Appendice F – Modes de prise en charge, tableaux croisés, exemples de codage des MP en pédiatrie, récapitulatif des intitulés et des positions d'enregistrement des modes de prise en charge

Selon l'état de santé de la personne, différents types de soins peuvent être délivrés en HAD. Ils nécessitent la mise en œuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge définis préalablement à l'admission et qui doivent être revus au cours du séjour en tant que de besoin.

Cet appendice décrit les modes de prise en charge en HAD (définition, contenu, modalités de codage et possibilités d'associations¹, autorisation en EHPAD², codage des diagnostics avec la CIM-10 (cf. [F1](#) : Liste 1), les associations des MP et les plages d'IK prévues pour ces associations MPP x MPA (cf. [F2](#) : Tableaux croisés) ; elle reprend aussi les principaux exemples de codage des MP en pédiatrie élaborés par le groupe de travail de pédiatrie en HAD en 2009-2010 (cf. [F3](#)) ; elle se termine par la liste 2 des modes de prise en charge à visée documentaire (cf. [F4](#)) et enfin par le tableau des intitulés et des positions d'enregistrement des MP (cf. [F5](#)).

Les abréviations utilisées dans cet appendice sont les suivantes : MP : mode de prise en charge ; MPA : mode de prise en charge associé ; MPD : mode de prise en charge à visée documentaire, MPP : mode de prise en charge principal.

00 Pas de mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Pas de mode de prise en charge associé	00	La saisie du code « 00 » s'impose chaque fois qu'il n'existe pas de MPA. L'information « MPA » du RPSS doit en effet toujours être renseignée : elle ne doit pas être laissée vide.		Le code « 00 » ne peut être saisi qu'en position de MPA. Lorsqu'il est associé à un MPP qui ne peut pas être enregistré seul (qui doit coexister avec un autre MP), une confirmation de codage est nécessaire ³ .

¹ Aucun des MP ne peut être associé au MP 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque* qui ne peut être utilisé qu'en MPP ; on se réfèrera utilement au tableau croisé des associations de MPP et de MPA qui suit cette liste.

² Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121 -4 du CSP (cf. [appendice A](#), §4).

³ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

F1) Liste 1 : modes de prise en charge (MP) susceptibles d'être enregistrés comme principal (MPP) ou associé (MPA)

MP 01 Assistance respiratoire

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Assistance respiratoire	01	Ce MP concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite : il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage.	<p>Le MP 01 <i>Assistance respiratoire</i> inclut la ventilation invasive et la ventilation non invasive.</p> <p>Chez l'adulte, le MP 01 <i>Assistance respiratoire</i> ne peut être codé comme mode principal que si l'assistance respiratoire est mécanisée. Des aspirations trachéales pluriquotidiennes et des aérosols pluriquotidiens ne peuvent à eux seuls justifier le codage de ce MP.</p> <p>Chez l'enfant, (cf. plus loin les exemples de codage en pédiatrie.), le MP 01 <i>Assistance respiratoire</i> peut être codé comme MPP dans les circonstances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prématuré trachéotomisé traité par ventilation non invasive nocturne ; ▪ prématuré bronchodysplasique oxygénodépendant ou non, bénéficiant d'aérosols pluriquotidiens (au moins 3j.) et de kinésithérapie respiratoire quotidienne. 	<p>Le MP 01 <i>Assistance respiratoire</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si l'assistance respiratoire est isolée, une confirmation de codage est nécessaire⁴.</p> <p>Lorsque l'assistance respiratoire consiste en une oxygénothérapie, elle ne peut être codée qu'en tant que MPA.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à l'assistance respiratoire codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 01 est autorisé en EHPAD.</p>	<p>C'est l'affection ou les affections motivant les soins en HAD qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPA).</p> <p>À titre d'exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emphysème : J43.-⁵ ▪ Bronchopneumopathie chronique obstructive : J44.9 ▪ Bronchite chronique : J42 ▪ Pneumoconioses : J60-J64 ▪ Paralysie du diaphragme : J98.60

⁴ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

⁵ J44.- utilise la convention d'écriture « point-tiret » (-) de la CIM-10 indiquant de se reporter à la catégorie J44 dans le volume 1, pour choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder.

MP 02 Nutrition parentérale

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Nutrition parentérale	02	<p>La nutrition parentérale à domicile (NPAD) consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant le statut de médicament⁶ : mélanges nutritifs de type solutions binaires (lipides et protides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protides).</p> <p>Le rapport de la HAS précise les indications et les non-indications de la NPAD.</p>	<p>La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie d'abord, fourniture et maintenance des pompes, éducation du patient et de son entourage nécessitée par l'affection à l'origine de la nutrition parentérale).</p>	<p>Le MP 02 <i>Nutrition parentérale</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire⁷.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve que celui-ci soit utilisé pour un problème de santé non lié à la nutrition parentérale codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 02 est autorisé en EHPAD.</p>	<p>La diversité des circonstances de codage du MP 02 <i>Nutrition parentérale</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la nutrition parentérale en HAD.</p>

⁶ [Nutrition parentérale à domicile : état des lieux et modalités de prise en charge](#). Haute Autorité de santé. Mai 2008.

⁷ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

MP 03 Traitement intraveineux

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Traitement intraveineux	03	<p>Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral, ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques.</p> <p><i>Chez l'adulte</i>, elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, le MP 03 peut ne justifier qu'un passage infirmier quotidien, à condition qu'il soit le fait d'une infirmière puéricultrice ; dans ce cas, il doit toujours être complété par le MP documentaire n°26 <i>Traitement intraveineux, un seul passage quotidien</i>.</p>	<p>Ce MP exclut la chimiothérapie anticancéreuse et la nutrition parentérale (<i>cf.</i> les modes de prise en charge spécifiques).</p> <p>En aucun cas, l'injection isolée d'un médicament (par ex : Solumédrol®, métoclopramide, ...) ne peut à elle seule justifier le codage du MP °03 <i>Traitement intraveineux</i>.</p>	<p>L'association avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> est erronée.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 comme MPA.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve que celui-ci soit utilisé pour un problème de santé non lié au traitement intraveineux codé en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au traitement intraveineux codé en tant que MPP.</p> <p>Le mode de prise en charge 03 (MPP ou MPA) est autorisé en EHPAD si le traitement intraveineux nécessite l'intervention de nuit d'une infirmière non présente en EHPAD.</p>	<p>La diversité des circonstances de codage du MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant le traitement intraveineux en HAD.</p>

MP 04 Soins palliatifs

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Soins palliatifs	04	<p>Il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante, pour une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital.</p> <p>On pourra se référer à l'annexe IV de la Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs : ce référentiel précise les spécificités des soins palliatifs qui sont un des domaines concernés par l'hospitalisation à domicile (HAD).</p>	<p>Cette prise en charge vise à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.</p>	<p>L'association avec le MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> n'est autorisée que si le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP⁸ ». L'acte en rapport est codé dans le RPSS lorsqu'il figure dans la CCAM (cf. ci-dessous).</p> <p>Le mode de prise en charge 04 (MPP ou MPA) est autorisé en EHPAD si les soins palliatifs nécessitent une mobilisation importante de moyens relationnels ainsi que techniques ou un ajustement quotidien de médicaments par voie orale ou parentérale du fait de la permanence et de l'instabilité de symptômes pénibles requérant un contrôle technique et une surveillance rapprochée.</p>	<p>Le MPP 04 <i>Soins palliatifs</i> doit être accompagné du code de la CIM-10 de la maladie qui justifie les soins palliatifs.</p> <p>Le code CIM-10 Z51.5 <i>Soins palliatifs</i> est redondant avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> : il convient de coder en DP et/ou DCMPP le ou les codes CIM 10 correspondant à la nature de la pathologie initiale : tumeur cancéreuse, affection neurologique dégénérative, etc.</p>

⁸ Analgésie contrôlée par le patient (*Patient Controlled Analgesia, PCA*).

NB : Lorsque l'acte est présent dans la *Classification commune des actes médicaux*, (CCAM) il doit être codé dans le RPSS, car il est un critère de lourdeur de la prise en charge de la douleur :

- AFLB017 *Administration péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique au long cours ;*
- AFLB016 *Administration intrathécale ou intrakystique spinale d'agent pharmacologique au long cours ;*
- ANMP001 *Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC].*

MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Chimiothérapie anticancéreuse	05	<p>La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée : celle-ci peut ne pas être une tumeur. Le codage avec la CIM-10 de la maladie est donc essentiel (cf. recommandations de codage).</p> <p>La prise en charge comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; ▪ l'administration de la chimiothérapie (ou de l'immunothérapie à visée antinéoplasique) ; ▪ la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d'administration de la chimiothérapie. 	<p>Ce MP correspond d'une part à la chimiothérapie anticancéreuse et d'autre part à l'administration de thérapeutiques ciblées.</p> <p>L'utilisation de ce MP est justifiée les jours d'administration de la chimiothérapie anticancéreuse ou de la thérapeutique ciblée, par voie parentérale, cutanée ou orale.</p> <p>L'utilisation du MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> n'est pas justifiée lorsque le médicament est fourni par un établissement d'hospitalisation complète et que le branchement de la perfusion a été effectué par ce dernier.</p> <p>La chimiothérapie par voie orale ne peut donner lieu à l'utilisation de ce MP que lorsqu'elle est soumise à une prescription restreinte correspondant à l'une des deux conditions suivantes⁹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médicament réservé à l'usage hospitalier ; ▪ médicament à prescription hospitalière et nécessitant une 	<p>En cas d'administration discontinue mais fréquemment répétée, le codage du MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> se fait en continu jusqu'au dernier jour d'administration ; une cotation discontinue, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux administrations est supérieur à cinq jours.</p> <p>L'association avec le MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> n'est autorisée que lorsque le traitement intraveineux est indépendant de la chimiothérapie elle-même et de la gestion des effets secondaires engendrés par celle-ci.</p> <p>L'association avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est énoncée.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MP principal.</p> <p>L'association avec le MP 24 <i>Surveillance</i></p>	<p>Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré dans le RPSS.</p> <p><i>Par exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - C90.0 <i>Myélome multiple</i> ou, - C85.9 Lymphome non hodgkinien, de type non précisé

⁹ [Article R. 5121-77](#) du code de la santé publique.

			<p>surveillance particulière pendant le traitement.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, lorsque l'HAD assure la préparation et l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse orale ou sous-cutanée à la suite d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière par voie veineuse, le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est codé.</p>	<p><i>d'aplasie</i> est erronée.</p> <p>Le MPP 05 et le MPA 05 sont autorisés en EHPAD exception faite de la chimiothérapie par voie orale.</p>	
--	--	--	---	---	--

MP 06 Nutrition entérale

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Nutrition entérale	06	<p>Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> concerne des patients porteurs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sonde nasogastrique, ▪ gastrostomie, ▪ jéjunostomie, <p>et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD</p>	<p>Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la surveillance du patient, ▪ la maintenance des pompes, ▪ l'éducation du patient et de son entourage. 	<p>Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁰.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, l'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est autorisée pour enregistrer les troubles de l'oralité connexes. Dans les autres cas, l'association du mode n° 15 n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la nutrition entérale codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 06 est autorisé en EHPAD.</p>

¹⁰ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

MP 07 Prise en charge de la douleur

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Prise en charge de la douleur	07	<p>Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'évaluation médicosoignante de la douleur, ▪ la mise en place du traitement, ▪ l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques. 	<p>L'hypnose n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, elle ne peut donner lieu au codage de ce MP.</p>	<p>Le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> doit être lié à l'importance de la consommation de ressources spécifiques mobilisées en vue de la prise en charge de la douleur.</p> <p><i>Chez l'adulte</i>, il nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP¹¹. ».</p> <p>Dans tous les cas, le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne se justifie que le temps nécessaire à obtenir l'équilibre ou à l'utilisation de l'injecteur.</p> <p>Les autres situations de prise en charge de la douleur ne justifient pas le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, le MP 07 peut être associé aux MPP n° 03 <i>Traitement intraveineux</i>, n° 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> ou n° 11 <i>Rééducation orthopédique</i> lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, la prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>.</p>

¹¹ Analgésie contrôlée par le patient (*Patient Controlled Analgesia, PCA*).

			<p>L'association du MPA 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> au MPP n°4 <i>Soins palliatifs</i> est possible à condition que le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP » ». Les éléments attestant du respect des règles de l'art requises pour la pose et la surveillance d'un tel dispositif doivent être présents dans le dossier du patient.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge de la douleur codée en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 07 est autorisé en EHPAD. Le MPA 07 est autorisé en EHPAD.</p>
--	--	--	---

NB : Lorsque l'acte est présent dans la *Classification commune des actes médicaux*, (CCAM) il doit être codé dans le RPSS, car il est un critère de lourdeur de la prise en charge de la douleur :

- AFLB017 *Administration périodurale [épidurale] d'agent pharmacologique au long cours ;*
- AFLB016 *Administration intrathécale ou intrakystique spinale d'agent pharmacologique au long cours ;*
- ANMP001 *Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC].*

MP 08 Autres traitements

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Autres traitements	08	<p>Il s'agit de prises en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents.</p> <p>Seules peuvent être concernées les prises en charge ne pouvant pas être décrites, même sous une forme dégradée, par aucun des autres modes de prise en charge.</p> <p>Remarque: la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD.</p>	<p>Ce MP regroupe des situations hétérogènes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nouvelles modalités de prise en charge en HAD non modélisées actuellement ; ▪ actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'ascite...) lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation. <p>L'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, y compris pour une maladie non tumorale, n'utilise pas ce MP mais le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i>.</p> <p>Dans tous les cas, l'utilisation de ce MP doit être clairement justifiée et tracée dans le dossier du patient.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, le MP 08 <i>Autres traitements</i> inclut la surveillance après greffe d'organe ou de tissu.</p>	<p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à « l'autre traitement » codé en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 08 et MPA 08 sont autorisés en EHPAD si ces interventions sont exceptionnelles et correspondent à des pratiques documentées.</p>	<p>La diversité des circonstances de codage du MP 08 <i>Autres traitements</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la prise en charge en HAD.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, le MP 08 <i>Autres traitements</i> incluant la surveillance après greffe, doit être accompagné d'un code CIM-10 Z94.- <i>Greffe d'organe et de tissu</i>¹² comme diagnostic correspondant au mode de prise en charge concerné du RPSS (cf. les exemples de codage des MP en pédiatrie).</p>

¹² Z94.- utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.-) de la CIM-10 pour indiquer qu'il faut se reporter à l'[appendice H](#) pour choisir les caractères supplémentaires (symbolisés par le tiret) adaptés à l'information à coder.

MP 09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09	<p>Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne sur la durée de la prise en charge.</p> <p>Il inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de santé¹³.</p>	<p>Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> inclut la prise en charge de la douleur générée par la réalisation du pansement ou des soins spécifiques.</p> <p>Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> inclut tout pansement de trachéostomie, quelle qu'en soit la durée (changement de canule de trachéostomie : cf. le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i>).</p>	<p>Chez l'enfant, le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MPP n°09 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, midazolam, kétamine). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MPA n°07 <i>Prise en charge de la douleur</i>.</p> <p>L'association avec le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MP principal.</p>	<p>Il est important de décrire les lésions soignées en HAD ainsi que et la/les maladie(s) qui en sont à l'origine en DP ou en DCMPP</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ escarre : L89.-¹⁴ ; ▪ ulcère variqueux : I83.-¹⁴ ; ▪ I70.21 <i>Athérosclérose des artères distales, avec gangrène</i> ; ▪ T87.5 <i>Nécrose d'un moignon d'amputation</i>. <p>Le codage des complications de stomies utilise par exemple les codes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ J95.0 <i>Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie</i> ; ▪ K91.4 <i>Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie et d'une entérostomie</i> ▪ N99.5 <i>Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire</i>.

¹³ [Traitement des plaies par pression négative \(TPN\) : des utilisations spécifiques et limitées](#). Haute Autorité de santé. Janvier 2011.

¹⁴ La mention d'un code sous la forme XNN.- utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.-) de la CIM-10 indiquant qu'il faut se reporter à la catégorie XNN dans le volume 1 pour y choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder.

				<p>Le MPP 09 est autorisé en EHPAD. Le MPA 09 est autorisé en EHPAD.</p>	<p>Des codes CIM-10 sans lien avec le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> peuvent être décrits en DA : ex. G30.9 <i>Maladie d'Alzheimer, sans précision.</i></p>
--	--	--	--	--	---

MP 10 *Posttraitement chirurgical*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Post - traitement chirurgical	10	<p>Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> comprend pour une durée limitée, la surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des sutures ; ▪ des pansements et/ou de la cicatrice à la suite immédiate d'une chirurgie. 	<p>Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> exclut les soins prodigués pour accouchement après césarienne, qui doivent être codés selon les consignes données <i>infra</i> pour les MP 20 <i>Retour précoce à domicile après accouchement</i> et n°21 <i>Post partum pathologique</i>.</p>	<p>L'association avec le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP.</p> <p>Le MPP n°10 <i>Posttraitement chirurgical</i> ne peut coexister qu'avec un mode d'entrée codé « 6 » (mutation) ou « 7 » (transfert) et une provenance codée « 1 » (médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie: MCO) ou « 2 » (soins de suite et de réadaptation, SSR).</p>	<p>Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> doit être accompagné du code CIM-10 de la maladie opérée en DCMPP/DCMPA suivant le cas (MPP ou MPA).</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pneumonectomie ou lobectomie pour cancer bronchique lobaire supérieur: Z90.2 <i>Absence acquise de poumon [partie de]</i> en DP ou en DCMPP/DCMPA et C34.1 <i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i> en DCMPP/DCMPA ▪ soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau: Z98.8 <i>États post chirurgicaux précisés</i> en DP ou en DCMPP/DCMPA et T84.1 <i>Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre en</i> DCMPP/DCMPA.

