

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
DE PRODUCTION DU RECUEIL
D'INFORMATION MÉDICALISÉE
EN PSYCHIATRIE

Bulletin officiel
N° 2012/4 *bis*
Fascicule spécial

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION
DU RECUEIL D'INFORMATIONS MÉDICALISÉE
EN PSYCHIATRIE

Date de publication : 2012

Directeur de la publication : François Carayon

Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : bureau de la politique documentaire

14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, tél. : 01-40-56-45-44

Le présent guide, applicable à partir du 1^{er} janvier 2012, constitue l'annexe de [l'arrêté du 20 décembre 2011](#) modifiant [l'arrêté du 29 juin 2006](#) modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles [L. 6113-7](#) et [L. 6113-8](#) du code de la santé publique (arrêté « PMSI-psychiatrie »). Il annule et remplace la version précédente du *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* ([Bulletin officiel n° 2011/4 bis](#), fascicule spécial).

Des informations complémentaires sont disponibles sur le site Internet [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

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

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN PSYCHIATRIE	1
1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS.....	1
1.1 LE CHAMP DU RECUEIL.....	1
1.1.1 L'établissement.....	1
1.1.2 L'unité médicale.....	2
1.1.3 Formes d'activité.....	2
1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU RECUEIL.....	3
1.2.1 Prises en charge à temps complet et à temps partiel.....	3
1.2.1.1 Le séjour.....	3
1.2.1.2 La séquence.....	4
1.2.1.3 Activité combinée.....	6
1.2.2 Prises en charges ambulatoires.....	6
1.3 UNITÉS DE COMPTE DE L'ACTIVITÉ – CORRESPONDANCE AVEC D'AUTRES RECUEILS ...	7
1.3.1 Unités de compte de l'activité.....	7
1.3.1.1 Prise en charge à temps complet.....	7
1.3.1.2 Prise en charge à temps partiel.....	7
1.3.1.3 Prise en charge ambulatoire.....	8
1.3.2 Correspondance avec d'autres recueils.....	8
2. CONTENU DU RECUEIL	8
2.1 LES PRISES EN CHARGE À TEMPS COMPLET OU À TEMPS PARTIEL.....	8
2.1.1 Les informations constantes au cours du séjour.....	9
2.1.2 Les informations variables propres à chaque séquence.....	15
2.2 LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES.....	21
2.2.1 Informations constantes.....	21
2.2.2 Informations propres à chaque acte.....	22
3. CONSTITUTION DES FICHIERS DE RÉSUMÉS	22
3.1 FICHIERS DE RÉSUMÉS PAR SÉQUENCE.....	22
3.2 FICHIERS D'ACTIVITÉ AMBULATOIRE.....	23
3.2.1 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme détaillée.....	23
3.2.2 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée.....	23
4. ANONYMISATION DES FICHIERS.....	23
4.1 FICHIER DE RÉSUMÉS PAR SÉQUENCE ANONYMES.....	23
4.2 FICHIER DE RÉSUMÉS D'ACTIVITÉ AMBULATOIRE ANONYMES.....	24
5. FORMATS DES RÉSUMÉS ET DES FICHIERS.....	25
6. INFORMATIONS À VISÉE D'ENQUÊTE.....	25
II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION EN PSYCHIATRIE	26
1. LE FICHIER VID-HOSP	26
2. LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION.....	27

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS.....	30
1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS.....	30
2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME	31
3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME	32
3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE.....	32
3.1.1 Création du numéro anonyme du patient	32
3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d’activité et de facturation.....	33
3.1.3 Concomitance de l’attribution du numéro anonyme et de l’anonymisation	33
3.2 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L’OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL.....	33
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME é-PMSI	34
4. CONFIDENTIALITÉ	34
5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS.....	34
6. CONSERVATION DES FICHIERS.....	35
<u>Appendice 1</u> Cotation de la dépendance selon la grille des <i>activités de la vie quotidienne</i>	36
<u>Appendice 2</u> Grille <i>EDGAR</i>	43
<u>Appendice 3</u> Codes de la CIM–10 étendus	49
<u>INDEX ALPHABÉTIQUE</u>	62

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN PSYCHIATRIE

La connaissance de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de psychiatrie public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées. Ce recueil, nommé *recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* (RIM-P) comporte deux supports :

- le *résumé par séquence* (RPS), pour les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement ; le RPS est commun à tous les établissements publics et privés ;
- le *résumé d'activité ambulatoire* (RAA) pour les consultations et soins externes, réservé aux établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF).

L'anonymisation du RPS est à l'origine du *résumé par séquence anonyme* (RPSA) ; l'anonymisation du RAA est à l'origine du *résumé d'activité ambulatoire anonyme* (R3A). RPSA et R3A sont transmis à l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement de santé.

En outre, depuis 2010, les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article [L. 1 62-22-6](#) du code de la sécurité sociale (établissements financés par objectif quantifié national, OQN) produisent des *résumés standardisés de facturation* (RSF), couplés aux résumés par séquence.

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu des RPS, RAA, RPSA et R3A. Le RSF est présenté dans le chapitre II.

1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1 LE CHAMP DU RECUEIL

1.1.1 L'établissement

Le recueil s'impose aux établissements de santé, publics et privés, de métropole et des départements d'outremer, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie au sens de l'article [R. 6122-25](#) du code de la santé publique (CSP).

Sont également concernés les établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées en application de l'article [L. 6141-5](#) du CSP ainsi que les hôpitaux du service de santé des armées, conformément aux articles [L. 6147-7](#) et [L. 6147-8](#) du CSP.

Sont exclues du champ du recueil les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ces structures relèvent du champ médicosocial en application de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles.

1.1.2 L'unité médicale

Les informations sont recueillies à l'échelon de l'unité médicale. On désigne par **unité médicale** (UM) un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé.

Le découpage en UM est en effet du ressort de l'établissement. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), elle ne peut pas être partagée entre deux SA¹.

Le découpage en UM doit être conforme au fichier-structure de l'établissement et cohérent avec les formes d'activité répertoriées dans le point 1.1.3 ci-dessous : une UM doit exercer une seule forme d'activité.

Les établissements ont la possibilité de définir des unités médicales pour des activités spécifiques, par exemple, des unités de gérontopsychiatrie, pour adolescents, pour malades agités et perturbateurs (UMAP), de soins intensifs en psychiatrie (USIP)... Lorsque ces unités sont constituées en dispositif intersectoriel formalisé de type fédération, département ou service, elles doivent être identifiées par un code spécifique de dispositif intersectoriel (voir *infra* le point 2.1.2).

1.1.3 Formes d'activité

Le recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge :

- à temps complet ;
- à temps partiel ;
- ambulatoire.

Prises en charge à temps complet :

- hospitalisation à temps plein² ;
- séjour thérapeutique ;
- hospitalisation à domicile ;
- placement familial thérapeutique ;
- appartement thérapeutique ;
- centre de postcure psychiatrique ;
- centre de crise, incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise.

Prises en charge à temps partiel :

- hospitalisation à temps partiel de jour ;

¹ « Le découpage en sections d'analyse (SA) doit être cohérent avec le découpage en UM [...] pour rapprocher sans ambiguïté activité, moyens et recettes [...] Cela signifie qu'il faut être capable de superposer une SA avec une UM [...] ou un regroupement d'UM [...] du même champ » ([Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière](#)).

² Par convention pour ce recueil, et afin de mieux distinguer les différentes prises en charge à temps complet, l'hospitalisation complète est dénommée « hospitalisation à temps plein ».

- hospitalisation à temps partiel de nuit ;
- centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et atelier thérapeutique.

Prises en charge ambulatoires :

- accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) ;
- activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que le CMP. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial. Elle inclut aussi l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers ; celle-ci doit pouvoir être distinguée de l'activité non libérale³.

Les séjours d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel donnent lieu à la production de *résumés par séquence*⁴ (RPS). Les prises en charge ambulatoires donnent lieu à la production de *résumé d'activité ambulatoire* (RAA).

La prise en charge d'un patient peut associer pendant une période donnée deux formes d'activité, sous la forme de séquences combinées (parallèles ou associées) (voir ci-dessous le point 1.2.1.3), ou d'une prise en charge concomitamment à temps partiel et ambulatoire.

Sont exclues du dispositif :

- l'activité d'expertise (article [D. 162-6](#) du CSS) ;
- les actions pour la communauté (*ib.*) ;
- les consultations de psychiatrie effectuées sur la voie publique au bénéfice des personnes sans domicile.

1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU RECUEIL

Les informations constitutives du recueil sont extraites du système d'information de l'établissement de santé. La mise en œuvre du recueil est soumise à une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les établissements peuvent, s'ils le souhaitent, recueillir des informations supplémentaires, autres que celles décrites *infra* dans le point 2, sous réserve d'une demande d'avis (établissements publics) ou d'une déclaration (établissements privés) particulière auprès de la CNIL.

1.2.1 Prises en charge à temps complet et à temps partiel

Les informations sont enregistrées par séjour au moyen de un ou de plusieurs résumés par séquence (RPS) possédant le même numéro de séjour. Le contenu du RPS est décrit dans le point 2 de ce chapitre.

1.2.1.1 Le séjour

Le séjour débute le premier jour des soins, à temps complet ou à temps partiel, par une équipe soignante de psychiatrie, et se termine le dernier jour des soins par l'équipe soignante de psychiatrie.

³ Voir l'information « indicateur d'activité libérale » dans le point 2.2.2 de ce chapitre.

⁴ La notion de séquence est expliquée dans le point 1.2.1.2 de ce chapitre.

La cloture d'un séjour est commandée par :

- la sortie de l'établissement (sortie de l'entité juridique), y compris une sortie temporaire⁵ ou une sortie sans autorisation ;
- un changement de nature de la prise en charge (au sein de la même entité juridique) ; un séjour correspond en effet à une seule nature de prise en charge :
 - passage de soins à temps complet à des soins à temps partiel et inversement ;
 - passage d'une prise en charge à temps complet ou partiel à une prise en charge ambulatoire⁶ ;

En revanche, le séjour n'est pas clos quand le patient change de forme d'activité dans la même nature de prise en charge.

Exemple : le passage de l'hospitalisation à temps plein à un placement familial thérapeutique n'induit pas un changement de séjour puisqu'il s'agit toujours de temps complet.

- une mutation du patient dans une unité d'hospitalisation d'un autre champ sanitaire (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR),...) de l'établissement (même entité juridique).

D'autres circonstances n'engendrent pas la cloture du séjour :

- une permission (article [R. 1112-56](#) du code de la santé publique, CSP) ;
- une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures ([article L. 3211-11-1](#) du CSP) ;
- le changement d'année civile.

Exemple : pour un patient hospitalisé à temps plein du 10 décembre de l'année n au 31 janvier de l'année n+1, on enregistre un seul séjour.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour⁷.

1.2.1.2 La séquence

Un séjour peut comprendre une ou plusieurs séquences.

La première séquence d'un séjour débute le premier jour de la prise en charge, à temps complet ou à temps partiel. Ainsi, le premier jour de la première séquence coïncide avec le premier jour du séjour.

Il y a changement de séquence au sein d'un séjour :

- à chaque changement de forme d'activité au sein d'une même nature de prise en charge ; ce changement correspond à un changement d'unité médicale⁸ ;

⁵ Sortie pour une durée supérieure au délai légal de permission, avec l'accord du médecin, au terme de laquelle un retour est prévu.

⁶ Pour mémoire, quand le patient reçoit des soins psychiatriques sans consentement, à temps partiel ou en ambulatoire, il bénéficie d'un « programme de soins » précisant les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité (article [L. 3211-2-1](#) du code de la santé publique).

⁷ Seul un cas exceptionnel, tel un retour du patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours.

- lorsque le mode légal de soins change⁹ ;
- en cas de changement de trimestre civil ; par convention, une séquence en cours le dernier jour du trimestre doit en effet être close à cette date, et une nouvelle séquence doit être ouverte le même jour ;
- au début et à la fin d'une forme d'activité combinée (voir ci-dessous le point 1.2.1.3) ;

C'est le changement de forme d'activité, non le changement d'unité médicale (UM), qui impose le changement de séquence. En conséquence, lors d'un changement d'UM sans changement de forme d'activité, un changement de séquence est possible mais pas obligatoire. La séquence ouverte dans la première unité peut se poursuivre dans la suivante¹⁰.

Un séjour peut ainsi comporter une ou plusieurs séquences. Lorsqu'il en comporte plusieurs, les séquences sont consécutives, telles que le dernier jour de l'une est égal au premier jour de la suivante.

Le dernier jour de la dernière séquence coïncide avec le dernier jour du séjour.

