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

Annexe d'arrêté paru au JO

Annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016 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

Le présent document est la version définitive du guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisées HAD publié au Bulletin officiel et applicable à partir du 1er mars 2025.

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) repose en hospitalisation à domicile sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions de l'article R6122-25 du code de la santé publique qui précise le cadre d'exercice des établissements d'hospitalisation à domicile mentionnés à l'article L. 6122-1.

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

2025

PRÉAMBULE

Le présent document est la version définitive du guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisées HAD publié au Bulletin officiel et applicable à partir du 1er mars 2025. Il constitue l'annexe III prévue à l'article 8 de l'arrêté du 23 décembre 2016 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 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 se substitue à la version précédente publiée au Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité N° 2024/20 du 18 juillet 2024.

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 2025 tous champs d'activité* ;
   - *cf. Formats PMSI HAD 2025* décrivant les formats prévus pour tous les recueils 2024 du PMSI en HAD ;
   - *cf. Manuel PAPRICA* mis à jour régulièrement ;

2. dans le *Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI* (CCAM) disponibles sur le site de l'ATIH.

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 autant 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 règlementaires (lois, décrets, arrêtés, circulaires et instructions) disponibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou celui du Ministère du travail de la santé, des solidarités et des familles.

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

L'HOSPITALISATION À DOMICILE

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) repose en hospitalisation à domicile sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions de l'article R 6122-25 du code de la santé publique qui précise le cadre d'exercice des établissements d'hospitalisation à domicile mentionnés à l'article L. 6122-1.

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.

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

Le décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile est précisé par l'instruction N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile.

Le recueil d'informations portant sur la facturation est induit par les principes du modèle de financement appliqué en HAD (financement à l'activité).

Les recueils d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI). Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation des tableaux par les établissements rend les données transmises disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du PMSI en HAD, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 23 décembre 2016 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.

Ce guide comporte 9 chapitres. Le chapitre I précise les conditions du recueil des informations du RPSS et pour chacune d'elles sa définition, son origine et les nomenclatures de codage utilisées. Le chapitre II décrit le recueil des informations relatives à la facturation de l'activité. Le chapitre III expose les modalités techniques de la transmission des informations et du chainage anonyme des recueils, et les obligations en matière de qualité, de confidentialité et de conservation des informations. Le chapitre IV expose les consignes de codage avec la 10è révision de la classification internationale des maladies (CIM 10). Le chapitre V contient les informations concernant le codage de la dépendance en HAD. Le chapitre VI présente les modalités de tarification en HAD selon le lieu d'intervention de l'HAD, présente les Groupes Homogènes de Prise en Charge (GHPC), les modalités de construction

des Groupes Homogènes de Tarifs (GHT) ainsi que les pondérations. Le chapitre VII détaille les modes de prise en charge (MP), présente les tableaux croisés MP et Indice de Karnofsky (IK), les particularités des MP en pédiatrie, les MP admis uniquement en mode de prise en charge documentaires (MPD) et un tableau récapitulatif des positions autorisés de chaque MP (MPP, MPA et MPD). Le chapitre VIII détaille le mode de codage de l'indice de Karnofsky (IK). Le chapitre IX traite de la fonction groupage en HAD (logiciel PAPRICA ou programme de groupage des RPSS).

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE 2

1 CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS 2

1.1 INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 2
1.2 POUR CHAQUE SÉJOUR, DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE 3
1.2.1 Le séjour en HAD 3
1.2.2 La séquence 4
1.2.3 La sousséquence 5

2 CONTENU DU RECUEIL 5

2.1 LE RÉSUMÉ PAR SOUSSÉQUENCE 5
2.1.1 Les informations administratives constantes durant le séjour 5
2.1.1.1 Identification du séjour dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale 6
2.1.1.2 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 sociale 6
2.1.1.3 Identification du patient et des mouvements 7
Le recueil des informations suivantes est commun à tous les établissements de santé. 7
2.1.2 Les informations médicales constantes au cours du séjour 10
2.1.2.1 Définition 10
2.1.2.2 Recueil de la variable nature du séjour 10
2.1.2.3 Modalités de la variable nature du séjour 10
2.1.3 Informations variables au cours du séjour 16
2.1.3.1 Informations identifiant la séquence au sein du séjour 16
2.1.3.2 Informations médicales du patient au cours de la séquence 18
2.1.3.3 Informations relatives aux résumés par sousséquences 24
2.1.3.4 Informations identifiant la sousséquence 25
2.2 LE RÉSUMÉ ANONYME PAR SOUSSÉQUENCE 26
2.3 GROUPAGE DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE 27
2.4 LE FICHIER COMPLÉMENTAIRE DES CONVENTIONS ESHAD-ESMS 28
2.5 FORMATS 29

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE 31

1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22 DU CSS 31

1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION 31
1.2 LE FICHIER FICHCOMP 33

2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 33

2.1 LE FICHIER VID-HOSP 33
2.2 LE FICHIER FICHCOMP 34
2.3 LE FICHIER FICHSUP 35

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 37

1 TRANSMISSION DES INFORMATIONS 37

2 PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME 37

3 PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME 38

3.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *A*, *B* ET *C* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 38
3.1.1 Création du numéro anonyme du patient 38

3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation 39
3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation..... 39
3.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *D* ET *E* DE L'ARTICLE L. 162-22 DU CSS.....39
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME E-PMSI.....40

4 CONFIDENTIALITÉ 40

5 QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS 40

6 CONSERVATION DES FICHIERS 41

IV. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÈVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM–10) 43

1 RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10 43

2 DIRECTIVES PROPRES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM–10 44

2.1 IDENTIFICATION DU POLYHANDICAP LOURD.....44
2.2 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX 44
2.2.1 Les types d'accidents vasculaires cérébraux..... 44
2.2.2 Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux 45
2.2.3 Étiologies, séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux..... 45
2.2.4 Description de situations d'accidents vasculaires cérébraux..... 45
2.3 LES CODES OMS RÉSERVÉS À UN USAGE URGENT 48
2.4 DÉPENDANCE ENVERS DES MACHINES ET APPAREILS AUXILIAIRES.....48
2.5 DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITÉ PAR INSULINE.....49
2.6 EMPLOI DES CODES DU GROUPES B95-B98 49
2.7 ÉTAT GRABATAIRE 49
2.8 INFARCTUS DU MYOCARDE (PRISE EN CHARGE INITIALE).....50
2.9 HYPOTENSION ET BAISSE DE LA TENSION ARTERIELLE.....50
2.10 INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE.....50
2.11 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 51
2.12 LÉSIONS TRAUMATIQUES 51
2.13 MALNUTRITION, DÉNUTRITION 51
2.14 OEDÈME PULMONAIRE 56
2.15 FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX 57
2.16 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS 59
2.17 CHUTES A REPETITION 59
2.18 DOULEUR CHRONIQUE 60
2.19 DOULEUR CHRONIQUE REFRACTAIRE (REBELLE).....60
2.20 TRAITEMENTS REPETITIFS.....61
2.21 IDENTIFICATION DES SEJOURS AVEC ADMINISTRATION DE SEDATION PALLIATIVE 62

V. COTATION DE LA DEPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÈS DE LA VIE QUOTIDIENNE 64

1 COTATION DE LA DEPENDANCE SELON LA GRILLE PMSI DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE 64

1.1 SIX VARIABLES DE DEPENDANCE 64
1.2 QUATRE NIVEAUX DE COTATION POUR CHAQUE DIMENSION 64
1.3 PRINCIPES DE COTATION.....65

2 PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE 66

2.1 HABILLAGE OU TOILETTE.....66
2.2 DÉPLACEMENTS ET LOCOMOTION 67
2.3 ALIMENTATION 68
2.4 CONTINENCE 69
2.5 COMPORTEMENT 70
2.6 RELATION ET COMMUNICATION.....71

3 INTERPRÉTATION DU SCORE AVQ 71

VI. MODALITÉS DE TARIFICATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE 73

1 PRÉSENTATION 73

1.1 PRÉSENTATION GENERALE DU MODELE 73
1.2 INTERVENTIONS DE L'HAD DANS LES ES/EMS 73
1.3 INTERVENTION SIMULTANEE DE L'HAD ET D'UN SSIAD OU SPASAD AU DOMICILE DU PATIENT 74
1.4 LES GROUPES HOMOGÈNES DE PRISE EN CHARGE 75
1.5 CARACTERISTIQUES DES GROUPES HOMOGÈNES DE PRISE EN CHARGE 76
1.6 LA CONSTRUCTION DES GROUPES HOMOGÈNES DE TARIFS 76
1.7 PONDÉRATIONS INDIVIDUELLES DES MODES DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL, MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ, INDICE DE KARNOFSKY, DE LA DURÉE DE SEJOUR 80

1.7.1 Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal 80
1.7.2 Pondérations associées au mode de prise en charge associe 81
1.7.3 Pondérations associées à l'Indice de Karnofsky (IK) 82
1.7.4 Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge 82

VII. LES MODES DE PRISE EN CHARGE, TABLEAUX CROISÉS, EXEMPLES DE CODAGE EN PÉDIATRIE, RECAPITULATIF DES INTITULÉS ET POSITIONS D'ENREGISTREMENT DES MODES DE PRISE EN CHARGE 84

1 00 PAS DE MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE 85

2 LISTE 1 : MODES DE PRISE EN CHARGE (MP) SUSCEPTIBLES D'ETRE ENREGISTRES COMME PRINCIPAL OU ASSOCIE 85

3 TABLEAUX CROISES DES ASSOCIATIONS DE MODES DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL ET ASSOCIE (MPP X MPA) ET PLAGES D'INDICE DE KARNOFSKY (IK) 118

4 EXEMPLES DE CODAGE DES MODES DE PRISE EN CHARGE EN PEDIATRIE 121

5 LISTE 2 : MODES DE PRISE EN CHARGE NE POUVANT ETRE ADMIS QU'EN TANT QUE MODES DE PRISE EN CHARGE DOCUMENTAIRES 126

6 LISTE 3 : RECAPITULATIF DES INTITULES ET DES POSITIONS D'ENREGISTREMENT DES MODES DE PRISE EN CHARGE 127

VIII. INDICE DE KARNOFSKY 129

IX. FONCTION GROUPAGE HAD 131

CODES ÉTENDUS DE LA CIM–10 133

LISTE DES ABRÉVIATIONS 136

INDEX ALPHABÉTIQUE 138

CHAPITRE I

PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITE EN HOSPITALISATION À DOMICILE

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

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 sousséquence* (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 2025).

L'anonymisation du RPSS est à l'origine du *résumé anonyme par sousséquence* (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 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.

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).

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) émargeant 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[2] s'effectue au niveau de :

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

1.2 POUR CHAQUE SÉJOUR, DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE

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

La production de **résumés par sousséquence** (RPSS) est obligatoire pour tous les patients pris en charge dans des établissements autorisés à exercer des activités de soins sous forme d'hospitalisation à domicile. 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 **sousséquence**, 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 patient[3]. 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 2.1.1.3). 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 2.1.1.3).

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.

---

[2] Elle est présentée dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004.

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

Le jour de la sortie donne lieu à la facturation d'une journée, **sauf si le séjour s'achève par un transfert du patient**[4].

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 (MCO ou établissement de soins médicaux et de réadaptation) d'actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, soins de réadaptation, etc.) au cours d'*une journée sans absence de nuit du patient de son domicile*[5] *;*
- 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].

Le décès donne toujours lieu à la production de résumés par sousséquence (RPSS) dans ce cas en effet une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du patient et son décès.

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)[6].

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.

[4] Arrêtés relatifs à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 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 2.1.1.

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

[6] *Cf.* le point 2.1.3.1

Les différentes séquences de soins d'un même séjour sont numérotées de façon séquentielle[7]. Une réinitialisation de la numérotation doit être réalisée pour chaque nouveau séjour.

1.2.3 La sousséquence

Une séquence de soins pouvant durer plusieurs semaines, la sousséquence 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 sousséquence.

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

Les différentes sousséquences d'une même séquence de soins sont numérotées de façon séquentielle[8]. Une réinitialisation de la numérotation des sousséquences est réalisée pour chaque nouvelle séquence de soins.

2 CONTENU DU RECUEIL

2.1 LE RÉSUMÉ PAR SOUSSÉQUENCE

Le résumé par sousséquence comporte des informations administratives, démographiques, et des informations relatives à la morbidité et à la prise en charge médicale et paramédicale du patient. Parmi les premières, on distingue celles qui sont constantes au cours du séjour, et celles qui sont propres à chaque sousséquence.

Les informations du résumé par sousséquence doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient (arrêté « PMSI-HAD »[9]). Le contenu du dossier médical est décrit dans l'article R.1112-2 du code de la santé publique.

2.1.1 Les informations administratives constantes durant le séjour

- **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*).

---

[7] *Cf.* le point 2.1.3.1

[8] *Cf.* le point 2.1.3.4

[9] l'arrêté du 23 décembre 2016, 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 et l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique

2.1.1.1 Identification du séjour dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale[10]

❑ **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.

2.1.1.2 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 sociale[11]

Dans les établissements considérés, la saisie du numéro de séjour en HAD est remplacée par celle des **trois 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) ;

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

❑ **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 [12]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.

Son codage est donc le même :

Code 1	*Patient bénéficiant de l'aide médicale de l'État* (AME)
Code 2	*Patient bénéficiant d'une convention internationale*
Code 3	*Patient payant*
Code 4	*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)
Code 9	*Autres situations*

[10] Établissements antérieurement financés par dotation globale

[11] Établissements antérieurement soumis à l'objectif quantifié national

2.1.1.3 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 admission[11].

- **Date de naissance : jour, mois, année**

La date de naissance réelle du patient est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie.

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. 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).

- **Sexe**

Code 1	*Masculin*
Code 2	*Féminin*
Code 3[13]	*Indéterminé*

- **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*
Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une autre unité médicale de la même entité géographique, son mode d'entrée fait appel au code 6 Mutation. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la structure d'HAD fait partie de

[11] La notion d'admission est définie *supra* dans le point 1.2.1 de ce chapitre

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

l'entité géographique dans laquelle le patient a été hospitalisé (par exemple, ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier).

Code 7 *Transfert*
Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une autre entité géographique (que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique), son mode d'entrée fait appel au code 7 Transfert.

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 :

- <u>dans le cas des entrées par transfert ou par mutation</u>

  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'hospitalisation à domicile (HAD)*[14]

Les codes 1 à 4 ci-dessus sont utilisés en cas de mutation ou de transfert, que le patient ait bénéficié d'une hospitalisation à temps complet ou partiel

- <u>dans le cas du mode d'entrée « domicile »</u>

  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)*
  Code 9 : adressé par le médecin traitant
  Le code 9 peut être utilisé lorsque les codes 7 et 8 ci-dessus ne le sont pas. Si le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale, le code 7 est renseigné par priorité.

  Le code 9 sera utilisé lorsque le patient est adressé à l'HAD par son médecin traitant (au sens de l'Assurance Maladie). Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, le code 9 ne sera pas utilisé.

  Il ne sera pas utilisé en cas de prescription de l'HAD par le médecin hospitalier à l'issue d'un séjour en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou d'un passage aux urgences.

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

---

[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).

[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'Éducation Motrice (IEM), …. Pour plus d'information, le lecteur est invité à consulter l'annexe 2 de la circulaire DGOS/DGCS du 18 mars 2013.

❑ Passage par une structure des urgences

Cette variable permet l'identification du passage par une structure des urgences et/ou par l'UHCD du patient de manière décorrélée de la variable Provenance. Elle peut être codée pour tous les patients quel que soit le mode d'entrée.

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

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

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

❑ **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*

Lorsque le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une autre unité médicale de la même entité géographique, son mode de sortie fait appel au code 6 Mutation.

L'emploi de ce code n'est possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité géographique dans lequel le patient est hospitalisé (par exemple, ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier).

Code 7 *Transfert*

Lorsque le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une autre entité géographique (que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique), son mode de sortie fait appel au code 7 Transfert.

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.

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 :

- <u>en cas de sortie par mutation ou par transfert</u>

  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]

[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

- en cas de mode de sortie « domicile »

  Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*[17]
  Code 8 *Bénéficiera 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 »

2.1.2 Les informations médicales constantes au cours du séjour

Depuis le 1er mars 2019, la variable **nature du séjour** a été mise en place.

2.1.2.1 Définition

La nature du séjour représente le **projet médical principal** (qui mobilise l'essentiel de l'effort de soins) déterminé sous la responsabilité du médecin coordonnateur **à l'entrée du patient en HAD**.
Dans le cas où le projet médical comporte à l'admission plusieurs prises en charge de natures différentes mobilisant des efforts d'importance comparable, le choix de la nature du séjour est laissé à l'appréciation du codeur (sauf consignes spécifiques, notamment pour la nature du séjour « Soins ponctuels »).

Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, la nature de séjour à coder est celle pour laquelle le patient a été admis en HAD.

Si le projet médical évolue au cours du séjour, la nature du séjour ne doit pas être modifiée.

La mise en place de cette nouvelle variable ne change pas les conditions à remplir pour qu'un séjour relève de l'hospitalisation à domicile[18].

Par ailleurs, les conditions d'utilisation des modes de prises en charges sont définies dans le chapitre VII indépendamment de la nature du séjour.

Ainsi, l'emploi du terme « médicament à usage hospitalier » dans ce paragraphe sur la nature du séjour ne modifie pas les conditions requises pour l'utilisation du MP03 et du MP05 pour les prises en charge en HAD liées à l'administration de médicaments.

La nature du séjour se décline en huit modalités qui sont décrites ci-dessous.

2.1.2.2 Recueil de la variable nature du séjour

La variable nature du séjour est à coder au cours de la première séquence.
La nature du séjour étant reliée au projet médical à l'admission, elle est recueillie une seule fois au cours du séjour lors de la première séquence.

2.1.2.3 Modalités de la variable nature du séjour

Ce paragraphe présente les définitions de chaque modalité ainsi que des exemples. Le codage de la variable devra se faire conformément à ces définitions. Une synthèse est présentée en fin de paragraphe.

---

pris en charge par un autre ESHAD. « A » code un mode de sortie 7 *Transfert* et une destination 6 *Vers un ESHAD*.