MP 11 Rééducation orthopédique

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Rééducation orthopédique	11	<p>Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.</p> <p>Le nombre de passages minimum de l'équipe de rééducation au domicile du patient est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 par semaine* lorsque le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> est codé en MPP ; ▪ 3 par semaine lorsque le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> est codé en MPA. 	Le projet de rééducation doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectuée effective.	<p>Le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si la rééducation orthopédique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁵.</p> <p><i>Chez l'enfant</i>, le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> comme mode associé.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un</p>	<p>Le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> doit être accompagné par exemple du code CIM-10 de la maladie opérée en DCMPP:</p> <p>ex. Z96.6 <i>Présence d'implants d'articulations orthopédiques</i> en (DP, DCMPP, DCMPA) et S72.0 <i>Fracture du col du fémur</i> en DCMPP/DCMPA.</p>

¹⁵ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

				<p>problème de santé non lié à la rééducation orthopédique codée en tant que MP principal.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 11 est autorisé en EHPAD.</p>	
--	--	--	--	---	--

* Compte tenu de la difficulté à trouver des kinésithérapeutes acceptant de se déplacer les weekends et jours fériés.

MP 12 Rééducation neurologique

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Rééducation neurologique	12	<p>Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.</p> <p>Le nombre de passages minimum de l'équipe de rééducation au domicile du patient est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 par semaine* lorsque le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> est codé en MPP ; ▪ 3 par semaine lorsque le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> est codé en MPA. 	<p>Le projet de rééducation doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectuée effective.</p>	<p>Le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si la rééducation neurologique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁶.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la rééducation neurologique codée en tant que MP principal.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 12 est autorisé en EHPAD.</p>	<p><i>Exemple :</i></p> <p>retour à domicile d'un patient pris en charge en SSR pour une hémiplegie spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylvienne ; la rééducation neurologique se poursuit ;</p> <p>Description des diagnostics : code CIM-10 <i>I63.4 Infarctus cérébral dû à une embolie des artères spastiques en DP ; Hémiplegie spastique en DCMPP ou DCMPA ;</i></p>

* Compte tenu de la difficulté à trouver des kinésithérapeutes acceptant de se déplacer les weekends et jours fériés.

¹⁶ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

MP 13 Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	13	La surveillance postchimiothérapie anticancéreuse comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médocosignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle.	<p>Le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> correspond à la surveillance après administration d'une chimiothérapie anticancéreuse ou de thérapeutiques ciblées.</p> <p>La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. Celle-ci peut ne pas être une tumeur.</p> <p>Le codage de ce MP doit être justifié en fonction des effets secondaires observés ou potentiels.</p> <p>Le dossier du patient doit intégrer le protocole de chimiothérapie reçu et les modalités de surveillance du traitement.</p> <p>Le MP 13 exclut la surveillance après greffe de moelle osseuse (pour celle-ci, cf. le MP 08 <i>Autres traitements</i>).</p>	<p>L'association avec le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance après chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> est erronée.</p>	<p>Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMFA)</p> <p>Les codes CIM-10: Z08.2 <i>Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne</i> et Z09.2 <i>Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections</i> sont redondants avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i>.</p> <p>La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entendant en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée – celle-ci pouvant ne pas être une tumeur –, le codage avec la CIM-10 de la maladie est essentiel.</p>

MP 14 Soins de nursing lourds

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Soins de nursing lourds	14	<p>Le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky $\leq 50\%$).</p> <p>Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence de l'équipe soignante, quel que soit son effectif.</p>	<p>Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds.</p>	<p>Le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si le MP 14 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire¹⁷.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux soins de nursing lourds codés en tant que MP principal.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 14 est autorisé en EHPAD.</p>

¹⁷ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Éducation du patient et/ou de son entourage	15	Le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> comporte le suivi médico-soignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires...) formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.	<p>L'utilisation de ce MP est subordonnée à la conduite d'une réelle action d'éducation du patient et de son entourage et non d'accompagnement.</p> <p>Les objectifs du programme d'éducation, les actions entreprises et les résultats de l'évaluation finale doivent figurer dans le dossier du patient.</p> <p>Le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> inclut le changement de canule de trachéostomie.</p>	<p>L'association avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> est erronée.</p> <p>L'utilisation du MPP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> nécessite des conditions conformes à son contenu. Son utilisation en tant que MPA nécessite que l'éducation du patient et/ou de son entourage concerne un problème de santé différent de celui qui motive le mode principal.</p>	<p>La diversité des circonstances de codage du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes diagnostics des maladies ou problèmes motivant cette prise en charge en HAD (DP, DCMPP, DCMPA).</p> <p>Lorsque le MP 15 est codé pour le changement de canule de trachéostomie, le code de la CIM-10 Z93.0 <i>Trachéostomie</i> doit être enregistré comme DP, DCMPP dans le RPSS (cf. exemples de codage des MP en pédiatrie).</p>

MP 17 Surveillance de radiothérapie

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Surveillance de radiothérapie	17	Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.	Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> est utilisé pendant la radiothérapie et dans le cadre de la surveillance des effets secondaires immédiats (dermites, mucites, effets secondaires hématologiques, surveillance neurologique, effet antalgique...).	Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si le MP 17 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire ¹⁸ L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance de radiothérapie codée en tant que MPP. En cas de prise en charge discontinuée mais fréquemment répétée, le codage est continu jusqu'au dernier jour. Le codage discontinu, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux séances est supérieur à 5 jours.	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la radiothérapie doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA) Les codes CIM-10 Z08.1 <i>Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne</i> et Z09.1 <i>Examen de contrôle après radiothérapie pour d'autres affections</i> sont redondants avec le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> .

¹⁸ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point 2.1.5 du chapitre I.

MP 18 Transfusion sanguine

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10, acte CCAM
Transfusion sanguine	18	<p>La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD.</p> <p>Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.</p>	<p>Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.</p>	<p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la transfusion sanguine codée en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 18 est autorisé en EHPAD. Le MPA 18 est autorisé en EHPAD.</p>	<p>Le code de la maladie motivant la transfusion sanguine doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA).</p> <p>Par exemple : DP : Anémie D46.– DCMPP : Leucémie C91.–</p> <p>L'acte CCAM de transfusion sanguine à domicile doit être décrit dans le RAPSS.</p>

MP 19 Surveillance de grossesse à risque

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10 (exemples)
Surveillance de grossesse à risque	19	Prise en charge de la femme enceinte à domicile dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risque pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en limiter la durée.	<p>Le MP 19 inclut les soins et le suivi de la femme enceinte conformes à ceux contenus dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé parue en 2011¹⁹.</p> <p>Ce MP nécessite le passage d'une sage-femme au moins trois fois par semaine et inclut notamment le monitoring fœtal externe avec télésurveillance.</p> <p>La HAS distingue six situations pathologiques pouvant relever d'une HAD avant l'accouchement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pathologie maternelle préexistante 2. pathologie maternelle gravidique ; 3. facteur de risque lié aux antécédents obstétricaux ; 4. facteur de risque lié à la grossesse ; 5. problème médico-psychosocial associé à une indication médicale 6. menace d'accouchement prématuré/placenta prævia en 	<p>L'association du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au post partum pathologique codé en tant que MPP.</p>	<p>C'est l'affection ou les affections motivant les soins d'HAD chez la femme enceinte qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPA). Par exemple²⁰ :</p> <p><u>Pour les pathologies maternelles préexistantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hypertension artérielle préalable à la grossesse : codes O10.– <i>Hypertension préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> ○ Diabète préalable à la grossesse : codes O24.0 à O24.3 ○ Syndrome des antiphospholipides : ex. D68.6 <i>Autres thrombophilies</i> <p><u>Pour les pathologies maternelles gravidiques</u> ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hypertension artérielle gravidique : O13 <i>Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse]</i> ○ Cholestase gravidique : ex. O26.6 <i>Affections hépatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité</i> ○ Diabète gestationnel : ex. O24.4

¹⁹ [Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum](#). Haute Autorité de santé. Avril 2011.

²⁰ Ces exemples n'ont pour but que d'aider au codage des diagnostics maternels.

			l'absence d'offre de soins alternative.		<p><i>Diabète sucré survenant au cours de la grossesse</i></p> <p><u>Pour les facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antécédents de mort fœtale <i>in utero</i>, d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie : par ex. Z35.2 <i>Surveillance d'une grossesse avec d'autres antécédents obstétricaux pathologiques et difficultés à procréer</i> <p><u>Pour les facteurs de risque lié à la grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Retard de croissance intra-utérine : ex. O36.5 <i>Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus</i> ○ <i>Placenta prævia</i> : codes O44.– <p><u>Pour les problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problèmes médico-psychosociaux : cf. les codes des catégories Z55 à Z65 ○ Pathologie psychiatrique : ex. O99.3 <i>Troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> <p><u>Pour les menaces d'accouchement prématuré/placenta prævia en l'absence d'offre de soins alternative.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Menace d'accouchement prématuré : ex. code O60.0 <i>Travail prématuré sans accouchement</i>
--	--	--	---	--	--

Exemples de situations pathologiques pouvant relever, ou ne relevant pas, d'une HAD en ANTE PARTUM
Liste d'exemples non exhaustive issue du rapport HAS d'avril 2011 :
« Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum »

3.1 Pathologie maternelle préexistante

3.1.1 Hypertension artérielle (HTA) préalable à la grossesse

Propositions de recommandations

Ne relèvent pas de l'HAD :

- les formes sévères d'hypertension artérielle (HTA) (avec PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) et la pré-éclampsie car elles justifient une hospitalisation conventionnelle dans un environnement périnatal adapté (accord d'experts) ;
- l'HTA chronique isolée (sans protéinurie), bien équilibrée, sans retentissement fœtal (accord d'experts).

Situation pouvant relever de l'HAD

Aggravation d'une HTA chronique modérée (PAS $<$ 160 mmHg, PAD $<$ 110 mmHg) et isolée (sans protéinurie) et/ou associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) n'indiquant pas une hospitalisation conventionnelle et/ou en cas d'antécédents notables (mort fœtale *in utero* [MFIU] hématome rétroplacentaire [HRP], éclampsie, prématurité induite) (grade B).

3.1.2 Diabète préalable à la grossesse

Propositions de recommandations

Si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieure à 1,50 g/l, celles-ci étant enregistrées pendant 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur), le risque de MFIU augmente. Une hospitalisation conventionnelle sera proposée pour améliorer les glycémies, intensifier la surveillance et éventuellement décider d'une extraction dans un centre périnatal adapté (grade C). Cependant, si la patiente a bien compris les enjeux, une HAD en lien étroit avec le diabétologue peut être indiquée.

Interventions à domicile

Un monitoring fœtal sera réalisé à partir de 32 SA en cas de diabète préalable ou auparavant s'il existe des facteurs de risque additionnels (grade C).

3.1.3 Lupus et syndrome des antiphospholipides

Propositions de recommandations

Situation pouvant relever de l'HAD

Femmes atteintes de lupus ou syndrome des antiphospholipides.

Recommandations sur les interventions à domicile

En l'absence de complications, un enregistrement du RCF peut être envisagé à partir de 32-34 SA (accord d'experts).

Ce suivi peut être intensifié (jusqu'à un RCF par jour) en cas de facteurs de risque additionnels (accord d'experts) :

- antécédents notables (mort fœtale *in utero*, pré-éclampsie) ;
- néphropathie, présence d'anticorps antiphospholipides ;
- anomalies de la grossesse en cours (RCIU).

3.1.4 Thrombophilies génétiques

Propositions de recommandations

La présence d'une thrombophilie génétique isolée en l'absence d'antécédent ou de complications lors de la grossesse en cours ne justifie pas le recours à l'HAD (grade C).

En cas d'antécédent notable (HRP, MFIU) ou de complications lors de la grossesse en cours (RCIU), le recours à l'HAD pourra être indiqué selon la situation (cf. *infra* pour chacune d'elles)

3.1.5 Pathologie psychiatrique associée à une indication médicale

Propositions de recommandations

En cas d'indication médicale, maternelle ou fœtale, une HAD peut être indiquée, en *antepartum* comme en *post-partum*, chez une patiente présentant une pathologie psychiatrique non décompensée. Un partenariat étroit doit être instauré entre les professionnels de l'HAD et les différents acteurs de psychiatrie en périnatalité (« travail en réseau personnalisé »), qu'ils soient psychiatres libéraux ou psychiatres exerçant au sein des équipes de psychiatrie publique sectorisée : en centre médico-psychologique extra-hospitalier et en service d'hospitalisation, médecins généralistes traitants, médecins de PMI, psychologues (de maternité, de PMI, ou de CMP), pédopsychiatres, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes (libérales et de PMI), pédiatres, assistantes sociales, techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF), etc. (accord d'experts) (cf. circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité⁵).

Au cours de la grossesse, des signes laissant évoquer un manque d'investissement sur l'enfant à naître peuvent aussi être une indication d'HAD *antepartum* pour soutenir la patiente au plus près de ses besoins propres dans son environnement familial et social, et contribuer à la prise en charge globale avec les autres acteurs (en particulier la PMI) (accord d'experts).

Recommandation sur les interventions à domicile

Un avis spécialisé sera demandé avant l'admission en HAD auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre (soit celui qui suivait la patiente précédemment, soit celui de la maternité ou du réseau périnatal), et un suivi au long cours sera mis en place.

3.2 Pathologie maternelle gravidique

3.2.1 HTA gravidique

L'aggravation d'une HTA gravidique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) et isolée (sans protéinurie) et/ou associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) n'indiquant pas une hospitalisation conventionnelle et/ou en cas d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite) peut relever de l'HAD (grade B).

Les interventions recommandées, le protocole de suivi proposé et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont les mêmes qu'en cas d'HTA préexistante (cf. § 3.1.1).

Les situations ne relevant pas de l'HAD en cas d'HTA chronique sont les mêmes qu'en cas d'HTA préexistante.

3.2.2 Diabète gestationnel

Les situations pouvant relever ou non de l'HAD sont les mêmes qu'en cas de diabète préexistant ; il en est de même pour les interventions recommandées, le protocole de suivi proposé et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité (cf. § 3.1.2).

► Recommandations sur les interventions à domicile

Il n'est pas recommandé d'effectuer un enregistrement du RCF en cas de diabète gestationnel quel qu'en soit le traitement, sauf en cas de facteurs de risque additionnels : obésité, HTA, RCIU, pathologie vasculaire placentaire (accord d'experts).

3.2.3 Cholestase gravidique

Proposition de recommandation

Malgré l'absence de recommandations internationales relatives à la surveillance fœtale, la cholestase gravidique peut relever de l'HAD *ante partum* (accord d'experts).

3.3 Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux

3.3.1 Antécédent de prématurité

Proposition de recommandation

Un antécédent de prématurité ne justifie pas une HAD *ante partum*, ni le recours au monitoring des contractions utérines à domicile (grade B).

3.3.2 Antécédent de mort fœtale *in utero*

Proposition de recommandation

En cas d'antécédent de mort fœtale *in utero* inexpliquée, une prise en charge en HAD peut être indiquée (accord d'experts).

3.3.3 Antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP)

Proposition de recommandation

Un antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP) sans pathologie associée n'est pas une indication d'HAD *ante partum* faute d'intervention efficace à mettre en œuvre (accord d'experts).

3.4 Facteurs de risque liés à la grossesse

3.4.1 Grossesses multiples

Proposition de recommandation

En l'absence de facteur de risque additionnel, l'HAD n'est pas indiquée en *antepartum* pour les grossesses gémellaires (grade C).

3.4.2 Retard de croissance *in utero*

Propositions de recommandations

Le RCIU modéré (5-10^e percentile) peut être une indication d'HAD (accord d'experts). En revanche, le RCIU sévère ne relève pas de l'HAD (accord d'experts).

Interventions à domicile

Malgré les limites et les discordances internationales, l'enregistrement du RCF est indiqué en cas de prise en charge par HAD de RCIU modéré (accord d'experts) :

- Il sera débuté vers 32-34 SA, en sachant qu'il peut être débuté dès 26-28 SA dans certaines situations à très haut risque (antécédent de MFIU ou de RCIU sévère) (accord d'experts).
- Il n'existe pas de fréquence idéale entre la surveillance quotidienne et la surveillance hebdomadaire qui sera décidée au cas par cas par le prescripteur (grade C).
- Le bénéfice de la surveillance informatisée du RCF par rapport à la surveillance visuelle n'est actuellement pas démontré (grade C).

3.4.3 Rupture prématurée des membranes

Proposition de recommandation

En cas de rupture prématurée des membranes avant terme et une fois la viabilité atteinte, les conditions d'éligibilité à un éventuel retour à domicile sont rarement remplies et surtout la sécurité d'un suivi à domicile n'a pas été établie (grade C).

3.5 Problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale

Propositions de recommandations

En cas d'indication médicale pouvant relever de l'HAD au cours de l'*antepartum*, la prise en charge de la situation psychopathologique de la patiente (liée à sa précarité sociale ou à la gravité de sa situation médicale) relève des missions de l'HAD.

Un partenariat étroit (travail en réseau personnalisé) doit être instauré entre les professionnels de l'HAD et les différents acteurs de la santé mentale en périnatalité, qu'ils soient médecins généralistes traitants, médecins et sages-femmes de PMI, psychologues (de maternité, de PMI, ou de CMP), pédopsychiatres, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, assistantes sociales, techniciennes en intervention sociale et familiale, et éventuellement psychiatres libéraux ou équipes pluriprofessionnelles de psychiatrie de service public (accord d'experts) (cf. circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité⁷, et circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité⁸).

Une fragilité de la construction de la relation mère-enfant peut aussi être une indication d'HAD *antepartum* par son intensité et sa fréquence, elle peut être complémentaire de la prise en charge par l'équipe de PMI ou par les professionnels libéraux. Elle ne se substitue pas à l'hospitalisation qui peut rester précieuse dans certaines de ces situations.

3.6 Situations pouvant relever de l'HAD en *antepartum* en l'absence d'offre alternative de soins

3.6.1 Menace d'accouchement prématuré

Propositions de recommandations

Au décours d'une menace d'accouchement prématuré ayant justifié une hospitalisation conventionnelle et après stabilisation, le recours à l'HAD peut être envisagé (accord d'experts). En l'absence d'autres facteurs de risque, la prise en charge en HAD sera alors interrompue à 36-37 SA (accord d'experts).

Recommandation sur les interventions à domicile

Le monitoring à domicile des contractions utérines n'est pas justifié (grade A).