Exemples :

- un patient est hospitalisé du 8 janvier au 26 mars de l'année n dans la même unité médicale pour des soins psychiatriques libres : le séjour comporte une seule séquence car il n'y a pas de changement de forme d'activité (d'unité médicale), de mode légal de soins ni de trimestre civil pendant le séjour ;
- un patient est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril de l'année n dans la même unité médicale pour des soins psychiatriques libres : le séjour comporte deux séquences car il se déroule sur deux trimestres civils. La première séquence court du 8 janvier au 31 mars, la deuxième séquence du 31 mars au 6 avril ; par convention, la séquence située à la fin d'un trimestre civil est fermée le dernier jour de celui-ci, et la séquence suivante débute le même jour ;
- un patient est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril de l'année n ; du 8 janvier au 1^{er} février, il reçoit des soins psychiatriques à la demande d'un tiers dans une unité médicale A ; le 1^{er} février, il est muté dans l'unité médicale B de même forme d'activité pour la poursuite des soins à la demande d'un tiers ; à partir du 4 février il reçoit des soins psychiatriques libres, jusqu'à la fin de son séjour. Le séjour comporte trois séquences car il y a d'abord un changement d'unité médicale mais sans changement de forme d'activité, puis un changement de mode légal de soins puis un changement de trimestre. La première séquence est enregistrée du 8 janvier au 4 février, la deuxième du 4 février au 31 mars, la troisième et dernière séquence du 31 mars au 6 avril. Entre le 8 janvier et le 1^{er} février, du fait du changement d'unité médicale, il n'est pas interdit de distinguer deux séquences, l'une du 8 janvier au 1^{er} février, l'autre du 1^{er} au 4 février ; mais cette distinction n'est obligatoire que si les deux unités exercent deux formes d'activité différentes ;
- le patient de l'exemple précédent est réhospitalisé dans l'établissement du 3 au 11 juillet de l'année n . Pas de changement de forme d'activité (d'unité médicale) ni du mode légal de soins. Il y a création d'un nouveau séjour, distinct de celui du 8 janvier au 6 avril, avec une seule séquence.

⁸ L'unité médicale est définie *supra* dans le point 1.1.2, les modes d'entrée et le mouvement « mutation » le sont *infra* dans le point 2.1.1.

⁹ Voir ce qui concerne cette information dans le point 2.1.2 *infra*.

¹⁰ Le contenu et la durée d'une séquence sont donc éminemment variables. Il en résulte que le nombre de séquences déclarées par un établissement ne peut pas constituer un indicateur de son activité.

- un patient est hospitalisé du 10 décembre de l'année n au 31 janvier de l'année $n+1$ dans la même unité médicale. Il y a changement de trimestre civil, son séjour comporte donc deux séquences. La première séquence est enregistrée du 10 décembre au 31 décembre de l'année n , la deuxième séquence du 31 décembre de l'année n au 31 janvier de $n+1$. Il n'y a pas de nouveau séjour malgré le changement d'année civile.
- un patient est hospitalisé à temps plein du 8 janvier au 15 février de l'année n dans une unité médicale A, pour des soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Il bénéficie d'une sortie avec programme de soins psychiatriques ambulatoires à compter du 15 février. Il est à nouveau hospitalisé du 6 mars au 6 avril : du 6 au 10 mars pour des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, puis à compter du 10 mars en soins psychiatriques libres. La prise en charge est décrite par deux séjours distincts. Le premier comporte une séquence du 8 janvier au 15 février. Les prises en charges ambulatoires effectuées pendant la période du 16 février au 5 mars donnent lieu à la production de résumés d'activité ambulatoire (voir *infra* les points 1.2.2 et 2.2). Un second séjour est créé du 6 mars au 6 avril, comportant 3 séquences : la première du 6 au 10 mars, la deuxième du 10 au 31 mars, la troisième et dernière du 31 mars au 6 avril.
- un patient est hospitalisé à temps partiel de jour du 8 janvier au 6 avril de l'année n chaque lundi et jeudi dans une unité médicale A. Le même patient est pris en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel, chaque mardi et jeudi dans l'unité B du 10 avril de l'année n au 31 janvier de l'année $n+1$.

Deux séjours doivent être distingués.

Le premier porte sur la période du 8 janvier au 6 avril de l'année n et comporte deux séquences. La première est enregistrée du 8 janvier au 31 mars, la deuxième du 31 mars au 6 avril. Pour chacune de ces séquences, le nombre de venues est précisé (voir l'information « nombre de jours de présence » dans le point 2.1.2 *infra*).

Le second séjour porte sur la période du 10 avril de l'année n au 31 janvier de l'année $n+1$ et comporte quatre séquences. La première est enregistrée du 10 avril au 30 juin de l'année n , la deuxième du 30 juin au 30 septembre de n , la troisième du 30 septembre au 31 décembre de n , la quatrième séquence du 31 décembre de n au 31 janvier de $n+1$.

1.2.1.3 Activité combinée

Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de **formes d'activité combinées**. Le passage d'une forme d'activité à deux formes combinées impose un changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont liées entre elles :

- selon un mode « parallèle », s'il s'agit de prises en charge à temps complet et à temps partiel ;
- selon un mode « associé » s'il s'agit de la combinaison de deux prises en charge à temps partiel.

Les règles de production des recueils d'informations relatives aux formes d'activité combinées sont données à propos de l'information « indicateur de séquence » dans le point 2.1.2 *infra*.

1.2.2 Prises en charges ambulatoires

Les informations relatives aux prises en charge ambulatoires sont enregistrées sous la forme d'un résumé d'activité ambulatoire (RAA). Le RAA est essentiellement un relevé

d'actes. Son contenu est décrit *infra* dans le point 2.2. Les actes sont enregistrés selon la grille *EDGAR* (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion) décrite dans [l'appendice 2](#).

Le relevé d'actes – au sens de la grille *EDGAR* – s'applique uniquement aux activités réalisées dans le cadre de soins ambulatoires :

- accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) ;
- psychiatrie de liaison, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou en consultation externe dans les autres champs d'activité d'un établissement de santé ;
- activité dans un établissement médicosocial ;
- soins dispensés dans le service d'accueil des urgences du même établissement.

Il s'agit de relever les actes effectués :

- en présence du patient ;
- en l'absence du patient, mais qui contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient (cas par exemple de la « démarche » et de la « réunion clinique »).

Dans établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN), les soins ambulatoires sont considérés comme une activité libérale et ne donnent pas lieu à la production de RAA.

1.3 UNITÉS DE COMPTE DE L'ACTIVITÉ – CORRESPONDANCE AVEC D'AUTRES RECUEILS

1.3.1 Unités de compte de l'activité

L'unité de compte dépend de la nature de la prise en charge.

1.3.1.1 Prise en charge à temps complet

L'unité de compte est la journée au sens de la date calendaire.

1.3.1.2 Prise en charge à temps partiel

La prise en charge peut être discontinuée au cours d'une séquence (par exemple, n'avoir lieu que le lundi et le jeudi de chaque semaine).

Dans les établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF), on comptabilise :

- des venues ou des demi-venues pour l'hospitalisation à temps partiel de jour, en centre d'activité thérapeutique à temps partiel, ou en atelier thérapeutique ;
- des nuitées pour l'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Dans les établissements privés financés par l'objectif quantifié national (OQN) les notions de demi-venue et de venue sont remplacées par celle de *séance*.

Par *séance*, on entend l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge :

- limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ;
- individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou de plusieurs intervenants ;
- habituellement itérative.

Les règles de recueil des journées, venues, demi-venues et séances sont données dans les paragraphes « nombre de jours de présence » et « nombre de demi-journées de présence » dans le point 2.1.2 *infra*.

1.3.1.3 Prise en charge ambulatoire

On recueille, par patient et par jour, les actes effectués dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire en indiquant conformément à la grille *EDGAR* (voir [l'appendice 2](#)) le nombre et la nature des actes, le lieu, et le type d'intervenant pour chacun des actes.

1.3.2 Correspondance avec d'autres recueils

Les unités de compte de l'activité permettent un dénombrement apte à alimenter la [Statistique annuelle des établissements de santé](#) (SAE) qui reprend la même nomenclature des « formes d'activité ».

Les données du recueil permettent également de renseigner la section « Modalité de prise en charge des patients » des rapports d'activité : l'identifiant permanent du patient, l'âge, le sexe, le mode légal de soins, la nature de prise en charge, le nombre de jours de présence, le lieu des actes ambulatoires (voir le point 2 ci-dessous), constituent les informations élémentaires dont sont déduites les statistiques nécessaires au renseignement de ces documents.

2. CONTENU DU RECUEIL

Les informations présentées ci-dessous définissent le recueil minimum obligatoire à effectuer au sein des établissements ayant une activité en psychiatrie. Elles doivent être conformes au dossier médical du patient¹¹.

Le recueil comprend d'une part des informations nécessaires à la mesure de l'activité pour les prises charge à temps complet et partiel (2.1) et ambulatoire (2.2), d'autre part des informations destinées à des enquêtes récurrentes réalisées par les services de l'État (6).

2.1 LES PRISES EN CHARGE À TEMPS COMPLET OU À TEMPS PARTIEL

Les activités réalisées dans le cadre de séjours à temps complet ou partiel sont enregistrées au moyen de un ou de plusieurs résumés par séquence (RPS). Lorsqu'un séjour est composé de plusieurs séquences, certaines informations restent constantes dans les séquences successives, d'autres sont propres à chaque séquence. Le RPS réunit les deux types d'informations, celles liées au séjour (constantes) et celles propres à la séquence (variables).

¹¹ À propos du contenu de ce dossier, voir l'article [R. 1112-2](#) du code de la santé publique.

2.1.1 Les informations constantes au cours du séjour

Numéros de l'établissement de santé dans le [fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS)

Les deux numéros FINESS, celui de l'entité juridique et celui de l'entité géographique, doivent être recueillis.

Dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), les structures de santé sont identifiées par deux numéros à 9 caractères dont les 2 premiers correspondent au numéro de département d'implantation :

- le numéro de l'entité juridique, à laquelle une ou plusieurs entités géographiques (établissements) sont rattachées ;
- le numéro de l'entité géographique.

L'entité juridique correspond à la notion de personne morale. Elle est la structure détenant l'autorisation d'activité. Elle exerce celle-ci dans une ou plusieurs entités géographiques (établissements) qu'elle représente juridiquement.

L'entité géographique est la structure (établissement) dans laquelle est exercée l'activité.

De plus, quand dans une même implantation plusieurs activités dépendent de budgets distincts, on identifie autant d'établissements dans le même lieu que de budgets distincts¹².

Lors de la transmission des informations sur la plateforme é-PMSI¹³, l'adéquation des numéros FINESS avec le descriptif des établissements enregistrés est vérifiée dans chaque résumé.

Identifiant permanent du patient (IPP)

C'est un numéro créé dans le système d'information de l'entité juridique, permettant de référencer sous un identifiant unique et permanent l'ensemble des informations relatives à un patient quelle que soit la nature de la prise en charge. L'IPP n'est pas le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

L'IPP est conservé, et utilisé à chaque nouvelle prise en charge du patient, indépendamment du numéro de séjour, quel qu'en soit le lieu au sein de l'entité juridique. Celle-ci doit se donner les moyens de s'assurer de la fiabilité de l'IPP.

L'IPP a aussi pour objet de permettre de comptabiliser la file active de l'établissement pour la *Statistique annuelle des établissements* (SAE), et celle des secteurs et dispositifs intersectoriels pour le rapport d'activité (se reporter au point 1.3.2).

Date de naissance (jour, mois, année)

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

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

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux articles [R. 1112-28](#) et [R. 1112-38](#) du code de la santé publique, le recueil de la date de naissance est limité à l'année de naissance.

Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut le 1^{er} jour du mois (« 01 »). Si le mois n'est pas connu précisément, on enregistre par défaut le mois de janvier (« 01 »). Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie (par exemple, « 1950 »).

¹² Par exemple, dans le cas d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens.

¹³ Voir le chapitre III.

Sexe

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

Code 1 *Masculin*

Code 2 *Féminin*

Code postal du lieu de résidence

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

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

Pour les patients résidant hors de France : on enregistre 99 suivi du [code INSEE du pays](#).

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

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

Les informations relatives au code postal de résidence doivent être cohérentes avec celles présentes dans le dossier médical, notamment lorsqu'il existe plusieurs lieux de résidence (enfants en accueil temporaire, famille d'accueil...).

Pour les patients hospitalisés depuis plusieurs années dans un établissement de psychiatrie, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu.

Pour les personnes sans domicile, il convient de retenir l'information la plus précise connue et d'enregistrer le code *Z59.0 Sans abri* de la CIM-10 dans la rubrique *Diagnostics et facteurs associés* du RPS (voir ce qui concerne cette information dans le point 2.1.2 *infra*).

Le code postal de résidence d'un détenu est celui de l'établissement pénitentiaire de provenance.

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux articles [R. 1112-28](#) et [R. 1112-38](#) du code de la santé publique, il convient d'enregistrer 99999 pour code postal de résidence.

Numéro de séjour

Il permet d'établir un lien entre les résumés par séquence d'un même séjour, ainsi qu'entre le résumé de séjour et le dossier administratif du patient. Il revient à chaque établissement de définir les principes d'attribution de ce numéro de séjour.