[17] Pour plus d'information, le lecteur est invité à consulter l'annexe 2 de la circulaire DGOS/DGCS du 18 mars 2013 présentation des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

[18] Article R6122-25 du Code de la Santé Publique

Les codes de la nature du séjour sont :

Code 01	Soins de la petite enfance
Code 02	Antepartum
Code 03	Postpartum
Code 04	Soins palliatifs
Code 05	Surveillance
Code 06	Rééducation orthopédique
Code 07	Soins ponctuels
Code 08	Soins complexes

- **Soins de la petite enfance**

Cette modalité concerne les enfants de **moins de 3 ans** quelle que soit leur prise en charge à l'admission en HAD.

Cette modalité est autorisée pour toutes les séquences si l'âge à l'admission est inférieur à 3 ans y compris si le patient atteint l'âge de 3 ans au cours de son séjour.

- **Antepartum**

Le projet médical est centré sur une pathologie de l'antepartum et inclut le suivi et la surveillance de la grossesse par un maïeuticien (sage-femme) intervenant auprès de la patiente au cours de son séjour en HAD.

À contrario, une femme enceinte prise en charge en HAD pour une pathologie autre qu'une complication de la grossesse, et dont la grossesse est suivie par une autre structure, relève d'une autre modalité de la variable nature du séjour.

Exemple : Une femme enceinte de 6 mois présentant une fracture ouverte avec perte de substance nécessitant la mise en place d'une HAD pour les soins de pansement de cette plaie ne relève pas de la modalité « Antepartum » mais de la modalité « Soins ponctuels » ou « Soins complexes » en fonction des caractéristiques de la plaie et du caractère prévisible ou non de la durée de séjour en HAD.
A noter que les diagnostics codés en position de DP ne peuvent pas être issus du chapitre XVI de la *CIM-10* (code en P).

Pour exemple, le retard de croissance intra utérin (RCIU) se code 036.5 *Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus* et non P05.9 *Croissance lente du fœtus*.

- **Postpartum**

Le projet médical est centré sur une pathologie du postpartum et inclut le suivi de la mère et du nouveau-né en bonne santé par un personnel de l'HAD[19].

À contrario, si l'essentiel des soins porte sur une pathologie autre que le postpartum (par exemple traitement intraveineux pour une pathologie auto-immune), une autre nature de séjour sera choisie (dans l'exemple : soins ponctuels).

De même, la prise en charge d'une femme ayant récemment accouché, atteinte d'une pathologie neurodégénérative (poussée aigue de sclérose en plaque par exemple) qui

[19] Cf. recommandations HAS

mobilise l'essentiel des soins, relève d'une modalité autre que post partum (Soins complexes).

- **Soins palliatifs**

Cette modalité concerne les séjours pour lesquels le projet médical à l'entrée est centré sur les soins palliatifs tels que décrits dans l'article L1110-10 du code de santé publique (Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage), et conformes au référentiel relatif aux soins palliatifs en HAD tel que décrit dans l'annexe IV de la Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

La Nature de séjour Soins palliatifs n'est pas corrélée au codage du MP04 soins palliatifs, et peut donc être associée à un autre MP.

En revanche Les conditions de codage du MP04 restent inchangées et sont décrites dans le chapitre VII du guide méthodologique.

Lorsqu'une prise en charge évolue vers des soins palliatifs en cours de séjour, il n'y a pas lieu de modifier la nature du séjour renseignée à l'entrée du patient.

- **Surveillance**

La prise en charge d'un patient relève de la modalité « surveillance » quand il nécessite une surveillance rapprochée, au cours de la phase active d'un traitement de radiothérapie, chimiothérapie, surveillance d'aplasie, surveillance après greffe d'organe ou de tissu, ou à l'occasion de suites d'évènements aigus nécessitant une surveillance médicale rapprochée, décompensation aigue (cardiaque, respiratoire, rénale…), traumatisme non opéré, par exemple.

Exemple : la prise en charge d'un enfant de 6 ans pour surveillance suite à une greffe de rein relève de la modalité surveillance.
Exemple : la prise en charge d'un patient en HAD pour surveillance en phase active de traitement entre ses séances de chimiothérapies en MCO relève de la modalité « Surveillance »

Exemple : Le séjour d'un patient admis au décours d'un séjour en MCO pour décompensation de diabète et poursuite de la prise en charge relève de la modalité « Surveillance »

A noter :

- Un patient admis en HAD uniquement pour administration de chimiothérapie en HAD relève de la modalité « Soins ponctuels » (voir ci-après modalité « Soins ponctuels »)

- La prise en charge d'une patiente dans l'antepartum pour surveillance de grossesse à risque en lien avec une pathologie de l'antepartum relève de la modalité « Antepartum »

- **Rééducation orthopédique**

La prise en charge d'un patient nécessitant une HAD avec intervention régulière d'un personnel de rééducation relève de cette modalité **s'il s'agit d'une rééducation orthopédique active.**
Les séjours ayant pour projet thérapeutique une rééducation neurologique relèvent de la modalité « Soins complexes » le plus souvent et dans certains cas de la modalité « soins ponctuels ».

Exemple : La prise en charge d'un patient polypathologique ou dément dans les suites d'une pose de prothèse totale de hanche nécessitant une kinésithérapie régulière relève de la modalité « Rééducation orthopédique »

- **Soins ponctuels**

La prise en charge d'un patient relève de la modalité « soins ponctuels » quand son admission en HAD est prévue pour la réalisation d'un traitement médical ou post chirurgical **d'une durée protocolisée ou prévisible à l'entrée.**

Exemple : Le séjour pour une antibiothérapie IV initialement prévue de 6 semaines d'un patient atteint d'une ostéite chronique relève de la nature de séjour soins ponctuels, même s'il y a un risque que le séjour soit prolongé suite à une modification du protocole.

Exemple : Le séjour pour pansement de plaie sans perte de substance majeure, chez un patient sans facteur de risque de mauvaise cicatrisation et dont la durée peut être prévue à l'entrée relève de la nature de séjour « Soins ponctuels ».

Exemple : Le séjour d'un patient dans les suites d'un AVC pour réalisation d'une rééducation neurologique d'une durée protocolisée relève de la nature de séjour « Soins ponctuels ».

La nature de séjour « Soins ponctuels » peut être justifiée même si le patient est atteint d'une pathologie chronique ou de plusieurs pathologies chroniques. Dans ce cas, le traitement médical ou post chirurgical d'une durée protocolisée ou prévisible à l'entrée peut concerner soit la décompensation de la ou d'une des pathologie(s) chronique(s), soit une pathologie surajoutée à la (ou l'une des) pathologie(s) chronique(s).

Exemple : Le séjour pour traitement par antibiothérapie intraveineuse de durée déterminée d'une pneumopathie aigue relève de la modalité « Soins ponctuels », même si ce traitement est réalisé chez un patient atteint d'une ou plusieurs pathologies chroniques qui ne modifient pas la durée prévisible du traitement intraveineux.

Les situations de traitement suivantes relèvent de la modalité « Soins ponctuels » : la réalisation de chimiothérapie, de transfusion sanguine, de soins post-chirurgicaux ou de traitements intraveineux de type immunothérapie, antibiothérapie ou médicaments à usage hospitalier.

Ces traitements (chimiothérapie, transfusion, etc.) peuvent être **réalisés au cours d'une prise en charge relevant d'une autre nature de séjour**. Dans ce cas, **les soins ponctuels ne doivent pas être codés en nature du séjour**.

Les situations suivantes ne relèvent pas de la modalité « Soins ponctuels » :

- La prise en charge d'un patient nécessitant d'une part des soins complexes et d'autre part un traitement IV par médicament à usage hospitalier relève de la modalité « **Soins complexes** ».

- Dans le cas d'un patient pris en charge ~~en~~ pour soins palliatifs et nécessitant une séance de chimiothérapie, la prise en charge sera classée dans le la modalité « **Soins palliatifs** » de la nature de séjour.

- Le séjour d'un patient pris en charge pour soins palliatifs tel que décrit dans le chapitre 7 du présent guide et recevant un médicament à usage hospitalier relève de la modalité « Soins palliatifs » de la nature de séjour.

❑ **Soins complexes**

Les soins complexes sont des soins pour lesquels la durée ne peut être définie a priori. Il s'agit des prises en charge de patients fragiles ou qui ont un terrain à risque au moment de la prise en charge. En raison de leur état (âge, handicap, pathologie psychiatrique, état grabataire, précarité sociale, dépendance, difficultés de coopération…) ces patients nécessitent des soins adaptés que d'autres patients n'auraient pas requis.

Exemple : La prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative nécessitant des soins de nursing lourd ou des pansements complexes relève de la modalité « Soins complexes ».

Exemple : La prise en charge d'un patient après un accident vasculaire cérébral pour soins de nursing lourds et rééducation neurologique relève de la modalité « Soins complexes ».

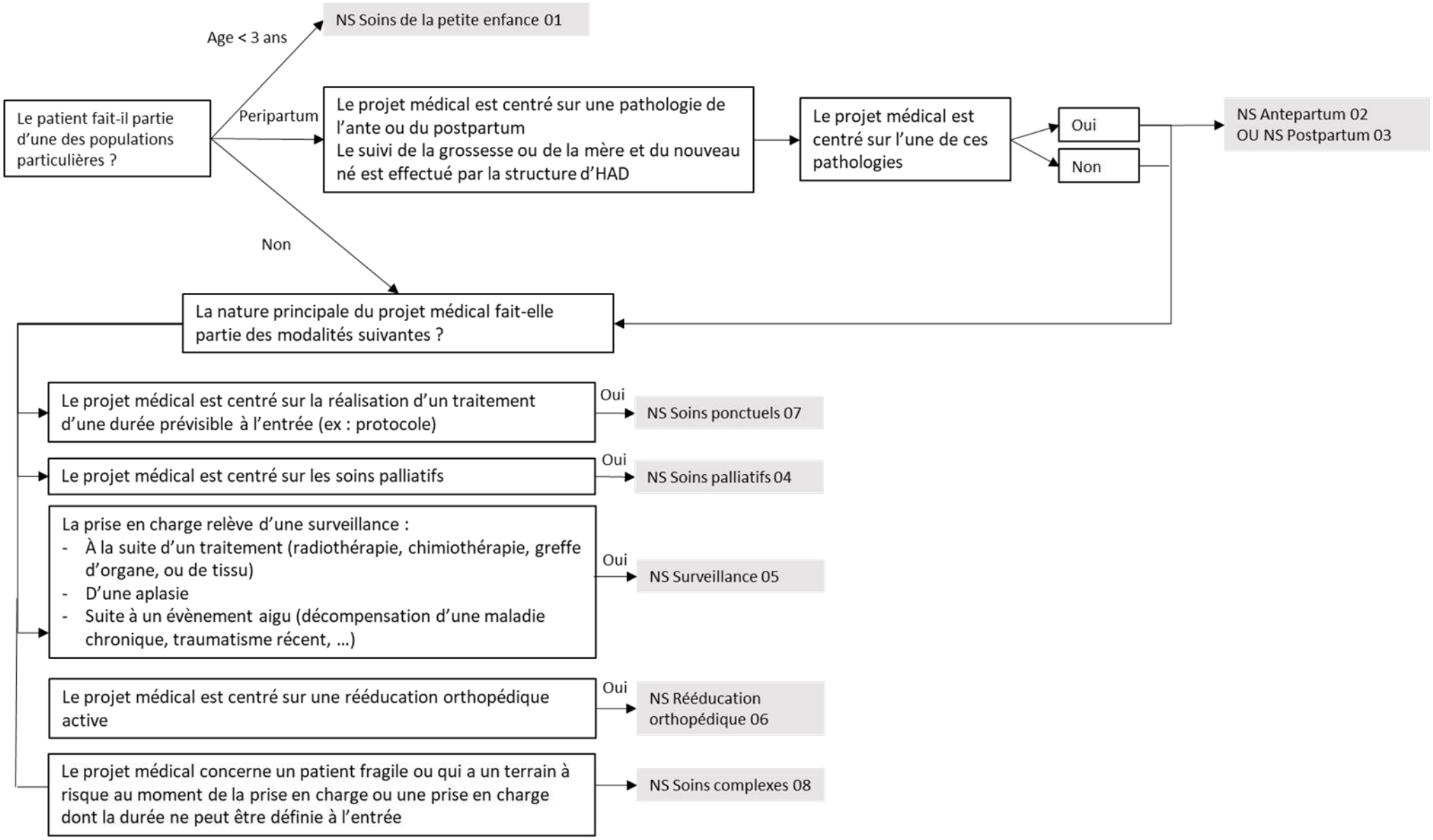
Exemple : La prise en charge d'un patient diabétique suite à une amputation de membre inférieur, relève de la modalité « Soins complexes ».

Exemple : La prise en charge d'un patient relève de la modalité « Soins complexes » dans ces 2 situations :
- Pansement de plaie avec perte de substance majeure ;
- Prise en charge pour plaie lorsque le patient présente des facteurs de risque de mauvaise cicatrisation qui ne permettent pas de définir, à l'admission en HAD, une durée de séjour prévisible.

❑ **En synthèse**

La nature du séjour se renseigne une fois par séjour au cours de la première séquence. Elle ne doit pas être modifiée dans la suite du séjour. Les définitions et exemples ci-dessus sont destinés à faciliter le choix de la nature du séjour.

Un arbre de sélection de la nature de séjour est destiné à faciliter la sélection par le codeur de la modalité de cette variable.


Le patient fait-il partie d'une des populations particulières ?
Age < 3 ans
NS Soins de la petite enfance 01
Peripartum
Le projet médical est centré sur une pathologie de l'ante ou du postpartum
Le suivi de la grossesse ou de la mère et du nouveau né est effectué par la structure d'HAD
Le projet médical est centré sur l'une de ces pathologies
Oui
Non
NS Antepartum 02
OU NS Postpartum 03
Non
La nature principale du projet médical fait-elle partie des modalités suivantes ?
Le projet médical est centré sur la réalisation d'un traitement d'une durée prévisible à l'entrée (ex : protocole)
Oui
NS Soins ponctuels 07
Le projet médical est centré sur les soins palliatifs
Oui
NS Soins palliatifs 04
La prise en charge relève d'une surveillance :
- À la suite d'un traitement (radiothérapie, chimiothérapie, greffe d'organe, ou de tissu)
- D'une aplasie
- Suite à un évènement aigu (décompensation d'une maladie chronique, traumatisme récent, …)
Oui
NS Surveillance 05
Le projet médical est centré sur une rééducation orthopédique active
Oui
NS Rééducation orthopédique 06
Le projet médical concerne un patient fragile ou qui a un terrain à risque au moment de la prise en charge ou une prise en charge dont la durée ne peut être définie à l'entrée
NS Soins complexes 08

2.1.3 Informations variables au cours du séjour

2.1.3.1 Informations identifiant la séquence au sein du séjour

❑ **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*)[20].

❑ **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*).

❑ **Numéro de facture**

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

❑ **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, entrainer un changement de séquence. En revanche il entraine un changement de sousséquence. 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 sousséquence[21].

[20] *Cf.* le point 2.4.

[21] La notion de sousséquence est définie *supra* dans le point 1.2.3 de ce chapitre

❑ Type de lieu de domicile du patient

En 2018, l'intervention conjointe au domicile du patient de l'HAD et d'un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) ou SPASAD (Service polyvalent d'aide et de soins à domicile) était autorisée sous condition.

Depuis 2022 cette intervention est possible pour tous les patients, sans condition de prise en charge préalable par un SSIAD ou SPASAD[22].

L'intervention conjointe au domicile du patient de l'HAD et d'un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) ou SPASAD (Service polyvalent d'aide et de soins à domicile) est possible quel que soit le mode de prise en charge du patient en HAD.

Les conditions de facturation sont explicitées dans le chapitre VI « Modalités de tarification de l'activité en hospitalisation à domicile ».

Un nouveau code « Type de lieu de domicile du patient » est créé. Il s'agit du code 6 « Domicile personnel du patient ou autre domicile avec intervention concomitante d'un SSIAD ou d'un SPASAD »

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[23]*
Code 5	*Patient hébergé en établissement social[24]*
Code 6	*Domicile personnel du patient ou autre domicile (codes 1 ou 2 ou 5) avec intervention concomitante d'un SSIAD ou d'un SPASAD*

Un changement de type de lieu de domicile impose un changement de sousséquence. 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 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.

---

[22] Conditions relatives à l'intervention simultanée au domicile du patient de l'HAD avec un SSIAD ou un SPASAD voir article D6124-205 du Code de la Santé Publique relative aux conditions de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.

[23] 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 EHPA 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.

[24] 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.

- **Type d'autorisation**

Il s'agit de l'autorisation d'activité de soins d'HAD notifiée par l'ARS à l'établissement HAD.

Le type d'autorisation est enregistré dans chaque séquence selon 4 modalités en cohérence avec les mentions définies au I de l'article R 6123-141 du code de santé publique.

Code 00	mention socle
Code 01	mention réadaptation
Code 02	mention ante et post partum
Code 03	mention enfant de moins de 3 ans

En 2024, il est tenu compte de la montée en charge des notifications faites par les ARS. Cette variable sera laissée à vide en l'absence de notification.

L'enregistrement du type d'autorisation doit se faire dans la séquence en cours à la date d'autorisation notifiée.

Ainsi, il est possible de renseigner le type d'autorisation dans une séquence débutée avant la date de début d'autorisation.

Par exemple, si une notification d'autorisation mention socle est accordée le 1/4/2024 à un établissement HAD, l'enregistrement du type d'autorisation sera « 00 » dans la séquence débutée avant et toujours en cours au 1/4/2024. Il n'y a pas de raison d'interrompre le séjour, ni la séquence. Si une ou plusieurs séquences précèdent celle contenant le 1/4/2024, elle(s) doi(ven)t contenir le type d'autorisation laissé à vide.

Un changement de type d'autorisation ne donnera pas lieu à un changement de séquence ; seul un changement de l'une des trois variables définies dans le présent guide interrompt une séquence. La logique médicale prévaut. C'est un changement dans la prise en charge du patient (MPP/MPA/IK) qui engendre un changement de séquence dont le type d'autorisation pourra, si tel est le cas, être modifié.

2.1.3.2 Informations médicales du patient au cours de la séquence

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 médicaments[25], etc.
Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, le MPP à coder est celui pour lequel le patient a été admis en HAD.

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

❑ 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.* chapitre IX.)

