

2 CONTENU DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR¹²

2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

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

2.1.1 Informations relatives à l'identification du malade

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

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

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

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

- Sexe : 1 masculin, 2 féminin
- Date de naissance : jour, mois, année
- Code postal du lieu de résidence

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

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

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

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux dispositions légales¹⁶, les informations

¹² Référence : arrêté du 31 décembre 2003 (JO du 11 février 2004) modifié par l'arrêté du 28 février 2006 (JO du 14 mars) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

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

¹⁴ Pour la durée de conservation de cette table de correspondance, voir le chapitre 3, paragraphe 4.

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

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

concernant l'identification sont limitées à l'année de naissance, au sexe et au numéro d'hospitalisation.

2.1.2 Autres informations dites administratives

- Numéro dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) ; il s'agit :
 - du numéro Finess de l'entité juridique pour les établissements visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
 - du numéro Finess de l'établissement pour les établissements visés aux alinéas *d* et *e* du même article.

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

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

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

- Type d'autorisation de l'unité médicale

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

Réanimation	01
Soins intensifs	02
Surveillance continue	03
Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)	04
Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)	05
Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)	06
Zone de surveillance de très courte durée ¹⁷	07
Soins palliatifs	08
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	11
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	12
Réanimation pédiatrique	13
Surveillance continue pédiatrique	14
Clinique ouverte	15
Centre d'hémodialyse	21
Centre d'hémodialyse pour enfant	22
Unité d'hémodialyse médicalisée	23

¹⁷ Synonyme : unité d'hospitalisation de courte durée.

Type d'autorisation de lit identifié

Cette variable ne concerne actuellement que les soins palliatifs. Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement qui possède une reconnaissance d'activité de soins palliatifs, développe cette activité non pas au sein d'une unité médicale identifiable entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une (ou plusieurs) unité(s) médicale(s) développant par ailleurs une autre type d'activité¹⁸.

Le code à porter dans ce cas est le code « 08 ».

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

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

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

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

Mode d'entrée dans l'unité

6 *Mutation*

Le malade vient d'une autre unité médicale :

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

7 *Transfert normal*

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

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

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

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

²⁰ Atelier de génération des RSA associés aux factures.

- d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* du même article.

8 Domicile

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

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

Voir plus loin le paragraphe 3 *Prestations interétablissements*

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

- en cas d'entrée par transfert ou mutation :

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

- en cas d'entrée à partir du domicile :

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

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

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

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

Dans ces conditions, le code de provenance 5 doit être enregistré dès lors qu'un hospitalisé a utilisé la structure d'accueil des urgences, quelle que soit l'unité médicale dans laquelle il est admis à l'issue, y compris s'il s'agit d'une unité rattachée aux urgences et quelle que soit sa dénomination courante locale²³.

6 Bénéficie d'une hospitalisation à domicile

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

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

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

7 En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale²⁴

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

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

Mode de sortie de l'unité

6 *Mutation*

Le malade sort vers une autre unité médicale :

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

7 Transfert normal

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

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

8 Domicile

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

9 Décès

Le malade est décédé dans l'unité médicale

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

Voir plus loin le paragraphe 3 *Prestations interétablissements*

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

- en cas de sortie par transfert ou mutation :
 - 1 Vers une unité de soins de courte durée (MCO)
 - 2 Vers une unité de soins de suite ou de réadaptation
 - 3 Vers une unité de soins de longue durée
 - 4 Vers une unité de psychiatrie
- en cas de mode de sortie vers le domicile :
 - 6 Avec hospitalisation à domicile
 - 7 Vers une structure d'hébergement médicosociale

²⁴ Voir la note 21.

Une absence provisoire du malade dite *permission* n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le RUM. Dans ce cas, les dates d'entrée et de sortie indiquées dans le RUM sont celles du début et de la fin du séjour dans l'unité médicale, au cours duquel la permission a eu lieu. Sa durée maximale est de quarante huit heures²⁵.

☐ Nombre de séances : se reporter au chapitre VI

2.1.3 Informations de nature médicale

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

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

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

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

☐ Données associées documentaires, s'il y a lieu²⁶

☐ Actes médicaux réalisés au cours du séjour

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

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

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

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

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

²⁶ Voir le chapitre IV, paragraphe III *Les diagnostics associés*.

²⁷ Si la variable « date de réalisation » est renseignée, la variable « nombre d'exécutions de l'acte » doit être égale à 1 (à l'exception des cas où le même acte serait réalisé plus d'une fois le même jour). Si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant le séjour, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte », une

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

La saisie des codes d'activité est obligatoire dans le RUM. En effet, lorsqu'un acte a été réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale, la saisie du code d'activité 4 peut être indispensable au classement correct du RSS.

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

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

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

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

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

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

par jour de réalisation de l'acte. Toutefois, outre le caractère facultatif de l'information « date de réalisation », on notera que le nombre de zones d'acte du format 011 du RUM est limité à 99.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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