Le numéro de séjour enregistré peut être le numéro administratif du séjour (numéro d'entrée). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre le numéro administratif et le numéro de séjour. Cette correspondance permet de respecter les conditions d'application du chainage anonyme (voir le chapitre III).

Un nouveau numéro de séjour est créé à chaque nouvelle admission en psychiatrie pour une prise en charge à temps complet, y compris :

- au retour d'une sortie temporaire¹⁴ ;
- au retour d'une sortie sans autorisation ;
- lors d'une entrée par mutation en provenance d'une unité d'hospitalisation d'un autre champ sanitaire (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR),...) de l'établissement (même entité juridique).

¹⁴ Sortie pour une durée supérieure au délai légal de permission, avec l'accord du médecin, au terme de laquelle un retour est prévu.

Le numéro de séjour change :

- à chaque changement de nature de prise en charge : passage du temps complet au temps partiel ou inversement ; un séjour correspond en effet à une seule nature de prise en charge ; en revanche, le numéro de séjour ne change pas quand le patient change de forme d'activité dans la même nature de prise en charge ;
- à la fin d'une prise en charge combinée parallèle associant temps complet et temps partiel (voir plus loin le point 1.2.1.3).

Une permission (article [R. 1112-56](#) du CSP), une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article [L. 3211-11-1](#) du CSP), le changement d'année civile, n'interrompent pas un séjour.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, on n'identifie qu'un seul séjour. Le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour auquel est attribué un numéro de séjour unique¹⁵.

Pour un patient pris en charge à temps partiel dans un même établissement, un même séjour, et par conséquent un même numéro de séjour, peut recouvrir des prises en charge discontinues programmées qui relèvent de la même nature de prise en charge. Par prise en charge discontinuée programmée, on entend les prises en charge à temps partiel telles que, lors de chaque venue, la date de la suivante est fixée.

Exemple : pour un patient hospitalisé à temps plein du 8 au 13 décembre de l'année *n* puis hospitalisé de jour à partir du 15 décembre de *n* au sein du même établissement, deux numéros de séjours sont créés :

- l'un pour l'hospitalisation à temps plein ;
- l'autre pour l'hospitalisation de jour¹⁶.

L'hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation de jour correspondent en effet à deux natures de prise en charge distinctes.

Date d'entrée du séjour (jour, mois, année)

Dans le cas des prises en charge à temps complet, c'est le jour de l'admission dans l'entité juridique. Dans le cas de prise en charge à temps partiel, c'est le premier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

Il n'est pas enregistré de date d'entrée au retour d'une permission (article [R. 1112-56](#) du code de la santé publique, CSP) ou d'une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article [L. 3211-11-1](#) du CSP) puisque le même séjour se poursuit.

Une date d'entrée est saisie au retour d'une sortie temporaire¹⁷ et d'une sortie sans autorisation, car un nouveau séjour doit alors être créé.

Date de sortie du séjour (jour, mois, année)

Dans le cas d'une prise en charge à temps complet, c'est le jour de la sortie de l'entité juridique. Dans le cas d'une prise en charge à temps partiel, c'est le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

¹⁵ Se reporter à la note 7 *supra*.

¹⁶ L'hospitalisation de jour débutant le 15 décembre, on rappelle que le changement d'année civile n'induit pas de changement de séjour.

¹⁷ Se reporter à la note 14.

Si à la date de constitution des fichiers de résumés par séquence (voir *infra* le point 3), la sortie du patient n'a pas eu lieu, cette information ne doit pas être renseignée, la zone de sa saisie doit être laissée vide.

Il n'est pas enregistré de date de sortie lors d'un départ en permission (article [R. 1112-56](#) du code de la santé publique, CSP) ou pour une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article [L. 3211-11-1](#) du CSP), puisqu'elles n'interrompent pas le séjour.

Une date de sortie est saisie lors d'un départ en sortie temporaire¹⁷ et lors d'une sortie sans autorisation, car elles mettent un terme au séjour.

☐ Mode d'entrée

Il doit être enregistré pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel. Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 6 *Mutation*

Le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant :

- à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale appartient en général à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée (voir ci-dessous l'information « provenance »).

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour¹⁸. En conséquence, si l'unité médicale de sortie et celle de réadmission étaient différentes, le mouvement enregistré entre les deux serait une mutation.

Code 7 *Transfert*

Le patient vient :

- d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale peut appartenir à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée.

Par « le patient vient » on entend que le patient était hospitalisé – il avait fait l'objet d'une admission dans une unité d'hospitalisation, y compris dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) – dans l'entité juridique ou l'établissement de santé de provenance. Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est *domicile*¹⁹ (voir ci-dessous).

¹⁸ Se reporter à la note 7 *supra*.

¹⁹ Cette consigne est justifiée par une volonté de cohérence des bases de données. Si l'établissement de destination codait une admission par transfert, on chercherait en vain le séjour antérieur contigu.

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale²⁰. Ce mode inclut l'entrée à partir de la voie publique et le retour des patients sortis sans autorisation.

Il n'est pas enregistré de mode d'entrée au retour d'une permission (article [R. 1112-56](#) du code de la santé publique, CSP) ou d'une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article [L. 3211-11-1](#) du CSP), puisque le même séjour se poursuit.

Un mode d'entrée est codé au retour d'une sortie temporaire²¹ et d'une sortie sans autorisation, car un nouveau séjour doit alors être créé.

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

En cas d'entrée par mutation ou transfert :

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

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

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

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

Code 6 *En provenance d'hospitalisation à domicile²²*

En cas d'entrée à partir du domicile :

Code 5 *Avec passage dans une structure d'accueil des urgences*

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale²⁰*

NB : lorsqu'un patient vient d'une structure d'hébergement médicosociale et passe par une structure d'accueil des urgences, il faut privilégier le code de provenance « 5 » aux dépens du code « 7 ».

Mode de sortie

Il doit être enregistré pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel. 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 4 *Sortie sans autorisation*

Ce mode de sortie correspond aux fugues et sorties contre avis médical.

Code 6 *Mutation*

Le patient sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant :

– à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;

– à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale appartient en général à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée (voir ci-dessous l'information « destination »).

²⁰ Établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Par exemple, établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), maison de retraite, section de cure médicale, logement-foyer, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

²¹ Se reporter à la note 14 *supra*.

²² C'est-à-dire en provenance du domicile où le patient était pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour²³. En conséquence, si l'unité médicale de sortie et celle de réadmission étaient différentes, le mouvement enregistré entre les deux serait une mutation.

Code 7 *Transfert*

Le patient sort vers :

- une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- une autre entité juridique ou un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale peut appartenir à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée.

Code 8 *Domicile*

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

Code 9 *Décès*

Le patient est décédé dans l'unité médicale.

Si à la date de constitution des fichiers de résumés par séquence, la sortie du patient n'a pas eu lieu, l'information *mode de sortie* ne doit pas être renseignée, sa zone de saisie doit être laissée vide.

Il n'est pas enregistré de mode de sortie lors d'un départ en permission (article [R. 1112-56](#) du code de la santé publique, CSP) ou pour une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article [L. 3211-11-1](#) du CSP), puisqu'elles n'interrompent pas le séjour.

Un mode de sortie est codé lors d'un départ en sortie temporaire²⁴ et lors d'une sortie sans autorisation, car elles mettent un terme au séjour.

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

En cas de sortie par mutation ou transfert :

Code 1 *Vers une unité de MCO*

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

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

Code 4 *Vers une unité de psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*²⁵

En cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*²⁶

Si à la date de constitution des fichiers de résumés de séquence, la sortie du patient n'a pas eu lieu, l'information *destination* ne doit pas être renseignée, la zone de saisie doit être laissée vide.

²³ Se reporter à la note 7 *supra*.

²⁴ Se reporter à la note 14 *supra*.

²⁵ C'est-à-dire à destination du domicile où le patient sera pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

²⁶ Se reporter à la note 20.

Un passage entre temps partiel et temps complet voit habituellement le patient retourner à son domicile entre les deux prises en charge. En conséquence, le mode de sortie de la première et le mode d'entrée de la seconde doivent être codés « 8 ». En cas de mutation ou de transfert direct et immédiat, sans retour à domicile intermédiaire, on utilisera le code « 6 » ou « 7 » selon les cas.

Dans le cadre d'une prise en charge combinée avec temps complet et temps partiel parallèles (se reporter au point 1.2.1.3), la fin du séjour avec activité combinée correspond par convention à un mode de sortie au domicile (code « 8 »).

2.1.2 Les informations variables propres à chaque séquence

Numéro de l'unité médicale

Le numéro mentionné est celui de l'unité médicale (UM) dans laquelle le patient est physiquement hospitalisé, y compris si le médecin dispensant les soins est rattaché à une UM différente.

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

Forme d'activité

Prises en charge à temps complet :

Code 01 *Hospitalisation à temps plein*

Code 02 *Séjour thérapeutique*

Code 03 *Hospitalisation à domicile*

Code 04 *Placement familial thérapeutique²⁷*

Code 05 *Appartement thérapeutique*

Code 06 *Centre de postcure psychiatrique*

Code 07 *Centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)*

Prises en charge à temps partiel :

Code 20 *Hospitalisation à temps partiel de jour*

Code 21 *Hospitalisation à temps partiel de nuit*

Code 22 *Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en atelier thérapeutique*

Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel

Les établissements sectorisés doivent indiquer le numéro à 5 caractères du secteur dans lequel le patient est pris en charge.

Un dispositif intersectoriel est créé par délibération des instances de l'établissement. Ce sont des unités qui assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie (générale ou infantojuvénile). Un dispositif intersectoriel correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service ; il exerce une ou plusieurs activités, comporte un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles.

²⁷ Voir l'encadré page 17.

Sont exclues ici : les unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur et, le cas échéant, des moyens provenant des autres secteurs concernés. Dans ce cas, le numéro à enregistrer est le code du secteur du praticien.

Le numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel se décompose de la façon suivante :

2 premiers caractères : numéro du département

3^e caractère : type de secteur ou de dispositif intersectoriel

- G : secteur de psychiatrie générale
- I : secteur de psychiatrie infantojuvénile
- P : secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- Z : dispositif intersectoriel formalisé

2 derniers caractères : numéro du secteur ou du dispositif intersectoriel au sein de l'établissement.

Pour la Corse et les départements d'outre-mer, les codes de département sont les suivants :

- 2A : Corse-du-Sud
- 2B : Haute-Corse
- 96 : Guadeloupe
- 97 : Martinique
- 98 : Guyane
- 99 : Réunion

Pour les unités pour malades difficiles (UMD) à vocation interrégionale, il est convenu d'indiquer le code du département d'implantation suivi de la lettre D et de 00.

Pour les établissements non sectorisés, il convient de laisser la zone de saisie vide (« à blanc »).

Mode légal de soins

Il est recueilli lors des prises en charge **à temps complet et à temps partiel** et codé selon les modalités suivantes.

Code 1 *Soins psychiatriques libres*

Code 3 *Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État* (article [L. 3213-1](#) du code de la santé publique, CSP)

Code 4 *Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables* (articles [L. 3213-7](#) du CSP et [706-135](#) du code de procédure pénale)

Code 5 *Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)*

Code 6 *Soins psychiatriques aux détenus* ([article D. 398](#) du code de procédure pénale)

Code 7 *Soins psychiatriques à la demande d'un tiers* (2 certificats) ou *soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence* (1 certificat)

Code 8 *Soins psychiatriques pour péril imminent* (1 certificat, sans tiers)

Attention à la cohérence des informations

1) L'hospitalisation dans une UMD :

– est toujours à temps plein ; un code de numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel ayant pour 3^e caractère « D » doit donc coexister avec une forme d'activité codée 01 ;

– exclut les soins psychiatriques libres ; un code de numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel ayant pour 3^e caractère « D » ne peut donc pas coexister avec un mode légal de soins codé « 1 ».

2) Seuls des soins psychiatriques libres peuvent être dispensés dans le cadre d'un placement familial thérapeutique ; un code de forme d'activité 04 doit donc coexister avec un mode légal de soins codé « 1 ».

☐ Indicateur de séquence

Il a 2 modalités :

Code P *Activités combinées parallèles*

Code A *Activités combinées associées*

Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de **formes d'activité combinées**. Le passage d'une forme d'activité à deux formes combinées impose un changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont liées entre elles selon un mode « parallèle », s'il s'agit de prises en charge à temps complet et à temps partiel, ou selon un mode « associé » s'il s'agit de la combinaison de deux prises en charge à temps partiel.

Afin d'avoir une vision suffisamment exhaustive de l'activité effectivement réalisée, un indicateur de séquence doit être saisi.