Les modes de prises en charge susceptibles d'être codés comme MPP et MPA sont répertoriés dans la liste 1 du chapitre VII.
On se reportera à la liste 1 et au premier tableau croisé du chapitre VII qui détaille toutes les possibilités d'associations des modes de prise en charge en HAD ; s'agissant de la tarification des sousséquences concernées, on se reportera au chapitre VI :

- 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.

❑ Modes de prise en charge documentaires (MPD)

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. 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 du chapitre VII (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 3 du chapitre VII.

ETAT DE SANTE ET NIVEAU DE DEPENDANCE 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 le chapitre VIII.
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.xls qui est consultable sur le site internet de l'ATIH. Le deuxième tableau croisé du chapitre VII 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 le chapitre V.
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.

DIAGNOSTICS

Le codage de certains champs diagnostiques a été rendu obligatoire au 1er mars 2014 (*cf. infra*).

Les diagnostics sont codés selon la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes dans sa version* CIM–10 à usage PMSI publiée au Bulletin officiel et consultable et téléchargeable sur le site internet de l'ATIH.

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 IV.

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

- pour les situations d'AVC,
- dans le chapitre VII 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 du chapitre IV.

❑ 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, motive l'admission et justifie la nature du séjour définie à l'admission. **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.

Si un séjour d'HAD comporte plusieurs séquences, le DP de la première séquence est lié à la nature du séjour. Pour les séquences ultérieures, le DP justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe. Le DP peut ainsi être réévalué lors d'un changement de séquence de soins.

Le codage du DP doit être le plus **précis** possible. Les codes habituels de la CIM-10, des chapitres I à XIX, doivent être privilégiés par rapport aux codes du chapitre XXI de la CIM (« codes en Z ») afin de décrire précisément l'affection prise en charge.

Exemple : Il est imprécis de coder en DP des natures de séjour 02 *Antepartum* et 03 *Postpartum*, un code en Z34 *Surveillance d'une grossesse normale*, Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* et Z39 *Soins et examens du postpartum*.

Dans le cas d'une prise en charge d'une complication de pathologie chronique, la **complication** est codée en DP si elle répond à la définition du DP. Dans ce cas, la pathologie chronique est renseignée dans une autre position (DCMPP, DCMPA, DAS).

Exemple : la prise en charge d'un patient admis en HAD pour le traitement d'un mal perforant plantaire d'origine diabétique se code avec L97 *Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs* en DP, et en codes associés G63.2 *Polynévrite diabétique* (E10-E14† avec le quatrième caractère .4) et le code du diabète avec 4ème caractère .4.

Dans le cas d'un patient **décédé** le jour de son admission, le DP à coder est celui pour lequel le patient a été admis en HAD

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

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 : 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*.

Exemple 3 : Un patient ayant bénéficié d'une prothèse de hanche est traité pour infection ostéoarticulaire fistulisée à la peau, le diagnostic principal est l'infection ostéoarticulaire (exemple : DP M00.05 *Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque* et dans une autre position diagnostique M25.15 *Fistule articulaire de localisation sacro-iliaque*).

Exemple 4 : Un patient pris en charge pour ponction d'épanchement pleural se code MPP08 *Autres traitements* et en DP J90 *Épanchement pleural*, non classé ailleurs.

Exemple 5 : Un patient est pris en charge à la suite d'une chirurgie de l'obésité sans complication majeure, le diagnostic principal est un code d'obésité E66.07 *Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m².*

Exemple 6 : Un patient est pris en charge à la suite d'une chirurgie de l'obésité, dont les suites sont compliquées par la présence d'une fistule qui mobilise l'essentiel des soins, le diagnostic principal est un code de fistule K31.6 *Fistule de l'estomac et du duodénum* et un code d'obésité dans une autre position diagnostique E66.07 *Obésité*

due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m².

Dans le cas de prises en charge centrées sur des **douleurs post-opératoires**, le DP est un code de « douleur ».

Exemple : Un patient pris en charge spécifiquement pour des douleurs post chirurgicales de genou se code avec le DP M25.56 *Douleur articulaire - articulation du genou.*

Dans les cas de **prises en charge postopératoires,** c'est le code de la pathologie opérée qui est renseigné en DP à l'exception de l'ablation de matériel (sonde JJ, vis d'ostéosynthèse,…).

- **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.

Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, la cause du décès doit être codée en 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 1er mars 2014.**

Deux sousséquences 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 médicotechniques[26] 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 nuit[27].

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

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

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 sousséquence.

Les établissements ont en outre la possibilité d'enregistrer l'*activité*, une extension documentaire lorsqu'elle existe[28], 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.

2.1.3.3 Informations relatives aux résumés par sousséquences

- ❑ **Numéro de version du format du RPSS**
- ❑ **Confirmation de codage**

Elle ne concerne que les modes de prise en charge n° 01 *Assistance respiratoire*, n° 02 *nutrition parentérale*, n° 06 *nutrition entérale*, n° 11 *rééducation orthopédique*, n° 12 *rééducation neurologique*, n° 14 *soins de nursing lourds*, n° 17 *surveillance de radiothérapie* 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

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

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

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

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.
– MP 02x06 : Dans certains cas rares, il peut être nécessaire de coder simultanément ces deux modes de prise en charge. Cela nécessite une confirmation de codage. En l'absence de confirmation de codage, cette association constituera une erreur bloquante.

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 vide[29].

2.1.3.4 Informations identifiant la sousséquence

- **Numéro de sousséquence**

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

- **Date de début de sousséquence**

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

- **Date de fin de sousséquence**

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

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

La/une sousséquence en cours le dernier jour de février doit être close à cette date et une nouvelle sousséquence ouverte le 1er mars[30].

- **Dernière sousséquence 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 sousséquence 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,

[29] 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.

[30] 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.

sexe) et des informations liées au séjour (dates d'entrée et de sortie, modes d'entrée et de sortie, provenance et destination[31]).

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 sousséquences 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 sousséquences d'une même séquence peuvent également comporter des DCMPA et des DA différents ;
- deux sousséquences 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 *sousséquences* (*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).

2.2 LE RÉSUMÉ ANONYME PAR SOUSSÉQUENCE

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

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

- le NIPP [IPP, NPP] ;
- le numéro de séjour en HAD ;

Les variables suivantes sont ajoutées dans le RAPSS :

- l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- La durée du séjour, le mois et l'année de sortie
- 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 sousséquence, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique du domicile ou du lieu de soins attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ;

[31] 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.

- 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 sousséquence 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 sousséquence.

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).

2.3 GROUPAGE 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 sousséquence dans un *groupe homogène de tarifs* (GHT)[32].

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 1er au 4e jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- la deuxième tranche court du 5e au 9e jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- la troisième tranche court du 10e au 30e jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- la quatrième tranche commence au 31e 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 sousséquence de soins peut être à l'origine d'un classement dans quatre GHT différents, au maximum.

Le *résumé par sousséquence 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 PAPRICA[33] 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.

---

[32] *Cf.* chapitre VI pour l'explication du modèle tarifaire de l'HAD.

[33] *Programme d'Anonymisation et de Production des Résumés par sousséquence anonymes et des Informations de Chainage Associées*.

2.4 LE FICHIER COMPLÉMENTAIRE DES CONVENTIONS ESHAD-ESMS

À partir du 1er 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 ». À partir du 1er mars 2018, ce fichier a été élargi aux interventions conjointes HAD-SSIAD ou SPASAD au domicile du patient. 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 2.1.1) 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.

❑ Type d'établissement social ou médico-social

La circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social précise dans son annexe 2 les différents types d'établissements existants. **À partir de 2015, il est nécessaire de renseigner le type d'ES ou EMS dans lequel le patient est pris en charge en HAD conformément à l'annexe de la circulaire mentionnée ci-dessus (numéro 01 à 31).**
Deux valeurs sont ajoutées à cette liste :

- 32 : autre établissement social
- 33 : intervention conjointe avec un SSIAD ou un SPASAD

❑ Code forfait de soins

Il s'agit de la situation de l'ES/l'EMS au regard du forfait de soins de l'Assurance maladie[34] :

Code 0 *Sans forfait de soins*
Code 1 *Avec forfait de soins*

La coopération HAD-SSIAD ou SPASAD n'est pas concernée par la notion de forfait de soins. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de remplir cette rubrique dans ce cas.

❑ Date de début de la convention

❑ Date de fin de la convention

La zone de saisie est laissée vide par défaut.

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).

[34] Cf. article D313-17 du CASF

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 2025 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.

CHAPITRE II

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

II. 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'annexe II de l'arrêté du 23 décembre 2016 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 dit *arrêté PMSI-HAD*[35] 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 sousséquence (RAPSS)[36]. En revanche, **depuis 2010, seuls les établissements privés visés aux *d* et *e* de l'article** L. 162-22 **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 DU CSS

1.1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22 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*[37], « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

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

Une information est ajoutée dans le type « A » à partir du 1er mars 2012[38] : *Patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

---

[35] 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

[36] Se reporter au chapitre I.

[37] *Classification commune des actes médicaux.*

[38] Elle est déjà présente dans le fichier VID-HOSP décrit dans le point 2.1. Ci-dessous

Une information est ajoutée dans le type « A » à partir du 1er mars 2022 : l'INS[39] (identifiant national de santé).

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

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

- 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 sousséquence. Le lien entre le RSF et le résumé par sousséquence (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 2.1.1.2 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 2.2 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 sousséquence, 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 sousséquence. Les RSFA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (*cf.* le point 1 du chapitre III). Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

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.

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

1.2 LE FICHIER FICHCOMP

FICHCOMP (pour fichier complémentaire) est un fichier qui enregistre, s'il y a lieu, les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (dite « liste en sus ») et ceux disposant d'un accès précoce ou compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnel. Dans les deux cas, les indications des médicaments déclarées doivent être renseignées. Ce recueil FICHCOMP « médicament AAP-AAC-CPC » a été modifié en 2021 pour les établissements visés aux d et e de l'article l. 162-22-6 du CSS. La liste des produits à déclarer est disponible sur le site de l'ATIH.

En 2016, un nouveau FICHCOMP a été mis en place : le FICHCOMP médicaments couteux hors liste en sus en HAD conformément à l'instruction N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative à la mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile.
La liste des unités communes de dispensation (UCD) est actualisée chaque année.

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 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 », l'abréviation « 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 (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés de sortie anonymes (*cf*. chapitre III).

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

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

Trois nouvelles variables ont été ajoutées à partir du 1er 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 interruption[40], 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.

Depuis le 1er mars 2014 :

- la variable *Code gestion* est ajoutée
- la saisie des variables suivantes devient 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 2025* et au manuel d'utilisation du logiciel MAGIC diffusé par l'ATIH.

Les variables suivantes ont été ajoutées en 2017 :

- « N° FINESS d'inscription e-PMSI »
- « N° immatriculation individuel »
- « Clé du N° immatriculation individuel »
- « Nature de la pièce justificative des droits »
- « Prise en charge établie le »
- « Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du »
- « Délivrée par »
- « Régime de prestation de l'assuré »
- « Top éclatement des flux par l'établissement »
- « Date d'entrée »
- « Date de sortie »

Depuis le 1er mars 2022

La variable INS[41] (identifiant national de santé) est ajoutée dans le VIDHOSP.

2.2 LE FICHIER FICHCOMP

FICHCOMP (pour *fichiers complémentaires*) est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses. Il enregistre, s'il y a lieu :

[40] 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 2.1.1 du chapitre I).

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

- 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 d'une autorisation d'accès précoce (AAP), d'accès compassionnel (AAC) ou d'un cadre de prescription compassionnel (CPC).
- Les médicaments spécifiques du secteur HAD.

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 sousséquence 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 sousséquence* (se reporter au point 2.2 du chapitre I).

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont donnés dans les Formats PMSI 2025 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 III).

En 2016, un nouveau FICHCOMP a été mis en place : le FICHCOMP médicaments couteux hors liste en sus en HAD conformément à l'instruction N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative à la mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile.
La liste des unités communes de dispensation (UCD) est actualisée pour 2020.

2.3 LE FICHIER FICHSUP

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

CHAPITRE III

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

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

1 TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles L. 6113-8 et R. 6113-10 du code de la santé publique, et à l'arrêté du 23 décembre 2016 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, 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 du code de la sécurité sociale : fichiers de RAPSS[42] et FICHCOMPA[43], 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-HOSP[43] et le fichier de chainage anonyme ;
- établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article : fichiers de RAPSS et de RSFA[43], 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 sont considérées comme satisfaites 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 « chainées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de retourner du numéro au patient).

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

---

[42] Se reporter au chapitre I.

[43] 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 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 HAD[44] ; 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 II.

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

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

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

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

[44] Se reporter au point 2.1.1.1 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 ».

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 HAD[45].

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 DU CSS

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (CSS) ne produisent pas de fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans le RSF « A » *Début de facture*[46].

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.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier ANO (se reporter *supra* au point 3.1.1 de ce chapitre).

---

[45] « 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.

[46] Se reporter au chapitre II.

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, entrainant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4 CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel (articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique (CSP), 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 sousséquences (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 règlementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

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

5 QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

La confidentialité des données médicales nominatives doit être préservée conformément aux dispositions des 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 structure[47] ;
- 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 perspective des contrôles prévus par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du code de la sécurité

[47] 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.

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 ans[48].

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

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

CHAPITRE IV

CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10è RÈVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM–10)

IV. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10è RÈVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM–10)

Le chapitre IV reprend quelques règles générales d'emploi de la CIM-10 et détaille les directives propres au codage en particulier pour le polyhandicap lourd et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

1 RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10

La dixième révision de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM–10) à usage PMSI est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du résumé par sousséquence. Sa table analytique (chapitres I à XXII) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée. Un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*). Le recueil standard d'informations du PMSI utilise aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère.

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 le chapitre VII, Z94.– *Greffe 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 les codes étendus de la CIM-10. 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 sousséquence[49], 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.

[49] *Cf. infra* le point 2.2.

2 DIRECTIVES PROPRES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET A DIFFERENTS CHAPITRES DE LA CIM–10

2.1 IDENTIFICATION DU POLYHANDICAP LOURD

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

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

Pour permettre l'identification du polyhandicap lourd dans les recueils d'informations du PMSI, quatre listes de codes de la CIM–10 ont été élaborées 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) :

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

Un code au moins de chacune des quatre listes doit être présent dans le RPSS pour affirmer le polyhandicap lourd. 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 Les types d'accidents vasculaires cérébraux

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

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

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

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

La catégorie I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique 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 accidents vasculaires cérébraux**

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

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

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

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

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

Par construction de la CIM–10, la notion d'**antécédent** d'AVC, codée Z86.70 *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'accidents vasculaires cérébraux**

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, DCMPA, doivent être cohérents avec les MP.

Situation	Description des diagnostics, des MP
AIT ou AVC constitué, à la phase aigüe	Lors du séjour initial de prise en charge (rare en HAD *a priori*), il convient de retenir les codes diagnostiques suivants : • pour un AIT, la catégorie G45.– *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés* ; ses codes précisent la topographie ou la forme de l'accident, par exemple G45.3 *Amaurose fugace* ; • pour un AVC constitué, un code I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–. **Remarques complémentaires :** - Les codes I60.–, I61.–, I62.– et I63.– sont employés pendant l'ensemble de la première prise en charge de l'AVC - 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 *Syndrome de l'artère cérébrale moyenne,* G46.1 *Syndrome de l'artère cérébrale antérieure*, G46.2 *Syndrome de l'artère cérébrale postérieure*, ceux des catégories I65.– *Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, I66.– *Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, les codes I67.0 *Dissection d'artères cérébrales, non rompue* et I67.1 *Anévrisme cérébral, (non rompu)*, **ne doivent pas être employés en association avec un code I60–I64 pour décrire l'artère atteinte ou le mécanisme de l'accident. La CIM–10 exclut en effet l'usage de ces rubriques en cas d'infarctus cérébral.** - L'étiologie 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 *dès lors qu'il est en lien avec les soins prodigués en HAD*.
Séjour pour prise en charge d'une aggravation d'un état neurologique consécutif à un AVC, ou d'une complication d'un AVC ou de son traitement	Il s'agit ici de séjours distincts de celui où a eu lieu la prise en charge initiale. La manifestation ou la complication prise en charge est codée. Les exemples les plus fréquents sont les suivants : - troubles de la marche ou l'aggravation de la spasticité (catégorie R26.– *Anomalies de la démarche et de la motilité*), - syndrome dépressif (catégorie F32.– *Épisodes dépressifs*), - épilepsie (catégories G40.– *Épilepsie* et G41.– *État de mal épileptique*), - démence vasculaire (catégorie F01.– *Démence vasculaire*). ***NB :*** Un code de séquelle d'AVC (I69.– *Séquelles de maladies cérébrovasculaires*) peut être mentionné dans le RPSS.
Séjour pour récidive d'AVC	Une récidive d'AVC, à la condition qu'elle soit confirmée par l'imagerie, doit être codée comme un AVC à la phase aigüe.
Séjour pour surveillance (suivi) au long cours d'un AVC	La situation est celle d'un patient atteint d'un AVC déjà diagnostiqué et traité, hospitalisé pour la surveillance des suites de celui-ci. - En l'absence de séquelles le code diagnostique adéquat est Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires*. - 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	**MPP 12 *Rééducation neurologique*** **MPA 06 *Nutrition entérale*** - **Par convention,** l'AVC (I60–I64) est le DP. Le ou les déficits rééduqués (par exemple, une hémiplégie (G81.–), une aphasie (R47.02) ou une dysphasie (R47.03) sont des DCMPP. - Le ou les DCMPA sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, les fausse routes (R13 *Dysphagie*). ***NB :*** - Le MP 12 *Rééducation neurologique* coexiste habituellement avec 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 *incluse* dans les bonnes pratiques de soins.

Situation	Description des diagnostics, des MP
Prise en charge en rééducation après AVC lors du retour à domicile	**MPP 12 *Rééducation neurologique*** **MPA 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale*** - **Par convention,** l'AVC (I60–I64) est codé en position de DP. Le ou les déficits rééduqués (par exemple, une hémiplégie (G81.), une aphasie (R47.02) ou une dysphasie (R47.03) sont des DCMPP. - Le ou les DCMPA sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, un épisode dépressif (F32.–). ***NB :*** l'enregistrement du MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* en tant que MPA n'est possible que si l'éducation est en rapport avec un problème de santé *différent* de l'AVC.
Prise en charge palliative après AVC	**MPP 04 *Soins palliatifs*** **MPA 00 *Pas de MPA*** - **Par convention,** l'AVC (I60–I64) est le DP. - Le code Z51.5 *Soins palliatifs* est utilisé en DCMPP. Le code Z51.5 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.