3.6.2 *Placenta praevia*

Proposition de recommandation

Au décours d'une hospitalisation pour *placenta praevia* qui a saigné et ne saigne plus, la prise en charge à domicile peut être envisagée dans les conditions suivantes : situation stable, aide à domicile, proximité de l'hôpital, téléphone (grade C).

MP 20 Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)

La circulaire sur l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à son positionnement et à son développement qui vient de paraître²¹ rappelle que le développement de cette offre de soins qui, en cinq ans est appelée à doubler l'activité globale constatée en 2011, sera désormais étroitement associé à une veille constante sur la pertinence du recours à ses modes de prise en charge. Le renforcement de la pertinence du recours à l'HAD autrement dit les indications de l'HAD s'appuieront en particulier sur les référentiels existants ou dont la publication est prévue à court et plus long terme par la Haute Autorité de Santé (HAS) et qui feront l'objet d'une diffusion aux ARS dès leur publication, à charge pour elles de relayer la diffusion de ces outils auprès des prescripteurs et des établissements d'HAD²².

Le MP 20 Retour précoce à domicile après accouchement disparaîtra des modes de prise en charge HAD autorisés le 1er mars 2015. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé. « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. » incluant les conditions de sortie précoce du couple mère-enfant sont consultables sur le site de la HAS²³.

Il est rappelé que les indications du MP 21 *Post partum pathologique* concernent les soins donnés à la mère, soins consécutifs à des suites pathologiques de son accouchement. Les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du post partum ont fait l'objet en avril 2011 d'une recommandation de bonne pratique détaillée qu'il vous est rappelé de respecter. Depuis 2012, mais a fortiori à partir de 2015 (disparition du MP 20 Retour précoce à domicile), ces prises en charge spécialisées des suites obstétricales feront l'objet d'une attention particulière en référence à cette recommandation de la HAS.

²¹ CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf

²² Recommandation de bonne pratique relative aux situations pathologiques pouvant relever de l'HAS au cours de l'ante et du post-partum (avril 2011) ; Grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en HAD (travaux prévus au programme de travail 2013) ; Evaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD (travaux inscrits au programme de travail 2013 en cours de cadrage) ; Recommandation concernant la pertinence de l'activité de soins de suite et de réadaptation en HAD (sous réserve de confirmation de l'inscription au programme de travail 2014).

²³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/fr/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile

MP 20 Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autre recommandation	Codage des diagnostics avec la CIM-10, autre recommandation
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20	<p>Prise en charge de la mère et de l'enfant (nouveau-né singleton, eutrophe) consécutifs à leur sortie précoce de la maternité après un accouchement non compliqué pour la mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, ○ au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. 	<p>Cette prise en charge se rapporte à la femme rentrée précocement à domicile après un accouchement par voie basse ou par césarienne sans complication ; elle inclut les soins et le suivi de la mère et du nouveau-né en bonne santé conformes à ceux contenus dans la recommandation de la Haute Autorité de santé <i>parue</i> en 2014²⁴.</p> <p>Le MP 20 Retour précoce à domicile après accouchement ne concerne pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le cas de sortie précoce d'une mère souffrant de suites pathologiques²⁵ de l'accouchement : dans cette situation, c'est le MP 21 <i>Post partum pathologique</i> qu'il faut coder ; ○ le cas du nouveau-né soumis à un risque de complications 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la mère dont le séjour est décrit avec le MP 20, non celui de l'enfant. - Le MPA n°20 ne peut coexister qu'avec un mode d'entrée codé 6 (mutation), 7 (transfert) ou 8 (domicile). - L'association du MPP n°20 <i>Retour précoce à domicile après accouchement</i> avec le MPA n°15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve que le MPA soit utilisé pour un problème de santé non lié au RPDA. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est un code CIM-10 de la catégorie Z39.— <i>Soins et examens du post partum</i> qui doit être employé pour décrire le diagnostic de la mère (éventuellement Z48.— <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i> après césarienne). - S'agissant du MP 20, la mention d'un des diagnostics suivants est <u>erronée</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ codes CIM-10 O80-O84, catégorie concernant les accouchements. <i>L'accouchement se rapporte au séjour de maternité, précédent l'HAD ;</i> ○ codes CIM-10 P00-P96 : <i>Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ; ces codes CIM-10 concernent l'enfant et le MPP n°22 Prise en charge du</i>

²⁴ Cf. « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation de retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandation de bonne pratique » ... http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/fr/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile

²⁵ Ces situations sont décrites dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé *parue* en avril 2011 : [Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum.](#)

			<p>suivant précocement sa naissance : dans ce cas, c'est le MP 22 <i>Prise en charge du nouveau-né à risque</i> qu'il faut coder pour décrire la prise en charge de l'enfant.</p>		<p><i>nouveau né à risque.</i></p>
--	--	--	---	--	------------------------------------

Le codage du MP 20 *Retour précoce à domicile après accouchement* (RPDA) impose le respect de l'ensemble des conditions indiquées par la HAS et dans le tableau ci-dessus.

MP 21 Post partum pathologique

La circulaire sur l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à son positionnement et à son développement qui vient de paraître²⁶ rappelle que le développement de cette offre de soins qui, en cinq ans est appelée à doubler l'activité globale constatée en 2011, sera désormais étroitement associé à une veille constante sur la pertinence du recours à ses modes de prise en charge. Le renforcement de la pertinence du recours à l'HAD autrement dit les indications de l'HAD s'appuieront en particulier sur les référentiels existants ou dont la publication est prévue à court et plus long terme par la Haute Autorité de Santé (HAS) et qui feront l'objet d'une diffusion aux ARS dès leur publication, à charge pour elles de relayer la diffusion de ces outils auprès des prescripteurs et des établissements d'HAD²⁷.

Le MP 20 Retour précoce à domicile après accouchement disparaîtra des modes de prise en charge HAD autorisées le 1er mars 2015. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé. « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. » incluant les conditions de sortie précoce du couple mère-enfant sont consultables sur le site de la HAS .

Il est rappelé que **les indications du MP 21 concernent les soins donnés à la mère, soins consécutifs à des suites pathologiques de son accouchement. Les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du post partum ont fait l'objet en avril 2011 d'une recommandation de bonne pratique de la HAS** qu'il vous est rappelé de respecter.

Depuis 2012, mais a fortiori à partir de 2015 (disparition du MP 20 Retour précoce à domicile), ces prises en charge spécialisées des suites obstétricales feront l'objet d'une attention particulière en référence à cette recommandation de la HAS

²⁶ CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

²⁷ Recommandation de bonne pratique relative aux situations pathologiques pouvant relever de l'HAS au cours de l'ante et du post-partum (avril 2011) ; Grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en HAD (travaux prévus au programme de travail 2013) ; Evaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD (travaux inscrits au programme de travail 2013 en cours de cadrage) ; Recommandation concernant la pertinence de l'activité de soins de suite et de réadaptation en HAD (sous réserve de confirmation de l'inscription au programme de travail 2014).

MP 21 Post partum pathologique

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10 (exemples), autre recommandation
Post partum pathologique	21	Prise en charge de la mère consécutive à des suites pathologiques de l'accouchement .	<p>Le MP 21 inclut les soins et le suivi de la mère nécessitant des soins et du nouveau-né en bonne santé conformes à ceux contenus dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé parue en 2011²⁸.</p> <p>La HAS distingue quatre situations pathologiques pouvant relever d'une HAD après l'accouchement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pathologie spécifique au post-partum ; 2. pathologie non spécifique au post-partum ; 3. mère en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale ; 4. difficultés d'allaitement chez des femmes à risque²⁹ en l'absence d'offre de soins alternative.³⁰ 	L'association du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au post partum pathologique codé en tant que MPP.	<p>C'est l'affection ou les affections motivant les soins d'HAD chez la mère qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPPA) ; les situations de vulnérabilité associées aux indications médicales doivent aussi être décrites. Par exemple³¹ :</p> <p><u>Pour les pathologies spécifiques au post-partum :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ déchirures obstétricales : codes O70.– <i>Déchirure obstétricale du périnée</i> ○ infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale : O86.0 <i>Infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ autres infections puerpérales : codes O86.1 à O86.4 et O86.8 ○ complications veineuses puerpérales : codes O87.–

²⁸ [Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum](#). Haute Autorité de santé. Avril 2011.

²⁹ Femmes ayant au moins l'un des facteurs de risque suivants : âge maternel < 18 ans, primiparité, vulnérabilité, antécédents de difficulté d'allaitement et de chirurgie mammaire, grossesse multiple, pathologie néonatale pouvant interférer avec l'allaitement (hypotrophie, prématurité modérée, fente labiale et/ou palatine, etc.), difficultés à la mise en route de l'allaitement rencontrées lors de l'hospitalisation en maternité (séparation mère-enfant transitoire, montée de lait non encore faite, difficulté de positionnement, perte de poids supérieure à 10 % à J3, etc.).

³⁰ sage-femme libérale, réseau de périnatalité, sage-femme de PMI, associations, consultante en lactation, etc...

		<p>Ces situations sont détaillées par l'exemple dans le tableau suivant.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ rupture d'une suture de césarienne : O90.0 <i>Rupture d'une suture de césarienne</i> ○ rupture d'une suture obstétricale du périnée : O90.1 <i>Rupture d'une suture obstétricale du périnée</i> ○ hématome d'une plaie obstétricale : O90.2 <i>Hématome d'une plaie obstétricale</i> ○ difficultés sphinctériennes urinaires : ex. O90.8 <i>Autres complications puerpérales, non classées ailleurs</i> <p><u>Pour les pathologies non spécifiques au post-partum :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ diabète préexistant à la grossesse : codes O24.0 à O24.3 ○ grossesse multiple : codes O30.– ○ obésité : 099+2 + E66.– (4^e et 5^e caractères : cf. l'appendice H) ○ <p><u>Pour les mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dépression du post partum : F53.0 <i>Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs</i> ○ mère victime de violences : codes T74.– ○ primipare de moins de 18 ans : Z35.6 <i>Surveillance d'une primipare très jeune</i>
--	--	--	--	--

³¹ Ces exemples n'ont pour but que d'aider au codage des diagnostics maternels.

					<ul style="list-style-type: none"> ○ grossesse non ou mal suivie : Z35.3 <i>Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants</i> ○ femme isolée, difficultés socioéconomiques, séparation du couple, : cf. les codes des catégories Z55 à Z65 ○ mère dépendante d'une drogue ou de l'alcool : 099.3 + les catégories F10 à F19 avec le quatrième caractère : .2 <p><u>En cas de difficultés d'allaitement chez des femmes à risque en l'absence d'offre de soins alternative.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Z39.1 <i>Soins et examens de l'allaitement maternel</i> <p>S'agissant du MP 21, la mention dans le recueil d'un codes CIM-10 O80-O84 d'accouchements est <u>erronée</u> : l'accouchement se rapporte en effet au séjour de maternité, précédent l'HAD.</p>
--	--	--	--	--	--

Le codage du MP 21 impose le respect de l'ensemble des conditions indiquées par la HAS et dans le tableau ci-dessus.

Exemples de situations pouvant relever, ou ne relevant pas, d'une HAD en POST PARTUM PATHOLOGIQUE
Liste d'exemples non exhaustive issue du rapport HAS d'avril 2011 :
« Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum »

4.1 Pathologies spécifiques au *post-partum*

4.1.1 Soins post-césarienne

Propositions de recommandations

Situations pouvant relever de l'HAD :

- difficultés de cicatrisation, notamment en cas d'obésité, diabète, hématome de paroi, patiente multi-opérée, antécédent de désunion ;
- abcès ou collection pariétale traités lors de l'hospitalisation et nécessitant une surveillance et des soins locaux ;
- allaitement maternel associé, car la montée laiteuse est souvent retardée et les difficultés de positionnement du nouveau-né fréquentes, du fait de la douleur pariétale.

Situations ne relevant pas de l'HAD :

- collection nécessitant un drainage chirurgical ;
- douleur importante nécessitant une évaluation pluriquotidienne ;
- absence de reprise du transit intestinal ;
- fièvre inexpliquée.

4.1.2 Soins de plaie périnéale

Propositions de recommandations

Situations pouvant relever de l'HAD :

- cicatrisation difficile (collection, inflammation, hématome, douleur) ;
- désunion de cicatrice après abcès ou hématome ;
- thrombus vaginal traité ;
- périnée complet compliqué ou non ;
- difficultés sphinctériennes, notamment nécessité d'autosondage vésical.

4.1.3 Dépression du *post-partum*

Propositions de recommandations

Situations pouvant relever de l'HAD :

- soutien à la sécurité médicale et psychique des femmes présentant un risque important de DPP (antécédents familiaux ou personnels de dépression, antécédents personnels d'anxiété *antepartum*, isolement, stress important lié entre autres à une pathologie du nouveau-né ou de la mère), dans le cadre d'un travail de partenariat autour de la famille ;
- soutien global (incluant la dimension émotionnelle) à des femmes présentant depuis la grossesse des signes dépressifs et/ou exprimant une inquiétude excessive sur leur capacité maternelle. Ces femmes font généralement déjà l'objet d'une attention particulière de la part des autres professionnels et services (sanitaires et sociaux) contribuant à la prise en charge de la dépression du *post-partum* : médecins généralistes, TISF, équipe de PMI, équipe de centre médico-psychologique (CMP) de l'adulte ou infanto-juvénile, unité de psychiatrie périnatale, psychiatres ou psychologues libéraux, associations.

Situation ne relevant pas de l'HAD :

risque suicidaire ou d'infanticide identifié.

Recommandations sur les interventions à domicile

En cas de symptômes dépressifs ou anxieux, un avis spécialisé sera demandé avant la sortie de la maternité auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre (soit celui qui suivait la patiente précédemment, soit celui de la maternité ou du réseau périnatal), et un suivi au long cours mis en place.

L'organisation de la prise en charge attentive aux besoins et ressources propres à cette famille sera déterminée par l'ensemble des partenaires, en étroite collaboration avec l'HAD.

Le recours au questionnaire EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) peut être un outil de repérage des signes dépressifs (cf. annexe 11). Il s'agit d'un autoquestionnaire, qui ne doit être proposé aux patientes que par des personnes formées à son utilisation, capables de commenter les réponses et d'obtenir rapidement un avis spécialisé si nécessaire.

4.2 Mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale

Propositions de recommandations

Concomitamment à la mise en place du travail en réseau associant les institutions (en particulier la PMI) et les professionnels concernés, l'HAD en *post-partum* peut être mise en place chez les femmes en situation de vulnérabilité nécessitant la poursuite de la prise en charge médicale dans 2 cadres :

- lors de l'accompagnement initié pendant la grossesse ;
- ou lors de la prise en charge en urgence d'une situation découverte à l'accouchement.

Situations pouvant relever de l'HAD :

- adolescentes ;
- femmes isolées sans soutien familial ni affectif (notamment patientes étrangères résidant depuis peu en France) ;
- patientes dépendantes d'une drogue ou de l'alcool, en complément d'une prise en charge multidisciplinaire ;
- grossesse mal ou peu suivie ;
- difficultés socio-économiques et nécessité de soins médicaux (césarienne, épisiotomie, allaitement maternel débutant) ;
- doute sur une fragilité psychologique ou une difficulté de l'établissement du lien mère-enfant ;
- patientes anorexiques ;
- patientes victimes de violence ;
- patientes anxieuses, présentant des antécédents familiaux de troubles de l'humeur ;
- patientes subissant des événements graves (décès de l'enfant ou d'un proche, séparation du couple).

4.3 Pathologies non spécifiques au *post-partum*

Propositions de recommandations

La prise en charge de ces pathologies dépendra du mode d'organisation de l'HAD et des ressources médicales et paramédicales disponibles, car ces patientes peuvent sortir du domaine de compétence des sages-femmes et nécessiter des soins par un médecin et/ou du personnel infirmier. Elles seront dans certaines structures d'HAD exclues du département « obstétrique » et prises en charge éventuellement en HAD « adulte » selon le type d'intervention nécessaire.

En fonction des ressources médicales et paramédicales disponibles et du mode d'organisation de l'HAD, les situations pathologiques suivantes peuvent être prises en charge :

- la pathologie thromboembolique récente ;
- le diabète insulino-dépendant mal équilibré ;
- les pathologies infectieuses après la phase aiguë (pyélonéphrite, endométrite) ;
- l'anémie sévère mais compatible avec un lever de la patiente (taux d'Hb entre 7 et 9 g/dl) ;
- l'HTA persistante après l'accouchement mais non préexistante à la grossesse, en cas de traitement d'équilibration en cours.

4.4 Situation pouvant relever de l'HAD en *post-partum* en l'absence d'offre alternative de soins : difficultés d'allaitement

Propositions de recommandations

Lorsque les autres modes organisationnels ne sont pas en mesure d'assurer la prise en charge (sage-femme libérale, réseau de périnatalité, sage-femme de PMI, associations, consultante en lactation...), l'HAD est un recours possible pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel des femmes souhaitant allaiter leur enfant et ayant au moins l'un des facteurs de risque suivant :

- âge maternel < 18 ans ;
- primiparité ;
- vulnérabilité ;
- antécédents de difficultés d'allaitement et de chirurgie mammaire ;
- grossesse multiple ;
- pathologie néonatale pouvant interférer avec l'allaitement (hypotrophie, prématurité modérée, fente labiale et/ou palatine...);
- difficultés à la mise en route de l'allaitement rencontrées lors de l'hospitalisation en maternité (séparation mère-enfant transitoire, montée de lait non encore faite, difficulté de positionnement, perte de poids supérieure à 10 % à J3...).