Pour des séquences parallèles où une activité à temps partiel a lieu pendant une période particulière d'une activité à temps complet :

- une séquence de temps complet isolé est d'abord recueillie ;
- quand débute la prise en charge à temps partiel, la séquence précédente est close et 2 nouvelles séquences sont ouvertes le même jour : une à temps complet, renseignant l'indicateur de séquence par la lettre « P » et une autre, à temps partiel, portant le même indicateur de séquence « P » et comptabilisant les jours de prise en charge effective à temps partiel.

La fin de la période combinée parallèle voit la clôture du séjour et l'ouverture d'un nouveau séjour lors du passage à la forme d'activité isolée qui fait suite (en général à temps partiel).

Pour des séquences associées combinant 2 formes d'activité à temps partiel simultanées pendant une période :

- une séquence est ouverte pour une activité, et une autre pour l'autre activité ;
- dans chacun des 2 résumés par séquence, l'indicateur de séquence est renseigné avec la lettre « A » ;
- la forme d'activité isolée à temps partiel, qui précède ou suit la période combinée donne lieu au recueil d'une séquence propre.

Il est cependant préférable, dans le cas de formes d'activité à temps partiel alternées, de faire des changements de séquences, pour bien individualiser ces différentes formes d'activité.

Dans l'attente d'une évolution du RIM-P, il est demandé :

- pour les établissements qui le souhaitent et qui le peuvent, d'enregistrer des séquences combinées sous forme de résumés par séquence en utilisant un indicateur de séquence ;
- si la constitution des séquences combinées (parallèle ou associée) n'est pas réalisable dans les systèmes d'information actuels, de renseigner l'indicateur de séquence au titre de la séquence du temps complet en cas d'association entre temps complet et temps partiel, ou au titre de la séquence qui a débuté en premier en cas d'association de deux temps partiels.

Date de début de séquence (jour, mois, année)

Pour la première séquence du séjour, il s'agit de la date d'entrée de séjour. Dans les autres cas, elle correspond à la date de survenue d'un évènement entraînant la création d'une nouvelle séquence.

Date de fin de séquence (jour, mois, année)

Pour les séjours ne comprenant qu'une seule séquence ou la dernière séquence d'un séjour, il s'agit de la date de sortie du séjour. Dans les autres cas, la date de fin de séquence est égale à la date de début de la séquence suivante.

Nombre de jours de présence

Pour les prises en charge à temps complet, il correspond à la durée de la séquence (date de fin moins date de début, soustraction faite des jours de permission²⁸), augmentée d'une journée en cas de décès.

Pour les prises en charge à temps partiel, le nombre de jours de présence correspond au nombre de venues ou de séances de 6 à 8 heures²⁹. De même, il est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

Remarques :

- l'unité de compte « journée » de la prise en charge à temps complet est indépendante du nombre d'heures de présence ; la règle qui s'applique est celle de la présence à minuit : la journée est décomptée dès lors que le patient est présent à minuit, quel que soit le nombre d'heures de présence ;
- lors d'un transfert d'un établissement à un autre, le jour du transfert n'est pas comptabilisé comme jour de présence par l'établissement de départ ; il est comptabilisé comme jour d'entrée par l'établissement d'arrivée.

Nombre de demi-journées de présence

Il concerne les prises en charge à temps partiel ; il correspond au nombre de demi-venues ou de séances de 3 à 4 heures²⁹. Là aussi, il est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

²⁸ Il est souhaitable que l'information relative aux permissions soit enregistrée en temps réel, permettant ainsi une automatisation du décompte des journées de présence, procédure simple et fiable.

²⁹ [Arrêté du 31 janvier 2005](#) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code.

□ Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge, est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la séquence. Il peut éventuellement évoluer durant un séjour, donc changer d'une séquence à l'autre. Il doit être codé au terme de chaque séquence.

Il est renseigné quel que soit l'âge du patient, exclusivement par un code de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement (chapitre V), d'une affection somatique (chapitres I à XVII et XIX), le cas échéant d'un symptôme ou d'un résultat anormal d'examen (chapitre XVIII) ou d'un autre motif de recours aux soins (chapitre XXI). Le chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) ne doit pas être utilisé pour le codage du diagnostic ou motif principal de prise en charge.

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge doit être codé avec quatre caractères chaque fois qu'il appartient à une catégorie subdivisée de la CIM-10. Il ne peut être codé avec trois caractères que lorsque la catégorie n'est pas subdivisée.

Exemples :

- une schizophrénie doit être codée F20.0 à F20.9 ; l'emploi de F20 n'est pas autorisé ;
- en revanche une démence sans précision est codée avec 3 caractères : F03.

L'emploi d'extensions à 5 voire 6 caractères est recommandé ; il s'agit :

- des codes étendus relatifs au chapitre V de la CIM-10 fondés sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*³⁰ ; pour leur emploi, on consultera [l'appendice 3](#) ;
- des extensions recommandées dans les chapitres XIII et XIX de la CIM-10 ;
- des extensions nationales créées pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), utilisées dans les autres champs sanitaires, données dans [l'appendice 3](#).

Par ailleurs, l'utilisation d'un 7^e et d'un 8^e caractère, à la disposition des sociétés savantes médicales, est possible. Non renseignés, ils doivent être laissés vides (« à blanc »).

□ Diagnostics et facteurs associés

Un diagnostic ou un facteur associé correspond à une morbidité associée au diagnostic ou motif principal, ayant contribué à alourdir la prise en charge, et aux facteurs permettant de mieux décrire les circonstances des problèmes de santé au cours de la séquence. Les diagnostics et facteurs associés peuvent évoluer durant un séjour, donc changer d'une séquence à l'autre. Ils doivent être codés au terme de chaque séquence.

Lorsqu'un diagnostic ou un facteur associé est présent, il est renseigné quel que soit l'âge du patient, exclusivement par un code de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). Il peut s'agir :

- d'une affection psychiatrique associée au diagnostic ou au motif principal de prise en charge ;
- d'une affection somatique ;
- d'un facteur d'environnement influant sur l'état de santé (facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets, tels que certaines conditions socioéconomiques ou psychosociales, et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections) : chapitre XXI (codes « Z » de la CIM-10) ;

³⁰ Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la santé et les éditions Elsevier-Masson (1994).

- d'une *cause externe de morbidité et de mortalité* (causes et circonstances de survenue de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables, notamment les circonstances des agressions et des lésions auto-infligées) : chapitre XX de la CIM-10.

Il est possible de renseigner autant de diagnostics et facteurs associés que de besoin, à concurrence de 99. L'ordre de leur saisie est sans importance.

Les règles de codage d'un diagnostic ou d'un facteur associé sont identiques à celles du diagnostic principal :

- il doit être codé avec quatre caractères chaque fois qu'il appartient à une catégorie subdivisée de la CIM-10 ; il ne peut être codé avec trois caractères que lorsque la catégorie n'est pas subdivisée ;
- l'emploi des extensions à 5 voire 6 caractères est recommandé ;
- l'utilisation des 7^e et 8^e caractères destinés aux sociétés savantes est autorisée.

Cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne*

La dépendance du patient est évaluée au début du séjour pour les patients pris en charge à temps complet. Elle peut évoluer durant un séjour et donc changer d'une séquence à l'autre.

La cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* (AVQ) est exposée dans [l'appendice 1](#).

Nombre de jours d'isolement thérapeutique

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en hospitalisation à temps plein. Il convient de relever le nombre de jours calendaires où le patient a fait l'objet d'un isolement selon le protocole de surveillance de la Haute Autorité de santé (HAS)³¹, d'une durée continue égale ou supérieure à 2 heures³².

Les dates et horaires d'isolement doivent être mentionnés dans le dossier médical du patient.

Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

En cas d'accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire, il convient de renseigner l'indicateur par la lettre S ; dans les autres cas, l'indicateur reste « à blanc ». L'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire est défini par l'un des critères suivants :

- scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin ;
- rencontre hebdomadaire d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale (médecin de l'Éducation nationale, psychologue scolaire, infirmière scolaire, enseignant) ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif pour l'intégration de l'enfant en milieu scolaire.

³¹ [Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie](#). Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Paris, juin 1998.

³² Dans une situation où le patient serait placé en chambre d'isolement du premier au dernier jour de son séjour, le nombre de jours d'isolement serait supérieur de 1 au nombre de journées de présence. Par exemple, pour un patient ayant séjourné en chambre d'isolement chaque jour de son séjour du 6 au 10, le nombre de jours d'isolement est 5 (6, 7, 8, 9, 10) alors que le nombre de journées de présence est 4 (10-6 ; voir le point 2.1.2 *supra*).

2.2 LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES

Le recueil des résumés d'activité ambulatoire concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie ambulatoire hormis les établissements financés par l'objectif quantifié national.

Il recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires, qu'il s'agisse de l'accueil et des soins en centre médicopsychologique (CMP) ou des consultations réalisées dans un autre lieu. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial.

Ce recueil ne concerne en aucun cas un acte effectué pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement, en centre de postcure ou en centre de crise. En revanche, les patients pris en charge à temps complet dans le cadre d'autres formes d'activité (se reporter *supra* au point 1.1.3) peuvent voir recueillir un acte ambulatoire.

Les actes effectués pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps partiel dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement ne doivent être comptabilisés que s'ils n'ont pas lieu pendant le même temps de prise en charge.

Exemple : un patient vient en hôpital de jour le matin et rencontre un psychologue en CMP l'après-midi. Une demi-venue en hospitalisation de jour et un acte en CMP sont enregistrés. En revanche, il est impossible de compter deux prises en charge (l'une à temps partiel, l'autre ambulatoire) ayant lieu pendant la même demi-journée. Dans un tel cas, seule la prise en charge à temps partiel fait l'objet d'un enregistrement.

Lorsqu'une prise en charge est motivée par des difficultés de la relation entre une mère et son nouveau-né, seul l'enfant fait l'objet d'un recueil d'actes au titre de cette prise en charge, quelle que soit sa durée³³.

Le recueil des actes ambulatoires comprend des informations pouvant être constantes d'un acte au suivant pour un même patient (point 2.2.1 ci-dessous) et des informations propres à chaque acte (point 2.2.2 ci-dessous). Des consignes de remplissage de la *Statistique annuelle des établissements* (SAE) à partir de ces informations sont diffusées dans le guide propre à la SAE ([Aide au remplissage](#)).

Le lien entre les différents actes ambulatoires, comme les éventuelles prises en charge à temps complet ou à temps partiel pour un même patient, se fait par l'intermédiaire de l'identifiant permanent du patient (IPP). Pour les établissements ne disposant pas d'un IPP constant entre les différents lieux possibles de prise en charge, l'activité ambulatoire est renseignée de manière agrégée pour les informations du point 2.2.2. Cette modalité est décrite dans la section relative à la transmission des informations (chapitre III).

2.2.1 Informations constantes

Pour chaque acte réalisé, les informations suivantes sont renseignées. Leur définition a été donnée *supra* dans le point 2.1 :

³³ Toutefois, si l'état de santé de la mère avant la naissance justifiait une prise en charge psychiatrique, elle reste dans la file active, au titre de la prise en charge antérieure.

- numéros FINESS juridique et géographique ;
- numéro de secteur ou dispositif intersectoriel ;
- numéro d'unité médicale ;
- forme d'activité ; pour chaque acte, elle est renseignée avec un des codes suivants :

Code 30 *Accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP)*

Code 31 *Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP ; concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial*

- numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans l'entité juridique ;
- date de naissance ;
- sexe ;
- code postal de résidence ;
- mode légal de soins : la nomenclature est celle présentée au point 2.1.2 *supra* ;
- diagnostic principal ou motif de prise en charge principal ;
- diagnostics et facteurs associés.

2.2.2 Informations propres à chaque acte

Indicateur d'activité libérale

En cas de réalisation de l'acte dans le cadre de l'activité libérale des praticiens des hôpitaux publics, l'indicateur doit être renseigné par la lettre L ; dans les autres cas, l'indicateur reste « à blanc ».

La définition et les règles de recueil des informations suivantes sont données dans [l'appendice 2](#) relatif à la grille *EDGAR*.

Date de l'acte

Nature de l'acte

Lieu de l'acte

Catégorie professionnelle de l'intervenant

Nombre d'intervenants

3. CONSTITUTION DES FICHIERS DE RESUMÉS

3.1 FICHIERS DE RÉSUMÉS PAR SÉQUENCE

Chaque trimestre, un fichier de résumés par séquence est produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est constitué par tous les résumés par séquence dont la date de fin est comprise dans le trimestre civil considéré. Il comprend les informations décrites dans le point 2.1.

3.2 FICHIERS D'ACTIVITÉ AMBULATOIRE

La constitution de fichiers d'activité ambulatoire concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie ambulatoire hormis les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN).

Chaque trimestre, un fichier d'activité ambulatoire doit être produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il s'agit :

- d'un fichier détaillé lorsque l'établissement est en mesure de le produire ;
- dans les autres cas d'un fichier agrégé constitué au moyen du module logiciel FICHSUP-PSY téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

3.2.1 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme détaillée

Il est constitué par tous les résumés d'activité ambulatoire dont la date de réalisation est comprise dans le trimestre civil considéré. Il comprend les informations décrites au point 2.2.