2.3 LES CODES OMS RÉSERVÉS À 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 adaptés au PMSI et publiés sur le site de l'ATIH. Ces codes, dont le libellé d'attente est Usage urgent de U07 sont intégrés à la liste des codes utilisables dans les recueils PMSI. Cependant, en l'absence de consignes spécifiques données par l'OMS, leur utilisation est proscrite et conduit à un groupage en erreur. En 2020, les consignes OMS données pour les codes en lien avec la crise sanitaire permettent d'utiliser ces codes spécifiques, sans groupage en erreur.

2.4 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 aigüe : par exemple, Z99.0 *Dépendance envers un aspirateur* ou Z99.1 *Dépendance envers un respirateur* ne doivent pas servir à mentionner l'utilisation de ces matériels chez un patient sous ventilation mécanique pour insuffisance respiratoire aigüe, Z99.2 *Dépendance envers une dialyse rénale* ne peut pas repérer les séjours des patients dialysés pour insuffisance rénale aigüe.

2.5 DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITÉ PAR INSULINE

Des extensions des codes de la catégorie E11 *Diabète sucré de type 2* de la CIM–10 ont été créées en 2011 pour distinguer les diabètes de type 2 (« non insulinodépendants ») 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 insulinotraité, avec coma,* E11.10 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec acidocétose,* E11.20 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications rénales* […] E11.90 *Diabète sucré insulinotraité, sans complication*. Ces codes sont réservés au diabète de type 2 insulinotraité **au long cours**. Ils ne doivent pas être employés lorsqu'un évènement ponctuel exige, pendant une hospitalisation, un bref remplacement d'un traitement antidiabétique oral par l'insuline, par exemple pour une anesthésie.

2.6 EMPLOI DES CODES DU GROUPES B95-B98

Ces codes peuvent être utilisés en position de DCMPP dès lors qu'ils sont en lien avec le MPP mis en œuvre par l'équipe ou en position de DCMPA dès lors qu'ils justifient le MPA mis en œuvre par l'équipe. Dans tous les autres cas, ils seront renseignés en position de DA, leur usage devant 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–B97[50]) pour identifier l'agent infectieux ». *Par exemple* :

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

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

2.7 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 disparaitre à leur terme.

[50] 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.

2.8 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 aigüe de l'infarctus. En conséquence, les extensions correspondant aux prises en charge initiales n'ont a priori pas lieu d'être employées en HAD.

2.9 HYPOTENSION ET BAISSE DE LA TENSION ARTERIELLE

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

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 *Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension*).

2.10 INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE

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

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

2.11 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

L'utilisation du code **J96.0** *Insuffisance respiratoire aigüe* nécessite que le dossier comporte la mention d'une insuffisance ou d'une décompensation respiratoire aigüe, ou d'une détresse respiratoire, et la constatation au cours du séjour d'une saturation artérielle en oxygène (SaO_2) inférieure à 90 % ou d'une pression partielle dans la sang artériel (PaO_2) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant. Le critère gazométrique ne s'impose pas en cas de ventilation artificielle. L'utilisation du code **J96.1** *Insuffisance respiratoire chronique* nécessite que le dossier mentionne l'existence d'une insuffisance respiratoire chronique, ou d'une affection respiratoire chronique, et d'une PaO_2 inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant de manière prolongée.

2.12 LÉSIONS TRAUMATIQUES

La précision du caractère *fermé* ou *ouvert* des fractures devient obligatoire en 2015 (Chapitre XIX de la CIM–10). Les fractures non précisées comme *fermées* ou *ouvertes* se codent en fractures fermées.

2.13 MALNUTRITION, DÉNUTRITION

La CIM–10 classe les états de malnutrition dans le groupe E40–E46 : E40 *Kwashiorkor*, E41 *Marasme nutritionnel* ; E42 *Kwashiorkor avec marasme*[51] ; E43 *Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision* ; E44.0 *Malnutrition protéinoénergétique modérée* ; E44.1 *Malnutrition protéinoénergétique légère* ; E46 *Malnutrition sans précision*[52]. Elle range sous le terme générique de malnutrition[53] un groupe d'affections résultant d'une carence d'apport ou d'une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l'entendre dans le sens restreint de dénutrition.

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

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

Les critères phénotypiques sont les suivants :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;

---

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

[52] Auxquels s'ajoute O25 *Malnutrition au cours de la grossesse.*

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

- IMC < courbe IOTF 18,5 ;
- stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel de l'enfant (courbe de poids) ;
- réduction de la masse et/ou de la fonction musculaires (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles)

Les critères **étiologiques** sont les suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Les critères **phénotypiques** sont les suivants :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < 18,5 kg/m2 ;
- réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires.

Les critères **étiologiques** sont les suivants :

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

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

- 17 < IMC < 18,5 kg/m2 ;
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie >30 g/L et < 35 g/L.

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

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

- IMC ≤ 17 kg/m2 ;
- perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≤ 30g/L.

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

Lors de l'observation simultanée d'un seul critère de dénutrition sévère et d'un ou plusieurs critères de dénutrition modérée, il est recommandé de poser un diagnostic de dénutrition sévère.

1. Consigne

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

3. Le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus

Il repose sur la recommandation de bonnes pratiques de la HAS élaborée en collaboration avec la Fédération française de nutrition intitulée "Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus".

Pour les patients de 70 ans et plus, le diagnostic de la dénutrition nécessite la présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique. Ce diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger de sa sévérité. Il repose exclusivement sur des critères non biologiques. Ces critères sont résumés ci-dessous.

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

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < 22 kg/m2 ;
- sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire.

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

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

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

- 20 ≤ IMC < 22 ;
- perte de poids ≥ 5 % et < 10 % en 1 mois ou ≥ 10 % et < 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % et < 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≥ 30 g/L.

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

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

- IMC < 20 kg/m2 ;
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≤ 30 g/L.

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

4. Consignes et définitions en lien avec la dénutrition

4.1 Consignes

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

- L'emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères et nécessite que le dossier comporte la mention de dénutrition[54]. Cette mention peut être indiquée par un.e clinicien.ne ou par un.e diététicien.ne. Il est recommandé d'intégrer les valeurs du poids et de la taille et de l'IMC dans le dossier médical partagé (DMP).
- « Le code CIM10 est déterminé en fonction des critères correspondant aux définitions publiées par la HAS et retrouvés au dossier, sans que le niveau de sévérité ne doive nécessairement être mentionné dans le dossier. Il est toutefois recommandé que ce niveau soit explicitement mentionné ».

4.2 Outils d'évaluation de la masse et/ou de la fonction musculaire »

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

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

L'utilisation d'une seule de ces méthodes suffit.

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

4.3 critère « albuminémie »

D'après la « Fiche-outil-diagnostic » HAS[55] les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

4.4 critère « MNA »

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le Mini Nutritional Assessment » (cf. Recommandations)

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

Les courbes disponibles sur le site de la CRESS[56] .

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

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

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

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

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

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

2.14 OEDÈME PULMONAIRE

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

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

---

[55] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf

[56] https://cress-umr1153.fr/fr/courbes-de-croissance-de-reference-du-carnet-de-sante/

2.15 FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

Les facteurs socio-environnementaux avaient été identifiés, par les acteurs de l'HAD, comme des informations manquantes dans le PMSI. Les travaux ont été initiés par l'ATIH dans l'objectif d'améliorer la qualité du recueil des facteurs socio-environnementaux.
Des travaux ont été réalisés permettant de définir le facteur socio-environnemental comme une caractéristique personnelle ou de l'environnement permettant de décrire le *contexte* du patient au sens de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé[57] ayant *un impact sur la prise en charge* de ce patient pendant son hospitalisation : allongement de la durée de séjour (ou augmentation du nombre de venues en hospitalisation partielle) ou alourdissement du séjour (mobilisation de ressources supplémentaires). Une liste de onze facteurs socio-environnementaux a été établie : faibles revenus, difficultés liées à l'emploi, couverture maladie absente ou sous conditions de ressources, mesures de protection juridique et mesures d'assistance éducative, analphabétisme et faible niveau d'éducation, barrière de la langue , barrière culturelle, relations sociales et familiales insuffisantes, réseau médical paramédical et médico-social déficient, logement insalubre, logement inadapté.
Dans le fascicule *Facteurs socio-environnementaux – concept et codage PMSI*, disponible sur le site de l'ATIH[58], pour chaque facteur une définition est donnée, des situations correspondant au facteur socio-environnemental sont décrites. Pour chaque situation[59], des codes CIM-10 sont associés et sont à saisir dans le résumé par sousséquence en position de diagnostic associé (DA). La liste des codes CIM10, ainsi constituée, est réservée pour la description des facteurs socio-environnementaux.
Par ailleurs, pour aider à la compréhension du périmètre couvert par le facteur socio-environnemental, quelques difficultés potentiellement rencontrées par le patient sont décrites. Les exemples de situations cliniques et le codage associé présentés ne concernent pour l'instant que le SSR mais peuvent tout de même constituer une aide au codage en HAD.

Le facteur socio-environnemental « relations sociales et familiales insuffisantes » fait l'objet de 4 situations identifiées pour l'HAD plus particulièrement :

- ❑ Manque ou suspicion de manque de compétences des parents pour la prise en charge de leur enfant
  - o Z62.0 *Surveillance inadéquate de la part des parents*

- ❑ Influence négative d'un divorce sur le bon déroulé de la prise en charge d'un enfant
  - o Z63.5 *Dislocation de la famille par séparation et divorce*

- ❑ Décès récent d'un membre de la famille résidant au domicile du patient pris en charge et altérant la disponibilité des aidants du domicile
  - o Z63.4 *Disparition et décès d'un membre de la famille*

- ❑ Moindre disponibilité d'un aidant potentiel au domicile du patient pris en charge
  - o Z63.7 *Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer*

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

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

---

[57] Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health
[58] https://www.atih.sante.fr/facteurs-socio-environnementaux-1
[59] Tableau de synthèse, « listeFactSocEnc_codesCIM10_associés » disponible sur le site de l'ATIH https://www.atih.sante.fr/facteurs-socio-environnementaux-1

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

Définition

Ce facteur socio-environnemental prend en compte les situations suivantes : le patient n'a pas de couverture maladie ; le patient a une couverture maladie insuffisante, ou le patient a une couverture maladie sous conditions de ressources[60]. Dans la suite du document, ce facteur sera nommé « couverture maladie ».

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

Facteur socio-environnemental	**Situations**	**Codes CIM10**	**Libellé CIM10**
Couverture maladie absente ou sous conditions de ressources	Absence de couverture maladie	Z59.70	*Absence de couverture sociale*
	Couverture maladie insuffisante : patient ne bénéficiant pas de complémentaire santé, patient bénéficiaire de la PUMA[1] (ex CMU)	Z59.78	*Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés*
	Couverture maladie sous conditions de ressources (bénéficiaire de la C2S[2] (ex-CMUc ou de l'ACS[3]) associé ou non à la PUMA ; bénéficiaire de l'AME[4]	Z59.60	*Bénéficiaire de la CMUc*
		Z59.61	*Bénéficiaire de l'AME*

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

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

Les difficultés liées au facteur « couverture maladie »

Lorsqu'un patient n'a pas de couverture maladie ou a une couverture maladie sous conditions de ressources, à la fin de la prise en charge en HAD, il peut avoir :

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

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

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

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

2.16 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

Lors de la mise à jour de la CIM–10 de 2013, applicable dans le PMSI en 2014, la description des résistances aux traitements antibiotiques a été entièrement revue par l'OMS. Elle repose sur trois catégories U82 *Résistance aux antibiotiques bétalactamines [bétalactames]*, U83 *Résistance aux autres antibiotiques* et U84 *Résistance aux autres antimicrobiens.* Les codes de résistance aux antibiotiques ont été enrichis en 2015 par l'ATIH avec notamment l'ajout d'un caractère supplémentaire en 6e position[61] pour les catégories U82 et U83 afin d'indiquer si la situation de résistance concerne un germe responsable d'une infection en cours ou une situation de portage sain.

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

- la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie ;
- la résistance doit entrainer une modification du schéma thérapeutique habituel, ou la mise en œuvre de mesures d'isolement spécifiques[62].

En conséquence de ces conditions :

- les situations de résistance naturelle, c'est-à-dire les situations où la résistance est liée à la nature du germe en termes de genre ou d'espèce, ne se codent pas ;
- les situations de portage sain de germe présentant une résistance et faisant l'objet, du fait de cette résistance, de mesures telles que l'isolement, l'utilisation de matériels ou d'un chariot de soins spécifiques autorisent l'emploi des codes des catégories U82 et U83.

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

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

Exemples :

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

2.17 CHUTES A REPETITION

Le codage des chutes à répétition (R29.6) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : chutes à répétition en raison du grand âge ou d'autres problèmes de santé mal définis. La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ. Le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment

---

[61] Pour les codes qui ne comportent que 4 caractères, le signe « + » doit être noté en 5e position.

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

où la personne a fait au moins deux chutes dans l'année qui précède le recueil d'information.

2.18 DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique prise en compte dans les recommandations de la HAS[63] est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte ; il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence ;
- Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- Réponse insuffisante au traitement ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée :

- De manifestations psychopathologiques ;

Exemple :

- Douleurs rhumatologiques (arthrose, rhumatisme inflammatoire…) : R52.2

2.19 DOULEUR CHRONIQUE REFRACTAIRE (REBELLE)

Une douleur chronique réfractaire est une douleur :

• ne répondant pas aux traitements conventionnels recommandés et conduits conformément aux règles de bonnes pratiques,

• et ne permettant pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, ni une qualité de vie acceptable pour le patient, et/ou occasionnant des effets indésirables intolérables et incontrôlables.

Une douleur chronique réfractaire peut nécessiter une hospitalisation pour avis diagnostique pluri professionnel et/ou prise en charge thérapeutique spécifique nécessitant des compétences particulières : traitements médicaux invasifs ou traitements médicaux nécessitant une surveillance particulière, actes de radiologie interventionnelle, actes d'infiltrations ou d'analgésie locorégionale, actes chirurgicaux, traitements non médicamenteux associés ...

63 Douleur chronique HAS décembre 2008 : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient

2.20 Traitements répétitifs

La dénomination traitement répétitif rassemble les traitements qui, par nature, imposent une administration répétitive. En d'autres termes, dès la prescription d'un traitement répétitif, le fait qu'il nécessite plusieurs administrations est connu, un calendrier peut en général être fixé à priori.

Un traitement est répétitif soit parce que son efficacité dépend d'un cumul posologique (chimiothérapie) soit parce que, son effet s'épuisant, il doit être renouvelé (transfusion sanguin).

Dans les situations de traitement répétitif le codage du diagnostic principal respecte les consignes de codage précisées au point 2.1.3.2.

Les consignes de codage des Z51.1 et Z51.2 introduites dans le chapitre VII du guide méthodologique en 2020 sont valables quel que soit le MP dès que le patient fait l'objet d'un traitement répétitif au cours de la séquence. Une nouvelle consigne de codage du Z51.30 est introduite pour les traitements répétitifs de transfusion. Ces diagnostics par convention sont portés en position de DCMPP ou DCMPA en fonction de la prise en charge du patient.

Le codage du DCMPP ou DCMPA des séjours de **chimiothérapie pour tumeur** utilise le code Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* de la CIM–10.

> Exemple : une administration de chimiothérapie anticancéreuse pour cancer du sein se code avec le MPP05 Chimiothérapie anticancéreuse, en DCMPP (ou DCMPA) Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* et en DP C50.1 *Tumeur maligne de la partie centrale du sein.*

Le codage du DCMPP ou DCMPA des séjours de **chimiothérapie pour affection non tumorale** utilise le code Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* de la CIM–10. Le Z51.2 est employé pour les séjours pour « chimiothérapie », dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur. Le mot chimiothérapie a en effet dans la CIM–10 son sens premier de « traitement par des moyens chimiques ».

> Exemple : une injection d'immunoglobulines dans le cadre d'une polyarthrite se code avec le MPP03 *Traitement intraveineux*, en DCMPP (ou DCMPA) Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* et en DP : M13.03 *Polyarthrite, sans précision, articulation du poignet.*

Le codage du DCMPP ou DCMPA des séjours de **transfusion sanguine** utilise le code Z51.30 *Séance de transfusion de produit sanguin labile*. On rappelle que l'indication « sans mention de diagnostic » contenue dans son intitulé, désormais entre parenthèses, est liée à l'esprit général du chapitre XXI de la CIM– 10 ; elle est sans conséquence pour le codage des séances de transfusion sanguine et n'empêche pas de coder la maladie motivant la transfusion comme DP.

> Exemple : un séjour pour transfusion pour anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang se code MPP 18 Transfusion sanguine, DCMPP (ou DCMPA) Z51.30 *Séance de transfusion de produit sanguin labile* et en DP D50.0 *Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang.*

2.21 Identification des séjours avec administration de sédation palliative

- Utiliser le code Z51.85 Sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) comme DA pour décrire une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie **(article L.1110-5-2 du code de santé publique**), elle est mise en œuvre dans les cas suivants :

  1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

  2° Lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'engager son pronostic vital à court terme et susceptible d'entraîner une souffrance insupportable, prend la décision d'arrêter son traitement.

  3° Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et que, au titre du refus de l'obstination déraisonnable telle que décrite dans **l'article L. 1110-5-1 du code de santé publique,** une décision d'arrêt du traitement de maintien en vie est prise par le médecin après la mise en œuvre d'une procédure collégiale.

- Utiliser le code Z51.86 Sédation palliative hors SPCMJD, comme DA, pour décrire une sédation proportionnée, c'est-à-dire de profondeur et de durée proportionnelles au soulagement du symptôme. Elle concerne certaines situations de détresse vitale nécessitant un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple) (cf. **recommandations HAS, janvier 2020**)

CHAPITRE V

COTATION DE LA DEPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÈS DE LA VIE QUOTIDIENNE

V. COTATION DE LA DEPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÈS DE LA VIE QUOTIDIENNE

1 COTATION DE LA DEPENDANCE SELON LA GRILLE PMSI DES ACTIVITES 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.

1.1 SIX VARIABLES DE DEPENDANCE

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.* 2.1	Continence (2) : *cf.* 2.4
Déplacements et locomotion (5) : *cf.* 2.2	Comportement (1) : *cf.* 2.5
Alimentation (3) : *cf.* 2.3	Relation et communication (2) : *cf.* 2.6

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.