MP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Prise en charge du nouveau-né à risque	22	Il ne peut s'agir que d'un mode de prise en charge principal concernant le nouveau-né (âge inférieur ou égal à 28 jours).	<p>Exemples d'indications de prise en charge du nouveau-né à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes ; ▪ retour au domicile en cas de grossesse multiple ; ▪ contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique. 	<p>Rappel : par convention, l'indice de Karnofsky du nouveau-né à risque est coté 100 %.</p> <p>L'association du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge du nouveau-né à risque codée en tant que MPP.</p> <p>Pour un enfant admis en HAD pour MPP n° 22 <i>Prise en charge du nouveau-né à risque</i> avant 28 jours de vie et toujours pris en charge en HAD après 28 jours de vie, l'ESHAD devra signaler un changement de séquence au 29^{ème} jour.</p>	<p>S'agissant d'un MP du nouveau-né, le ou les DCMPP du RPSS ne peuvent pas commencer par la lettre O car ces codes sont réservés à la mère.</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ P05.- : <i>Hypotrophie</i> ▪ P01.5 : <i>Nouveau-né de grossesse multiple</i> <p><i>Cf.</i> le volume 3 (index alphabétique) de la CIM-10 et les <u>Conseils de codage</u> publiés sur le site Internet de l'ATIH et relatifs aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anomalies héréditaires du métabolisme ; - affections du nouveau-né

MP 24 Surveillance d'aplasie

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Surveillance d'aplasie	24	<p>La prise en charge comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion...). 		<p>L'association avec le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance d'aplasie codée en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 24 est autorisé en EHPAD. Le MPA 24 est autorisé en EHPAD.</p>

MP 25 *Prise en charge psychologique ou sociale*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Prise en charge psychologique et/ou sociale	25	Il s'agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).	<p>Un suivi psychologique et social « de base » devant être assuré pour tous les modes de prise en charge, l'utilisation de ce MP nécessite l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social du fait d'une situation particulièrement complexe et consommatrice de moyens. Cette situation est tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Le codage est licite le temps de l'intervention de ces professionnels (temps direct et indirect des professionnels).</p>	<p>La prise en charge psychologique ou sociale vient nécessairement en complément d'un autre MP ; elle ne peut être qu'un MPA.</p> <p>L'association avec les MPP n° 1, 2, 6, 11, 12, 14 est autorisée à condition que le MPA n° 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p>

F2) Tableaux croisés des associations de modes de prise en charge principal et associé (MPP x MPA) et plages d'indice de Karnofsky (IK)

Le **premier tableau** décrit les associations de MPP x MPA existantes (autorisées), les associations inattendues, les associations non autorisées, les associations erronées et les associations pour lesquelles une confirmation de codage¹ est nécessaire :

- les associations MPP x MPA *existantes* n'engendrent aucun message d'alerte ; le RPSS est groupé et tarifé (GHPC, GHT) ;
- les associations *inattendues* engendrent un message d'alerte sans blocage du groupage ; le RPSS est groupé, tarifé (GHPC, GHT) ;
- les associations *non autorisées* engendrent un message d'alerte ; le blocage du groupage du RPSS n'empêche pas sa tarification basée sur le MPP et l'IK (GHPC 9999, GHT) ;
- les associations *erronées* et celles dont la confirmation de codage n'est pas faite engendrent un message d'erreur et un blocage de la *fonction groupage* ; le RPSS n'est pas groupé et n'est pas tarifé (GHPC 9999, GHT 99).

Le **second tableau** détaille les plages d'IK prévues selon les associations de MPP x MPA autorisées ou non erronées.

¹ À propos de l'information *confirmation de codage*, se reporter au point 2.1.5 du chapitre I.

		MPA																									
		Non renseigné ou erroné*	Pas de mode de prise en charge	Assistance respiratoire	Nutrition parentérale	Traitement intraveineux	Soins palliatifs	Chimiothérapie anticancéreuse	Nutrition entérale	Prise en charge de la douleur	Autres traitements	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	Post traitement chirurgical	Rééducation orthopédique	Rééducation neurologique	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	Soins de nursing lourds	Educateur du patient et/ou de son entourage	Surveillance de radiothérapie	Transfusion sanguine	Surveillance de grossesse à risque	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	Postpartum pathologique	Prise en charge du nouveau-né à risque	Surveillance d'aplasie	Prise en charge psychologique ou sociale	
		Vide**	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	25	
MPP	Non renseigné ou erroné**	Vide**																									
	Assistance respiratoire	01																									
	Nutrition parentérale	02																									
	Traitement intraveineux	03																									
	Soins palliatifs	04																									
	Chimiothérapie anticancéreuse	05																									
	Nutrition entérale	06																									
	Prise en charge de la douleur	07																									
	Autres traitements	08																									
	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09																									
	Post traitement chirurgical	10																									
	Rééducation orthopédique	11																									
	Rééducation neurologique	12																									
	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13																									
	Soins de nursing lourds	14																									
	Educateur du patient et/ou de son entourage	15																									
	Surveillance de radiothérapie	17																									
	Transfusion sanguine	18																									
	Surveillance de grossesse à risque	19																									
	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20																									
	Postpartum pathologique	21																									
	Prise en charge du nouveau-né à risque	22																									
	Surveillance d'aplasie	24																									
	Prise en charge psychologique ou sociale	25																									

LEGENDE

- ** Nest pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP
- Association MPP x MPA existante n'engendrant aucun message d'alerte ; GHPC, GHT
- Association MPP x MPA inattendue engendrant un message d'alerte (code retour erreur non bloquante n° 530) ; GHPC, GHT
- Association MPP x MPA non autorisée engendrant un message d'alerte (code retour erreur non bloquante n° 517) ; GHPC 9999, GHT
- Association MPP x MPA erronée (erreur bloquante N° 025 ou 056) ; GHPC 9999, GHT 99
- En l'absence de confirmation de codage de l'association, erreur bloquante N° 105 ; GHPC 9999, GHT 99

MPP		MPA																									
		Non renseigné ou erroné** Pas de mode de prise en charge Assistance respiratoire Nutrition parentérale Traitement intraveineux Soins palliatifs Chimiothérapie anticancéreuse Nutrition entérale Prise en charge de la douleur Autres traitements Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) Post traitement chirurgical Rééducation orthopédique Rééducation neurologique Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse Soins de nursing lourds Education du patient et/ou de son entourage Surveillance de radiothérapie Transfusion sanguine Surveillance de grossesse à risque Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) Postpartum pathologique Prise en charge du nouveau-né à risque Surveillance d'aplasie Prise en charge psychologique ou sociale																									
		Vide	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	25	
	Non renseigné ou erroné**	Vide																									
	Assistance respiratoire	01	C	C																							
	Nutrition parentérale	02	C		C			>=40		>=40				>=40	>=40	>=40	<=50	>=40			>=40	>=40	>=40			>=40	
	Traitement intraveineux	03								>=40		>=40		>=30	>=30	>=40	>=40										
	Soins palliatifs	04																									
	Chimiothérapie anticancéreuse	05				>=40											<=50										
	Nutrition entérale	06	C			>=40			C								<=50										
	Prise en charge de la douleur	07				>=40											<=50										
	Autres traitements	08				>=40											<=50										
	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09						>=30									<=50										
	Post traitement chirurgical	10						>=30									<=50										
	Rééducation orthopédique	11	C			>=40	>=40						C				<=50										
	Rééducation neurologique	12	C			>=40	>=40							C			<=50	>=40	>=40	>=40	>=40	>=40			>=60	>=40	>=40
	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13				>=40	>=40	>=40									>=40		<=50	>=40	>=40	>=40				>=40	>=40
	Soins de nursing lourds	14	C, <=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50
	Education du patient et/ou de son entourage	15				>=40	>=50										>=40	>=40	<=50		>=40	>=40	>=40	>=40	>=40	>=40	>=40
	Surveillance de radiothérapie	17	C				>=40										>=40	>=40	<=50	>=40	C	>=50				>=60	>=60
	Transfusion sanguine	18					>=40										>=50	>=40	<=50	>=40	>=50					>=50	>=50
	Surveillance de grossesse à risque	19		>=60	>=40	>=40	>=50										<=50	>=40									>=60
	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20		>=70	>=40	>=50	>=50														>=40						>=60
	Postpartum pathologique	21		>=60	>=40	>=50	>=50														>=60	<=50	>=40				>=60
	Prise en charge du nouveau-né à risque	22		100																							100
	Surveillance d'aplasie	24					>=40	>=40																			>=40
	Prise en charge psychologique ou sociale	25																									

LEGENDE	
**	N'est pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP
	Association MPP XMPA non autorisée ou erronée

VALEURS D'IK PREVUES (%) POUR LES ASSOCIATIONS AUTORISEES ET PREVUES		10 ≤ IK ≤ 100	>=50	50 ≤ IK ≤ 100	40-50	40 ≤ IK ≤ 50	C	10 ≤ IK ≤ 100 si codage confirmé
>=30		30 ≤ IK ≤ 100	>=60	60 ≤ IK ≤ 100	<=50	10 ≤ IK ≤ 50	C, <=50	10 ≤ IK ≤ 50 si codage confirmé
>=40		40 ≤ IK ≤ 100	>=70	70 ≤ IK ≤ 100	100	IK = 100		

F3) Exemples de codage des modes de prise en charge en pédiatrie

Abréviations utilisées : MPP : mode de prise en charge principal MPA : mode de prise en charge associé
 MPD : mode de prise en charge documentaire CIM-10 : *Classification internationale des maladies*, 10^e révision

Les diagnostics enregistrés dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA) doivent être cohérents avec le MPP et le MPA s'il y a lieu.

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Prématuré trachéotomisé bénéficiant d'une ventilation nocturne non invasive et d'une nutrition entérale à débit continu	MPP 01 <i>Assistance respiratoire</i> , MPA 06 <i>Nutrition entérale</i>
Prématuré bronchodysplasique, oxygénodépendant ou non : <ul style="list-style-type: none"> • pathologie respiratoire isolée : traitement par aérosols (3/j.) et kinésithérapie respiratoire quotidienne • pathologie respiratoire associé à une autre affection nécessitant un traitement inhabituel chez l'enfant <ul style="list-style-type: none"> ○ si le problème respiratoire a mobilisé l'essentiel des soins ○ si le traitement de l'autre affection a mobilisé l'essentiel des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • MPP 01 <i>Assistance respiratoire</i>, MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient • MPP 01 <i>Assistance respiratoire</i>, MPA 08 <i>Autres traitements</i> • MPP 08 <i>Autres traitements</i>, MPA 01 <i>Assistance respiratoire</i>
Nourrisson en nutrition parentérale ; une infection du cathéter nécessite une antibiothérapie (une injection par jour) en sus de la nutrition	MPP 03 <i>Traitement intraveineux</i> , MPA 02 <i>Nutrition parentérale</i> , MPD 26 <i>Traitement intraveineux, un seul passage quotidien</i>
Premier retour à domicile d'un enfant à grêle court en nutrition parentérale	MPP 02 <i>Nutrition parentérale</i> , MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Traitement intraveineux par Aredia® chez l'enfant (ostéolyses malignes)	MPP 03 <i>Traitement intraveineux</i> , MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> , MPD 26 <i>Traitement intraveineux, un seul passage quotidien</i>
Premier retour à domicile d'un enfant de moins de 28 jours soigné par voie veineuse pour infection, 1 seul passage quotidien d'une infirmière puéricultrice	MPP 03 <i>Traitement intraveineux</i> , MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient MPD 26 <i>Traitement intraveineux, un seul passage quotidien</i>
Nouveau-né avec un traitement exceptionnel nécessitant une observance et une surveillance rigoureuses (par exemple, un parasymphomimétique tel que Urécholone®), caféine, antirétroviraux, anticonvulsivants...) telles qu'en l'absence d'observance rigoureuse, l'enfant serait mis en danger sur le plan vital ou sur le plan fonctionnel à long terme	MPP 08 <i>Autres traitements</i> , MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> NB : la ou les affections imposant le traitement doivent être codées avec la CIM-10 dans le RPSS
Enfant hémodialysé, passage de l'équipe d'HAD chaque jour sans séance	MPP 08 <i>Autres traitements</i> , MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i>
Surveillance après greffe de moelle osseuse d'un enfant atteint d'une leucémie ou d'une drépanocytose	MPP 08 <i>Autres traitements</i> , MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> NB : le DP du RPSS sera codé : le code correspondant de la catégorie Z94.80 « Greffe de moelle osseuse » doit être enregistré en DP ou en DCMPP du RPSS
Sevrage d'un enfant de mère toxicomane	MPP 08 <i>Autres traitements</i> , MPA 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> NB : le code de la CIM-10 P04.4 <i>Fœtus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère</i> doit être enregistré en DP ou en DCMPP du RPSS

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Syndrome de Pierre Robin (SPR)	
Description du syndrome en DP ou en DCMPP du RPSS : code CIM-10 : Q87.0 <i>Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • SPR avec problème respiratoire et nutrition entérale • SPR avec problème respiratoire sans nutrition entérale • SPR avec nutrition entérale sans problème respiratoire • SPR sans problème respiratoire ni nutrition entérale 	<ul style="list-style-type: none"> • MPP 01 <i>Assistance respiratoire</i>, MPA 06 <i>Nutrition entérale</i>, MPD 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> • MPP 01, MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient • MPP 06 <i>Nutrition entérale</i>, MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient • MPP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPP doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
Exemples de codage du MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Nourrissons porteurs de trachéostomie et/ou de gastrostomie sans problème respiratoire • Nourrissons porteurs de trachéostomie et/ou de gastrostomie avec problème respiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • MPP 09 <i>Pansements complexes ...</i>, MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> • MPP 09 <i>Pansements complexes ...</i>, MPA 01 <i>Assistance respiratoire</i>
Adolescent ayant des difficultés de cicatrisation postopératoire sous la forme d'escarres au niveau des orifices des broches d'un fixateur externe, nécessitant des pansements complexes. Il s'agit d'un traitement postchirurgical mais de durée inhabituellement longue (quelques mois)	
<ul style="list-style-type: none"> • Sans rééducation orthopédique • Avec rééducation orthopédique 	<ul style="list-style-type: none"> • MPP 09 <i>Pansements complexes ...</i>, MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> • MPP 09 <i>Pansements complexes ...</i>, MPA 11 <i>Rééducation orthopédique</i>

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Changement de canule de trachéostomie chez l'enfant	MPP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> , MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> , NB : le code CIM-10 Z93.0 <i>Trachéostomie</i> doit être enregistré en DP ou en DCMPP du RPSS
Enfant polyhandicapé ayant subi une ostéotomie de hanche (surveillance du plâtre, ensemble des soins, gestion des problèmes d'appui...)	
<ul style="list-style-type: none"> • Avec rééducation orthopédique • Sans rééducation orthopédique 	<ul style="list-style-type: none"> • MPP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i>, MPA 11 <i>Rééducation orthopédique</i> • MPP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i>, MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i>
Comment faut-il comprendre le temps minimum de 2 heures de soins pour coder le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> ? S'il y'a deux intervenants, est-ce qu'on additionne les temps de chacun ?	Réponse : non, 60 minutes à 2 personnes comptent pour 60 minutes de présence et non pour 120 minutes. C'est le temps total de présence de l'équipe par jour qui compte, quel que soit le nombre d'intervenants
Conditions de codage et d'association du mode de prise en charge 22 <i>Prise en charge du nouveau-né à risque</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau-né appartenant à la fratrie d'un nourrisson décédé de mort subite (apprentissage aux parents de l'utilisation de la surveillance monitorée, collecte des données et transmission à l'unité du sommeil, retours d'information et consignes aux parents) • Nouveau-né souffrant de reflux gastroœsophagien (RGO) nécessitant un couchage proclive et un épaissement du lait ; apprentissage du couchage proclive, des techniques de portage 	<ul style="list-style-type: none"> • MPP 22 <i>Prise en charge du nouveau-né à risque</i>, MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient NB : l'acte CCAM de surveillance monitorée doit être codé dans le RPSS : DEQP007 <i>Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la saturation artérielle en oxygène par méthodes non effractives, par 24 heures</i> • MPP 22 <i>Prise en charge du nouveau-né à risque</i>, MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> NB : le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient

<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la maltraitance (enfant prématuré, hypotrophe, atteint de maladie génétique ou métabolique, environnement psychosocial et familial à risque) • Enfant à risque en raison d'un entourage défaillant psychologiquement ou socialement (le risque ne tient pas au seul nouveau-né mais il existe en plus des difficultés familiales) 	<p>NB : le RGO doit être codé en DP ou en DCMPP dans le RPSS avec la CIM-10 (K21.-)</p> <ul style="list-style-type: none"> • MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 00 <i>Pas de mode de prise en charge associé</i> NB : le facteur de risques doit être codé en DP ou en DCMPP dans le RPSS avec la CIM-10 : <ul style="list-style-type: none"> ○ prématurité : catégorie P07 <i>Anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs</i> ○ hypotrophie : catégorie P05 <i>Retard de croissance et malnutrition du fœtus</i> ○ maladie génétique ou métabolique : cf. le volume 3 (index alphabétique) de la CIM-10 et les Conseils de codage relatifs aux anomalies héréditaires du métabolisme, publiés sur le site Internet de l'ATIH¹ ○ environnement psychosocial et familial : groupe Z55-Z65 <i>Sujet dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales</i> • MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> ou MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 25 <i>Prise en charge psychologique ou sociale</i> NB : les difficultés maternelles ou familiales doivent être codées en DP ou en DCMPP dans le RPSS avec la CIM-10 : cf. la catégorie P04 <i>Fœtus ou nouveau-né affectés par des effets nocifs transmis par voie placentaire ou par le lait maternel</i> et le groupe Z55-Z65 <i>Sujet dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales</i>.
--	--

¹ Un fascicule [Affections du nouveau-né](#) est aussi disponible.

F4) Liste 2 : Modes de prise en charge ne pouvant être admis qu'en tant que modes de prise en charge documentaires

À titre de modes de prise en charge documentaires (MPD), il peut être codé les modes figurant dans la liste 1 *supra* et ceux numérotés de 26 à 28 ci-dessous.

Modes de prise en charge documentaires	N°	Définition	Modalités de codage
Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	26	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. Elle nécessite un passage infirmier par jour.	Ne peut être utilisé que comme MPD.
Éducation du patient et/ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins de 18 ans	27	Suivi médico-soignant quasi quotidien et éducation du patient et de sa famille, visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surcharges pondérales, épilepsie, Sida...).	Ne peut être utilisé que comme MPD.
Prise en charge psychologique et/ou sociale chez les patients de moins de 18 ans	28	Il s'agit du soutien psychologique ou social du jeune malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).	Ne peut être utilisé que comme MPD.

