

DOCUMENTATION ET CLASSIFICATION DES SÉJOURS HOSPITALIERS

GUIDE DE CODAGE DES SÉJOURS EN RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE

Thésaurus DCSH pour le codage des séjours de réhabilitation/rééducation et de soins palliatifs, destiné aux établissements hospitaliers avec des lits de moyen séjour, spécialisés en réhabilitation psychiatrique

Version 2027

Référence normative : Manuel de codage ICD-10-BE version 2025
Groupeur : 3M DRG Finder version 42

I. Avant-propos	3
1. Cadre légal et finalités de la documentation hospitalière	3
2. Gouvernance et normes de codage	3
3. Objet et champ d'application du présent guide	3
4. Organisation de l'information médicale et références normatives	3
5. Principes d'application	4
6. Contenu du guide	4
7. Définition de la réhabilitation psychiatrique	4
II. Particularité du codage en réhabilitation neuropsychiatrique	5
1. Définitions des variables diagnostiques	5
1.1. Diagnostic du séjour (DIDS*)	5
1.2. Diagnostic principal (DIDP*)	5
1.3. Diagnostics secondaires (DISE*)	5
2. Codage des procédures	6
3. Groupage	6
III. Recommandations pour le codage des séjours en établissement spécialisé	7
4. Codage du Diagnostic Principal	7
4.1. Règle fondamentale : distinction entre codes Z et codes F	7
4.2. Situation 1 : trouble psychiatrique encore actif : DP = Code F	7
4.3. Situation 2 : trouble psychiatrique stabilisé : DP = Code Z	8
4.4. Situations cliniques particulières	8
4.5. Grille décisionnelle F versus Z	9
4.6. Arbre décisionnel du diagnostic principal	10
5. Codage des diagnostics secondaires essentiels	10
5.1. Principes généraux	10
5.2. Trouble psychiatrique explicatif (lorsque le DP est un code Z)	10
5.3. Trouble psychiatrique associés	10
5.4. Comorbidités somatiques	10
5.5. Effets secondaires des traitements psychotropes	11
5.6. Limitations fonctionnelles	11
5.7. Déterminants sociaux de la santé	11
6. Codage des procédures (ICD-10-PCS)	12
6.1. Principes généraux	12
6.2. Procédures relevant de la réhabilitation psychiatrique	12
6.3. Section G : Mental Health	12
6.4. Section H : Substance Abuse Treatment	13
6.5. Section F – Physical Rehabilitation	13
6.6. Méthodologie de construction des codes PCS en réhabilitation psychiatrique	13
IV. Articulation avec le groupage APR-DRG	15
V. Transferts des données	16
1. Calendrier	16
2. Modalités de transfert des données	16
VI. Annexes	17
Annexe 1 – Diagnostics fréquemment rencontrés en réhabilitation psychiatrique	17
Troubles de l'humeur (F30-F39)	
Troubles de la personnalité (F60.-)	
Troubles liés à l'usage de substances (F10-F19)	18
Codes Z de réhabilitation et limitations fonctionnelles	18
Annexe 2 – Procédures fréquemment codées en réhabilitation psychiatrique	19
Annexe 3 – Glossaire des abréviations utilisées	20

I. Avant-propos

1. Cadre légal et finalités de la documentation hospitalière

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière établit le principe selon lequel tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour conformément à l'article 38 de la loi. Ces informations participent à l'évaluation des besoins sanitaires nationaux et sont utilisées dans le cadre de comparaisons internationales tel que le prévoit l'article 3.

La convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois en application des articles 47 et suivants du Code de la sécurité sociale, précise à l'article 47bis que les hôpitaux communiquent sur base semestrielle le relevé individuel des séjours stationnaires ainsi que des séjours en hospitalisation de jour. Cette transmission répond aux objectifs fixés par la loi hospitalière et permet d'assurer le suivi de l'activité hospitalière sur le plan national.

2. Gouvernance et normes de codage

La Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDocHosp) instituée par la loi du 8 mars 2018, est en charge du suivi du système de documentation médicale hospitalière au niveau national. Elle élabore les bonnes pratiques de codage applicables à l'ensemble des établissements hospitaliers luxembourgeois.

Les diagnostics ainsi que les interventions et examens médicaux sont codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS mises à disposition par le ministre dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage établies par la commission consultative de la documentation hospitalière.

3. Objet et champ d'application du présent guide

Le présent document définit les modalités de codage et de transfert des données des séjours pour l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique tel que défini à l'alinéa 2 de l'article 5 de la loi du 8 mars 2018

Il s'adresse conjointement aux médecins cliniciens, aux médecins DIM et aux professionnels en charge du codage des séjours.

Ce guide a vocation à garantir une application homogène, médicalement fondée et juridiquement sécurisée des classifications ICD-10-BE (ICD-10-CM&PCS) dans ce champ spécifique. Il est construit selon une logique équivalente à celle en vigueur pour les établissements de réhabilitation/réadaptation somatique et tient compte des instructions nationales de codage des séjours en réhabilitation psychiatrique.

Jusqu'à présent et conformément à la circulaire de la Caisse Nationale de Santé (CNS) du 1^{er} février 2019 relative à la documentation hospitalière des établissements de santé de moyen séjour, ces derniers n'étaient pas soumis au codage des procédures selon la classification ICD-10-PCS.

En accord avec les établissements spécialisés cette disposition évolue désormais afin de permettre le groupage des séjours selon le groupeur 3M DRG Finder, répondant ainsi aux obligations de qualité et aux exigences du ministère de la Santé et de la sécurité sociale en matière d'analyse des données d'activité hospitalière.