1.2 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 maitrise 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	

1.3 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 *habillage* 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 ; *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.*
2	Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparait 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 ; *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*
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

2 PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

2.1 HABILLAGE OU TOILETTE

On cotera l'habillage 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'habillage du haut du corps* : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant ;
- *l'habillage 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 habituelle[64], 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.

[64] 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.

2.2 DÉPLACEMENTS ET 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.

2.3 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 SA COTATION / 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.

2.4 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 SA COTATION

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).

2.5 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 médications 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.* codes étendus de la CIM 10).

2.6 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.

3 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

CHAPITRE VI

MODALITÉS DE TARIFICATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE

VI. MODALITÉS DE TARIFICATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE

1 PRÉSENTATION

Ce chapitre comprend une présentation générale du modèle, les particularités de la prise en charge en ES et ESMS, les groupes homogènes de prise en charge (GHPC) et leurs caractéristiques, la construction des groupes homogènes de tarifs (GHT), l'échelle des GHT, les pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, les pondérations liées au mode de prise en charge associé et à l'indice de Karnofsky ainsi que la fonction groupage.

1.1 PRÉSENTATION GENERALE DU MODELE

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 règlementaire de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé[65]. 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 du code de la sécurité sociale.

1.2 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) En 2012, le champ d'intervention des ESHAD été élargi à tout le secteur des établissements sociaux (ES) et des autres établissements médicosociaux (EMS)[66].

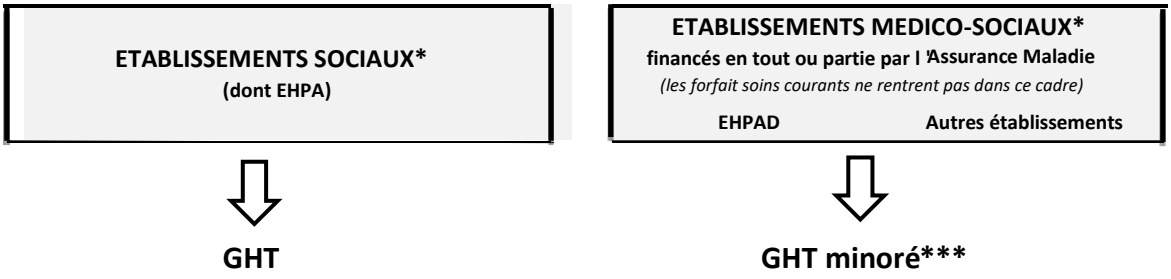
---

[65] Cf. Financement des établissements de santé et son historique : https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante

[66] Décret n° 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 n° 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.

Jusqu'en 2016, la liste des MP autorisés en EHPAD était limitée.
À partir de 2017, les limitations de MP en EHPAD sont supprimées : l'intervention de l'HAD en EHPAD suit les règles communes du guide méthodologique.[67]

Les modifications introduites en 2017 exposées au paragraphe précédent ne modifient en rien le mode de financement des interventions HAD en établissements sociaux et médico-sociaux.



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

**** 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 depuis 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).*

1.3 INTERVENTION SIMULTANEE DE L'HAD ET D'UN SSIAD OU SPASAD AU DOMICILE DU PATIENT

Jusqu'en 2017 inclus, l'intervention concomitante de l'HAD et d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) ou d'un SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) n'était pas autorisée.

En 2018, l'intervention conjointe et simultanée de l'HAD et du SSIAD ou SPASAD était possible pour les patients initialement pris en charge en SSIAD ou SPASAD sous condition, c'est-à-dire pour les patients qui bénéficiaient d'une prise en charge par un SSIAD ou SPASAD avant leur admission en HAD.

Depuis 2022, cette intervention est possible pour tous les patients sans condition de prise en charge préalable par un SSIAD ou SPASAD.

Cette intervention simultanée est possible quel que soit le mode de prise en charge du patient en HAD.

Concernant la tarification de l'HAD, une minoration du GHT de chaque journée de prise en charge conjointe sera appliquée selon un modèle similaire à celui de la prise en charge d'un patient en EHPAD. Le taux de cette minoration est de 7%[68].

---

[67] À la date du 20 décembre 2016, l'arrêté du 16 mars 2007 modifié 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 R6121-4-1 du code de la santé publique est en cours d'abrogation.

[68] Arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

1.4 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*[69].

À chaque *combinaison* de MPP, MPA et IK correspondant à un groupe homogène de prise en charge (GHPC)[70] 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 le chapitre VI.

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*. chapitre VII et chapitre IX et le manuel PAPRICA) ; dans ce cas, le groupage ne tient pas compte du MPA. et, par convention, attribue à la sousséquence 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 ;
- 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 entraine le retour d'un code d'erreur bloquante de la FG[71] : 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 1er 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).

Jusqu'au 1er mars 2017, si l'association MPP x MPA était présente dans la table des GHPC mais que l'IK figurant dans le RPSS était inférieur à la valeur minimale observée dans la table des GHPC pour cette combinaison, la *fonction groupage* retournait 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 sousséquence était également « 9999 ». L'IPI était alors calculé avec les pondérations du MPP, du MPA et de l'IK ramené à cette valeur minimale.

À partir du 1er mars 2017, pour ces associations un nouveau GHPC (différent de 9999) est attribué à chaque séquence. Ce GHPC correspond aux MPP et MPA déclarés, associé à l'IK seuil. Un code d'alerte spécifique est émis par la fonction groupage. Le code d'alerte 524 disparait.

La liste des GHPC créés figure dans le fichier des GHPC qui est publié chaque année sur le site de l'ATIH. Au total, la description de la situation exacte du patient au regard de l'IK ne produit plus le classement de la séquence dans un GHPC erreur. Le financement des journées concernées n'est pas modifié par rapport à la situation antérieure. Il est recommandé aux établissements de toujours coder l'IK correspondant à la situation réelle de leur patient.

---

[69] La séquence de soins est traitée dans le point 1.2.2 du chapitre I.

[70] 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.

[71] « 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).

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.

1.5 CARACTERISTIQUES 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 2024.

Le fichier Excel GHPC_2024.xlsx publié contient 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 530[72]),
   - 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 2024** 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 prise en charge pour lesquelles une confirmation de codage est requise ou non[73] ; il est issu du tableau croisé des associations MPP MPA du guide méthodologique ;

5. le *cinquième* onglet intitulé **IK 2024** 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 2024.

1.6 LA CONSTRUCTION DES GROUPES HOMOGÈNES DE TARIFS

Dans le modèle tarifaire issu des travaux de l'IRDES[74], une quatrième variable est prise en compte en raison de son effet démontré sur les couts 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

[72] 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.

[73] À propos de l'information *Confirmation de codage,* se reporter au point informations relatives aux résumés par sousséquences du chapitre I.

[74] 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).

séquence est longue, moins ces couts 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 1er au 4e jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- la deuxième tranche court du 5e au 9e jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- la troisième tranche court du 10e au 30e jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- la quatrième tranche commence au 31e 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.

À chaque tranche de durée de prise en charge est affecté un indice de pondération. La liste en est donnée dans le paragraphe 1.7.4 ci-dessous.

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 page suivante.

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 : groupe tarifaire 31	6,67

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 tarifaire[75]. Il sert de base de remboursement des charges liées aux soins aux régimes obligatoires de l'assurance maladie.

[75] 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.

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 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).

1.7 PONDÉRATIONS INDIVIDUELLES DES MODES DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL, MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ, INDICE DE KARNOFSKY, DE LA DURÉE DE SEJOUR

1.7.1 Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal

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	2.0066
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	1,4241
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	3,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1,039
21 – *Post partum* pathologique	1,2492
22 – Prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 – Surveillance d'aplasie	1,201
29 – Sortie précoce de chirurgie	1,6146

1.7.2 **Pondérations associées au mode de prise en charge associe**

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	1,7149
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	1,2066
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	3,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1,0558
21 – *Post partum* pathologique	1,1
24 – Surveillance d'aplasie	1,2902
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

1.7.3 Pondérations associées à l'Indice de Karnofsky (IK)

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

1.7.4 **Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge**

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

CHAPITRE VII

LES MODES DE PRISE EN CHARGE, TABLEAUX CROISÉS, EXEMPLES DE CODAGE EN PÉDIATRIE, RÉCAPITULATIF DES INTITULÉS ET POSITIONS D'ENREGISTREMENT DES MODES DE PRISE EN CHARGE

VII. LES MODES DE PRISE EN CHARGE, TABLEAUX CROISÉS, EXEMPLES DE CODAGE EN PÉDIATRIE, RECAPITULATIF DES INTITULÉS ET 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.

Ce chapitre décrit les modes de prise en charge en HAD (définition, contenu, modalités de codage et possibilités d'associations[76], codage des diagnostics avec la CIM-10 (*cf.* Liste 1), les associations des MP et les plages d'IK prévues pour ces associations MPP x MPA (cf. 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 (c*f.* exemples de codage en pédiatrie) ; elle se termine par la liste 2 des modes de prise en charge à visée documentaire (*cf.* liste 2) et enfin par le tableau des intitulés et des positions d'enregistrement des MP (*cf.* 6).

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.

Consigne de lecture :

Si la mention « chez l'adulte », « chez l'enfant » ou « chez le nourrisson » n'est pas précisée, la consigne s'applique à tous les publics. Si une consigne est précédée d'une des mentions citées précédemment, la consigne s'applique uniquement pour le public visé par la mention et en plus des consignes générales applicables à tous.

[76] 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.

1 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[77].

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

MP 01 *Assistance respiratoire*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	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-	Le MP 01 *Assistance respiratoire* inclut la ventilation invasive et la ventilation non invasive. *Chez l'adulte*, le MP 01 *Assistance respiratoire* peut être codé comme MPP que si l'assistance respiratoire est mécanisée.	Le MP 01 *Assistance respiratoire* coexiste habituellement avec un autre MP. Si l'assistance respiratoire est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[78]. Le MP 01 peut être codé en tant que MPA dans les situations suivantes : 1. lorsque deux des soins parmi les suivants sont associés : a. CPAP	C'est l'affection ou les affections motivant les soins en HAD qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPA). *À titre d'exemples* :

[77] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point informations relatives aux résumés par souséquences du chapitre I.

[78] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. informations relatives aux résumés par sousséquences du chapitre I.

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
		infirmier du patient, la maintenance des appa-reillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage.	Par exception, l'assistance respiratoire par des dispositifs d'oxygénothérapie nasale à haut débit (exemple : Optiflow®, …) autorise le codage du MP01 pour le traitement de l'insuffisance respiratoire aigüe. Des aspirations trachéales pluriquotidiennes et des aérosols pluriquotidiens ne peuvent à eux seuls justifier le codage de ce MP. Par ailleurs, le traitement pour l'apnée par pression positive continue ne peut justifier à lui seul ce mode de prise en charge. *Chez l'enfant*, (*cf.* plus loin les exemples de codage en pédiatrie.), le MP 01 *Assistance respiratoire* est aussi codé comme MPP dans les circonstances suivantes : ▪ prématuré pathologie respiratoire chronique complexe et/ou compliquée , bénéficiant d'aérosols pluriquotidiens (au moins 3/j.) et de kinésithérapie respiratoire quotidienne. ▪ l'emploi d'oxygénothérapie par canule nasale à haut débit, ▪ nourrisson sous oxygénothérapie en continu (au moins 2 passages /j) bénéficiant d'aérosols, de thérapeutiques à visée respiratoire et de kinésithérapie respiratoire quotidienne.	b. Aérosols quotidiens et/ou aspirations c. Les hétéro-soins pour les trachéotomies d. La kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine e. Les appareillages d'aide à l'expectoration f. Les thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrées par voie inhalée ou sous-cutanée (encombrement des voies aériennes supérieures, …) ou par voie orale et présentant une charge pharmaceutique particulière (HTAP, …) 2. Kinésithérapie respiratoire réalisée 7 jours sur 7 3. Oxygénothérapie seule L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à l'assistance respiratoire codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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.	▪ Emphysème : J43.–[79] ▪ Bronchopneumopathie chronique obstructive : J44.9 ▪ Bronchite chronique : J42 ▪ Pneumoconioses : J60–J64 ▪ Paralysie du diaphragme : J98.60

[79] 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**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Nutrition parentérale	02	La nutrition parentérale à domicile (NPAD) consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant le statut de médicament[80] : mélanges nutritifs de type solutions binaires (glucides et protides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protides). La HAS précise les indications et les non-indications de la NPAD.	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, actions éducatives liées à la mise en place de la nutrition parentérale conformément aux recommandations de bonnes pratiques).	Le MP 02 *Nutrition parentérale* coexiste habituellement avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[81]. Si le projet thérapeutique comporte une administration discontinue mais fréquemment répétée de l'administration parentérale, le codage se fait en continu. Seules les interruptions temporaires non prévues au protocole de soins justifient un arrêt de ce codage. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place de la nutrition parentérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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. L'association MP02 et MP06 nécessite une confirmation de codage.	La diversité des circonstances de codage du MP 02 *Nutrition parentérale* rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la nutrition parentérale en HAD.

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

[81] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point informations relatives aux résumés par souséquences du chapitre I.

MP 03 *Traitement intraveineux*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Traitement intraveineux	03	Il s'agit de mettre en œuvre, y compris pour un traitement initié en MCO, une administration de médicament et/ou une surveillance de médicament ou la surveillance d'un injecteur programmable, par voie veineuse : • soit lorsqu'il s'agit d'un médicament à usage hospitalier • soit lorsque l'état polypathologique ou la sévérité de l'état pathologique du patient le justifie et nécessite au moins deux passages infirmiers par jour. La situation polypathologique doit être caractérisée par la lourdeur des soins requis ou par l'instabilité de la situation, dont les éléments du dossier du patient doivent impérativement témoigner. La prise en charge comporte la mise en œuvre du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. *Chez l'enfant*, 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 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*.	Ce MP exclut la chimiothérapie anticancéreuse et la nutrition parentérale (*cf.* les modes de prise en charge spécifiques). En aucun cas, l'injection isolée d'un médicament ne peut à elle seule justifier le codage du MP 03 *Traitement intraveineux*. Par exception, l'injection isolée d'un traitement intraveineux de la réserve hospitalière, s'il ne relève d'aucun autre MP, justifie le codage du MP03 *Traitement intraveineux*.	L'association avec le MP 04 *Soins palliatifs* est erronée. Le MP 07 *Prise en charge* de la douleur ne peut être associé au MP 03 *Traitement intraveineux* que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,…). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique ne justifie pas le codage du MP 07 comme MPA. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 *Prise en charge de la douleur*. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place du traitement intraveineux codé en tant que MPP. L'association avec le MP 24 *Surveillance d'aplasie* 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. L'association avec le MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse 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.	La diversité des circonstances de codage du MP 03 *Traitement intraveineux* rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant le traitement intraveineux en HAD.

				Lorsque le patient a bénéficié d'un traitement par voie intraveineuse respectant les consignes de codage du MP03 et que son état nécessite une poursuite du traitement par voie sous-cutanée ou intramusculaire en relai de la voie veineuse, alors c'est le MP 08 qui doit être utilisé.	

MP 04 *Soins palliatifs*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Soins palliatifs	04	La prise en charge palliative, dont la durée est variable, concerne le patient et son entourage ; le patient est atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale mettant en jeu à plus ou moins court terme son pronostic vital. Les soins prodigués visent à soulager la douleur physique, les symptômes d'inconfort, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir l'entourage ; ils permettent le maintien du patient dans son cadre habituel en lui évitant une hospitalisation dans un établissement de	Les soins palliatifs en hospitalisation à domicile présentent les caractéristiques de l'HAD définies par l'article R.6121-4-1 du code de la santé publique ; ils permettent de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation avec hébergement. Le projet de soins individualisé est multidimensionnel et interdisciplinaire, non seulement en raison des soins, mais aussi de la composante psychosociale, de l'importance du temps passé auprès du malade et de son entourage, du temps de concertation pluridisciplinaire nécessaire voire des besoins de soutien des soignants du domicile/de l'EMS/de l'ES (formation, adaptation des modalités de prise en charge propres au patient, soutien psychologique, …). Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge implique du personnel médical et soignant mais aussi un ou plusieurs autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, …). Le codage en MP04 est admis y compris lorsque la prise en charge a été organisée selon ces modalités mais n'a pas été mise en place effectivement du fait de l'aggravation rapide du patient et du transfert et/ou décès. Les soins palliatifs comprennent <u>au moins deux soins parmi les suivants</u> : - une prise en charge de la douleur (évaluation systématique et répétée avec des outils validés ; mise en œuvre et suivi des traitements appropriés, conformes aux recommandations professionnelles), - une prise en charge psychologique du patient - des soins de nursing (hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres, …),	L'association avec le MP 03 *Traitement intraveineux* est erronée. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est erronée. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est erronée. L'association avec le MP 07 *Prise en charge de la douleur* n'est autorisée que si le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP[82] ». L'acte en rapport est codé dans le RPSS lorsqu'il figure dans la CCAM (*cf.* ci-dessous).	Le MPP 04 *Soins palliatifs* doit être accompagné du code de la CIM–10 de la maladie qui justifie les soins palliatifs. Le code CIM–10 Z51.5 *Soins palliatifs* est redondant avec le MP 04 *Soins palliatifs* : 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.

[82] Analgésie contrôlée par le patient (*Patient Controlled Analgesia, PCA*).

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM–10
	04	santé avec hébergement. 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 qui précise les spécificités des soins palliatifs en hospitalisation à domicile.	- un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (par ex. toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil …), - un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles, - une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée, - un accompagnement essentiellement psychologique de la famille et des proches. Enfin, les soins palliatifs intègrent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge. La pathologie et sa gravité, la mise en œuvre d'une démarche interdisciplinaire et coordonnée, tous les soins effectués par l'ensemble des intervenants doivent impérativement être tracés dans le dossier du patient. En cas de fin de vie, la prise en charge comporte 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 ainsi que l'intervention d'au moins 2 personnels dont l'un au moins est un professionnel de santé. Il est entendu par fin de vie, les 5 derniers jours avant le décès du patient.	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.	