F5) Récapitulatif des intitulés et des positions d'enregistrement des modes de prise en charge

Code	Libellé des MP [Ancien libellé avant 2012]*	MPP	MPA	MPD
00	Pas de mode de prise en charge associé [Pas de protocole associé]**	-	X	-
01	Assistance respiratoire	X	X	X
02	Nutrition parentérale	X	X	X
03	Traitement intraveineux	X	X	X
04	Soins palliatifs	X	X	X
05	Chimiothérapie anticancéreuse [Chimiothérapie]*	X	X	X
06	Nutrition entérale	X	X	X
07	Prise en charge de la douleur	X	X	X
08	Autres traitements	X	X	X
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) [Pansements complexes et soins spécifiques]*	X	X	X
10	Post traitement chirurgical	X	X	X
11	Rééducation orthopédique	X	X	X
12	Rééducation neurologique	X	X	X
13	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse [Surveillance post chimiothérapie]*	X	X	X
14	Soins de nursing lourds	X	X	X
15	Education du patient et de son entourage	X	X	X
17	Surveillance de radiothérapie [Radiothérapie]*	X	X	X
18	Transfusion sanguine	X	X	X
19	Surveillance de grossesse à risque	X	X	X
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) [Post partum physiologique]*	X	X	X
21	Post partum pathologique	X	X	X
22	Prise en charge du nouveau-né à risque [Prise en charge du nouveau-né]*	X	-	-
24	Surveillance d'aplasie	X	X	X
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale	-	X	X
26	Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	-	-	X
27	Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans	-	-	X
28	Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans	-	-	X

* : Jusqu'en 2009

** : Jusqu'en 2011

Appendice G – Indice de Karnofsky

L'indice de Karnofsky (IK) a été développé en cancérologie pour décrire, sur une échelle générique synthétique de 0 (signifiant décès) à 100 % (signifiant aucun signe ou symptôme de maladie), l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert¹.

Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %²).

Remarque : bien que la grille des activités de la vie quotidienne AVQ (cf. appendice I) et l'IK soient utilisés en HAD pour évaluer la dépendance du patient, il n'existe pas de correspondance établie entre les deux échelles.

Cotation	Situation correspondante	Codage
100%	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie	100
90%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie	090
80%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs de la maladie	080
70%	Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler	070
60%	Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels	060
50%	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents	050
40%	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	040
30%	Le patient est sévèrement handicapé	030
20%	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	020
10%	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	010

¹ L'échelle IK ou Karnofsky Performance Status Scale est due aux auteurs américains Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. Cf. "The use of nitrogen mustards in the palliative treatment carcinoma". Cancer 1948: 1: 634-56 et Karnofsky DA: "The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer". Columbia University Press, New-York 1949:191-205.

² Par convention, dans le cas du mode « Prise en charge du nouveau-né à risque » (code 22), l'IK du patient est fixé à 100%.

Appendice H – Codes étendus de la CIM–10 ; définitions et codage de certains états morbides

Cet appendice détaille les codes étendus de la CIM-10, les extensions internationales et nationales qui ont été apportées pour les besoins de la description médicale. Il se termine par les définitions et le codage de certains états morbides avec la CIM-10 :

- [Codes d'urgence de l'OMS](#) ;
- [dépendance envers des machines et appareils auxiliaires](#) ;
- [diabète de type 2 traité par insuline](#) ;
- [emploi des codes du groupe B95-B98](#) ;
- [état grabataire](#) ;
- [infarctus du myocarde \(prise en charge initiale\)](#) ;
- [hypotension et baisse de la tension artérielle](#) ;
- [insuffisance rénale fonctionnelle](#) ;
- [insuffisance respiratoire](#) ;
- [malnutrition, dénutrition](#) ;
- [œdème pulmonaire](#) ;
- [résistance aux antimicrobiens](#).

H1) Codes étendus de la CIM–10

On trouvera ci-dessous l'ensemble des extensions nationales de codes de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) créées pour les besoins du PMSI. Ces codes étendus peuvent être utilisés pour le codage des diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCPMA, DA). Certains, du fait de leur création initiale pour l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), sont sans objet en HAD ; c'est par exemple le cas des codes de prise en charge initiale de l'infarctus du myocarde. Entre les codes originels de la CIM–10 et les codes étendus, il revient au codeur de choisir celui qui traduit le mieux le diagnostic du patient, en sachant que, de manière générale, c'est le code le plus précis par rapport à l'affection ou au problème de santé qui doit être privilégié.

On rappelle (se reporter aux [règles générales d'emploi de la CIM–10](#) dans le chapitre II) :

- que lorsqu'un code comporte un signe « + » (signe plus), ce signe **doit être saisi** ;
- que les signes *dague* (†) et *astérisque* (*) **ne doivent pas être saisis**.

La table analytique (chapitres I à XXII¹) de la dixième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) est divisée en *catégories* dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en *sous-catégories* codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; les codes à trois caractères ne sont admis que lorsqu'ils correspondent à des catégories non subdivisées.

Les recueils standard d'information du PMSI utilisent aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère. Ils ont deux origines :

- des extensions prévues par la CIM–10 elle-même ; il s'agit donc d'extensions à caractère international ;
- la création d'extensions nationales.

¹ Le chapitre XXII a été créé par la mise à jour de 2003.

Les extensions internationales

La CIM-10 propose des extensions de codes dans ses chapitres XIII (maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif), XIX (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes) et XX (causes externes de morbidité et de mortalité). Elles sont présentées comme « une sous-classification » ou comme « des subdivisions données à titre facultatif ».

Dans les recueils standard du PMSI ces extensions doivent être placées en cinquième position des codes. Lorsqu'elles s'appliquent à un code à trois caractères (catégorie de la CIM-10 non subdivisée) la quatrième position vide doit être complétée par le signe « + » (plus). Par exemple : M45.+7 *Spondylarthrite ankylosante lombosacrée* (code M45 de la spondylarthrite ankylosante étendu par le code 7 de la localisation lombosacrée : CIM-10, volume 1, subdivisions relatives au groupe M40-M54 *Dorsopathies*²).

Pour ce qui concerne le chapitre V de la CIM-10 *Troubles mentaux et du comportement*, les extensions de ses codes se fondent sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*³. En raison de leur grand nombre, elles ne sont pas incluses dans cet appendice. Le chapitre V *in extenso* de la CIM-10, incluant les extensions, est accessible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour son emploi, il est recommandé de consulter l'avertissement figurant dans l'encadré de la page suivante.

Les extensions nationales

Les modifications nationales consistent essentiellement en des extensions de codes de la CIM-10 mais elles comprennent aussi la création en 2009 (pour la version 11 des GHM) d'une catégorie : U90 *Autres formes de pharmacorésistance*, comportant deux sous-catégories : U90.0 *Résistance aux antiépileptiques* et U90.9 *Résistances a un traitement, autres et sans précision*.

Les extensions de codes de la CIM-10 à usage national ont été créées pour le PMSI dans un double but :

- apporter plus de précision à certains codes pour permettre le repérage de prises en charge susceptibles d'expliquer des différences de consommation de ressources ;
- apporter plus d'information à visée documentaire, à la demande de sociétés savantes.

² Référence : édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM-10) ; OMS éd.

³ Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la santé et Masson (1994).

Il a été décidé de donner aux utilisateurs – tout particulièrement en **psychiatrie** – la possibilité d'utiliser une version augmentée de la CIM–10 la plus complète possible. C'est pourquoi le chapitre V publié par l'ATIH inclut les propositions de codage fournies dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche* (ouvrage à couverture verte, coédité par l'OMS et Masson). Celle-ci reprend en effet les extensions de codes mentionnées dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (ouvrage à couverture bleue, coédité par l'OMS et Masson), à l'exception de celles pour la catégorie F66 (*cf. infra*) et en y ajoutant les siennes propres. **L'ATIH insiste sur le fait que ces deux ouvrages ne doivent pas être utilisés pour le codage** : ils contiennent de nombreuses erreurs de codes, et les libellés peuvent différer de ceux du volume 1 de la CIM–10, qui reste l'ouvrage réglementaire de référence. D'autre part, pour respecter les prescriptions internationales, la 4^e position du code (celle située après le point) ne peut pas être employée : toutes les extensions utilisant cette position ont donc été révisées, en déplaçant le caractère supplémentaire en 5^e position et en remplaçant la 4^e position actuellement vide par le signe « + » (plus). **Ce sont donc bien les libellés et codes donnés dans [le document en téléchargement sur le site de l'ATIH](#) que les utilisateurs doivent employer.** Par ailleurs, seules les modifications présentes dans le document fourni par l'ATIH sont intégrées dans les tables de contrôle du recueil et de la *fonction groupage*. Les extensions de F66 caractérisant des orientations sexuelles, mentionnées dans le « livre bleu », non reprises dans le « livre vert », ne peuvent pas être utilisées.

On insiste également sur le fait que l'emploi de certains libellés ainsi complétés peut entraîner des difficultés, en particulier quand ils intègrent des informations de nature différente : ainsi en est-il, par exemple, de l'extension « avec traumatismes ou autres blessures physiques » (5^e caractère « 1 ») proposée avec le 4^e caractère « .0 » des catégories F10–F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Chaque fois qu'un libellé contient plusieurs informations qui peuvent être codées distinctement, il est préférable d'utiliser un codage multiple. Cette consigne est tout spécialement à appliquer pour les extensions suivantes, utilisables :

- avec le caractère .0 des codes du groupe F10–F19 :
 - 1 avec traumatismes ou autres blessures physiques : coder ceux-ci selon leur nature
 - 2 avec d'autres complications médicales : coder celles-ci selon leur nature
 - 5 avec coma : coder en sus le coma
 - 6 avec convulsions : coder en sus les convulsions
- avec le caractère .3 des codes du groupe F10–F19 :
 - 1 avec convulsions : coder en sus les convulsions
- avec le caractère .4 des codes du groupe F10–F19 :
 - 1 avec convulsions : coder en sus les convulsions

Le remaniement du chapitre V a été l'occasion d'intégrer les règles d'orthographe, de ponctuation et de typographie recommandées en France. Les libellés incomplets (non significatifs hors contexte) ont été reconstitués. La prise en compte de toutes ces modifications a obligé à modifier la mise en page initiale du chapitre V : c'est la raison de sa [publication in extenso](#) sur le site Internet de l'ATIH.

On désignera dans ce qui suit par « codes pères » les codes bénéficiant d'extensions nationales, créées pour les besoins du PMSI ou à titre documentaire. Les codes étendus qui en résultent seront nommés « codes fils ».

Le tableau suivant recense les extensions nationales utilisables en 2014. Les parenthèses, crochets et notes d'exclusion ont le même sens que dans la CIM-10. Bien qu'on se situe à un niveau inférieur à celui de la catégorie, les notes d'inclusion sont introduites par « **Comprend** : » pour la clarté de la présentation. Dans ce tableau :

- on entend par « code père » le code immédiatement susjacent au code étendu observé ; par exemple, ci-dessous, A63.0 est le code père de A63.00 et de A63.08 ; dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*, F11.24 est le code père de F11.240 ;
- la colonne « Année de création » indique l'année de création du code étendu (code fils).

Codes	Année création	Intitulé
A63.00	1998	Condylomes anaux (vénériens)
A63.08	1998	Autres condylomes anogénitaux (vénériens)
B24.+0	1997	Complexe relatif au SIDA [présIDA] [ARC], sans précision
B24.+1	1997	Syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA] avéré, sans précision
B24.+9	1997	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], sans précision
B60.80	1997	Microsporidiose extra-intestinale
B60.88	1997	Maladie précisée due à d'autres protozoaires
B99.+0	2002	Autres maladies infectieuses précisées
B99.+1	2002	Syndrome infectieux sans cause trouvée
C16.9+0	2009	Estomac, tumeur maligne familiale liée au gène CDH 1
C16.9+8	2009	Estomac, tumeurs malignes autres et non précisées
C18.9+0	2009	Syndrome de Lynch
C18.9+8	2009	Côlon, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.4+0	2009	Pancréas endocrine, tumeur maligne avec néoplasie endocrine multiple de type I [NEM 1]
C25.4+8	2009	Pancréas endocrine, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.9+0	2009	Pancréas, tumeur maligne familiale
C25.9+8	2009	Pancréas, tumeurs malignes autres et non précisées
C46.70	1997	Sarcome de Kaposi de la sphère O.R.L.
C46.71	1997	Sarcome de Kaposi digestif
C46.72	1997	Sarcome de Kaposi pulmonaire
C46.78	1997	Sarcome de Kaposi d'autres localisations
C49.30	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax
		Comprend : veine cave supérieure
C49.38	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
C49.40	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen
		Comprend : veine cave inférieure
C49.48	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
C49.50	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
C49.58	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
C80.+0	2002	Tumeur maligne primitive de siège inconnu

NB : depuis 2011, pour coder une tumeur maligne de siège primitif non précisé ou inconnu, il était déconseillé d'employer C80.+0. Ce code ne peut désormais plus être utilisé, il faut employer C80.0 (sans signe « + ») Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit, sous-catégorie créée par l'OMS en 2011 dans la catégorie C80 Tumeur maligne de siège non précisé.

D12.6+0	2009	Polypose (colique) familiale adénomateuse
D12.6+1	2009	Polypose (colique) liée au gène APC
D12.6+2	2009	Polypose (colique) liée au gène MYH
D12.6+3	2009	Polypose (colique) festonnée
D12.6+4	2009	Polypose (colique) juvénile
D12.6+5	2009	Polypose (colique) au cours du syndrome de Peutz–Jeghers
D12.6+6	2009	Polypose (colique) au cours de la maladie de Cowden
D12.6+8	2009	Tumeurs bénignes du côlon, autres et non précisées
D13.90	2002	(Tumeur bénigne de la) Rate
D21.30	2002	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax
		Comprend : veine cave supérieure
		À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.38	2002	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
D21.40	2002	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen
		Comprend : veine cave inférieure
		À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.48	2002	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
D21.50	2002	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
		À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.58	2002	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
D44.40	2002	Craniopharyngiome
D44.48	2002	Autres tumeurs du canal craniopharyngien à évolution imprévisible ou inconnue
D48.30	2002	Tératome [dysembryome] sacrococcygien
D48.38	2002	Autres tumeurs du rétropéritoine à évolution imprévisible ou inconnue
E11.00	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec coma
E11.08	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec coma
E11.10	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec acidocétose
E11.18	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec acidocétose
E11.20	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications rénales
E11.28	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications rénales
E11.30	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications oculaires
E11.38	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications oculaires
E11.40	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications neurologiques
E11.48	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications neurologiques
E11.50	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications vasculaires périphériques
E11.58	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques
E11.60	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec autres complications précisées

E11.68	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec autres complications précisées
E11.70	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications multiples
E11.78	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications multiples
E11.80	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications non précisées
E11.88	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications non précisées
E11.90	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, sans complication
E11.98	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, sans complication
E66.00	2006	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m ² et inférieur à 40 kg/m ² , ou obésité due à un excès calorique de l'enfant
E66.01	2006	Obésité due à un excès calorique de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ² et inférieur à 50 kg/m ²
E66.02	2009	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.03	2013	Surpoids dû à un excès calorique, de l'adulte ou de l'enfant
E66.09	2009	Obésité due à un excès calorique de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.10	2006	Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m ² et inférieur à 40 kg/m ² , ou obésité médicamenteuse de l'enfant
E66.11	2006	Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ² et inférieur à 50 kg/m ²
E66.12	2009	Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.13	2013	Surpoids médicamenteux de l'adulte ou de l'enfant
E66.19	2009	Obésité médicamenteuse de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.20	2006	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m ² et inférieur à 40 kg/m ²
E66.21	2006	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ² et inférieur à 50 kg/m ²
E66.22	2009	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.29	2009	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.80	2006	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m ² et inférieur à 40 kg/m ² , ou autres obésités de l'enfant
E66.81	2006	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ² et inférieur à 50 kg/m ²
E66.82	2009	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.83	2013	Autres surpoids de l'adulte ou de l'enfant
E66.89	2009	Autres obésités de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.90	2006	Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m ² et inférieur à 40 kg/m ² , ou obésité sans précision de l'enfant
E66.91	2006	Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ² et inférieur à 50 kg/m ²

E66.92	2009	Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.93	2013	Surpoids de l'adulte ou de l'enfant, sans précision
E66.99	2009	Obésité sans précision de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E83.50	2009	Hypercalcémie supérieure à 3 millimoles [mmol] par litre
E83.51	2009	Hypocalcémie inférieure à 1,5 millimoles [mmol] par litre
E83.58	2009	Anomalies du métabolisme du calcium, autres et sans précision
E87.00	2009	Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre
E87.08	2009	Hyperosmolarités et hypernatrémies, autres et sans précision
E87.10	2009	Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre
E87.18	2009	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision
E87.50	2009	Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre
E87.58	2009	Hyperkaliémies, autres et sans précision
E87.60	2009	Hypokaliémie inférieure à 2,5 millimoles [mmol] par litre
E87.68	2009	Hypokaliémies, autres et sans précision
G81.00	2007	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.01	2007	Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures
G81.08	2007	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G83.8+0	1998	Syndrome de déafférentiation motrice [locked-in syndrome]
G83.8+8	1998	Autres syndromes paralytiques précisés, non classés ailleurs
G97.80	2014	Perforation et déchirure accidentelle des méninges après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse
G97.81	2014	Perforation et déchirure accidentelle d'un autre organe du système nerveux après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse
G97.88	2014	Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique autre que rachicentèse
H32.00*	1997	Rétinite à cytomégalo virus (B25.8†)
H32.01*	1997	Rétinite à Toxoplasma (B58.0†)
H32.08*	1997	Affections chorioretiniennes au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
I20.0+0	2002	Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
I21.00	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I21.000	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.08	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I21.10	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I21.100	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.18	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I21.20	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale
I21.200	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.28	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, autres prises en charge
I21.30	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale

I21.300	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.38	2002	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge
I21.40	2002	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale
I21.400	2002	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.48	2002	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge
I21.90	2002	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale
I21.900	2002	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.98	2002	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge
I22.00	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I22.000	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.08	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I22.10	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I22.100	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.18	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I22.80	2002	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale
I22.800	2002	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.88	2002	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, autres prises en charge
I22.90	2002	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale
I22.900	2002	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.98	2002	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, autres prises en charge
I98.20*	2002	Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, hémorragiques
I98.29*	2002	Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, non hémorragiques ou sans précision