3.2.2 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée

Pour un trimestre civil, il contient, par lieu, nature d'acte et type d'intervenant :

- le nombre d'actes réalisés en dehors de l'activité libérale ;
- le nombre d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale ;
- le nombre de patients pris en charge en dehors de l'activité libérale ;
- le nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'activité libérale.

4. ANONYMISATION DES FICHIERS

L'anonymisation des fichiers est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH, nommé :

- PIVOINE-DGF³⁴ pour les établissements de santé visés au *a*, *b* et *c* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (établissements financés par dotation annuelle de financement, DAF) ;
- PIVOINE-OQN pour les établissements de santé visés aux *d* et *e* du même article (établissements financés par l'objectif quantifié national).

4.1 FICHER DE RÉSUMÉS PAR SÉQUENCE ANONYMES

La production de résumés par séquence anonymes est effectuée à partir des fichiers de résumés de séquences.

Les informations suivantes du résumé par séquence ne figurent pas dans le résumé par séquence anonyme :

³⁴ PIVOINE : programme informatique de vérification et d'occultation des informations nominatives échangées.

- l'identifiant permanent du patient (IPP) ;
- le numéro de séjour;
- l'unité médicale ;
- la date de naissance ;
- le code postal du lieu de résidence ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour, de début et de fin des séquences.

Les informations suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par une technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chaînage³⁵ ;
- un numéro séquentiel de séjour (différent du numéro de séjour créé par l'établissement) ;
- 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 ;
- un numéro séquentiel de séquence au sein de chaque séjour ;
- le délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour ;
- le nombre de jours couverts par la séquence ;
- le mois et l'année de la date de fin de séquence ;
- un code (dit *code-retour*) indiquant la présence (« 1 ») ou non (« 0 ») d'une anomalie parmi les informations du RPS.

4.2 FICHER DE RÉSUMÉS D'ACTIVITÉ AMBULATOIRE ANONYMES

La production de résumés d'activité ambulatoire anonymes est effectuée par PIVOINE-DGF à partir du fichier d'activité ambulatoire détaillé³⁶.

Les variables suivantes ne figurent pas dans le résumé d'activité ambulatoire anonyme :

- l'identifiant permanent du patient (IPP) ;
- l'unité médicale ;
- la date de naissance ;
- le code postal du lieu de résidence ;
- la date de réalisation de l'acte

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par une technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chaînage ;
- l'âge calculé à la date de réalisation de l'acte, 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 ;

³⁵ Le chaînage est exposé dans le chapitre III.

³⁶ Le fichier agrégé constitué avec FICHSUP-PSY est anonyme du fait de son agrégation.

- le mois et l'année de la date de réalisation de l'acte ;
- un code (dit *code-retour*) indiquant la présence (« 1 ») ou non (« 0 ») d'une anomalie parmi les informations du RPS.

5. FORMATS DES RÉSUMÉS ET DES FICHIERS

La description des formats informatiques des résumés d'activité et de facturation est disponible sur [le site Internet de l'ATIH](#). Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité sont également indiquées.

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

6. INFORMATIONS A VISÉE D'ENQUÊTE

En complément des informations nécessaires à la mesure de l'activité, les établissements doivent recueillir des informations qui ne relèvent pas du champ du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.

Si les variables correspondantes appartiennent au recueil minimum obligatoire, elles se différencient toutefois par le fait qu'elles ne font pas l'objet d'une transmission trimestrielle systématique, mais de transmissions ponctuelles organisées par les services de l'État avec pour objectif l'amélioration de la connaissance de l'activité de l'établissement et des populations prises en charge

Les données doivent être recueillies par patient, quel que soit le type de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Les informations sont relatives aux caractéristiques sociales du patient susceptibles d'influer sur les modalités du traitement de celui-ci : nature du domicile, mode de vie, situation scolaire, situation professionnelle, prestation liée à un handicap, bénéfice d'un minimum social, bénéfice de la CMU, responsabilité légale, protection juridique. Leur connexion avec les autres informations du recueil utilise l'identifiant permanent du patient (IPP). Pour mémoire, ces informations étaient recueillies systématiquement dans la fiche par patient des établissements sectorisés.

L'ensemble de ces données remplace la fiche par patient. [Une note du 3 novembre 2006](#) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé précise les codes à utiliser.

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION EN PSYCHIATRIE

1. LE FICHER VID-HOSP

Il est produit par tous les établissements de santé publics et privés à l'exception de ceux visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale (CSS) (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN), qui produisent pour leur part un fichier de résumés standardisés de facturation (RSF) couvrant toute leur activité (voir le point 2 ci-dessous).

VID-HOSP est produit par les services administratifs (bureau des admissions ou des frais de séjour) sous la responsabilité du directeur 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 chaînage des résumés par séquence anonymes (voir le chapitre III).

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

VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » *Début de facture* produit par les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du CSS (voir *infra* le point 2).

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

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

Elle est la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption¹, qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs entités juridiques ou établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.

Exemple : hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, puis mutation ou transfert le 19 mars en psychiatrie ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux unités ou les deux établissements est le 10 mars.

Le fichier VID-HOSP est identique dans tous les champs du PMSI : psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD), médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), et soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans le cadre de la mise en œuvre des premières expérimentations de la facturation individuelle des séjours (FIDES) en MCO, deux zones sont distinguées au sein du fichier VID-HOSP :

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

¹ On rappelle qu'une permission, une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures et le changement d'année civile, n'interrompent pas l'hospitalisation (se reporter au point 1.2.1.1 du chapitre I).

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

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

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera au *Manuel d'utilisation de MAGIC* (voir le chapitre III) téléchargeable sur le site Internet de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#) (ATIH).

2. LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION

Les établissements de santé financés par l'OQN ayant une activité de psychiatrie doivent transmettre des *résumés standardisés de facturation* couplés à leurs données d'activité d'hospitalisation enregistrées dans les résumés par séquence².

Les informations des RSF sont issues du système de facturation de l'établissement et déduites des normes d'échanges avec l'assurance maladie (NOEMIE B2). Les RSF doivent correspondre à l'état le plus récent des échanges.

La production du RSF n'entraîne pas de modification du rythme de facturation adopté par chaque établissement.

Le RSF contient d'une part des informations communes aux RPS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RPS (numéro FINESS, numéro de séjour, sexe, date de naissance) respectent les définitions qui ont été données dans le chapitre I. Dans les établissements de santé dont le numéro d'entrée du système de facturation est différent du numéro de séjour figurant dans le résumé par séquence (RPS), un fichier nommé HOSP-FACT de correspondance entre les deux numéros doit être produit de manière à permettre un couplage entre RPS et RSF.

Le RSF reproduit le contenu du bordereau de facturation transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie. Leur contenu et leur format sont conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'Assurance maladie.

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, « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

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

² Se reporter au point 2.1 du chapitre I.

Une information est ajoutée dans le type « A » à partir du 1^{er} janvier 2012³ : *Patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

Le fichier des RSF est produit par le service de facturation et transmis au médecin responsable de l'information médicale, accompagné du fichier de correspondance entre le numéro d'entrée et le numéro administratif de séjour si le numéro d'entrée n'est pas utilisé comme numéro de séjour dans le RPS.

Le RSF anonymisé est le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA). Sa production est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par le même module logiciel – PIVOINE – qui est à l'origine du résumé par séquence anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé. Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

Les informations suivantes ne figurent plus dans les résumés standardisés de facturation anonymes :

- le numéro de séjour ;
- le numéro d'assuré social (*Numéro de matricule* dans les formats de recueil) ;
- le rang de bénéficiaire ;
- le numéro de facture ;
- les date et rang de naissance ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour ;
- la date de l'acte.

Les variables suivantes sont ajoutées :

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

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

- au manuel d'utilisation de PIVOINE-OQN, 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](#).

Outre le fichier de résumés par séquence anonymes (RPSA), le logiciel PIVOINE-OQN, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, à partir du fichier de RSF et le cas échéant du fichier HOSP-FACT, produit des fichiers de résumés standardisés de facturation anonymes (RSFA), de chainage (ANO, voir le chapitre III) et de contrôle de la

³ Elle est déjà présente dans le fichier VID-HOSP décrit *supra*.

cohérence du contenu des RSF (CTLF). À l'instar du fichier de RPSA, les fichiers de RSFA, ANO et le fichier CTF sont transmis à l'agence régionale de santé *via* la plateforme de services é-PMSI. Cette plateforme produit, dès lors que des RSFA sont transmis, des tableaux de synthèse spécifiques.

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 29 juin 2006](#) modifié, les établissements de santé de psychiatrie transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes.

Établissements de santé visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements financés par dotation annuelle de financement, DAF) :

- fichier de résumés par séquence anonymes (RPSA) et fichier d'activité ambulatoire (selon le cas, résumés d'activité ambulatoire anonymes (R3A) ou FICHSUP-PSY¹) ;
- fichier ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP² et le fichier de chainage anonyme ;
- fichiers de contrôle de la cohérence des recueils : CTLS (contrôle des RPS) et CTLA (contrôle des RAA).

Établissements de santé visés aux *d* et *e* du même article (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN) :

- fichiers de RPSA et de résumés standardisés de facturation anonymes (RSFA)² ;
- Fichier ANO ;
- fichiers de contrôle de la cohérence des recueils : CTLS, CTLA, auxquels s'ajoute un fichier de contrôle des RSF : CTLF.

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 é-PMSI.

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

Exemples :

- le 30 avril de l'année *n* au plus tard, transmission des fichiers du premier trimestre de l'année *n* ;
- le 31 juillet de l'année *n* au plus tard, transmission des fichiers des deux trimestres de l'année *n* ;

¹ Se reporter au chapitre I.

² Se reporter au chapitre II.

- le 31 octobre de l'année n au plus tard, transmission des fichiers des trois trimestres de l'année n ;
- le 31 janvier de l'année n+1 au plus tard, transmission des fichiers des quatre trimestres de l'année n

Lors de la transmission des informations sur la plateforme é-PMSI, l'adéquation des numéros de l'établissement de santé dans le [fichier national des établissements sanitaires et sociaux](#) (FINESS) avec le descriptif des établissements enregistrés est vérifiée dans chaque recueil d'informations. Le numéro FINESS qui doit être utilisé pour la transmission des informations relatives à l'activité de psychiatrie sur la plateforme é-PMSI est :

- pour les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale : le numéro de l'entité juridique ;
- pour les établissements visés aux *d* et *e* du même article : le numéro de l'entité géographique.

Les établissements de santé dont le numéro d'entrée du système de facturation est différent du numéro de séjour figurant dans le résumé par séquence (RPS) doivent produire un fichier de correspondance entre les deux numéros de manière à permettre, au moment de l'anonymisation en vue de la transmission, un couplage entre RPS et RSF (fichier HOSP-FACT) .

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, psychiatrie, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) ou soins de suite et de réadaptation (SSR), y compris l'hospitalisation à domicile relative à ces activités. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme (« non signifiant ») propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe. Les hospitalisations d'un même patient peuvent ainsi être reconnues et « chaînées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de « remonter » du numéro au patient).

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d'un patient donné – c.-à-d. pour des variables identifiantes identiques – c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé³.

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

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCES PAR DOTATION ANNUELLE

La procédure de chainage anonyme comporte les étapes suivantes pour les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

- 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 séjour⁴ ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des RPS (contenant le numéro de séjour) 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 1 du chapitre II.

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

⁴ Se reporter au point 2.1.1 du chapitre I : Le numéro de séjour enregistré peut être le numéro administratif du séjour. S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre le numéro administratif et le numéro de séjour. ».

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

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

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

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit pour sa part un fichier nommé « HOSP-PMSI » qui établit une correspondance entre NAS et numéro de séjour⁶.

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 PIVOINE. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et le fichier de RPS. Il produit :

- le fichier anonyme de RPSA ;
- 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 RPSA. 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 FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale qui produisent des résumés standardisés de facturation (RSF) pour toute leur activité 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*⁷.

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale les fichiers de RSF et de RPS sont soumis à la fonction FOIN du module logiciel MAGIC, inclut dans PIVOINE-OQN. La fonction FOIN assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RPSA, 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 (RPSA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de

⁶ « HOSP » fait référence au NAS, « PMSI » au numéro de séjour. La production du fichier HOSP-PMSI ne s'impose donc pas aux établissements qui utilisent le NAS comme numéro de séjour. 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 l'annexe II de la [circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001](#).

⁷ Se reporter au point 2 du chapitre II.

facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME é-PMSI

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

4. CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel (articles [L. 1110-4](#) et [R. 4127-4](#) du code de la santé publique (CSP), articles [226-13](#) et [226-14](#) 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 résumés par séquences (RPS) et les résumés d'activité ambulatoire (RAA) sous forme détaillée 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 recueils d'informations médicalisés.