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**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Chimiothérapie anticancéreuse	05	Par chimiothérapie anticancéreuse on entend l'administration de produits des catégories L01 et L02 de la classification ATC quelle que soit la maladie traitée (tumeur ou non) et les catégories L03[83] et L04 de la même classification quand la maladie traitée est une tumeur. Par ailleurs, le protocole de traitement doit en outre être conforme à l'encadrement règlementaire des produits et molécules prescrits conformément à leur AMM et conformes aux recommandations de la HAS et de l'Inca.	Ce MP correspond d'une part à la chimiothérapie anticancéreuse et d'autre part à l'administration de thérapeutiques ciblées. 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. L'utilisation du MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* n'est pas justifiée lorsque le médicament est fourni par un établissement de santé et que le branchement de la perfusion a été effectué par ce dernier, en hospitalisation complète ou en séance de chimiothérapie. L'utilisation du MP *05 chimiothérapie anticancéreuse* n'est pas justifiée pour un traitement isolé de chimiothérapie par voie orale dès lors, lorsqu'il est codé en MPP, il est obligatoirement associé à un autre MP. Par exception, le MP 05 *chimiothérapie anticancéreuse* est justifié pour un traitement isolé de chimiothérapie par voie orale lorsque celle-ci est soumise à une prescription restreinte	En cas d'administration discontinue mais fréquemment répétée, le codage du MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* se fait en continu jusqu'au dernier jour d'administration ; une cotation discontinue, entrainant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux administrations est supérieur à cinq jours. L'association avec le MP 03 *Traitement intraveineux* 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. L'association avec le MP 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à	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. *Par exemple :* - C90.0 *Myélome multiple* ou, - C85.9 Lymphome non hodgkinien, de type non précisé

[83] À l'exception des facteurs de croissance dont l'administration relève du MP13.

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
		La prise en charge comporte[84] : ▪ 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.	correspondant à l'une des deux conditions suivantes[85] : - médicament réservé à l'usage hospitalier - médicament à prescription hospitalière et nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Dans ce cas, ce MP peut être codé en MPP sans être systématique associé à un autre MP ou en MPA. *Chez l'enfant*, 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 *Chimiothérapie anticancéreuse* est codé.	la mise en place de la chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP. L'association avec le MP 24 *Surveillance d'aplasie* est erronée.	

[84] Dans le respect de la réglementation existante (Cf. articles L.6122-1 ; R 6122-25 ; R 6123-87-4° ; R6123-94 et D 6124-134 du code de la santé publique).

[85] Article R. 5121-77 du code de la santé publique

MP 06 *Nutrition entérale*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**
Nutrition entérale	06	Le MP 06 *Nutrition entérale* concerne des patients porteurs de : ▪ sonde nasogastrique, ▪ gastrostomie, ▪ jéjunostomie, ▪ et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD Chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 6 mois non sevré, la nutrition entérale vise les situations de nutrition administrée par sonde naso-gastrique, quelle que soit la nature du nutriment utilisé.	Le MP 06 *Nutrition entérale* comporte : ▪ la surveillance du patient, ▪ la maintenance des pompes, ▪ l'éducation du patient et de son entourage. L'administration de tout ou partie d'un biberon par voie naso-gastrique chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 6 mois non sevré relève de ce mode de prise en charge quelle que soit la nature du nutriment utilisé. Elle est administrée en vue d'une reprise progressive de l'alimentation chez le nouveau-né.	Le MP 06 *Nutrition entérale* coexiste habituellement avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[86]. L'association avec le MP02 est possible sous réserve d'une confirmation de codage. *Chez l'enfant*, l'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est autorisée pour enregistrer les troubles de l'oralité connexes. Dans les autres cas, l'association du mode n° 15 est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la nutrition entérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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.

[86] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point Informations relatives aux résumés par sousséquences 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**
Prise en charge de la douleur	07	Le MP 07 *Prise en charge de la douleur* comporte : ▪ l'évaluation médicosoignante de la douleur, ▪ la mise en place du traitement, ▪ l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.	L'hypnose n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, elle ne peut donner lieu au codage de ce MP.	Le codage en tant que MPP 07 *Prise en charge de la douleur* doit être lié à l'importance de la consommation de ressources spécifiques mobilisées en vue de la prise en charge de la douleur. *Chez l'adulte*, il nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP12. ». Le codage en tant que MPP 07 *Prise en charge de la douleur* se justifie le temps nécessaire à l'utilisation de l'injecteur. Le codage en tant que MPA 07 ne se justifie que le temps nécessaire à obtenir l'équilibre de la situation douloureuse à l'exception des situations durables de prises en charge en soins palliatifs justifiant le maintien du codage. *Chez l'enfant*, le codage du MPP 07 *Prise en charge de la douleur* se justifie uniquement lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine, TENS,…). Les autres situations de prise en charge de la douleur ne justifient pas le codage en tant que MPP 07 Prise en charge de la douleur. *Chez l'adulte*, le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03 traitements intraveineux, 08 autres traitements, 09 pansements complexes ou 11 rééducation orthopédique ou 14 soins de nursing lourds lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,…) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. *Chez l'enfant*, le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03, n°8, n° 09 ou n° 11 ou n° 14 lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine, TENS…) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. Chez l'enfant, la prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques ne justifie pas le codage du MP 07 Prise en charge de la douleur.

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**
	07			L'association du MPA 07 *Prise en charge de la douleur* au MPP n° 4 *Soins palliatifs* 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. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge de la douleur codée en tant que MPP.

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 08 *Autres traitements*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Autres traitements	08	Il s'agit de prises en charge de patients qui relèvent sans ambiguïté de l'HAD, conformément à l'article R6121-4-1 du code de la santé publique, et nécessitant un suivi médicosoignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents ne pouvant être complètement décrites par aucun des autres modes de prise en charge. Remarque : la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD.	Ce MP regroupe des situations hétérogènes : ▪ 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. L'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, y compris pour une maladie non tumorale, n'utilise pas ce MP mais le MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse*. Dans tous les cas, l'utilisation de ce MP doit être clairement justifiée et tracée dans le dossier du patient. Le MP 08 *Autres traitements* inclut la surveillance après greffe d'organe ou de tissu.	L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à « l'autre traitement » codé en tant que MPP. Lorsque le patient a bénéficié d'un traitement par voie intraveineuse respectant les consignes de codage du MP03 (médicament à usage hospitalier ou état polypathologique ou sévérité de l'état pathologique) et que son état nécessite une poursuite du traitement par voie sous-cutanée ou intramusculaire en relai de la voie veineuse, alors l'utilisation du MP08 est autorisée.	Les établissements sont invités à coder les diagnostics correspondant aux symptômes et à la maladie causale (DCMPP, DCMPA et DAS) et de renseigner les actes CCAM lorsqu'ils existent. Le MP 08 *Autres traitements* incluant la surveillance après greffe, doit être accompagné d'un code CIM-10 Z94.– *Greffe d'organe et de tissu*[87] comme diagnostic correspondant au mode de prise en charge concerné du RPSS (en pédiatrie, voir les exemples de codage des MP en pédiatrie).

[87] Z94.– utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 pour indiquer qu'il faut se reporter aux codes étendus de la CIM 10 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**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09	Le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus…) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention (soins et coordination) de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge ou nécessitant une réévaluation régulière de la stratégie thérapeutique, y compris, le cas échéant, quand elle est réalisée à distance dans le cadre de la télémédecine. Dans certains cas (récidives, plaies chroniques, multiples échecs préalables…) il peut être justifié de poursuivre la prise en charge en HAD jusqu'à la cicatrisation. La notion de stomie compliquée ne s'apprécie pas seulement sur le plan cutané et inclut notamment la compensation de pertes digestives importantes et leur surveillance clinique et/ou biologique, ou de multiples changements de supports Le MP 09 inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de santé	Le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* inclut la prise en charge de la douleur générée par la réalisation du pansement ou des soins spécifiques sauf quand elle utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine,…) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. Le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* inclut tout pansement de trachéostomie, quelle qu'en soit la durée (changement de canule de trachéostomie : *cf.* le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*).	*Le MP 07* Prise en charge de la douleur ne peut être associé au MPP n° 09 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,…). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques ne justifie pas le codage du MPA n° 07 Prise en charge de la douleur. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 *Prise en charge de la douleur*. L'association avec le MP 10 Post-traitement chirurgical 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. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP.	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 *Exemples :* ▪ escarre : L89.–[88] ; ▪ ulcère variqueux : I83.–**Erreur ! S ignet non défini.** ; ▪ I70.21 *Athérosclérose des artères distales, avec gangrène ;* ▪ T87.5 *Nécrose d'un moignon d'amputation.* ▪ Le codage des complications de stomies utilise par exemple les codes : ▪ J95.0 *Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie ;* ▪ K91.4 *Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie et d'une entérostomie* ▪ N99.5 *Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire.*

[88] 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.

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
					Des codes CIM-10 sans lien avec le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* peuvent être décrits en DA : ex. G30.9 *Maladie d'Alzheimer, sans précision.*

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	Le MP 10 *Posttraitement chirurgical* concerne les situations de surveillance post chirurgicale et post-interventionnelle (par ex. pose de drain sous radioguidage) nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge. Il est à nouveau rappelé que, dans ce cadre, la lourdeur des soins ou l'instabilité de la situation, dont les éléments figurant dans le dossier du patient doivent témoigner, doit justifier le recours à l'hospitalisation. Le MP10 inclut également le traitement post-traumatologique, par exemple alitement prolongé pour fracture du bassin ou traction collée. ▪ Chez l'enfant, le MP 10 inclut la prise en charge par traction collée des synovites aigues transitoires (rhumes de hanche).	Le MP 10 *Posttraitement chirurgical* exclut les soins prodigués pour accouchement après césarienne, qui doivent être codés selon les consignes données *infra* pour le MP 21 *Post partum pathologique.* Le MP 10 *Posttraitement chirurgical* est codé lorsque le patient est admis en HAD dans un délai maximum de 48h après la sortie d'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement.	L'association avec le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* 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. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 29 sortie précoce de chirurgie n'est pas possible. Le MPP n° 10 *Posttraitement chirurgical* 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) ou avec un mode d'entrée 8 dans le respect du délai des 48 h après sortie de l'établissement.	Le MP 10 *Posttraitement chirurgical* doit être accompagné du code CIM–10 de la maladie opérée en DCMPP/DCMPA suivant le cas (MPP ou MPA). *Exemples :* ▪ Pneumonectomie ou lobectomie pour cancer bronchique lobaire supérieur : C34.1 *Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon* en DP ▪ soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau : Z98.8 *États post chirurgicaux précisés* en DP et T84.1 *Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre en* DCMPP/DCMPA.

MP 11 *Rééducation orthopédique*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Rééducation orthopédique	11	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication du ou des acteurs de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile[89] du patient est fixé à : ▪ 5 par semaine* lorsque le MP 11 *Rééducation orthopédique* est codé en MPP ; ▪ 3 par semaine lorsque le MP 11 *Rééducation orthopédique* est codé en MPA.	Le projet spécifique doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectués effective. Il inclut la réadaptation et la réinsertion. Ce mode de prise en charge inclut également la rééducation orthopédique des patients pour reprise d'autonomie suite à une hospitalisation prolongée ou pour un syndrome post-chute.	Le MP 11 *Rééducation orthopédique* coexiste habituellement avec un autre MP. Si la rééducation orthopédique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[90]. Le MP 07 Prise en charge de la douleur ne peut être associé au MP 11 Rééducation orthopédique que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS …). 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 Prise en charge de la douleur comme mode associé. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 *Prise en charge de la douleur*. L'association avec le MPA 15 *Education du patient et/ou de son entourage* ne peut être justifiée par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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.	Le MP 11 *Rééducation orthopédique* doit être accompagné par exemple du code CIM–10 de la maladie opérée en DP Exemple : S72.0 *Fracture du col du fémur* *Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent doivent être utilisées comme 5e caractère supplémentaire lorsqu'il n'est pas possible ou désiré d'utiliser le codage multiple pour identifier les fractures et les plaies ouvertes. Une fracture non précisée fermée ou ouverte doit être classée comme fermée.* *0 Fracture fermée* *1 Fracture ouverte*

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

[89] Conformément au décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile, l'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer des soins au domicile du patient. Cependant, à titre d'exception, l'intervention des acteurs de rééducation peut être effectuée en dehors du domicile du patient si le contexte de prise en charge l'impose (poursuite d'une prise en charge habituelle dans un cabinet libéral, nécessité d'un plateau technique spécifique, …), dans la limite de deux interventions par semaine pour le codage du MPP et d'une intervention par semaine pour le MPA.

[90] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point informations relatives aux résumés par souséquences du chapitre I.

MP 12 *Rééducation neurologique*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations,**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Rééducation neurologique	12	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication du ou des acteurs de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile[91] du patient est fixé à : ▪ 5 par semaine* lorsque le MP 12 *Rééducation neurologique* est codé en MPP ; ▪ 3 par semaine lorsque le MP 12 *Rééducation neurologique* est codé en MPA.	Le projet spécifique doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectués effective. Il inclut la réadaptation et la réinsertion.	Le MP 12 *Rééducation neurologique* coexiste habituellement avec un autre MP. Si la rééducation neurologique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[92]. L'association avec le MPA 15 ne peut être justifiée par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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.	*Exemple :* retour à domicile d'un patient pris en charge en SSR pour une hémiplégie spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylvienne ; la rééducation neurologique se poursuit ; Description des diagnostics : code CIM-10 *I63.4 Infarctus cérébral dû à une embolie des artères spastiques en DP ; Hémiplégie spastique en DCMPP ou DCMPA ;*

[91] Conformément au décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile, l'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer des soins au domicile du patient. Cependant, à titre d'exception, l'intervention des acteurs de rééducation peut être effectuée en dehors du domicile du patient si le contexte de prise en charge l'impose (poursuite d'une prise en charge habituelle dans un cabinet libéral, nécessité d'un plateau technique spécifique, …), dans la limite de deux interventions par semaine pour le codage du MPP et de une intervention par semaine pour le MPA.

[92] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point informations relatives aux résumés par souséquences 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 post chimiothérapie anticancéreuse comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière comprenant les soins de cathéter et la surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle ou administration de facteurs de croissance.	Le MP 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse* correspond à la surveillance après administration d'une chimiothérapie anticancéreuse ou de thérapeutiques ciblées. 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. L'utilisation du MP 13 Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse est également justifiée pour la surveillance de traitements en cours de chimiothérapies anticancéreuses qui sont réalisés en hospitalisation complète ou en séance de chimiothérapie. Le codage de ce MP est justifié en fonction des effets secondaires observés ou potentiels. Le dossier du patient doit intégrer le protocole de chimiothérapie reçu et les modalités de surveillance du traitement. Le MP 13 exclut la surveillance après greffe de moelle osseuse (pour celle-ci, *cf*. le MP 08 *Autres traitements*).	L'association avec le MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance après chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP. L'association avec le MP 24 *Surveillance d'aplasie* est erronée.	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, quand le MP13 est en position MPP, DCMPA quand le MP13 est en position de MPA). Les codes CIM-10 : Z08.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne* et Z09.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections* sont redondants avec le MP 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse*. 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*.

MP 14 *Soins de nursing lourds*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**
Soins de nursing lourds	14	Le MP 14 *Soins de nursing lourds* comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky ≤ 50%). Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence cumulée des intervenants de l'équipe soignante. Lorsque la durée cumulée des intervenants de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge est supérieure à une heure, elle peut être codée en MPA.	Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds sous réserve des dispositions relatives au MPA 01.	Le MP 14 *Soins de nursing lourds* coexiste habituellement avec un autre MP. Si le MP 14 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire[93]. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées aux soins de nursing lourds codés en tant que MP principal. L'association avec le MP 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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. Le MP 07 *Prise en charge de la douleur ne* peut être associé au MPP n° 14 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,…). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques ne justifie pas le codage du MPA n° 07 *Prise en charge de la douleur*. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 *Prise en charge de la douleur*.

[93] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point **2.1.3.3** informations relatives aux résumés par souséquences 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 *Éducation du patient et/ou de son entourage* comporte le suivi médicosoignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible vis-à-vis de sa maladie (pathologies cardiaques, dénutrition, diabète, asthme, affections respiratoires…) et/ou de son traitement (canule de trachéostomie, insulinothérapie, …), formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.	L'utilisation de ce MP est subordonnée à la conduite d'une réelle action d'éducation du patient et/ou de son entourage (aidants naturels ou professionnels) et non d'accompagnement. « Chez l'enfant, y compris le nouveau-né jusqu'à 28 jours, l'action d'éducation peut avoir pour objet de rendre les parents autonomes pour la réalisation des actes de soins à leur enfant » Les objectifs du programme d'éducation, les actions entreprises et les résultats de l'évaluation finale doivent figurer dans le dossier du patient. Le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* inclut le changement de canule de trachéostomie lorsqu'il s'agit d'éduquer des professionnels de santé ou l'entourage du patient ou le patient lui-même à ce changement.	L'association avec le MP 04 *Soins palliatifs* est erronée. L'utilisation du MPP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* nécessite des conditions conformes à son contenu. Le MPA 15 ne peut être justifié par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques.	La diversité des circonstances de codage du MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* 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). Lorsque le MP 15 est codé pour le changement de canule de trachéostomie, le code de la CIM–10 Z93.0 *Trachéostomie* doit être enregistré comme DP, DCMPP dans le RPSS (*cf*. exemples de codage des MP en pédiatrie).

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 *Surveillance de radiothérapie* 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 *Surveillance de radiothérapie* 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 *Surveillance de radiothérapie* coexiste habituellement avec un autre MP. Si le MP 17 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire[94] L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance de radiothérapie codée en tant que MPP. En cas de prise en charge discontinue mais fréquemment répétée, le codage est continu jusqu'au dernier jour. Le codage discontinu, entrainant 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 *Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne* et Z09.1 *Examen de contrôle après radiothérapie pour d'autres affections* sont redondants avec le MP 17 *Surveillance de radiothérapie*.

[94] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point Informations relatives aux résumés par sousséquences 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	La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médicosoignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.	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.	L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la transfusion sanguine codée en tant que MPP.	Le code de la maladie motivant la transfusion sanguine doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA). Par exemple : DP : Anémie D46.– DCMPP : Leucémie C91.– L'acte CCAM de transfusion sanguine à domicile doit être décrit dans le RAPSS.