NB : l'emploi des codes I98.20 et I98.29 n'est plus possible depuis 2011. Il faut employer les codes des libellés créés par l'OMS en 2009 : respectivement I98.3* Varices œsophagiennes hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs et I98.2* Varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs

J96.1+0	1998	Insuffisance respiratoire chronique obstructive
J96.1+1	1998	Insuffisance respiratoire chronique restrictive
J96.100	2014	Insuffisance respiratoire chronique obstructive de type I [hypoxique]
J96.101	2014	Insuffisance respiratoire chronique restrictive de type I [hypoxique]
J96.110	2014	Insuffisance respiratoire chronique obstructive de type II [hypercapnique]
J96.111	2014	Insuffisance respiratoire chronique restrictive de type II [hypercapnique]
J96.190	2014	Insuffisance respiratoire chronique obstructive, type non précisé
J96.191	2014	Insuffisance respiratoire chronique restrictive, type non précisé
J98.60	2002	Paralysie du diaphragme
J98.68	2002	Autres maladies du diaphragme

K23.80*	1997	Œsophagite herpétique (B00.8†)
K23.81*	1997	Œsophagite à Candida (B37.8†)
K23.88*	1997	Atteintes de l'œsophage au cours de maladies classées ailleurs, autres
K63.5+0	2009	Polypose (colique) hyperplasique
K63.5+8	2009	Polype du côlon, autre et non précisé
K86.1+0	2009	Pancréatite chronique héréditaire
K86.1+8	2009	Pancréatites chroniques, autres et non précisées
K87.00*	1997	Cholangite à cytomégalo­virus (B25.8†)
K87.08*	1997	Atteintes de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.80*	1997	Atteintes de la cavité buccale au cours de maladies classées ailleurs
K93.81*	1997	Atteintes de l'estomac au cours de maladies classées ailleurs
K93.82*	1997	Atteintes de l'intestin au cours de maladies classées ailleurs
K93.820*	1997	Colite à cytomégalo­virus (B25.8†)
K93.828*	1997	Atteintes de l'intestin au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.83*	1997	Atteintes du rectum au cours de maladies classées ailleurs
K93.830*	1997	Infection du rectum par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.838*	1997	Atteintes du rectum au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.84*	1997	Atteintes de l'anus au cours de maladies classées ailleurs
K93.840*	1997	Infection de l'anus par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.848*	1997	Atteintes de l'anus au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.88*	1997	Atteintes d'organes digestifs précisés autres, au cours de maladies classées ailleurs
L51.20	1998	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané égal ou supérieur à 30% (de la surface du corps)
L51.29	1998	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané inférieur à 30% (de la surface du corps) ou sans précision
M62.8–0	1998	Rhabdomyolyse, siège non précisé
M62.8–8	1998	Autres atteintes musculaires précisées, non classées ailleurs, siège non précisé
N01.70	1997	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N01.79	1997	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, autre et sans précision
N02.00	1997	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.09	1997	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
N02.10	1997	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.19	1997	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.10	1997	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.19	1997	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.30	1997	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.39	1997	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, autre et sans précision
N03.80	1997	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.89	1997	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions morphologiques, autre et sans précision

N04.00	1997	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N04.09	1997	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
P36.00	1999	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.09	1999	Infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.10	1999	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.19	1999	Infection du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.20	1999	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.29	1999	Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.30	1999	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.39	1999	Infection du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.40	1999	Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli
P36.49	1999	Infection du nouveau-né à Escherichia coli
P36.50	1999	Sepsis du nouveau-né due à des anaérobies
P36.59	1999	Infection du nouveau-né due à des anaérobies
P36.80	1999	Autres sepsis du nouveau-né
P36.89	1999	Autres infections bactériennes du nouveau-né
P36.90	1999	Sepsis du nouveau-né, sans précision
P36.99	1999	Infection bactérienne du nouveau-né, sans précision
Q18.00	2002	Kyste de la queue du sourcil
Q18.08	2002	Autres fissures, fistules et kystes d'origine branchiale
R26.30	2009	État grabataire
R26.38	2009	Immobilité, autre et sans précision
R40.10	2013	État paucirelationnel
R40.18	2013	Stupeur, autre et sans précision
		Comprend : semicomma [coma vigile]
R40.20	2013	État végétatif chronique
R40.28	2013	Coma, autre et sans précision
		Comprend : perte de conscience SAI À l'exclusion de : syncope, évanouissement, perte de connaissance (R55)
R47.00	2007	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
R47.01	2007	Aphasie récente, régressive dans les 24 heures
R47.02	2007	Aphasie, autre et sans précision
R47.03	2007	Dysphasie
R48.10	2013	Hémiasomatognosie
		Comprend : héminégligence
R48.18	2013	Agnosie, autre et sans précision
R52.10	2013	Douleur neuropathique
R52.18	2013	Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées
R53.+0	2002	Altération [baisse] de l'état général
R53.+1	2002	Malaise
		À l'exclusion de : avec perte de connaissance (R55) lipothymie (R55)
R53.+2	2002	Fatigue [asthénie]
R54.+0	2002	Syndrome de glissement (sénile)
R54.+8	2002	Autres états de sénilité sans mention de psychose
S25.80	1997	Lésion traumatique de la veine azygos
S25.88	1997	Lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins précisés du thorax
S37.800	1997	Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale

S37.808	1997	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.810	1997	Lésion traumatique de la glande surrénale, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.818	1997	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S38.10	1997	Écrasement de la fesse
S38.18	1997	Écrasement d'autres parties précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S38.19	1997	Écrasement de parties non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S47.+0	1997	Écrasement de la région scapulaire
S47.+8	1997	Écrasement de parties autres et non précisées de l'épaule et du bras
T31.30	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.31	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.40	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.41	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.50	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T31.51	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T68.+0	2009	Hypothermie, température corporelle égale ou inférieure à 32°C
T68.+8	2009	Hypothermie, température corporelle supérieure à 32°C ou non précisée
T81.30	2009	Éviscération postopératoire
T81.38	2009	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
T85.50	2006	Complication mécanique due à un dispositif implantable périgastrique de gastroplastie pour obésité
T85.58	2006	Complication mécanique due à d'autres prothèses, implants et greffes gastro-intestinaux
T86.00	2006	Rejet d'une greffe de moelle osseuse par l'hôte
T86.01	2006	Réaction aiguë d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.02	2006	Réaction chronique d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.09	2006	Rejet d'une greffe de moelle osseuse, SAI
T86.80	2004	Échec et rejet de greffe d'intestin
T86.81	2004	Échec et rejet de greffe de pancréas
T86.82	2004	Échec et rejet de greffe de poumon
T86.83	2004	Échec et rejet de greffe de cornée
T86.84	2004	Échec et rejet de greffe d'os
T86.85	2004	Échec et rejet de greffe de peau
T86.88	2004	Autres échecs et rejets de greffe
Z04.800	2009	Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée
Z04.801	2009	Examen et mise en observation pour poly(somno)graphie
Z04.802	2009	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire
Z04.880	2009	Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées
Z13.50	2009	Examen spécial de dépistage des affections des yeux
Z13.51	2009	Examen spécial de dépistage des affections des oreilles

Z37.10	2011	Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.11	2011	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.30	2011	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.31	2011	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.40	2011	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.41	2011	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.60	2011	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.61	2011	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.70	2011	Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.71	2011	Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z39.00	2011	Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé
Z39.08	2011	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z41.80	2006	Intervention de confort
Z41.88	2006	Autres thérapies sans raison médicale, non classées ailleurs
Z45.80	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire
		Comprend : sonde urétérale double J
		À l'exclusion de : sonde (uréthro)vésicale (Z46.6)
Z45.81	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne génitale
		À l'exclusion de : surveillance d'un dispositif contraceptif (intra-utérin) (Z30.5)
Z45.82	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse intraoculaire
		À l'exclusion de : mise en place et ajustement d'un œil artificiel (Z44.2)
Z45.83	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures
		Comprend : prothèse phonatoire œsotrachéale, larynx artificiel
Z45.84	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central
		Comprend : dérivation du liquide cébrospinal [liquide céphalorachidien], électrodes intracrâniennes
Z45.88	2002	Ajustement et entretien d'autres prothèses internes précisées
Z47.80	2013	Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction
		Comprend : changement, vérification ou enlèvement d'appareil externe de fixation ou de traction
Z47.88	2013	Autres soins de contrôle orthopédiques NCA
		Comprend : changement, vérification ou enlèvement d'un appareil de contention ou d'immobilisation externe [plâtre, orthèse]
Z49.20	2006	Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA]
		Comprend : séance de dialyse péritonéale continue cyclique [DPCC]
Z49.21	2006	Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]
Z51.00	2000	Préparation à une radiothérapie
Z51.01	2000	Séance d'irradiation
Z51.30	2008	Séance de transfusion de produit sanguin labile
Z51.31	2008	Séance d'aphérèse sanguine

Z51.80	2006	Séance d'oxygénothérapie hyperbare
Z51.88	2006	Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
Z52.80	2012	Donneuse d'ovocytes
Z52.88	2012	Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs
Z74.00	2002	État grabataire
<p>NB : lors de la mise à jour de la CIM-10 de 2009, l'OMS a créé une sous-catégorie R26.3 Immobilité qui comprend l'état grabataire. L'ATIH a créé l'extension R26.30 pour ce dernier. Les deux codes R26.30 et Z74.00 sont restés également utilisables jusqu'en 2010, l'abandon de Z74.00 et l'emploi R26.30 étant néanmoins recommandés. Depuis 2011 l'utilisation de Z74.00 n'est plus possible, seul R26.30 peut être employé.</p>		
Z75.80	2000	Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte
Z75.88	2000	Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs
Z76.800	2011	Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire
Z76.850	2011	Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium
Z76.880	2011	Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs
Z80.00	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif
Z80.01	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z80.02	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la rate
Z80.09	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z80.20	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z80.21	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du cœur
Z80.28	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z80.29	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z80.800	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système nerveux
Z80.801	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'œil
Z80.802	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z80.803	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z80.804	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z80.805	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des glandes endocrines
Z80.880	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres localisations
Z83.50	2009	Antécédents familiaux de maladies des organes de la vue
Z83.51	2009	Antécédents familiaux de maladies des organes de l'audition
Z83.70	2009	Antécédents familiaux de maladies du tube digestif
Z83.71	2009	Antécédents familiaux de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z83.72	2010	Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents
Z83.79	2009	Antécédents familiaux de maladies de l'appareil digestif, sans précision
Z84.20	2009	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil urinaire
Z84.21	2009	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil génital
Z84.22	2010	Antécédents familiaux de maladies du sein
Z84.80	2009	Antécédents familiaux de tumeur non maligne
Z84.88	2009	Antécédents familiaux d'autres affections non classées ailleurs
Z85.00	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du tube digestif

Z85.01	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z85.02	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la rate
Z85.09	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z85.20	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z85.21	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du cœur
Z85.28	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z85.29	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z85.800	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du système nerveux
Z85.801	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'œil
Z85.802	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z85.803	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z85.804	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z85.805	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des glandes endocrines
Z85.880	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres localisations
Z86.000	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du système nerveux
Z86.001	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du tube digestif
Z86.002	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z86.003	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du sein
Z86.004	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la peau
Z86.005	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la vessie
Z86.080	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne d'autres localisations
Z86.090	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne sans précision
Z86.60	2009	Antécédents personnels d'accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
Z86.61	2009	Antécédents personnels d'autres maladies du système nerveux
Z86.62	2009	Antécédents personnels de maladies des organes de la vue
Z86.63	2009	Antécédents personnels de maladies des organes de l'audition
Z86.70	2009	Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires
Z86.71	2009	Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques et autres maladies de l'appareil circulatoire
Z87.00	2009	Antécédents personnels de maladies des voies respiratoires supérieures
Z87.01	2009	Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil respiratoire
Z87.09	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil respiratoire sans précision
Z87.10	2009	Antécédents personnels de maladies de la bouche et des dents
Z87.11	2009	Antécédents personnels de maladies du tube digestif
Z87.12	2009	Antécédents personnels de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z87.19	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil digestif sans précision
Z87.40	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil urinaire
Z87.41	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil génital
Z87.42	2010	Antécédents personnels de maladies du sein
Z87.80	2009	Antécédents personnels de lésion traumatique intracrânienne
Z87.81	2009	Antécédents personnels de traumatisme des membres et du bassin
Z87.82	2009	Antécédents personnels de traumatismes autres et non précisés
Z87.83	2009	Antécédents personnels d'intoxication

Z87.88	2009	Antécédents personnels d'autres états précisés
Z91.50	2007	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
Z91.58	2007	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
Z94.80	1997	Grefte de moelle osseuse
Z94.800	2002	Autogrefte de cellules souches hématopoïétiques
Z94.801	2002	Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques
Z94.801 Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques est devenu inutilisable à partir de 2012 en raison de la création de Z94.809 Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision pour tenir compte de la création des extensions Z94.802, Z94.803 et Z94.804.		
Z94.802	2012	Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté
Z94.803	2012	Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté
Z94.804	2012	Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté
Z94.809	2012	Allogrefte de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision
Z94.81	1997	Grefte de pancréas
Z94.82	2009	Grefte d'intestin
Z94.88	1997	Grefte d'organes et de tissus, autres
Z95.80	2013	Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique Comprend : suites d'une angioplastie périphérique SAI
Z95.88	2013	Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA Comprend : présence d'une prothèse intravasculaire NCA
Z99.1+0	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen
Z99.2+0	1998	Dépendance envers une hémodialyse (rénale)
Z99.2+1	1998	Dépendance envers une dialyse péritonéale
Z99.2+8	1998	Dépendance envers une autre dialyse rénale

H2) Définitions et codage de certains états morbides avec la CIM-10

H2.1) LES CODES OMS RESERVES A UN USAGE URGENT

Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Pour les situations où de nouveaux problèmes de santé surviendraient et nécessiteraient d'être identifiés et suivis de manière urgente dans les systèmes d'information, l'OMS a retenu 20 codes d'attente dans les catégories U06 et U07. Ces catégories et sous-catégories doivent être disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et utilisées, sans délai, selon les instructions de l'OMS. Ces vingt nouveaux codes, dont le libellé d'attente est Usage urgent de U06.– et U07.– (U06.0 Usage urgent de U06.0, U06.1 Usage urgent de U06.1...), sont intégrés à la liste des codes utilisables dans les recueils PMSI. Cependant, en l'absence de consignes spécifiques données par l'OMS, leur utilisation est proscrite et conduit à un groupage en erreur.

H2.2) DÉPENDANCE ENVERS DES MACHINES ET APPAREILS AUXILIAIRES

Est dépendante envers une machine ou un appareil une personne atteinte d'une affection chronique dont la survie est subordonnée à l'utilisation régulière et durable de ce matériel. C'est en ce sens que doit être comprise l'utilisation des codes de la catégorie Z99.— *Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs*. Ils ne peuvent pas être employés pour mentionner l'utilisation d'un matériel de ce type en phase aiguë : par exemple, Z99.0 *Dépendance envers un aspirateur* ou Z99.1 *Dépendance envers un respirateur* ne doivent pas servir à mentionner l'utilisation de ces matériels chez un patient sous ventilation mécanique pour insuffisance respiratoire aiguë, Z99.2 *Dépendance envers une dialyse rénale* ne peut pas repérer les séjours des patients dialysés pour insuffisance rénale aiguë.

H2.3) DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITÉ PAR INSULINE

Des extensions des codes de la catégorie E11 *Diabète sucré non insulino-dépendant* de la CIM-10 ont été créées en 2011 pour distinguer les diabètes de type 2 (« non insulino-dépendants ») traités par voie orale et ceux nécessitant un traitement par insuline (diabètes de type 2 dits *insulinonécessitant, insulinorequérant, insulinotraité*).

Les codes étendus correspondant à ces derniers sont ceux possédant le chiffre « 0 » en cinquième position du code : E11.00 *Diabète sucré non insulino-dépendant insulinotraité, avec coma*, E11.10 *Diabète sucré non insulino-dépendant insulinotraité, avec acidocétose*, E11.20 *Diabète sucré non insulino-dépendant insulinotraité, avec complications rénales [...]* E11.90 *Diabète sucré non insulino-dépendant insulinotraité, sans complication*. Ces codes sont réservés au diabète de type 2 insulinotraité **au long cours**. Ils ne doivent pas être employés lorsqu'un événement ponctuel exige, pendant une hospitalisation, un bref remplacement d'un traitement antidiabétique oral par l'insuline, par exemple pour une anesthésie.

H2.4) EMPLOI DES CODES DU GROUPES B95-B98

Ces codes ne doivent être utilisés qu'en position de DA. Leur usage doit être conforme à leur intitulé. Ils sont donc réservés aux cas dans lesquels une infection est présente, infection classée dans un chapitre distinct du chapitre I (CIM-10, vol. 2, § 4.4.4). La rubrique de l'infection s'accompagne souvent d'une note signalant la possibilité d'association : « Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (B95–B97⁴) pour identifier l'agent infectieux ». *Par exemple* :

- endocardite subaiguë à streptocoques D : I33.0, B95.2 ;
- sinusite maxillaire chronique à *Hæmphilus influenzae* : J32.0, B96.3 ;
- abcès cutané à *Staphylococcus aureus* : L02.–, B95.6 ;
- ostéite à *Staphylococcus aureus* : M86.–, B95.6 ;
- pyélonéphrite aiguë à *Escherichia coli* : N10, B96.2 ;
- ascite infectée à *Escherichia coli* : R18, B96.2.

En l'absence d'infection, une colonisation (« portage sain ») est codée avec la catégorie Z22.— *Sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse*.

⁴ L'approbation de la création de la catégorie B98 par l'OMS étant postérieure à la plus récente édition de la CIM-10, la note n'a pas pu en tenir compte.

H2.5) ÉTAT GRABATAIRE

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

NB : c'est la conjonction « et » – non « ou » – qui lie les différents besoins. Le mot maladie est aussi essentiel ; sont ainsi exclus les états qui correspondent transitoirement à la définition (par exemple dans les suites d'une intervention chirurgicale), mais tels que « l'état grabataire » n'existait pas avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaître à leur terme.