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

La confidentialité des données médicales nominatives doit être préservée conformément aux dispositions de l'article [R. 6113-6](#) du code de la santé publique.

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

- les données sont recueillies pour chaque patient par l'équipe soignante qui les transmet au médecin responsable de l'information médicale ;

- le médecin responsable de l'information médicale conseille l'établissement 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 ;
- le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale ;
- les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médicotechnique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations.

S'agissant de la responsabilité des acteurs 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 réglementairement à l'extérieur de l'établissement de santé.

6. CONSERVATION DES FICHIERS

Le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement sauvegarde les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation.

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 ans⁸.

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

⁸ Il ne faut pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

Appendice 1 : cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne*

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. Elle n'est pas un instrument de mesure de la charge en soins. La dépendance est cotée à chaque début de séquence pour les patients pris en charge à temps complet exclusivement.

1. SIX VARIABLES

Le niveau de dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des **six variables** suivantes :

- habillage ou toilette ;
- déplacements et locomotion ;
- alimentation ;
- continence ;
- comportement ;
- communication.

2. UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS ACTIONS

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs **actions** de la vie quotidienne. Par exemple l'habillage inclut deux actions : l'habillage du haut du corps et l'habillage du bas du corps.

3. QUATRE NIVEAUX DE COTATION

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

1 Indépendance

Complète : le patient est totalement autonome.

Modifiée :

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

2 Supervision ou arrangement

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

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

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	

4. PRINCIPES DE COTATION

4.1 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, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour l'habillage du bas du corps est 4.

4.2 Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance.

Exemple : le patient s'habille seul pour le haut du corps et demande seulement de l'aide pour les boutons ; en revanche il est incapable de s'habiller pour le bas du corps ; dans ce cas l'action habillage du haut du corps est cotée 3 et l'action habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable « habillage ».

4.3 Si pour une action il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), coter 4.

5. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

5.1 HABILLAGE

Il 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.

1 Indépendance complète ou modifiée

S'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle¹, peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sousvêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pressions, peut mettre en place et enlever seul le cas échéant 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

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

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

5.2 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.

1 Indépendance complète ou modifiée

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.

¹ Suppose une réalisation spontanée, sans besoin de présence, suggestion ni stimulation.

2 Supervision ou arrangement

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 45 mètres, 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

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

4 Assistance totale

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

5.3 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) :

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

1 Indépendance complète ou modifiée

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

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.

3 Assistance partielle

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

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.

5.4 CONTINENCE

Elle inclut deux actions :

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

1 Indépendance complète ou modifiée

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique, le place, l'utilise et le nettoie seul, et n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

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

2 Supervision ou arrangement :

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

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

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.

Remarques :

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.

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

5.5 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.

1 Indépendance complète ou modifiée

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

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle

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

4 Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite 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.

5.6 COMMUNICATION

Elles incluent deux actions :

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

1 Indépendance complète ou modifiée

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 ou arrangement

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

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

4 Assistance totale

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

Appendice 2 : grille *EDGAR*

La grille *EDGAR* (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion) est un recueil d'informations qui permet d'enregistrer les actes réalisés pour un patient au cours d'une prise en charge ambulatoire correspondant à l'une des deux activités suivantes :

- l'accueil et les soins ambulatoires réalisés dans un centre médicopsychologique (CMP) ;
- l'accueil et les soins dans un lieu autre que le CMP.

Les activités qui correspondent aux prises en charge à temps plein sont exclusivement enregistrées sous forme de séquences et ne peuvent en aucun cas faire simultanément l'objet d'un relevé d'actes.

Les actes effectués pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps partiel ne doivent être comptabilisés que s'ils n'ont pas lieu pendant le même temps de prise en charge.

Exemple : un patient vient en hôpital de jour le matin et rencontre un psychologue en CMP l'après-midi. Une demi-venue en hospitalisation de jour et un acte en CMP sont enregistrés. En revanche, il est impossible de compter deux prises en charge (l'une à temps partiel, l'autre ambulatoire) ayant lieu pendant la même demi-journée. Dans un tel cas, seule la prise en charge à temps partiel fait l'objet d'un enregistrement.

L'activité de psychiatrie de liaison est exclusivement décrite sous la forme d'un relevé d'actes.

Le recueil de l'activité ambulatoire selon la grille *EDGAR* consiste à relever les actes effectués en précisant leur date, leur nature, leur lieu de réalisation, le nombre et le type d'intervenants.

1. LA DATE DE L'ACTE

Jour, mois et année.

2. LE TYPE ET LA NATURE DES ACTES

2.1 LE TYPE DE L'ACTE

On distingue les actes effectués en présence d'un patient ou d'un groupe de patients, et les actes effectués en l'absence du patient.

Les actes effectués en présence du patient ou d'un groupe de patients et, par dérogation, les actes effectués en l'absence du patient mais en présence d'un membre de la famille, sont soit des entretiens, soit des accompagnements, soit des prises en charge de groupes.

Le relevé d'actes (en pratique le relevé d'entretiens) hors de la présence du patient mais en présence de sa famille, doit être rapporté au nom du patient identifié par le thérapeute.

Les actes effectués en l'absence du patient mais qui participent à l'élaboration du travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient sont soit des démarches, soit des réunions.

2.2 LA NATURE DE L'ACTE

Selon la terminologie de la grille *EDGAR*, les actes doivent être codés de la façon suivante, un seul code par acte étant possible :

- entretien : code E
- démarche : code D
- groupe : code G
- accompagnement (avec ou sans déplacement) code A
- réunion clinique pour un patient : code R

2.2.1 Entretien

Un entretien est un acte à visée diagnostique, évaluative ou thérapeutique, qui privilégie l'interaction verbale. Il se déroule dans un lieu préalablement défini, est réalisé par un ou plusieurs intervenants et s'effectue toujours en présence d'un seul patient à la fois, avec ou sans la présence de ses proches.

Dans le cas d'un entretien avec une famille ou un proche du patient, le thérapeute devra enregistrer l'entretien au nom du patient¹. Cette règle induit que, par convention, un acte effectué en présence de plusieurs patients désignés (psychothérapie familiale ou de couple par exemple) relève de la catégorie « groupe ».

Par dérogation, l'entretien avec la famille ou des proches en l'absence du patient, sera enregistré dans cette catégorie.

Exemples :

- la consultation, l'entretien et l'examen physique ;
- la psychothérapie individuelle ;
- les rééducations (psychomotrice, orthophonique) ;
- les bilans et les tests ;
- les soins.

2.2.2 Démarche

Une démarche est une action effectuée à la place du patient qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même, en vue de l'obtention d'un service ou d'un droit.

La démarche est effectuée auprès d'un tiers par un ou plusieurs soignants à la place du patient et hors sa présence. Cette action, liée au degré de dépendance ou d'incapacité du patient, est effectuée le plus souvent par les assistantes sociales.

Il peut s'agir aussi d'interventions auprès de l'environnement familial, social ou médicosocial du patient, en son absence, dans le but :

- de prendre des mesures sociales ;

¹ Par exemple, en pédopsychiatrie, dans le cas d'un entretien avec la famille de l'enfant, l'entretien est enregistré au nom de l'enfant.

- d'effectuer un placement médical ou médicosocial ;
- de participer au projet d'adaptation sociale ou professionnelle.

En revanche, des appels téléphoniques pour la recherche d'une place dans une unité d'hospitalisation pour un patient vu dans une structure d'accueil des urgences ou en consultation externe ne constituent pas une démarche car ils ne respectent pas la définition d'une « action effectuée à la place du patient qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même » ; la recherche d'une unité d'hospitalisation n'incombe pas au patient.

Lorsqu'une démarche pour un patient est effectuée le même jour auprès de plusieurs tiers (par exemple auprès de deux services sociaux différents), le nombre d'actes de démarche pour ce patient ce jour est égal au nombre de tiers (institutions, services sociaux) démarchés.

Les démarches téléphoniques peuvent faire l'objet d'un relevé d'actes.

2.2.3 Groupe

On désigne par « groupe » un acte thérapeutique réunissant plusieurs patients, réalisé par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et de lieu, avec ou sans utilisation d'une médiation. Cette définition induit que la psychothérapie familiale et la psychothérapie de couple sont, par convention, incluses dans la catégorie « groupe ». Il s'agit d'un acte prévu dans le projet de soin personnalisé du patient, ce qui exclut les animations ou les activités occupationnelles.

Les activités effectuées dans le cadre de la réinsertion scolaire ou professionnelle, ainsi que les activités et les sorties organisées ponctuellement relèvent de cette catégorie.

Exemples de groupes :

- ergothérapie ou arthérapie ;
- sociothérapie ;
- psychothérapie de groupe dont psychodrame ;
- psychothérapie familiale.

2.2.4 Accompagnement

L'action « accompagnement » peut être définie sous le terme global de « soutien de proximité » : il s'agit d'être avec le patient, de le soutenir dans son environnement personnel, pour l'aider à accomplir les actes de la vie ordinaire. L'accompagnement est différent de la démarche qui est effectuée à la place du patient.

Le relevé de l'accompagnement se réfère à un patient présent, au lieu de départ de l'acte et non à son lieu de destination. L'accompagnement peut occasionner un déplacement.

Exemples :

- les soins éducatifs, qui visent à l'acquisition, l'intégration de gestes, de connaissances ou de références permettant à la personne de maintenir, de modifier ou d'acquérir des habitudes ou comportements réfléchis et élaborés par elle-même, adaptés à son milieu et à son environnement familial, scolaire, social ou professionnel (aide à la gestion du traitement, éducation pour les soins d'hygiène corporelle, l'entretien du linge ; éducation nutritionnelle ; aide pour la réalisation des achats, la préparation des repas, aide à

l'utilisation des moyens de transport, aide au déroulement des activités scolaires et de formation...);

- les soins de réadaptation et de réinsertion sociale, qui ont pour objectifs d'aider le patient à reprendre contact avec son entourage et à communiquer avec lui, de l'aider à conserver, trouver ou retrouver sa place dans le tissu familial, social, scolaire ou professionnel. Ils peuvent revêtir différentes formes : recherche d'un appartement avec le patient, accompagnement dans la cité (foyers, clubs, centres socioculturels, ...), accompagnements pour des démarches (tutelle, trésorerie) ;
- les soins relationnels à travers une activité-support.

2.2.5 Réunion clinique pour un patient

Une réunion clinique rassemble plusieurs professionnels autour du cas d'un patient particulier, à l'occasion d'un problème qui induit une réflexion spécifique sur le projet de soin du patient. Une réunion de ce type réunit des soignants en l'absence du patient, autour d'un travail d'échanges et d'élaboration de son projet de soins. Elle peut inclure un ou plusieurs tiers extérieurs à l'institution, **qui ne sont pas enregistrés dans le nombre des intervenants.**

Cette réunion diffère de la réunion de synthèse au cours de laquelle les cas de différents patients sont étudiés.

3. LE LIEU DE L'ACTE

La prise en charge ambulatoire peut être réalisée dans un lieu rattaché à l'établissement ayant une activité de soins psychiatriques ou dans un lieu extérieur à cet établissement.

Dans le premier cas, il s'agit de pouvoir distinguer les soins ambulatoires selon qu'ils sont effectués dans un centre médicopsychologique (CMP), ou dans un centre de consultations externes.

Dans le deuxième cas, il s'agit de préciser dans quels lieux, extérieurs à l'établissement, ayant une activité de soins psychiatriques, les actes ont été réalisés. Dans ce cas, la forme d'activité est identique (consultation extérieure indifférenciée, FA 06) et seuls les lieux permettent de faire une distinction.

Le tableau de la page suivante suivant indique pour chacun des lieux, son code, le code de la fiche patient et la forme d'activité (FA) ambulatoire.

4. LES INTERVENANTS

4.1 CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DE L'INTERVENANT

Pour chaque acte effectué pour un patient, il convient d'indiquer la catégorie professionnelle de l'intervenant en utilisant les codes suivants :

- membre du corps médical : code M
- infirmier et encadrement infirmier : code I
- psychologue : code P
- assistant social : code A

- personnel de rééducation : code R
- personnel éducatif : code E
- autres intervenants soignants (dont aides-soignants) : code S
- plusieurs catégories professionnelles dont membre du corps médical : code X
- plusieurs catégories professionnelles sans membre du corps médical : code Y

Lieux	Code lieu	Formes d'activité (FA)	Libellé de la fiche patient	Code fiche patient
Centre médico-psychologique (CMP)	L01	Accueil et soins ambulatoires au CMP (FA 13)	Soins en CMP ou unité de consultation du secteur	CO
Lieu de consultations externes de psychiatrie de l'établissement	L02	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins en CMP ou unité de consultation du secteur	CO
Établissement social ou médicosocial sans hébergement	L03	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et interventions en établissement médicoéducatif Soins et interventions en établissement social ou médicosocial	ME ME pour les enfants AA pour les adultes
Établissement scolaire ou centre de formation	L04	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation Soins ambulatoires autres	MS pour les enfants AA pour les adultes
Protection maternelle et infantile	L05	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et intervention en PMI	MI
Établissement pénitentiaire	L06	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et intervention dans l'établissement de détention Soins et intervention en autre établissement de détention	COE COA
Domicile du patient hors HAD ou substitut du domicile	L07	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et interventions à domicile	SD
Établissement social ou médicosocial avec hébergement	L08	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et interventions en institution substitutive au domicile	SI
Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, long séjour)	L09	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et intervention en unité d'hospitalisation somatique	SU
Unité d'accueil d'urgence	L10	Consultation extérieure indifférenciée (FA 06)	Soins et interventions en unité d'urgences	UR

4.2 NOMBRE D'INTERVENANTS

Pour chaque acte, il s'agit de préciser (par un chiffre) le nombre de professionnels qui participent à la prise en charge décrite. Seuls sont à relever les intervenants rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire (salariés ou intervenants payés par l'établissement sous la forme d'une rémunération à l'acte ou par le biais d'une convention).