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.	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 2011[95] . Le premier jour de l'admission en HAD inclut nécessairement le passage d'une IDE ou du médecin coordonnateur ou de la sage-femme. Ce passage doit être au moins l'occasion de procéder à l'accueil du patient, à son information sur les conditions de sa prise en charge et les modalités de continuité des soins. Ce MP nécessite le passage d'une sage-femme au moins trois fois par semaine et inclut notamment le monitorage fœtal externe avec télésurveillance. **La HAS distingue six situations pathologiques pouvant relever d'une HAD avant l'accouchement** : 1. pathologie maternelle préexistante 2. pathologie maternelle gravidique ; 3. facteur de risque lié aux antécédents obstétricaux ;	L'association du MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance de grossesse à risque codé en tant que MPP.	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 exemple[96] : <u>Pour les pathologies maternelles préexistantes</u> ○ Hypertension artérielle préalable à la grossesse : codes O10.– *Hypertension préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* ○ Diabète préalable à la grossesse : codes O24.0 à O24.3 ○ Syndrome des antiphospholipides : ex. D68.6 *Autres thrombophilies* <u>Pour les pathologies maternelles gravidiques</u> ; ○ Hypertension artérielle gravidique : O13 *Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse]* ○ Cholestase gravidique : ex. O26.6 *Affections hépatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité* ○ Diabète gestationnel : ex. O24.4 *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse*

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

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

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10 (exemples)**
	19		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 l'absence d'offre de soins alternative.		<u>Pour les facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux ;</u> o Antécédents de mort fœtale *in utero,* d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie : par ex. Z35.2 *Surveillance d'une grossesse avec d'autres antécédents obstétricaux pathologiques et difficultés à procréer* <u>Pour les facteurs de risque lié à la grossesse ;</u> o Retard de croissance intra-utérine : ex. O36.5 *Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus* o *Placenta prævia* : codes O44.– <u>Pour les problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale</u> o Problèmes médico-psychosociaux : *cf.* les codes des catégories Z55 à Z65 o Pathologie psychiatrique : ex. O99.3 *Troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* <u>Pour les menaces d'accouchement prématuré/placenta prævia en l'absence d'offre de soins alternative</u>. o Menace d'accouchement prématuré : ex. code O60.0 *Travail prématuré sans accouchement*

MP 21 Post partum *pathologique*

La circulaire sur l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à son positionnement et à son développement qui vient de paraître[97] 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'HAD[98].

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

[97] CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0056.pdf

[98] 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**.	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 2011[99] . **La HAS distingue quatre situations pathologiques pouvant relever d'une HAD après l'accouchement** : 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 risque[100] en l'absence d'offre de soins alternative.[101]	L'association du MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées au post partum pathologique codé en tant que MPP.	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, DCMPA) ; les situations de vulnérabilité associées aux indications médicales doivent aussi être décrites. Par exemple[102] : <u>Pour les pathologies spécifiques au post-partum ;</u> o déchirures obstétricales : codes O70.– *Déchirure obstétricale du périnée* o infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale : O86.0 *Infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale* o autres infections puerpérales : codes O86.1 à O86.4 et O86.8 o complications veineuses puerpérales : codes O87.– o rupture d'une suture de césarienne : O90.0 *Rupture d'une suture de césarienne*

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

[100] 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.).

[101] Sage-femme libérale, réseau de périnatalité, sage-femme de PMI, associations, consultante en lactation, etc…

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

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**
	21		Ces situations sont détaillées par l'exemple dans le tableau suivant.		○ rupture d'une suture obstétricale du périnée : O90.1 *Rupture d'une suture obstétricale du périnée* ○ hématome d'une plaie obstétricale : O90.2 *Hématome d'une plaie obstétricale* ○ difficultés sphinctériennes urinaires : ex. O90.8 *Autres complications puerpérales, non classées ailleurs* Pour les pathologies non spécifiques au post-partum ; ○ diabète préexistant à la grossesse : codes O24.0 à O24.3 ○ grossesse multiple : codes O30.– ○ obésité : O99+2 + E66.– (4e et 5e caractères : *cf.* CIM-10 à usage PMSI). La catégorie E66.- est modifiée dans la CIM 10 à partir de 2017. Pour les mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale ○ dépression du post partum : F53.0 *Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs* ○ mère victime de violences *:* codes T74.– ○ primipare de moins de 18 ans : Z35.6 *Surveillance d'une primipare très jeune* ○ grossesse non ou mal suivie : Z35.3 *Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants*

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**
	21				○ femme isolée, difficultés socioéconomiques, séparation du couple, …. : *cf.* les codes des catégories Z55 à Z65 ○ mère dépendante d'une drogue ou de l'alcool : O99.3 + les catégories F10 à F19 avec le quatrième caractère : .2 En cas de difficultés d'allaitement chez des femmes à risque en l'absence d'offre de soins alternative. ○ Z39.1 *Soins et examens de l'allaitement maternel* S'agissant du MP 21, la mention dans le recueil d'un code CIM-10 O80-O84 d'accouchements est erronée : l'accouchement se rapporte en effet au séjour de maternité, précédent l'HAD.

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

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). ▪	Exemples d'indications de prise en charge du nouveau-né à risque : ▪ 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. ▪	Rappel : par convention, l'indice de Karnofsky du nouveau-né à risque est coté 100 %. L'association du MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge du nouveau-né à risque codée en tant que MPP. Pour un enfant admis en HAD pour MPP n° 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque* 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 29ème jour.	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. *Exemples :* ▪ P05.– : *Hypotrophie* ▪ P01.5 : *Nouveau-né de grossesse multiple* *Cf.* le volume 3 (index alphabétique) de la CIM–10 et les *Conseils de codage* publiés sur le site Internet de l'ATIH et relatifs aux : - anomalies héréditaires du métabolisme ; - affections du nouveau-né Le code Z38.0 *enfant unique, né à l'hôpital* ne doit pas être codé en DP car il ne décrit pas l'affection ou le problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD.

MP 24 *Surveillance d'aplasie*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**
Surveillance d'aplasie	24	La prise en charge comporte : ▪ la surveillance médicosoignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie…)	L'aplasie chronique est définie par la recommandation HAS comme l'atteinte des 3 lignées suivantes: - Agranulocytose; - Anémie; - Thrombopénie. Le MP24 s'applique à cette situation mais également aux cytopénies temporaires lorsque deux des trois lignées sont simultanément atteintes (PNN < 1.5 G/l, Plq < 100 G/l, HB < 80 g/l) ou dans le cas d'atteinte sévère de l'une de ces trois lignées (PNN < 0.5 G/l ou Plq < 50 G/l ou Hb < 80 g/l) Ces seuils sont appréciés au début du codage du MP et le dépassement ponctuel de l'un de ces seuils ne constitue pas un motif suffisant pour un changement de codage qui doit s'apprécier au regard de la situation clinique globale. Le contenu de ce MP ne porte que sur les soins liés à la surveillance à l'exclusion du traitement médicamenteux.	L'association avec le MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance d'aplasie codée en tant que MPP.

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).	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 complexe. Les éléments de complexité motivant l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social doivent être tracés dans le dossier médical. Le codage de ce MP n'est pas adapté si l'intervention concernée est limitée à une intervention isolée, par exemple à l'occasion de l'admission. En revanche, les interventions indirectes régulières (auprès des autres professionnels, en participation à des synthèses, etc.), dès lors que le dossier du patient en témoigne, doivent être prises en considération. Le codage est licite le temps de l'intervention de ces professionnels (temps direct et indirect des professionnels).	La prise en charge psychologique ou sociale vient nécessairement en complément d'un autre MP ; elle ne peut être qu'un MPA. L'association avec les MPP n° 1, 2, 6, 11, 12, 14 est autorisée à condition que le MPA n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* 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.

MP 29 Sortie précoce de chirurgie

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Sortie précoce de chirurgie	29	Le MP 29 « Sortie précoce de chirurgie » concerne les situations de raccourcissement de séjours longs de chirurgie conventionnelle nécessitant une intervention soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour. Ce mode de prise en charge ne doit être utilisé que dans le cadre du dispositif mis en œuvre au niveau national (cf. Instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185 en date du 6 juin 2016). Il ne peut être codé qu'en mode de prise en charge principal. Pour toute admission, il convient de se référer aux critères d'orientation du patient en HAD « sortie précoce de chirurgie » (cf. annexe 2 de l'instruction sur les critères d'éligibilité). Il est rappelé que la lourdeur des soins ou l'instabilité de la situation, dont les éléments figurant dans le dossier du patient doivent témoigner, doit justifier le recours à l'hospitalisation.	Le MP 29 « Sortie précoce de chirurgie » concerne les séjours de chirurgie transférés de manière précoce en HAD. Il inclut tous les actes ciblés par le dispositif, à savoir : ▪ **Chirurgie orthopédique** : ▪ Fracture du col du fémur proximal de première intention chez la personne âgée ▪ Chirurgie de la scoliose chez l'enfant ▪ Prothèse totale du genou ▪ **Chirurgie digestive** : ▪ Résections rectales ▪ Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon ▪ **Chirurgie gynécologique** : ▪ Hystérectomies : Pour tumeurs malignes (corps de l'utérus, col de l'utérus, autres cancers) ▪ Avec exérèse ganglionnaire ▪ Sans exérèse ganglionnaire Pour pathologies bénignes ▪ Voie d'abord : cœlioscopies et/ou vaginales ▪ Voie d'abord : laparotomie Il conviendra de se référer à la note relative à la description détaillée de la typologie des actes ciblés, annexée à l'instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185.	L'association avec le MP 10 « post traitement chirurgical » n'est pas possible. Le MPP 29 « Sortie précoce de chirurgie » ne peut être codé qu'avec un mode d'entrée « 6 » (mutation) ou « 7 » (transfert) et une provenance codée « 1 » (MCO).	Le MPP 29 « sortie précoce de chirurgie » doit être accompagné du code CIM–10 de la maladie opérée en DCMPP.

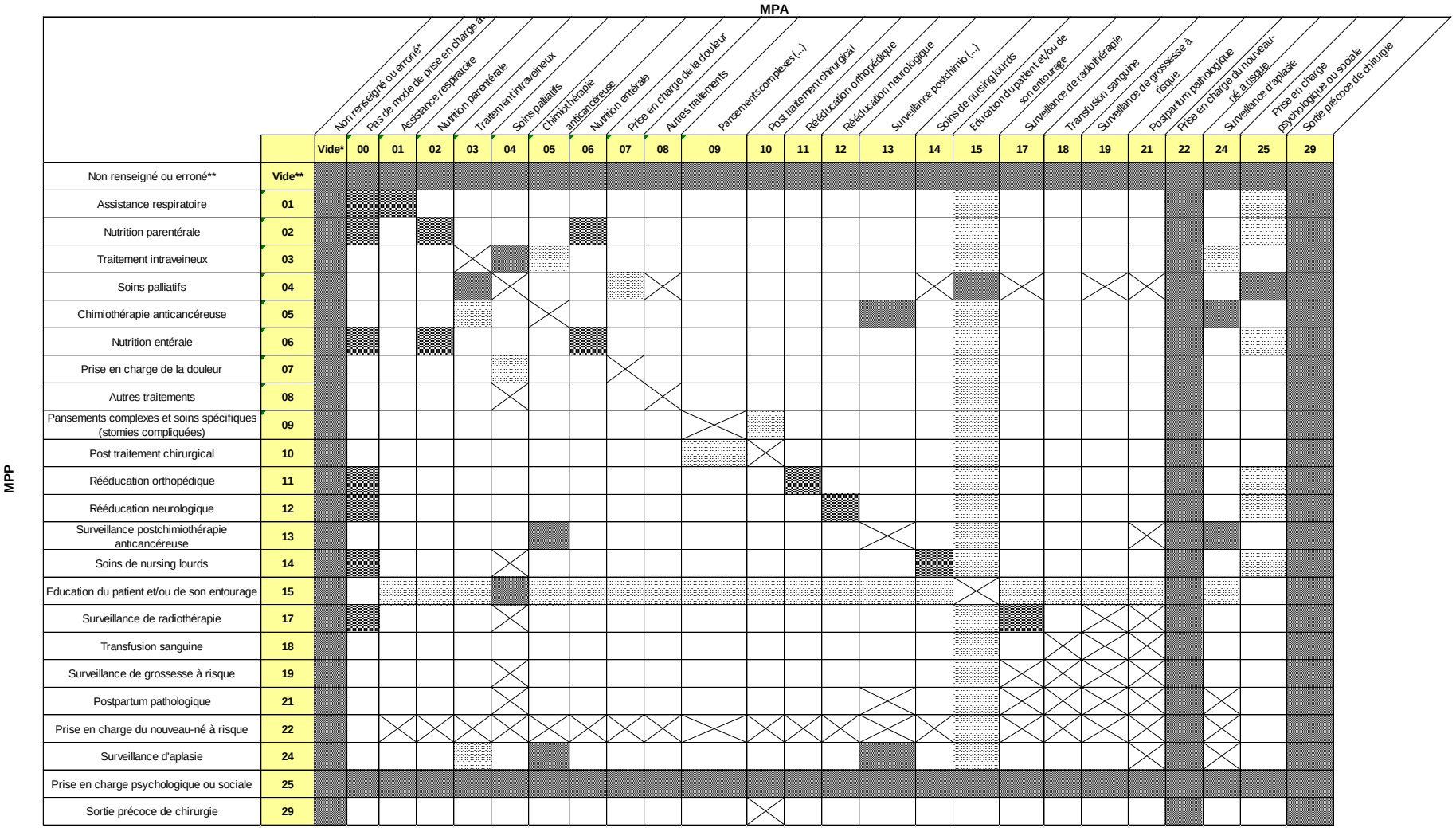
3 Tableaux croisés des associations de modes de prise en charge principal et associé (MPP x MPA) et plages d'indice de Karnofsky (IK)

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 codage[103] est nécessaire :

- les associations MPP x MPA *existantes* n'engendrent aucun message d'alerte ; le RPSS est groupé et tarifié (GHPC, GHT) ;
- les associations *inattendues* engendrent un message d'alerte sans blocage du groupage ; le RPSS est groupé, tarifié (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 tarifié (GHPC 9999, GHT 99).

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

[103] À propos de l'information *confirmation de codage,* se reporter au point informations relatives aux résumés par souséquences du chapitre I.


MPA
MPP
Non renseigné ou erroné*
Pas de mode de prise en charge a...
Assistance respiratoire
Nutrition parentérale
Traitement intraveineux
Soins palliatifs
Chimiothérapie anticancéreuse
Nutrition entérale
Prise en charge de la douleur
Autres traitements
Pansements complexes (...)
Post traitement chirurgical
Rééducation orthopédique
Rééducation neurologique
Surveillance postchimio (...)
Soins de nursing lourds
Education du patient et/ou de son entourage
Surveillance de radiothérapie
Transfusion sanguine
Surveillance de grossesse à risque
Postpartum pathologique
Prise en charge du nouveau-né à risque
Surveillance d'aplasie
Prise en charge psychologique ou sociale
Sortie précoce de chirurgie
Vide* 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 17 18 19 21 22 24 25 29
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
Education du patient et/ou de son entourage 15
Surveillance de radiothérapie 17
Transfusion sanguine 18
Surveillance de grossesse à risque 19
Postpartum pathologique 21
Prise en charge du nouveau-né à risque 22
Surveillance d'aplasie 24
Prise en charge psychologique ou sociale 25
Sortie précoce de chirurgie 29
LEGENDE
** N'est 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 prévue ou 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, erreur bloquante ; GHPC 9999, GHT 99

MPA

MPP	Vide	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	21	22	24	25	29
Non renseigné ou erroné**	Vide																								
Assistance respiratoire	01	C	C													<=50				>=40	>=40			>=40	
Nutrition parentérale	02	C		C			>=40		>=40				>=40	>=40	>=40	<=50	>=40			>=40	>=50		>=40	>=40	
Traitement intraveineux	03	>=60						>=40		>=40	>=30	>=30	>=40	>=40	>=40	<=50	>=50	>=40		>=50	>=50		>=40	>=40	
Soins palliatifs	04																								
Chimiothérapie anticancéreuse	05	>=40		>=40												<=50									
Nutrition entérale	06	C			>=40			C								<=50									
Prise en charge de la douleur	07	>=40		>=40												<=50									
Autres traitements	08	>=40			>=40											<=50									
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09				>=30											<=50									
Post traitement chirurgical	10	>=50			>=30											<=50									
Rééducation orthopédique	11	C		>=40	>=40								C			<=50									
Rééducation neurologique	12	C		>=40	>=40									C	>=40	<=50	>=40	>=40		>=40	>=60		>=40	>=40	
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13	>=40		>=40	>=40									>=40		<=50	>=40	>=40						>=40	
Soins de nursing lourds	14	C,<=50	<=50	<=50	<=50		<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	C,<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50		<=50	<=50	
Education du patient et/ou de son entourage	15	>=40		>=40	>=50									>=40	>=40	<=50		>=40		>=40	>=40		>=40	>=40	
Surveillance de radiothérapie	17	C			>=40									>=40	>=40	<=50	>=40	C					>=60	>=60	
Transfusion sanguine	18															<=50									
Surveillance de grossesse à risque	19	>=60	>=40	>=40	>=50									>=40		<=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							100	
Surveillance d'aplasie	24	>=40		>=40	>=40									>=40		<=50	>=40	>=60						>=40	
Prise en charge psychologique ou sociale	25																								
Sortie précoce de chirurgie	29																								