H2.6) INFARCTUS DU MYOCARDE (PRISE EN CHARGE INITIALE)

On réserve les codes de prise en charge dite « initiale » aux situations de première prise en charge thérapeutique à la phase aiguë de l'infarctus. En conséquence, les extensions correspondant aux prises en charge initiales n'ont à priori pas lieu d'être employées en HAD.

H2.7) HYPOTENSION ET BAISSÉ DE LA TENSION ARTÉRIELLE

La CIM-10 distingue deux modalités de codage des baisses de la pression intraartérielle [tension artérielle]. Elles correspondent à deux conditions très différentes de diagnostic :

1°) **une baisse de la pression intra-artérielle** peut être un signe d'accompagnement de diverses maladies, ou une « découverte fortuite isolée », qui ne permet pas de porter le diagnostic de maladie hypotensive chronique. Dans les deux circonstances, cette chute tensionnelle est qualifiée par la CIM-10 de « non spécifique » : elle doit alors être codée **R03.1** *Constatacion d'une baisse non spécifique de la tension artérielle*. Elle répond en effet aux critères qui conduisent à utiliser le chapitre XVIII qui contient les signes et symptômes « a) [...] pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant ; b) [...] existant lors de la première consultation, qui se sont avérés être transitoires et dont les causes n'ont pu être déterminées ; c) [se rapportant] aux diagnostics provisoires chez un malade qui n'est pas revenu pour d'autres investigations ou soins [...] ». L'utilisation du code R03.1 suit ainsi la logique exposée dans la note placée sous le libellé *Constatacion d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension* (R03.0) : par analogie, on doit considérer que « cette catégorie [R03.1] doit être utilisée pour enregistrer soit un épisode [hypotensif] chez un malade pour lequel aucun diagnostic formel d'[hypotension] n'a été porté, soit une découverte fortuite isolée » ;

2°) *a contrario*, l'**hypotension artérielle** qualifiée d'idiopathique ou d'orthostatique est une maladie chronique invalidante, nécessitant habituellement un traitement prolongé. Son diagnostic repose sur la constatation répétée d'une baisse des pressions diastolique et systolique, mesurées dans des conditions rigoureuses. Les codes **I95.0** *Hypotension idiopathique*, **I95.1** *Hypotension orthostatique* et **I95.8** *Autres hypotensions* ne doivent être employés que devant un diagnostic établi de maladie hypotensive chronique (sauf si elle s'intègre dans un ensemble de troubles neurovégétatifs et neurologiques, constituant alors le syndrome de Shy et Drager, code **G90.3** *Dégénérescence disséminée (système nerveux autonome)*).

Remarque : La même argumentation conduit à distinguer la maladie hypertensive (I10 *Hypertension essentielle (primitive)*) et l'élévation « non spécifique » de la pression intraartérielle (R03.0 *Constatacion d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension*).

H2.8) INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE

L'insuffisance rénale fonctionnelle est une altération de la fonction rénale, habituellement passagère et curable. Conséquence d'une diminution de la perfusion rénale, elle peut être secondaire à une hypovolémie, une hypotension ou une cause iatrogène. Elle représente une forme particulière d'insuffisance rénale aiguë dont la cause n'est ni une atteinte organique du rein ni un obstacle des voies excrétrices. Elle est qualifiée de **prérénale** ou d'**extrarénale**.

Conformément à la note d'exclusion placée dans le volume 1 de la CIM-10 sous le titre du groupe N17–N19 *Insuffisance rénale*, l'insuffisance rénale fonctionnelle doit donc être codée **R39.2** *Urémie extrarénale*. L'absence de lésion du parenchyme rénal invalide la consigne jusqu'ici donnée de la coder N17.8 *Autres insuffisances rénales aiguës*. La catégorie N17.– doit être réservée au codage des insuffisances rénales aiguës avec atteinte organique du tissu rénal.

H2.9) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

L'utilisation du code **J96.0** *Insuffisance respiratoire aiguë* nécessite que le dossier comporte la mention d'une insuffisance ou d'une décompensation respiratoire aiguë, ou d'une détresse respiratoire, et la constatation au cours du séjour d'une saturation artérielle en oxygène (SaO₂) inférieure à 90 % ou d'une pression partielle dans le sang artériel (PaO₂) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant. Le critère gazométrique ne s'impose pas en cas de ventilation artificielle. L'utilisation du code **J96.1** *Insuffisance respiratoire chronique* nécessite que le dossier mentionne l'existence d'une insuffisance respiratoire chronique, ou d'une affection respiratoire chronique, et d'une PaO₂ inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant de manière prolongée.

H2.10) MALNUTRITION, DÉNUTRITION

La CIM-10 classe les états de malnutrition dans le groupe **E40–E46** : E40 *Kwashiorkor*, E41 *Marasme nutritionnel*, E42 *Kwashiorkor avec marasme*, E43 *Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision*; E44.0 *Malnutrition protéinoénergétique modérée*; E44.1 *Malnutrition protéinoénergétique légère*; E46 *Malnutrition sans précision*⁵. Elle range sous le terme générique de **malnutrition**⁶ un groupe d'affections résultant d'une carence d'apport ou d'une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l'entendre dans le sens restreint de dénutrition.

Dans un rapport publié en septembre 2003⁷, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en a donné une définition : « la **dénutrition protéinoénergétique** résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéinoénergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. » Cette définition distingue clairement « l'amaigrissement [...] de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale » et sa nature éventuellement volontaire.

Dans le même rapport, l'ANAES a établi les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique des adultes hospitalisés, tous âges confondus. Elle a en effet estimé que la définition fournie par la CIM-10, reposant sur des critères statistiques, « n'est pas opérationnelle en l'absence de données représentatives de la distribution du poids par tranche d'âge et par sexe [...] en France. » La Haute Autorité de santé (HAS) a révisé les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée dans un rapport publié en avril 2007⁸. Ces critères sont ici résumés.

⁵ Auxquels s'ajoute O25 *Malnutrition au cours de la grossesse*.

⁶ Cet anglicisme désigne de fait tout trouble lié à un déséquilibre alimentaire, aussi bien en défaut qu'en excès.

⁷ ANAES. [Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés](#). Septembre 2003.

⁸ HAS. [Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée](#). Avril 2007.

1) Le diagnostic de **dénutrition** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants :

DÉNUTRITION	
Patients âgés de moins de 70 ans	Patients âgés de 70 ans et plus
<ul style="list-style-type: none"> • perte de poids égale ou supérieure à 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • indice de masse corporelle (IMC) inférieur ou égal à 17 kg/m² ; • si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire : <ul style="list-style-type: none"> – albuminémie inférieure à 30 g/l ; – préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 110 mg/l. 	<ul style="list-style-type: none"> • perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois ; • IMC inférieur à 21 kg/m² ; • albuminémie inférieure à 35 g/l⁹.

2) Le diagnostic de **dénutrition sévère** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants :

DÉNUTRITION SÉVÈRE	
Patients âgés de moins de 70 ans	Patients âgés de 70 ans et plus
<ul style="list-style-type: none"> • perte de poids égale ou supérieure à 15 % en 6 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire : <ul style="list-style-type: none"> – albuminémie inférieure à 20 g/l, – préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 50 mg/l. 	<ul style="list-style-type: none"> • perte de poids égale ou supérieure à 10 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 15 % en 6 mois ; • IMC inférieur à 18 kg/m² ; • albuminémie inférieure à 30 g/l.

L'emploi des codes CIM-10 E40 à E46 doit se fonder sur ces critères¹⁰.

H2.11) OEDÈME PULMONAIRE

Les dénominations « œdème pulmonaire », « œdème aigu pulmonaire », « OAP », correspondent à une insuffisance ventriculaire [insuffisance cardiaque] gauche. Leur code est **I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche**. Il s'agit d'une affection fréquente relevant d'une prise en charge *cardiologique*. La cause de l'œdème pulmonaire est cardiaque, d'où son classement dans le chapitre IX de la CIM-10 avec les maladies cardiaques.

En revanche, l'entité classée par la CIM-10 à J81 *Œdème pulmonaire* correspond à une affection différente, peu fréquente, couramment désignée non pas par « œdème pulmonaire » mais par « *œdème pulmonaire lésionnel* », et dont le traitement relève d'une unité de *réanimation*. L'œdème pulmonaire lésionnel codé J81 est une maladie dans laquelle le cœur n'a pas de responsabilité (d'où sa désignation parfois, pour la distinguer, par œdème

⁹ L'interprétation du dosage doit tenir compte de l'état inflammatoire.

¹⁰ L'emploi des catégories E40, E41 et E42 ne peut être qu'exceptionnel en France.

pulmonaire « non cardiogénique » ou œdème pulmonaire « non hémodynamique »), c'est pourquoi l'œdème pulmonaire lésionnel est classé dans le chapitre X de la CIM-10 avec les maladies de l'appareil respiratoire.

On doit donc coder **I50.1** *Insuffisance ventriculaire gauche* tout œdème pulmonaire ou œdème aigu du poumon [OAP] et réserver **J81** *Œdème pulmonaire* aux seuls cas pour lesquels est donnée la précision « lésionnel ».

H2.12) RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

Lors de la mise à jour de la CIM-10 de 2013, applicable dans le PMSI en 2014, la description des résistances aux traitements antibiotiques a été entièrement revue par l'OMS. Elle repose sur trois catégories U82 *Résistance aux antibiotiques bêtalactamines [bêtalactames]*, U83 *Résistance aux autres antibiotiques* et U84 *Résistance aux autres antimicrobiens*¹¹.

L'emploi des codes de ces catégories doit respecter deux conditions :

- la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie ;
- le patient doit être atteint d'une infection.

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

U83.7 *Résistance à de multiples antibiotiques* doit être employé pour la présence d'une bactérie multirésistante, c'est-à-dire une bactérie précisée comme telle par le laboratoire de bactériologie, sauf dans les cas où cette résistance est spécifiquement décrite par un autre code. Ainsi, une résistance par bêtalactamases à spectre étendu se code en U82.2 *Résistance par bêtalactamases à spectre étendu [BLSE]* et non en U83.7.

Le patient doit être atteint d'une infection. Une colonisation (portage sain) n'autorise pas l'emploi des codes U82–U84.

Exemples :

- pneumonie à pneumocoque résistant à la pénicilline : J13, U82.0 ;
- endocardite à *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant : I33.0, B96.5, U83.7 ;
- colonisation nasale par *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline : Z22.8 ; il ne doit être enregistré ni un code B95.6 ni un code U82.1 car il ne s'agit pas d'une infection mais d'une colonisation.

¹¹ Pour la description détaillée des codes et libellés se reporter au site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

Appendice I – Cotation de la dépendance selon la grille PMSI des activités de la vie quotidienne

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle apprécie la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante jugée par un observateur qui n'est pas le patient. Cette grille n'est pas un instrument de mesure de la dépendance du patient ni de la charge en soins du soignant.

I1) SIX VARIABLES DE DÉPENDANCE

L'appréciation de la dépendance du patient doit être évaluée systématiquement par rapport à chacune des **six variables** suivantes :

Variables ou dimensions de dépendance (nombre d'actions évaluées)	
Habillage (2) ou toilette (2) : cf. I4.1	Continence (2) : cf. I4.4
Déplacements et locomotion (5) : cf. I4.2	Comportement (1) : cf. I4.5
Alimentation (3) : cf. I4.3	Relation et communication (2) : cf. I4.6

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs **actions de la vie quotidienne (AVQ)**. Par exemple la toilette inclut deux actions : faire la toilette du haut du corps et faire la toilette du bas du corps.

I2) QUATRE NIVEAUX DE COTATION POUR CHAQUE DIMENSION

Chaque variable/dimension de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants (niveau croissant de dépendance) :

1 Indépendance

Complète : le patient est totalement autonome.

Modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ; ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ; ou il le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.

À l'exception de : mise en place ou ablation d'une orthèse ou d'une prothèse.

3 Assistance partielle

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

Tableau récapitulatif entre la cotation et le niveau de dépendance

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

I3) PRINCIPES DE COTATION

Cette grille de dépendance reprend en grande partie le chapitre « dépendance » du guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés du PMSI en SSR (BO n° 97/5 bis). **Elle a toutefois subi des adaptations dues aux particularités des patients pris en charge en HAD, dont la plus notable est le choix laissé à l'observateur entre les variables *habillement* et *toilette*.** Il en résulte une grille de dépendance élaborée dans l'optique de l'HAD, *pour laquelle il n'existe pas de table de transcodage validée avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance.*

Les trois principes de cotation sont les suivants :

Principe	Contenu et exemples
1	Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la séquence observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques ; <i>Exemple : si un patient refuse de s'habiller ou de se laver seul le bas du corps, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour la toilette du bas du corps est 4.</i>
2	Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance ; <i>Exemple : le patient se lave seul le haut du corps et demande seulement de l'aide pour le dos ; en revanche il est incapable de se laver la moitié inférieure du corps ; dans ce cas l'action toilette du haut du corps est cotée 3 et l'action toilette du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable toilette</i>
3	Si pour une action il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), coter 4

14) PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

14.1 L'HABILLAGE OU LA TOILETTE

On cotera l'habillement lorsque le patient s'habille ou est habillé par l'équipe d'HAD. Dans le cas contraire on cotera la toilette.

L'HABILLAGE inclut **deux actions** :

- *l'habillement du haut du corps* : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant ;
- *l'habillement du bas du corps* : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant.

L'HABILLAGE ET SA COTATION

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient s'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle¹², peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse OU requiert une adaptation pour mettre ou attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale

Le patient nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

LA TOILETTE inclut **deux actions** :

- *la toilette du haut du corps* : se laver au-dessus de la taille, se raser et se coiffer ;
- *la toilette du bas du corps* : se laver les régions intimes, les membres inférieurs et les pieds.

L'installation sanitaire dont dispose le patient (salle de bains, douche...) n'entre pas dans l'évaluation : on peut se laver et être propre sans disposer d'une baignoire ou d'une douche. Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu : on se situe dans le cadre de l'hygiène corporelle, non dans celui de la recherche esthétique.

¹² Suppose une réalisation spontanée, sans besoin de présence, suggestion ni stimulation.

LA TOILETTE ET SA COTATION

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient fait sa toilette seul et correctement en prenant les accessoires nécessaires à leur place habituelle (gant, serviette, savonnette, rasoir...). Peut se laver les dents, se raser, se laver le dos (si besoin avec l'aide d'une brosse munie d'un manche), se coiffer OU requiert une adaptation pour les gestes fins : manipulation de la brosse à dents, du dentifrice, du rasoir... OU prend plus de temps que la normale

2 Supervision ou arrangement

Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (ouverture du tube de dentifrice, préparation du rasoir ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale

Le patient a besoin d'une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

I4.2 LES DÉPLACEMENTS ET LA LOCOMOTION

Ils incluent **cinq actions** :

- *les transferts lit-chaise-fauteuil roulant* : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement ;
- *les transferts aux toilettes* : s'asseoir et se relever du siège des toilettes ;
- *les transferts à la baignoire ou à la douche* : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche ;
- *la locomotion* : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité ;
- *l'utilisation des escaliers* : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).

Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

LES DÉPLACEMENTS & LA LOCOMOTION ET LEUR COTATION

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied) OU nécessite une supervision pour parcourir 45m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou pour monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale

Le patient nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

I4.3 L'ALIMENTATION

Elle inclut **trois actions** nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- *l'utilisation des ustensiles réguliers* pour porter les aliments à la bouche ;
- *la mastication* ;
- *la déglutition* (avaler la bouchée ou la gorgée).

L'ALIMENTATION ET SA COTATION

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments à consistance modifiée. Si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

→

ALIMENTATION ET SACOTATION / SUITE

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale

Le patient nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

I4.4 LA CONTINENCE

Elle inclut **deux actions** :

- *le contrôle de la miction* : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle ;
- *le contrôle de la défécation* : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

LA CONTINENCE ET SACOTATION

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;
- fécale : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments, poche de stomie.

2 Supervision ou arrangement :

Le patient requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4 Assistance totale

Le patient nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarque :

a) **Pour un patient porteur d'une sonde à demeure**, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1 ;
- si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2 ;
- si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

b) **Pour un patient porteur d'un système de stomie**, c'est la gestion de ce système qui est évaluée (cotation : cf. ci-dessus).

I4.5 LE COMPORTEMENT

Il inclut **une action** :

- *l'interaction sociale*, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

LE COMPORTEMENT ET SA COTATION**1 Indépendance complète ou modifiée**

Le patient se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médicaments pour garder le contrôle.

2 Supervision

Le patient requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle

Le patient ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale

Le patient se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la démence ou toute autre affection mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes de la CIM-10 (cf. [appendice H](#)).

14.6 RELATION ET COMMUNICATION

Elles incluent **deux actions** :

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;
- *l'expression claire du langage verbal et non verbal.*

RELATION, COMMUNICATION ET LEUR COTATION

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision

Le patient requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc.).

3 Assistance partielle

Le patient ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 Assistance totale

Le patient ne s'exprime pas et/ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

15) INTERPRÉTATION DU SCORE AVQ

Le score AVQ qui est la somme des scores des six dimensions cotées donne une *indication synthétique du degré d'autonomie / de dépendance* du patient au début du séjour et quand l'IK se modifie :

Valeur du score AVQ	Interprétation
≤ 6	Patient totalement autonome
7 - 12	Patient faiblement dépendant
13 - 18	Patient moyennement dépendant
19 - 24	Patient complètement dépendant

Appendice J – Fonction groupage HAD

Le ministère de la santé met à la disposition des intégrateurs informatiques le « noyau de programmation » nécessaire au groupage, sous la forme d'une librairie informatique appelée *fonction groupage* (FG). Concrètement c'est le **logiciel PAPERICA**¹³ ou le **programme de groupage** (PdG HAD) des RPSS qui permettent l'anonymisation, le chaînage et le groupage des RPSS du séjour HAD.

Le groupage est le résultat du **double classement de chaque journée** du *résumé par sous-séquence* (RPSS) dans un groupe homogène de prise en charge (**GHPC**) puis dans un groupe homogène de tarif (**GHT**). Pour que le groupage HAD puisse se faire, il est nécessaire que les informations clé du RPSS (ou informations tarifantes : MPP, MPA s'il y a lieu, IK, durée de la séquence¹⁴) soient correctement renseignées et cohérentes entre elles.