5. RÈGLES DE CODAGE

Le relevé de l'activité ambulatoire décrit les actes effectués au bénéfice direct d'un patient. **Il ne s'agit pas de viser l'exhaustivité du recueil du travail des services, il ne s'agit pas non plus d'une évaluation de la charge de travail des soignants et des médecins.** D'autres outils existent à cette fin².

Il en découle les règles suivantes :

Règle 1 : les transmissions de consignes entre membres d'une équipe ne doivent pas être relevées. Elles font partie du fonctionnement de toute équipe soignante et ne doivent pas être considérées comme des temps de réunion clinique dédiés au patient.

Règle 2 : seuls les actes ponctuels effectivement accomplis dans les conditions d'organisation standard doivent être relevés (ainsi ne doit-on pas relever les actes effectués "dans le couloir").

Règle 3 : sauf dans le cas de démarches, les communications téléphoniques ne doivent pas faire l'objet d'un relevé d'actes, quelles que soient la durée et la valeur thérapeutique de cette communication.

Règle 4 : seule doit être comptabilisée l'activité réalisée et non l'activité prévue ; par exemple, une visite à domicile qui n'aboutirait pas dans le cas où le patient serait absent de son domicile n'est pas à relever.

² Projet de recherche en nursing (PRN), Soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS), etc.

Appendice 3 : codes de la CIM–10 étendus

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

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

1. Les extensions internationales

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

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

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

2. 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) la création d'une catégorie : U90 *Autres formes de pharmacorésistance*, comportant deux sous-catégories : U90.0 *Résistance aux antiépileptiques* et U90.9 *Résistances à un traitement, autres et sans précision*.

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

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

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

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 4^e position du code (celle située après le point) ne peut pas être employée : toutes les extensions utilisant cette position ont donc été révisées, en déplaçant le caractère supplémentaire en 5^e position et en remplaçant la 4^e position actuellement vide par le signe « + » (plus). **Ce sont donc bien les libellés et codes donnés dans [le document en téléchargement sur le site de l'ATIH](#) que les utilisateurs doivent employer.** Par ailleurs, seules les modifications présentes dans le document fourni par l'ATIH sont intégrées dans les tables de contrôle du recueil et de la *fonction groupage*. Les extensions de F66 caractérisant des orientations sexuelles, mentionnées dans le « livre bleu », non reprises dans le « livre vert », ne peuvent pas être utilisées.

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

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

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

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

Le tableau suivant recense les extensions nationales utilisables en 2012. Les parenthèses, crochets et notes d'exclusion ont le même sens que dans la CIM-10. Bien qu'on se situe à un niveau inférieur à celui de la catégorie, les notes d'inclusion sont introduites par « **Comprend** : » pour la clarté de la présentation. Dans ce tableau :

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

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

C49.40	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen Comprend : veine cave inférieure
C49.48	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
C49.50	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
C49.58	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
C80.+0	2002	Tumeur maligne primitive de siège inconnu

NB : depuis 2011, pour coder une tumeur maligne de siège primitif non précisé ou inconnu, il est déconseillé d'employer C80.+0. Il faut lui préférer C80.0 (sans signe « + ») *Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit*, sous-catégorie créée par l'OMS dans la catégorie C80 *Tumeur maligne de siège non précisé*.

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

E11.40	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications neurologiques
E11.48	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications neurologiques
E11.50	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications vasculaires périphériques
E11.58	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques
E11.60	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec autres complications précisées
E11.68	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec autres complications précisées
E11.70	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications multiples
E11.78	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications multiples
E11.80	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, avec complications non précisées
E11.88	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, avec complications non précisées
E11.90	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, sans complication
E11.98	2011	Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, sans complication
E66.00	2006	Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m ²
E66.01	2006	Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ²
E66.02	2009	Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.09	2009	Obésité due à un excès calorique, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.10	2006	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m ²
E66.11	2006	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ²
E66.12	2009	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.19	2009	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.20	2006	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m ²
E66.21	2006	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ²
E66.22	2009	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.29	2009	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.80	2006	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m ²
E66.81	2006	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ²
E66.82	2009	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.89	2009	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.90	2006	Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m ²

E66.91	2006	Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ²
E66.92	2009	Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m ²
E66.99	2009	Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E83.50	2009	Hypercalcémie supérieure à 3 millimoles [mmol] par litre
E83.51	2009	Hypocalcémie inférieure à 1,5 millimoles [mmol] par litre
E83.58	2009	Anomalies du métabolisme du calcium, autres et sans précision
E87.00	2009	Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre
E87.08	2009	Hyperosmolarités et hypernatrémies, autres et sans précision
E87.10	2009	Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre
E87.18	2009	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision
E87.50	2009	Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre
E87.58	2009	Hyperkaliémies, autres et sans précision
E87.60	2009	Hypokaliémie inférieure à 2,5 millimoles [mmol] par litre
E87.68	2009	Hypokaliémies, autres et sans précision
G81.00	2007	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.01	2007	Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures
G81.08	2007	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G83.8+0	1998	Syndrome de déafférentiation motrice [<i>locked-in syndrome</i>]
G83.8+8	1998	Autres syndromes paralytiques précisés, non classés ailleurs
H32.00*	1997	Rétinite à cytomégalovirus (B25.8†)
H32.01*	1997	Rétinite à <i>Toxoplasma</i> (B58.0†)
H32.08*	1997	Affections chorioretiniennes au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
I20.0+0	2002	Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
I21.00	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I21.000	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.08	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I21.10	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I21.100	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.18	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I21.20	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale
I21.200	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.28	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, autres prises en charge
I21.30	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale
I21.300	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.38	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge
I21.40	2002	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale
I21.400	2002	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins

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

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

J96.1+0	1998	Insuffisance respiratoire chronique obstructive
J96.1+1	1998	Insuffisance respiratoire chronique restrictive
J98.60	2002	Paralysie du diaphragme
J98.68	2002	Autres maladies du diaphragme
K23.80*	1997	Œsophagite herpétique (B00.8†)
K23.81*	1997	Œsophagite à <i>Candida</i> (B37.8†)
K23.88*	1997	Atteintes de l'œsophage au cours de maladies classées ailleurs, autres
K63.5+0	2009	Polypose (colique) hyperplasique
K63.5+8	2009	Polype du côlon, autre et non précisé
K86.1+0	2009	Pancréatite chronique héréditaire
K86.1+8	2009	Pancréatites chroniques, autres et non précisées
K87.00*	1997	Cholangite à cytomégalo virus (B25.8†)
K87.08*	1997	Atteintes de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.80*	1997	Atteintes de la cavité buccale au cours de maladies classées ailleurs
K93.81*	1997	Atteintes de l'estomac au cours de maladies classées ailleurs
K93.82*	1997	Atteintes de l'intestin au cours de maladies classées ailleurs
K93.820*	1997	Colite à cytomégalo virus (B25.8†)

K93.828*	1997	Atteintes de l'intestin au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.83*	1997	Atteintes du rectum au cours de maladies classées ailleurs
K93.830*	1997	Infection du rectum par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.838*	1997	Atteintes du rectum au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.84*	1997	Atteintes de l'anus au cours de maladies classées ailleurs
K93.840*	1997	Infection de l'anus par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.848*	1997	Atteintes de l'anus au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.88*	1997	Atteintes d'organes digestifs précisés autres, au cours de maladies classées ailleurs
L51.20	1998	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané égal ou supérieur à 30% (de la surface du corps)
L51.29	1998	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané inférieur à 30% (de la surface du corps) ou sans précision
M62.8-0	1998	Rhabdomyolyse, siège non précisé
M62.8-8	1998	Autres atteintes musculaires précisées, non classées ailleurs, siège non précisé
N01.70	1997	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N01.79	1997	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, autre et sans précision
N02.00	1997	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.09	1997	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
N02.10	1997	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.19	1997	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.10	1997	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.19	1997	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.30	1997	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.39	1997	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, autre et sans précision
N03.80	1997	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.89	1997	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions morphologiques, autre et sans précision
N04.00	1997	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N04.09	1997	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
P36.00	1999	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.09	1999	Infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.10	1999	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.19	1999	Infection du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.20	1999	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.29	1999	Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.30	1999	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.39	1999	Infection du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.40	1999	Sepsis du nouveau-né à <i>Escherichia coli</i>
P36.49	1999	Infection du nouveau-né à <i>Escherichia coli</i>
P36.50	1999	Sepsis du nouveau-né due à des anaérobies

P36.59	1999	Infection du nouveau-né due à des anaérobies
P36.80	1999	Autres sepsis du nouveau-né
P36.89	1999	Autres infections bactériennes du nouveau-né
P36.90	1999	Sepsis du nouveau-né, sans précision
P36.99	1999	Infection bactérienne du nouveau-né, sans précision
Q18.00	2002	Kyste de la queue du sourcil
Q18.08	2002	Autres fissures, fistules et kystes d'origine branchiale
R26.30	2009	État grabataire ⁴
R26.38	2009	Immobilité, autre et sans précision
R47.00	2007	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
R47.01	2007	Aphasie récente, régressive dans les 24 heures
R47.02	2007	Aphasie, autre et sans précision
R47.03	2007	Dysphasie
R53.+0	2002	Altération [baisse] de l'état général
R53.+1	2002	Malaise À l'exclusion de : avec perte de connaissance (R55)
R53.+2	2002	Fatigue [asthénie]
R54.+0	2002	Syndrome de glissement (sénile)
R54.+8	2002	Autres états de sénilité sans mention de psychose
S25.80	1997	Lésion traumatique de la veine azygos
S25.88	1997	Lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins précisés du thorax
S37.800	1997	Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.808	1997	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.810	1997	Lésion traumatique de la glande surrénale, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.818	1997	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S38.10	1997	Écrasement de la fesse
S38.18	1997	Écrasement d'autres parties précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S38.19	1997	Écrasement de parties non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S47.+0	1997	Écrasement de la région scapulaire
S47.+8	1997	Écrasement de parties autres et non précisées de l'épaule et du bras
T31.30	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.31	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.40	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.41	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.50	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T31.51	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T68.+0	2009	Hypothermie, température corporelle égale ou inférieure à 32°C
T68.+8	2009	Hypothermie, température corporelle supérieure à 32°C ou non précisée
T81.30	2009	Éviscération postopératoire
T81.38	2009	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées

⁴ Sa définition est donnée à la suite du tableau.

T85.50	2006	Complication mécanique due à un dispositif implantable périgastrique de gastroplastie pour obésité
T85.58	2006	Complication mécanique due à d'autres prothèses, implants et greffes gastro-intestinaux
T86.00	2006	Rejet d'une greffe de moelle osseuse par l'hôte
T86.01	2006	Réaction aiguë d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.02	2006	Réaction chronique d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.09	2006	Rejet d'une greffe de moelle osseuse, SAI
T86.80	2004	Échec et rejet de greffe d'intestin
T86.81	2004	Échec et rejet de greffe de pancréas
T86.82	2004	Échec et rejet de greffe de poumon
T86.83	2004	Échec et rejet de greffe de cornée
T86.84	2004	Échec et rejet de greffe d'os
T86.85	2004	Échec et rejet de greffe de peau
T86.88	2004	Autres échecs et rejets de greffe
Z04.800	2009	Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée
Z04.801	2009	Examen et mise en observation pour poly(somno)graphie
Z04.802	2009	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire
Z04.880	2009	Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées
Z13.50	2009	Examen spécial de dépistage des affections des yeux
Z13.51	2009	Examen spécial de dépistage des affections des oreilles
Z37.10	2011	Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.11	2011	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.30	2011	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.31	2011	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.40	2011	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.41	2011	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.60	2011	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.61	2011	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.70	2011	Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.71	2011	Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z39.00	2011	Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé
Z39.08	2011	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z41.80	2006	Intervention <i>de confort</i>
Z41.88	2006	Autres thérapies sans raison médicale, non classées ailleurs
Z45.80	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire Comprend : sonde urétérale <i>double J</i> À l'exclusion de : sonde (uréthro)vésicale (Z46.6)
Z45.81	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne génitale À l'exclusion de : surveillance d'un dispositif contraceptif (intra-utérin) (Z30.5)

Z45.82	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse intraoculaire À l'exclusion de : mise en place et ajustement d'un œil artificiel (Z44.2)
Z45.83	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures Comprend : prothèse phonatoire œsotrachéale, larynx artificiel
Z45.84	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central Comprend : dérivation du liquide cébrospinal [liquide céphalorachidien], électrodes intracrâniennes
Z45.88	2002	Ajustement et entretien d'autres prothèses internes précisées
Z49.20	2006	Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA] Comprend : séance de dialyse péritonéale continue cyclique [DPCC]
Z49.21	2006	Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]
Z51.00	2000	Préparation à une radiothérapie
Z51.01	2000	Séance d'irradiation
Z51.30	2008	Séance de transfusion de produit sanguin labile
Z51.31	2008	Séance d'aphérèse sanguine
Z51.80	2006	Séance d'oxygénothérapie hyperbare
Z51.88	2006	Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
Z52.80	2012	Donneuse d'ovocytes
Z52.88	2012	Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs
Z74.00	2002	État grabataire

NB : lors de la mise à jour de la CIM-10 de 2009, l'OMS a créé une sous-catégorie R26.3 *Immobilité* qui comprend l'état grabataire. L'ATIH a créé l'extension R26.30 propre à ce dernier. Les deux codes R26.30 et Z74.00 sont restés également utilisables jusqu'en 2010, l'abandon de Z74.00 et l'emploi R26.30 étant toutefois recommandés. Depuis 2011 l'utilisation de Z74.00 n'est plus possible, seul R26.30 peut être employé.