LEGENDE

** N'est pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP

Association MPP X MPA 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		

4 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,* 10e 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 *Assistance respiratoire*, MPA 06 *Nutrition entérale*
Prématuré bronchodysplasique, oxygénodépendant ou non : • pathologie respiratoire isolée : traitement par aérosols (3/j.) et kinésithérapie respiratoire quotidienne	• MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
• pathologie respiratoire associé à une autre affection nécessitant un traitement inhabituel chez l'enfant o si le problème respiratoire a mobilisé l'essentiel des soins	• MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 08 *Autres traitements*
o si le traitement de l'autre affection a mobilisé l'essentiel des soins	• MPP 08 *Autres traitements*, MPA 01 *Assistance respiratoire*
Nourrisson en nutrition parentérale ; une infection du cathéter nécessite une antibiothérapie (une injection par jour) en sus de la nutrition	MPP 03 *Traitement intraveineux*, MPA 02 *Nutrition parentérale*, MPD 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*
Premier retour à domicile d'un enfant à grêle court en nutrition parentérale	MPP 02 *Nutrition parentérale,* MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***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 *Traitement intraveineux*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*, MPD 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*
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 *Traitement intraveineux*, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient MPD 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*
Nouveau-né avec un traitement exceptionnel nécessitant une observance et une surveillance rigoureuses (par exemple, un parasympathomimétique tel que Urécholine®), 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 *Autres traitements*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* ***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 *Autres traitements*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
Surveillance après greffe de moelle osseuse d'un enfant atteint d'une leucémie ou d'une drépanocytose	MPP 08 *Autres traitements*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* ***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 *Autres traitements*, MPA 07 *Prise en charge de la douleur* ***NB :*** le code de la CIM–10 P04.4 *Fœtus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère* 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 *Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face*	
• SPR avec problème respiratoire et nutrition entérale	• MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 06 *Nutrition entérale*, MPD 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*
• SPR avec problème respiratoire sans nutrition entérale	• MPP 01, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
• SPR avec nutrition entérale sans problème respiratoire	• MPP 06 *Nutrition entérale*, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
• SPR sans problème respiratoire ni nutrition entérale	• MPP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPP doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
Exemples de codage du MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)*	
• Nourrissons porteurs de trachéostomie et/ou de gastrostomie sans problème respiratoire	• MPP 09 *Pansements complexes …*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
• Nourrissons porteurs de trachéostomie et/ou de gastrostomie avec problème respiratoire	• MPP 09 *Pansements complexes …* , MPA 01 *Assistance respiratoire*
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)	
• Sans rééducation orthopédique	• MPP 09 *Pansements complexes …*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
• Avec rééducation orthopédique	• MPP 09 *Pansements complexes …*, MPA 11 *Rééducation orthopédique*

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Changement de canule de trachéostomie chez l'enfant	MPP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*, ***NB :*** le code CIM–10 Z93.0 *Trachéostomie* 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...)	
• Avec rééducation orthopédique • Sans rééducation orthopédique	• MPP 10 *Posttraitement chirurgical*, MPA 11 *Rééducation orthopédique* • MPP 10 *Posttraitement chirurgical*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
Comment faut-il comprendre le temps minimum de 2 heures de soins pour coder le MP 14 *Soins de nursing lourds* ? S'il y'a deux intervenants, est-ce qu'on additionne les temps de chacun ?	Réponse : oui, 60 minutes à 2 personnes comptent pour ~~60~~ pour 120 minutes. C'est le temps total cumulé de présence de l'équipe par jour qui compte.
Conditions de codage et d'association du mode de prise en charge 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*	
• 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)	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***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 *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*
• Nouveau-né souffrant de reflux gastroœsophagien (RGO) nécessitant un couchage proclive et un épaississement du lait ; apprentissage du couchage proclive, des techniques de portage	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient ***NB :*** le RGO doit être codé en DP ou en DCMPP dans le RPSS avec la CIM–10 (K21.–)

• Prévention de la maltraitance (enfant prématuré, hypotrophe, atteint de maladie génétique ou métabolique, environnement psychosocial et familial à risque)	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* ***NB :*** le facteur de risques doit être codé en DP ou en DCMPP dans le RPSS avec la CIM–10 : ○ prématurité : catégorie P07 *Anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs* ○ hypotrophie : catégorie P05 *Retard de croissance et malnutrition du fœtus* ○ 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'ATIH[104] ○ environnement psychosocial et familial : groupe Z55–Z65 *Sujet dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales*
• 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)	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ou MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 25 P*rise en charge psychologique ou sociale* ***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 *Fœtus ou nouveau-né affectés par des effets nocifs transmis par voie placentaire ou par le lait maternel* et le groupe Z55–Z65 *Sujet dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales.*

[104] Un fascicule *Affections du nouveau-né* est aussi disponible.

5 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 médicosoignant 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.

6 Liste 3 : 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
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
29	Sortie précoce de chirurgie***	X	**-**	-

* : Jusqu'en 2009 ** : Jusqu'en 2011 ***à partir du 1er mars 2016

CHAPITRE VIII

INDICE DE KARNOFSKY

VIII. 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 requiert[105].
Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %[106]).

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

[105] 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.

[106] 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%.

CHAPITRE IX

FONCTION GROUPAGE

IX. 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 PAPRICA**[107] 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 sousséquence* (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 séquence[108]) 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 séquencement 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 PAPRICA**.

---

[107] *Cf.* : Logiciels - Espace de téléchargement sur le site de l'ATIH.

[108] 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[109]	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 *fonction groupage* (FG)	GHPC 9999, GHT 99
002	DATE DE NAISSANCE	Format incorrect, non renseigné ou incohérente (*exemple* : 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	*Alerte* : 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
525	INDICE DE KARNOFSKY	*Alerte* : 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	*Alerte* : Association MPP x MPA inattendue, possiblement redondante ; erreur non bloquante ; le groupage s'est bien déroulé	GHPC, GHT attribué
533	Acte CCAM	*Alerte* : erreur de renseignement de l'extension pour au moins un acte CCAM erreur non bloquante ; le groupage s'est bien déroulé	GHPC, GHT attribué
534	Acte CCAM	*Alerte* : date réalisation acte CCAM absente ; erreur non bloquante ; le groupage s'est bien déroulé	GHPC, GHT attribué
535	Indice de Karnofsky	Alerte : IK inférieur au seuil défini pour cette combinaisons MPP x MPA ; erreur non bloquante ;	GHPC dont le GHT est attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et de la valeur minimale de l'IK autorisée pour cette combinaison

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.

[109] 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.

CODES ÉTENDUS DE LA CIM–10

Ce chapitre concerne les codes étendus de la CIM-10, les extensions internationales et nationales qui ont été apportées pour les besoins de la description médicale.

Tous les codes étendus sont intégrés à la Classification internationale des maladies (CIM–10 FR USAGE PMSI) publié sur le site de l'ATIH. Ces codes étendus, crées pour les besoins du PMSI, peuvent être utilisés pour le codage des diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPA, 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.

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

- 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 XXII[110]) 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 standards 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.

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 standards 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*[111]).

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*[112]. En raison de leur grand nombre, elles ne sont pas incluses dans cet appendice. Le chapitre V *in*

---

[110] Le chapitre XXII a été créé par la mise à jour de 2003.

[111] 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.

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

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 souscatégories : 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.

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 4e 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 5e position et en remplaçant la 4e 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 entrainer 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 » (5e caractère « 1 ») proposée avec le 4e 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 signifiants 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.

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, 10ème version
- CSP : Code de la Santé Publique
- CSS : Code de la Sécurité Sociale
- DA : Diagnostic Associé
- DCMPA : 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 sousséquence anonymes et des Informations de Chaînage Associées
- PMI Protection maternelle et infantile
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information
- RAPSS : Résumé Anonyme Par Sousséquence
- RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement
- RPSS : Résumé Par Sousséquence
- SAE : Statistique Annuelle des Établissements
- SPASAD : Service Polyvalent d’Aide et de Soins À Domicile
- SPR : Syndrome de Pierre Robin
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- SMR : Soins de Médicaux et de Réadaptation
- T2A : Tarification À l'Activité

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Absence de MPA **19**
Accident ischémique transitoire **45**
Accident vasculaire cérébral
antécédent 45
hémorragique 44
ischémique 44
ischémique transitoire (AIT) 45
séquelle 45
Acte médical **23**
activité 24
codage 24
nombre de réalisations 24
phase 24
Acte médicotechniques **23**
Activité d'un acte **24**
Activités de la vie quotidienne **20, 64**
alimentation 68
comportement 70
continence 69
déplacements et locomotion 67
habillage 66
relation et communication 71
toilette 66
transferts 67
Admission en HAD **3**
Âge **26**
AIT ..... ***Voir*** **Accident ischémique transitoire**
Alerte lors du groupage **131**
Alimentation (dépendance) **68**
Analphabétisme **57**
Anévrysme cérébral, rupture **44**
ANO **39**
ANO, fichier **37, 39**
ANO-HOSP, fichier **38**
Antécédent
d'accident vasculaire cérébral 45
Antibiotique, résistance, multirésistance **59**
Aphasie **45**
Aplasie, surveillance **115**
Aredia® **122**
Assistance éducative **57**
Assistance respiratoire **85**
Association
inattendue 76
Association MPPxMPA
autorisée 19, 118
erronée 19, 75, 118
inattendue 19, 118
non autorisée 19, 75, 118
Assurance maladie
contrôle externe 40, 41
motif de non facturation 6
séjour facturable 6
Astérisque **(code)** **20, 23**
Autorisation (de l'établissement d'HAD) **2**
Autres traitements **97**
AVC ..... ***Voir*** **Accident vasculaire cérébral**
AVQ ..... **Voir Activités de la vie quotidienne**

B

B2, normes **32**
bactérie multirésistante [BMR] **59**
Bactérie, porteur sain **49**
Baisse de la tension artérielle **50**
Barrière culturelle **57**
Barrière de la langue **57**

C

CCAM ..... ***Voir*** **Classification commune des actes médicaux**
Chainage anonyme **37**
index (numéro d'–) 39
Chimiothérapie anticancéreuse **92**
CIF **57**
CIM–10 ..... ***Voir*** **Classification internationale des maladies**
Classification commune des actes médicaux . **24**
Classification internationale des maladies **43**
catégorie 43
chapitre XXII 43
code à 3 caractères 43
code à 4 caractères 43
code *astérisque* 20, 23
code *dague* 20, 23
code étendu 43
sous-catégorie 43
Classification internationale des maladies (CIM–10)
code étendu (extension de code) 133
Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé **57**
Codage des diagnostics **20**
Codage des MP en pédiatrie **121**
Codage, confirmation **24, 25, 75, 76, 118**
Code
étendu (CIM–10) 133
Code d'acte médical **24**
Code d'alerte (groupage) **131**
Code d'erreur (groupage) **131**
Code de la CIM-10
astérisque 20
dague 20
Code de la CIM–10
dague 23
Code de la CIM–10
astérisque 23
Code de la CIM–10
à 3 caractères 43
Code de la CIM–10
à 4 caractères 43
Code de la CIM–10
étendu 43
Code de la CIM–10
avec un signe + ... 43
Code de la CIM–10
avec un signe + ... 133
Code géographique du domicile **26**
Code postal du domicile **16**
Code postal du lieu de résidence **16**

Code-retour du groupage **131**
Codes B95-B98 ..... **49**
Codes CIM-10 étendus **133**
Colonisation bactérienne **49**
Combinaison MPPxMPAxIK **75**
Communication (dépendance) **71**
Comportement (dépendance) **70**
Confidentialité des informations **40**
Confirmation de codage **24, 25, 75, 76, 118**
Continence (dépendance) **69**
Contrôle externe **40, 41**
Convention ESHAD-ESMS **28**
Couverture maladie **57**
Couverture sociale **57**
Curatelle **57**

D

***Dague* (code)** **20, 23**
Date
d'entrée 3, 7
de début de la séquence 17
de début de sousséquence 25
de fin de la séquence 17
de fin de sousséquence 25
de l'hospitalisation 33
de naissance 7
de sortie 3, 7
Décès **9**
Dépendance **20, 64**
alimentation 68
comportement 70
continence 69
déplacements et locomotion 67
habillage 66
relation et communication 71
toilette 66
transferts 67
Dépendance envers des machines **48**
Déplacements (dépendance) **67**
Dernière sousséquence du séjour **25**
Destination **9**
Diabète insulinonécessitant, insulinorequérant, insulinotraité **49**
Diagnostic
principal 20
Diagnostics
codage 20
Difficultés liées à l'emploi **57**
Domicile du patient **17**
Dossier médical **3, 5**
Double codage **20, 23**
Douleur, prise en charge **95**
Durée de la prise en charge, tranches **27, 77**

E

Éducation du patient et/ou de son entourage **105**
MPD 126
Embolie cérébrale **44**
Emploi **57**
Entrée
date 3, 7
mode 7
numéro 6
e-PMSI (plateforme) **37**
é-PMSI (plateforme) **40**
Erreur bloquante **19, 131**
Erreur de groupage **131**
Erreur non bloquante **131**
ES/EMS
forfait de soins 28
État grabataire **49**
Extension de code (CIM–10) **43, 133**
Extensions internationales et nationales de la CIM-10 ..... **133**

F

Facteurs environnementaux **57**
Facteurs sociaux **57**
Facteurs socio-environnemental **57**
Facteurs socio-environnementaux **57**
Facturation
motif de non facturation à l'assurance maladie 6
par sousséquence 5
Facture, numéro **16**
Faible niveau d'éducation **57**
Faibles revenus **57**
FICHCOMP, FICHCOMPA **34**
conservation des fichiers 41
transmission de FICHCOMPA 37
Fichier des conventions ESHAD-ESMS **28**
Fichier LEG **131**
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux **2**
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN) **38**
Fonction groupage **131**
code-retour 131
Formats des résumés **29**

G

GHPC ..... ***Voir* Groupe homogène, de prise en charge**
GHT ..... ***Voir* Groupe homogène, de tarifs**
Grabataire, état **49**
Groupage **27**
alerte 131
code-retour 131
erreur 131
Groupe homogène
de prise en charge 27, 75
de tarifs 27, 73, 78

H

Habillage (dépendance) **66**
Hémiplégie flasque **45**
Hémorragie
(intra)cérébrale 44
extradurale 44
intracrânienne 44
sousarachnoïdienne 44
sous-durale 44
HOSP-PMSI, fichier **6, 39**
Hypotension artérielle **50**

I

Identifiant permanent du patient **7**

Illettrisme **57**
Index (numéro d'–) du chainage anonyme **39**
Indice de Karnofsky **19, 129**
Indice de pondération **75, 77**
intermédiaire (IPI) 75
totale (IPT) 77
Infarctus cérébral **44**
Infarctus du myocarde **50**
Insuffisance rénale fonctionnelle **50**
Insuffisance respiratoire aigüe, chronique **51**

K

Karnofsky, indice **19, 129**

L

Lieu de domicile du patient **17**
Locomotion (dépendance) **67**
Logement inadapté **57**
Logement inadéquat **57**
Logement insalubre **57**

M

MAGIC **38**
Médicament
orphelin 35
payé en plus 32, 35, 79
Mesures d'assistance educative **57**
Mesures de protection juridique **57**
Minima sociaux **57**
Mode
d'entrée 7
de sortie 9
Mode de prise en charge **84**
associé 19, 81
documentaire 19, 126
incompatible 19
principal 18, 80
Molécule onéreuse ..... ***Voir* Médicament, payé en plus**
Motif de non facturation à l'assurance maladie . **6**
MPA ..... **Voir Mode de prise en charge associé**
MPD ..... **Voir Mode de prise en charge, documentaire**
MPP ..... **Voir Mode de prise en charge principal**
Multirésistance aux antibiotiques **59**
Mutation **7, 9**

N

Naissance, date **7**
NIPP . **Voir Numéro d'identification permanent du patient**
Normes B2 ..... **32**
Nouveau-né à risque **114, 124**
Numéro
administratif du séjour 6
de facture 16
de la séquence dans le séjour 17
de séjour en HAD 6
de sousséquence 25
d'entrée 6
Numéro d'identification permanent du patient .. **7**
Numéro FINESS
EMS 16
Numéro FINESS
d'inscription e-PMSI 2, 5
ES 16
Numéro FINESS
ESMS 28
Nursing lourd, soins **104**
Nutrition entérale **94**
Nutrition parentérale **87**

O

Œdème pulmonaire **56**

P

Pansements complexes et soins spécifiques. **98, 123**
PAPRICA **26, 27, 28, 29, 32, 39, 75, 131, 132**
Pauvreté **57**
PdG **131**
Pédiatrie **121**
Phase d'un acte **24**
Placement **57**
Plateforme e-PMSI **37, 40**
Plus (signe + dans un code) **43, 133**
Polyhandicap lourd **20, 44**
Pompe ACP **90**
Pondération (indice) **75, 77**
Porteur sain de germe **49**
Postopératoire, prise en charge **100**
Posttraitement chirurgical **100**
Prescription, validation **35**
Prise en charge psychologique et/ou sociale **116**
MPD 126
Prise en charge, tranche de durée **27, 77**
Provenance **8**

Q

Qualité des informations **40**

R

RAPSS ..... ***Voir* Résumé, anonyme par sousséquence**
Rééducation neurologique **102**
Rééducation orthopédique **101**
Relation (dépendance) **71**
Relations familiales **57**
Relations sociales **57**
Réseau médical **57**
Réseau médico-social **57**
Réseau parmédical **57**
Résistance aux antibiotiques **59**
Résumé
anonyme par sousséquence 26
conservation 41
transmission 37
par sousséquence 3
conservation 41
groupé 27
standardisé de facturation 31
conservation 41
standardisé de facturation anonyme 32
conservation 41

transmission 37
Résumé hebdomadaire standardisé
contenu 5
RPSS ..... *Voir* Résumé, par sousséquence
RSF ..... *Voir* Résumé, standardisé de facturation
RSFA .... Voir Résumé, standardisé de facturation anonyme
Rupture anévrysme cérébral 44

S

Score AVQ
Interprétation 71
Secret professionnel 40
Séjour en HAD 3
Séjour facturable à l'assurance maladie 6
Séquelle
d'accident vasculaire cérébral 45
Séquence 4, 75, 77
date de début 17
date de fin 17
numéro dans le séjour 17
tranche de durée 27, 77
Sexe 7
Signe + dans un code 43, 133
Soins de nursing lourds 104
Soins palliatifs 90
Sortie
date 3, 7
mode 9
Sousséquence 5
date de début 25
date de fin 25
dernière sousséquence du séjour 25
numéro 25
SPASAD 28, 74
Stomie compliquée 98, 123
Surveillance d'aplasie 115
Surveillance de radiothérapie 106
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse 103
Syndrome
artères cérébrales (des) 45
Syndrome de Pierre Robin 123

T

***Taux de minoration* 74**
Tension artérielle, baisse 50
Thrombose cérébrale 44
Toilette (dépendance) 66
Traitement intraveineux 88
MPD 126
Tranche de durée de la prise en charge 27, 77
Transfert 8, 9
Transferts (dépendance) 67
Transfusion sanguine 107
Transmission des informations 37
Tutelle 57
Type d'autorisation 18
Type du lieu de domicile 17

U

Urécholine® 122

V

Validation de la prescription 35
VID-HOSP, fichier 33, 38, 39