La constitution des RPSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire. Ces erreurs peuvent être de plusieurs ordres : de hiérarchisation, de codage, de saisie, etc., se traduisant par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, inconstante etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la détermination du GHT (absence du MPP par exemple), ou n'être que l'indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. En tout état de cause, la FG met en route un certain nombre de contrôles : contrôles préliminaires des RPSS transmis (par exemple, longueur incorrecte, numéros FINESS incohérents, caractère illicite, hors période, ...), contrôles intraRPSS et contrôles complémentaires interRPSS.

A l'issue de ces contrôles et du groupage, la FG fournit non seulement le groupage du RPSS traité s'il a pu être effectué, mais aussi un (ou plusieurs) code(s), dit **code(s)-retour**, dont la(les) valeur(s) permet(tent) de savoir si une ou plusieurs erreurs ont été détectées. Pour chaque RPSS, les erreurs détectées par la FG et les erreurs complémentaires de séquençement sont enregistrées. Si une alerte/erreur est détectée par les contrôles de la FG, le code-retour lui correspond ; si plusieurs alertes/erreurs sont détectées, le code-retour correspond au N° minimum d'alerte/erreur détectée.

Hors erreurs d'implémentation (matériel, logiciel, mémoire, ...), les erreurs de contrôles intra RPSS signalées par la FG sont classées en deux catégories : **les erreurs bloquantes et les « erreurs » non bloquantes**.

Les erreurs sont qualifiées de *bloquantes* lorsque le groupage du RPSS par la FG n'a pas pu être entièrement effectué, tandis que les « erreurs » non bloquantes ne sont pas à proprement parler des erreurs mais plutôt des *alertes* signalées par la FG. Le tableau suivant illustre par l'exemple quelques erreurs mises en évidence par la FG HAD à la lecture des RPSS et les codes-retour correspondants. La détection de telles erreurs/alertes, si elles sont bloquantes, interdit la poursuite du groupage mais autorise la poursuite de la détection d'autres erreurs/alertes, afin d'effectuer un diagnostic complet de la validité du RPSS traité : **toutes les erreurs intra RPSS et inter RPSS détectées par la FG sont enregistrées (cf. fichier LEG), mais en cas d'erreurs multiples, seul le code-retour minimum sera affiché par PAPERICA**.

¹³ Cf. : download.atih.sante.fr/index.php?lettre=P.

¹⁴ La durée de la séquence est calculée à partir des dates de début et de fin de la séquence renseignées dans le RPSS.

Valeur du code-retour ¹⁵	Variables du RPSS	Signification	Conséquence sur le groupage
000	-	Le groupage s'est bien déroulé	GHPC et GHT attribués
001	NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD	Absent ; erreur bloquante ; blocage complet de la <i>fonction groupage</i> (FG)	GHPC 9999, GHT 99
002	DATE DE NAISSANCE	Format incorrect, non renseigné ou incohérente (<i>exemple</i> : 02/14/1950) ; erreur bloquante; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
003	DATE DE NAISSANCE	Improbable par rapport à la date d'entrée ; erreur bloquante; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
025 ou 056	MPP, MPA	Association MPP x MPA erronée ; erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
105	MPP, MPA	En l'absence de confirmation de codage par exemple d'un MPP (01, 02, 06, 11, 12, 14, 17) seul, erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
517	MPA	<u>Alerte</u> : Association MPP x MPA non autorisée ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP et de l'IK
524	INDICE DE KARNOFSKY	<u>Alerte</u> : IK inférieur au seuil minimal défini pour cette combinaison MPP x MPA ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et du seuil minimal de l'IK
525	INDICE DE KARNOFSKY	<u>Alerte</u> : IK supérieur au seuil maximal défini pour cette combinaison MPP x MPA ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et de l'IK réel figurant dans le RPSS
530	MPP, MPA	<u>Alerte</u> : Association MPP x MPA inattendue, possiblement redondante ; erreur non bloquante ; le groupage s'est bien déroulé	GHPC, GHT attribué

La liste complète des codes-retours de la *fonction groupage* (FG), avec leur intitulé, figure dans le **manuel du logiciel PAPRICA** téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

¹⁵ Les erreurs *bloquantes* engendrent le retour de codes dont les valeurs sont comprises entre 000 à 500 tandis que les « erreurs » *non bloquantes* ou *alertes* engendrent celui de codes retours supérieurs à 500.

Appendice K – Liste des abréviations

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- AVQ : Activité(s) de la Vie Quotidienne
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladie, 10^{ème} version
- CSP : Code de la Santé Publique
- CSS : Code de la Sécurité Sociale
- DCMPPA : Diagnostic Correspondant au Mode de Prise en charge Associé
- DCMPP : Diagnostic Correspondant au Mode de Prise en charge Principal
- DG : Dotation Globale
- DP : Diagnostic Principal
- EJ : Entité Juridique
- EMS : Établissement MédicoSocial/ Établissements MédicoSociaux
- EHPA Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes
- ES : Établissement Social/ Etablissements Sociaux
- ESHAD : Établissement de santé pour l'Hospitalisation A domicile
- ESMS : Établissement Social ou Médicosocial
- ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- ET : Établissement
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FG : Fonction Groupage
- FIDES : Facturation Individuelle DEs Séjours
- FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
- GHPC : Groupes Homogènes de Prise en Charge
- HAD : Hospitalisation À Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IEM : Institut d'Éducation Motrice
- IK : Indice de Karnofsky
- IME : Institut Médico-Éducatif
- JORF : Journal Officiel de la République Française
- LEG (fichier) : Liste d'Erreurs de Génération
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique ou Odontologie
- MP : Mode de Prise en charge
- MPA : Mode de Prise en charge Associé
- MPD : Mode de Prise en charge Documentaire
- MPP : Mode de Prise en charge Principal
- NAS : Numéro Anonyme de Séjour
- NIPP : Numéro d'Identification Permanent du Patient
- NB : Nota Bene
- NPAD : Nutrition Parentérale A Domicile
- OQN : Objectif Quantifié National
- PdG : Programme de Groupage
- PAPRICA : Programme d'Anonymisation et de Production des Résumés par sous-séquence anonymes et des Informations de Chaînage Associées
- PMI Protection maternelle et infantile
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- RAPSS : Résumé Anonyme Par Sous Séquence
- RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement
- RPSS : Résumé Par Sous Séquence
- SAE : Statistique Annuelle des Établissements
- SPR : Syndrome de Pierre Robin
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- T2A : Tarification A l'Activité
- TC : Traumatisme Crânien

VI. INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Absence de MPA	10, 45
Accident ischémique transitoire	22
Accident vasculaire cérébral	
antécédent.....	22
hémorragique.....	21
ischémique.....	21
ischémique transitoire (AIT).....	22
séquelle.....	22
Acte médical	14
activité.....	15
codage.....	14
nombre de réalisations.....	14
phase.....	14
Acte médicotechniques	14
Activité d'un acte	15
Activités de la vie quotidienne	12, 116
alimentation.....	120
comportement.....	122
continence.....	121
déplacements et locomotion.....	119
habillement.....	118
relation et communication.....	123
toilette.....	118
transferts.....	119
Admission en HAD	2
Âge	18
AIT	<i>Voir</i> Accident ischémique transitoire
Alerte lors du groupage	124
Alimentation (dépendance)	120
Anévrisme cérébral, rupture	21
ANO, fichier	30, 32
ANO-HOSP, fichier	31
Antécédent	
d'accident vasculaire cérébral.....	22
Antibiotique, résistance, multirésistance	115
Aphasie	22
Aplasia, surveillance	83
Aredia®	89
Assistance respiratoire	46
Association	
inattendue.....	42
Association MPPxMPA	
autorisée.....	11, 85
erronée.....	11, 37, 85
inattendue.....	11, 85
non autorisée.....	11, 36, 85
Assurance maladie	
contrôle externe.....	33, 34
motif de non facturation.....	5
séjour facturable.....	5
Astérisque (code)	13
ATU	<i>Voir</i> Médicament, autorisation temporaire d'utilisation
Autorisation (de l'établissement d'HAD)	1
Autres traitements	56
AVC	<i>Voir</i> Accident vasculaire cérébral
AVQ	<i>Voir</i> Activités de la vie quotidienne

B

B2, normes	26
-------------------------	----

Bactérie, porteur sain	111
Baisse de la tension artérielle	112

C

CCAM	<i>Voir</i> Classification commune des actes médicaux
Chainage anonyme	30
index (numéro d'—).....	32
Chimiothérapie anticancéreuse	51
CIM-10	<i>Voir</i> Classification internationale des maladies
Classification commune des actes médicaux .	14
Classification internationale des maladies	20
catégorie.....	20
chapitre XXII.....	20
code à 3 caractères.....	20
code à 4 caractères.....	20
code <i>astérisque</i>	13
code <i>dague</i>	13
code étendu.....	20, 96
sous-catégorie.....	20
Classification internationale des maladies (CIM-10)	
code étendu (extension de code).....	96
Codage des diagnostics	13
Codage des MP en pédiatrie	88
Codage, confirmation	15, 37, 85
Code	
étendu (CIM-10).....	96
Code d'acte médical	14
Code d'alerte (groupage)	124
Code d'erreur (groupage)	124
Code de la CIM-10	
<i>astérisque</i>	13
<i>dague</i>	13
Code de la CIM-10	
<i>dague</i>	13
Code de la CIM-10	
<i>astérisque</i>	13
Code de la CIM-10	
à 3 caractères.....	20
Code de la CIM-10	
à 4 caractères.....	20
Code de la CIM-10	
étendu.....	20
Code de la CIM-10	
avec un signe +.....	20
Code de la CIM-10	
étendu.....	96
Code de la CIM-10	
avec un signe +.....	96
Code géographique du domicile	18
Code postal du domicile	6
Code postal du lieu de résidence	6
Code-retour du groupage	124
Codes B95-B98	111
Codes CIM-10 étendus	96
Colonisation bactérienne	111
Combinaison MPPxMPAxIK	36
Communication (dépendance)	123
Comportement (dépendance)	122
Confidentialité des informations	33
Confirmation de codage	15, 37, 85

Contenance (dépendance)	121
Contrôle externe	33, 34
Convention ESHAD-ESMS	18

D

Dague (code)	13
Date	
d'entrée	2, 7
de début de la séquence	9
de début de sous-séquence	16
de fin de la séquence	9
de fin de sous-séquence	16
de l'hospitalisation	28
de naissance	6
de sortie	2, 7
Décès	8
Dénutrition	113
Dépendance	12, 116
alimentation	120
comportement	122
continence	121
déplacements et locomotion	119
habillement	118
relation et communication	123
toilette	118
transferts	119
Dépendance envers des machines	111
Déplacements (dépendance)	119
Dernière sous-séquence du séjour	16
Destination	8
Diabète insulino-nécessitant, insulino-requérant, insulino-traité	111
Diagnostic principal	13
Diagnosics	
codage	13
Domicile du patient	9
Dossier médical	2
Double codage	13
Douleur, prise en charge	54
Durée de la prise en charge, tranches ...	17, 37, 43

E

Éducation du patient et/ou de son entourage ..	65
MPD	93
Embolie cérébrale	21
Entrée	
date	2, 7
mode	7
numéro	5
e-PMSI (plateforme)	30
é-PMSI (plateforme)	33
Erreur bloquante	11, 124
Erreur de groupage	124
Erreur non bloquante	124
ES/EMS	
forfait de soins	18
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	
modes de prise en charge autorisés	11
État grabataire	112
Extension de code (CIM-10)	20, 96
Extensions internationales et nationales de la CIM-10	96

F

Facturation	
motif de non facturation à l'assurance	
maladie	5
par sous-séquence	3
Facture, numéro	5
FICHCOMP, FICHCOMPA	29
conservation des fichiers	34
transmission de FICHCOMPA	30
Fichier des conventions ESHAD-ESMS	18
Fichier LEG	124
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	4
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)	1
Fonction d'occultation des informations	
nominatives (FOIN)	31
Fonction groupage	124
code-retour	124
Formats des résumés	19

G

GHPC	<i>Voir Groupe homogène, de prise en charge</i>
GHT	<i>Voir Groupe homogène, de tarifs</i>
Grabataire, état	112
Grossesse à risque, surveillance	72
Groupage	17
alerte	124
code-retour	124
erreur	124
Groupe homogène	
de prise en charge	17, 36
de tarifs	17, 36, 44

H

Habillage (dépendance)	118
Hémiplégie flasque	22
Hémorragie	
(intra)cérébrale	21
extradurale	21
intracrânienne	21
sous-arachnoïdienne	21
sous-durale	21
HOSP-PMSI, fichier	5, 32
Hypotension artérielle	112

I

Identifiant FINESS	<i>Voir Numéro FINESS</i>
Identifiant permanent du patient	6
Index (numéro d'-) du chaînage anonyme	32
Indice de Karnofsky	12, 41, 95
Indice de pondération	37, 38, 40
intermédiaire (IPI)	36
totale (IPT)	38
Infarctus cérébral	21
Infarctus du myocarde	112
Insuffisance rénale fonctionnelle	113
Insuffisance respiratoire aiguë, chronique	113

K	
Karnofsky, indice.....	12, 41, 95
Kétamine.....	48, 54, 57, 60

L	
Lieu de domicile du patient	9
Locomotion (dépendance).....	119

M	
MAGIC.....	31
Malnutrition	113
Médicament	
autorisation temporaire d'utilisation.....	29
orphelin.....	29
payé en plus.....	27, 29, 38
MEOPA.....	48, 54, 57, 60
Métoclopramide.....	48
Midazolam.....	48, 54, 57, 60
Mode	
d'entrée.....	7
de sortie.....	8
Mode de prise en charge	45
associé.....	10, 41
documentaire.....	11, 93
en EHPAD.....	11
incompatible.....	11
principal.....	10, 40
Molécule onéreuse.....	<i>Voir Médicament, payé en plus</i>
Morphine.....	48, 54, 57, 60
Motif de non facturation à l'assurance maladie..	5
MP autorisés en EHPAD	39
MPA.....	<i>Voir Mode de prise en charge associé</i>
MPD.....	<i>Voir Mode de prise en charge, documentaire</i>
MPP.....	<i>Voir Mode de prise en charge principal</i>
Multirésistance aux antibiotiques	115
Mutation	7, 8

N	
Naissance, date.....	6
NIPP..	<i>Voir Numéro d'identification permanent du patient</i>
Normes B2.....	26
Nouveau-né à risque	82, 91
Numéro	
administratif du séjour.....	5
de facture.....	5
de la séquence dans le séjour	9
de séjour en HAD	5
de sousséquence	15
d'entrée.....	5
Numéro d'identification permanent du patient....	6
Numéro FINESS	
EMS.....	9
Numéro FINESS	1
d'inscription e-PMSI.....	4
ES.....	9
Numéro FINESS	
ESMS	18
Nursing lourd, soins	64
Nutrition entérale.....	53

Nutrition parentérale.....	47
----------------------------	----

O	
Œdème pulmonaire	114

P	
Pansements complexes et soins spécifiques..	57, 90
PAPRICA	17, 18, 19, 27, 32, 36, 124, 125
PdG.....	124
Pédiatrie	88
Phase d'un acte.....	14
Plateforme e-PMSI.....	30, 33
Plus (signe + dans un code)	20, 96
Polyhandicap lourd	12, 21
Pompe ACP	49, 54, 55
Pondération (indice).....	36, 37, 38, 40
Porteur sain de germe	111
<i>Post partum</i> pathologique	79
Postopératoire, prise en charge	59
Posttraitement chirurgical.....	59
Prescription, validation	29
Prise en charge psychologique et/ou sociale ...	84
MPD.....	93
Prise en charge, tranche de durée	17, 37, 43
Provenance.....	7

Q	
Qualité des informations	33

R	
RAPSS.....	<i>Voir Résumé, anonyme par sousséquence</i>
Rééducation neurologique	62
Rééducation orthopédique	60
Relation (dépendance)	123
Résistance aux antibiotiques	115
Résumé	
anonyme par sousséquence.....	17
conservation.....	34
transmission.....	30
par sousséquence	1
conservation.....	34
groupé.....	17
standardisé de facturation.....	26
conservation.....	34
standardisé de facturation anonyme	27
conservation.....	34
transmission	30
Retour précoce à domicile après accouchement	75
RPSS	<i>Voir Résumé, par sousséquence</i>
RSF.....	<i>Voir Résumé, standardisé de facturation</i>
RSFA	<i>Voir Résumé, standardisé de facturation anonyme</i>
Rupture anévrysme cérébral.....	21

S	
Score AVQ	
Interprétation	123
Secret professionnel.....	33

Séjour en HAD	2
Séjour facturable à l'assurance maladie	5
Séquelle	
d'accident vasculaire cérébral.....	22
Séquence	3, 36, 37
date de début.....	9
date de fin.....	9
numéro dans le séjour.....	9
tranche de durée.....	17, 37, 43
Sexe	6
Signe + dans un code	20, 96
Soins de nursing lourds	64
Soins palliatifs	49
Solumédrol®	48
Sortie	
date.....	2, 7
mode.....	8
Sousséquence	3
date de début.....	16
date de fin.....	16
dernière sousséquence du séjour.....	16
numéro.....	15
Stomie compliquée	57, 90
Surveillance d'aplasie	83
Surveillance de grossesse à risque	72
Surveillance de radiothérapie	66
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	63

Syndrome	
artères cérébrales (des).....	22
Syndrome de Pierre Robin	90

T

Taux de minoration	39
Tension artérielle, baisse	112
Thrombose cérébrale	21
Toilette (dépendance)	118
Traitement intraveineux	48
MPD.....	93
Tranche de durée de la prise en charge 17, 37, 43	
Transfert	7, 8
Transferts (dépendance)	119
Transfusion sanguine	67
Transmission des informations	30
Type du lieu de domicile	9

U

Urécholine®	89
--------------------------	-----------

V

Validation de la prescription	29
VID-HOSP, fichier	28, 31, 32



FIN DE DOCUMENT



DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE
26, RUE DESAIX - 75727 PARIS CEDEX 15

ACCUEIL COMMERCIAL : 01 40 15 70 10

N° 2014/7 bis