Z75.80	2000	Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte
Z75.88	2000	Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs
Z76.800	2011	Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire
Z76.850	2011	Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium
Z76.880	2011	Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs
Z80.00	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif
Z80.01	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z80.02	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la rate
Z80.09	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z80.20	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z80.21	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du cœur
Z80.28	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z80.29	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z80.800	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système nerveux
Z80.801	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'œil
Z80.802	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z80.803	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z80.804	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés

Z80.805	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des glandes endocrines
Z80.880	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres localisations
Z83.50	2009	Antécédents familiaux de maladies des organes de la vue
Z83.51	2009	Antécédents familiaux de maladies des organes de l'audition
Z83.70	2009	Antécédents familiaux de maladies du tube digestif
Z83.71	2009	Antécédents familiaux de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z83.72	2010	Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents
Z83.79	2009	Antécédents familiaux de maladies de l'appareil digestif, sans précision
Z84.20	2009	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil urinaire
Z84.21	2009	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil génital
Z84.22	2010	Antécédents familiaux de maladies du sein
Z84.80	2009	Antécédents familiaux de tumeur non maligne
Z84.88	2009	Antécédents familiaux d'autres affections non classées ailleurs
Z85.00	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du tube digestif
Z85.01	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z85.02	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la rate
Z85.09	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z85.20	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z85.21	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du cœur
Z85.28	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z85.29	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z85.800	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du système nerveux
Z85.801	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'œil
Z85.802	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z85.803	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z85.804	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z85.805	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des glandes endocrines
Z85.880	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres localisations
Z86.000	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du système nerveux
Z86.001	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du tube digestif
Z86.002	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z86.003	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du sein
Z86.004	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la peau
Z86.005	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la vessie
Z86.080	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne d'autres localisations
Z86.090	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne sans précision
Z86.60	2009	Antécédents personnels d'accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
Z86.61	2009	Antécédents personnels d'autres maladies du système nerveux
Z86.62	2009	Antécédents personnels de maladies des organes de la vue
Z86.63	2009	Antécédents personnels de maladies des organes de l'audition
Z86.70	2009	Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires
Z86.71	2009	Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques et autres maladies de l'appareil circulatoire
Z87.00	2009	Antécédents personnels de maladies des voies respiratoires supérieures
Z87.01	2009	Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil respiratoire

Z87.09	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil respiratoire sans précision
Z87.10	2009	Antécédents personnels de maladies de la bouche et des dents
Z87.11	2009	Antécédents personnels de maladies du tube digestif
Z87.12	2009	Antécédents personnels de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z87.19	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil digestif sans précision
Z87.40	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil urinaire
Z87.41	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil génital
Z87.42	2010	Antécédents personnels de maladies du sein
Z87.80	2009	Antécédents personnels de lésion traumatique intracrânienne
Z87.81	2009	Antécédents personnels de traumatisme des membres et du bassin
Z87.82	2009	Antécédents personnels de traumatismes autres et non précisés
Z87.83	2009	Antécédents personnels d'intoxication
Z87.88	2009	Antécédents personnels d'autres états précisés
Z91.50	2007	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
Z91.58	2007	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
Z94.80	1997	Greffe de moelle osseuse
Z94.800	2002	Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques
Z94.804	2002	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques

Z94.801 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques* est devenu inutilisable à partir de 2012 en raison de la création de Z94.809 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision* pour tenir compte de la création des extensions Z94.802, Z94.803 et Z94.804.

Z94.802	2012	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté
Z94.803	2012	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté
Z94.804	2012	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté
Z94.809		Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision
Z94.81	1997	Greffe de pancréas
Z94.82	2009	Greffe d'intestin
Z94.88	1997	Greffe d'organes et de tissus, autres
Z99.1+0	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen
Z99.2+0	1998	Dépendance envers une hémodialyse (rénale)
Z99.2+1	1998	Dépendance envers une dialyse péritonéale
Z99.2+8	1998	Dépendance envers une autre dialyse rénale

État grabataire – son code est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ». *NB* la conjonction « et » – non « ou » – qui lie les différents besoins. Le mot maladie est aussi essentiel ; sont ainsi exclus les états qui correspondent transitoirement à la définition (par exemple, dans les suites d'une intervention chirurgicale), mais tels que « l'état grabataire » n'existait pas avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaître dans un délai bref.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Absence de courte durée.....	4
Accompagnement (grille <i>EDGAR</i>).....	45
Accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	20
Acte ambulatoire	21, 43
Action pour la communauté	3
Activité	
ambulatoire	3, 6, 8, 21
fichier (agrégé, détaillé).....	23
combinée	6, 17
libérale, indicateur.....	22
unité de compte	7
<i>Activités de la vie quotidienne</i>	20, 36
alimentation	39
communication.....	41
comportement	41
continence.....	40
déplacements et locomotion.....	38
habillement.....	37
transferts	38
Admission	
réadmission le jour de la sortie.....	4, 11, 12
Alimentation (dépendance)	39
Ambulatoire, activité.....	3, 6, 8, 21
fichier (agrégé, détaillé).....	23
Année civile (changement).....	4, 11
ANO, fichier.....	30, 33
ANO-HOSP	32
Anonymat des soins	9, 10
Anonymisation des informations.....	23
AVQ.....	<i>Voir Activités de la vie quotidienne</i>

B

B2, normes	27
------------------	----

C

Chaînage anonyme	31
index (numéro d'—).....	33, 34
Chambre d'isolement	20
Changement d'année civile.....	4, 11
Classification internationale des maladies (CIM-10)	
chapitre XX.....	19
code étendu (extension de code)	49
codes V,W, X, Y	19
Code	
d'erreur	24, 25
étendu (CIM-10).....	49
INSEE de pays	10
postal de résidence	10
retour.....	24, 25
Combinée, activité.....	6, 17
Communauté, action pour la	3
Communication (dépendance).....	41
Comportement (dépendance)	41
Confidentialité des informations	34
Conservation des informations	35
Consultation sur la voie publique	3

Continence (dépendance).....	40
CTLA (fichier).....	30
CTLF (fichier).....	29, 30
CTLS (fichier).....	30

D

Date	
de début de séquence	18
de fin de séquence.....	18
de naissance	9
de sortie	11
d'entrée.....	11
Date de l'hospitalisation	26
Décès (mode de sortie).....	14
Démarche (grille <i>EDGAR</i>)	44
Demi-journée de présence.....	18
Demi-venue.....	7, 18
Dépendance.....	20, 36
alimentation	39
communication	41
comportement	41
continence.....	40
déplacements et locomotion.....	38
habillement	37
transferts	38
Déplacements (dépendance)	38
Destination	14
Diagnostic	
associé	19
principal.....	19
Dispositif intersectoriel, numéro.....	15
Dossier médical.....	8

E

<i>EDGAR</i> (grille)	43
Enfant-mère (relation).....	21
Entrée	
date	11
mode	12
réadmission le jour de la sortie	4, 11, 12
Entretien (grille <i>EDGAR</i>).....	44
é-PMSI (plateforme)	30, 34
Erreur, code.....	24, 25
Expertise	3
Extension de code (CIM-10)	49

F

Facteur associé.....	19
Facturation individuelle des séjours.....	26
Fichier d'activité ambulatoire (agrégé, détaillé)	23
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).....	9, 31
FICHSUP-PSY	23
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN).....	32
Forme d'activité (SAE).....	8
Forme d'activité (RIM-P).....	2, 15

G	
Groupe (grille <i>EDGAR</i>).....	45

H	
Habillage (dépendance).....	37
HOSP-FACT.....	27, 31
Hospitalisation à temps plein	2
HOSP-PMSI.....	33

I	
Identifiant permanent du patient.....	9
Index (numéro d'–) du chaînage anonyme.....	33, 34
Indicateur	
accompagnement thérapeutique en milieu scolaire ..	20
d'activité libérale	22
de séquence	17
Informations à visée d'enquête	25
INSEE, code de pays	10
Intersectoriel, numéro de dispositif	15
IPP, NIPP	<i>Voir</i> Identifiant permanent du patient
Isolement thérapeutique	20

J	
Jour de présence	18
Journée (unité de compte de l'activité)	7

L	
Libérale (activité), indicateur	22
Lieu de l'acte (grille <i>EDGAR</i>)	46
Locomotion (dépendance).....	38

M	
MAGIC	32
Maraude (consultation de).....	3
Médicosocial (hébergement)	13, 14
Mère-enfant (relation)	21
Mode	
d'entrée	12
de sortie.....	13
légal de séjour	16, 22
Motif principal de prise en charge.....	19
Mutation.....	12, 13

N	
Nature de la prise en charge	2, 15
NIPP, IPP	<i>Voir</i> Identifiant permanent du patient
Normes B2	27
Nuitée.....	7
Numéro	
de secteur, de dispositif intersectoriel	15
de séjour.....	10
d'unité médicale	15

P	
Pays de résidence (code)	10
Permission.....	4, 11
PIVOINE.....	23
Plateforme é-PMSI.....	30, 34

Prise en charge, nature	2, 15
Provenance.....	13

Q	
Qualité des informations	34

R	
R3A.....	<i>Voir</i> Résumé, d'activité ambulatoire anonyme
RAA.....	<i>Voir</i> Résumé, d'activité ambulatoire
Réadmission le jour de la sortie	4, 11, 12, 14
Réhospitalisation le jour de la sortie	4, 11, 12, 14
Relation mère-enfant.....	21
Résidence, code postal	10
Résumé	
conservation.....	35
d'activité ambulatoire	6
d'activité ambulatoire anonyme	24
par séquence	3
par séquence anonyme	23
standardisé de facturation	27
standardisé de facturation anonyme.....	28
transmission.....	30
Réunion	
clinique (grille <i>EDGAR</i>)	46
de synthèse.....	46
RPS	<i>Voir</i> Résumé, par séquence
RPSA	<i>Voir</i> Résumé, par séquence anonyme
RSF	<i>Voir</i> Résumé, standardisé de facturation
RSFA .	<i>Voir</i> Résumé, standardisé de facturation anonyme

S	
SAE <i>Voir</i> Statistique annuelle des établissements de santé	
Scolarité (accompagnement thérapeutique)	20
Séance	7, 18
Secret professionnel	34
Secteur, numéro	15
Séjour.....	3
absence de courte durée	4
cloture.....	4
date de sortie.....	11
date d'entrée	11
mode légal	16, 22
numéro.....	10
permission pendant un –	4, 11
Séquence	4
associée.....	<i>Voir</i> Activité, combinée
changement, cloture	4
date de début.....	18
date de fin	18
indicateur	17
parallèle	<i>Voir</i> Activité, combinée
Sexe (code)	10
Sortie	
date	11
mode	13
sans autorisation	4, 13
suivie de réadmission.....	4, 11, 14
temporaire.....	4, 11, 12, 13, 14
Statistique annuelle des établissements de santé	8
Synthèse, réunion.....	46

T

Temps plein..... 2
Transfert (mouvement)..... 12, 14
Transferts (dépendance)..... 38
Transmission des informations..... 30

U

Unité de compte de l'activité 7

Unité médicale 2
d'hébergement 15
numéro 15
Unité pour malades difficiles (UMD) 16
Urgences 13

V

Venue 7
VID-HOSP 26, 32, 33



FIN DE DOCUMENT



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

ACCUEIL COMMERCIAL : 01 40 15 70 10

N° 2012/4 bis