Le codage des procédures par les établissements spécialisés reste toutefois dépendant de la disponibilité de la mise en place de l'outil national de saisie des données et tient compte des spécificités organisationnelles et techniques ainsi que des pratiques professionnelles.

4. Organisation de l'information médicale et références normatives

Dans chaque établissement hospitalier, un service d'information médicale ou une équipe de professionnels du codage assurent plusieurs missions essentielles : la collecte des données, leur traitement, l'assurance de leur qualité, la transmission des informations structurées vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale ainsi que la conservation des données.

Les informations relatives à la documentation et classification des séjours hospitaliers sont enregistrées conformément au contenu du dossier patient.

Pour l'année 2026, la version de référence est le manuel de codage **ICD-10-BE version 2025**. La fonction de groupage des séjours est réalisée par la **version 42 du groupeur 3M**.

En cas de modifications de versions, les établissements sont informés par la CCDocHosp des versions référentes pour l'année suivante.

Les codes ICD-10-CM (diagnostics) et ICD-10-PCS (procédures) sont disponibles en version électronique à l'adresse <http://icd10be.health.belgium.be>

5. Principes d'application

Les modalités de codage définies dans le présent référentiel s'appliquent à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires dont la date de sortie appartient à une même année calendaire, soit du 1er janvier au 31 décembre. Ce référentiel traite exclusivement des modalités de codage spécifiques à la réhabilitation psychiatrique.

Il a été validé par la Commission consultative de la documentation hospitalière à la date du 12/06/2026 et est d'application à partir du **1er janvier 2027**.

6. Contenu du guide

Le présent guide comprend les éléments suivants :

- la définition de la réhabilitation psychiatrique et son positionnement dans le paysage de soins,
- les principes généraux de codage des diagnostics incluant la distinction fondamentale entre codes Z et codes F en diagnostic principal,
- les règles de codage des diagnostics secondaires, des limitations fonctionnelles et des déterminants sociaux de la santé,
- les principes et exemples de codage des procédures ICD-10-PCS spécifiques à la réhabilitation psychiatrique,
- les modalités d'articulation avec le groupage APR-DRG,
- les annexes de codes fréquemment utilisés et les grilles décisionnelles.

7. Définition de la réhabilitation psychiatrique

La réhabilitation psychiatrique correspond à une phase de soins hospitaliers succédant à un épisode psychiatrique aigu ou à une décompensation stabilisée. Elle vise prioritairement la récupération des capacités fonctionnelles, cognitives, relationnelles et sociales ainsi que la préparation à la réinsertion du patient dans son environnement de vie.

Elle se distingue :

- de la psychiatrie aiguë, centrée sur la gestion du risque et la stabilisation symptomatique,
- des dispositifs médico-sociaux, qui ne relèvent pas du champ hospitalier.

⚠ Cette distinction fonde l'ensemble des règles de codage exposées dans le présent guide. Le codage en réhabilitation psychiatrique ne peut être assimilé ni au codage de la psychiatrie aiguë ni à celui de la réhabilitation somatique bien qu'il partage avec ce dernier une logique commune.

La réhabilitation psychiatrique se caractérise par :

- un projet thérapeutique individualisé centré sur la stabilisation clinique, le rétablissement fonctionnel, la réadaptation psycho-sociale et la préparation à la réinsertion (domicile, structure intermédiaire, travail protégé);
- des programmes structurés de remédiation cognitive, de réhabilitation psychosociale et de psychoéducation,
- une approche pluridisciplinaire associant psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers spécialisés et assistants sociaux,
- une durée de séjour généralement plus longue que celle des séjours de psychiatrie aiguë, en rapport avec les objectifs de réhabilitation.

II. Particularité du codage en réhabilitation neuropsychiatrique

Les règles générales du codage hospitalier luxembourgeois s'appliquent intégralement aux séjours de réhabilitation psychiatrique. Le codage repose sur le manuel de référence ICD-10-BE et sur le présent guide de réhabilitation neuropsychiatrique, adapté au système de santé luxembourgeois.

Le codage doit respecter :

- l'utilisation exclusive des classifications ICD-10-CM pour les diagnostics et ICD-10-PCS pour les procédures,
- les définitions du Diagnostic du séjour (DIDS*), du Diagnostic Principal (DIDP*) et des Diagnostics secondaires (DISE*),
- le principe d'exhaustivité de toute affection influençant la prise en charge,
- la cohérence clinique entre diagnostics, procédures et projet thérapeutique.

**Variables des modalités de codage DCSH*

⚠ Spécificité essentielle : en réhabilitation psychiatrique, le diagnostic principal du séjour n'est pas nécessairement le trouble psychiatrique initial mais le motif médical justifiant la phase de réhabilitation. Cette règle est identique à celle appliquée en réhabilitation somatique.

Les établissements spécialisés appliquent les mêmes règles de codage que celles en vigueur dans le domaine des soins aigus. La classification ICD-10-CM offre la capacité de distinguer les différentes modalités de prise en charge spécifiques à la réhabilitation neuropsychiatrique.

1. Définitions des variables diagnostiques

1.1. Diagnostic du séjour (DIDS*)

Le diagnostic du séjour (variable DIDS) représente l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient dans l'établissement. En réhabilitation psychiatrique, il reflète l'inscription du séjour dans une logique de soins de suite et de réhabilitation et reflète la compréhension finale de la raison pour laquelle le patient a été admis dans l'établissement.

Il peut revêtir diverses formes : une prise en charge spécifique, une pathologie aiguë, un symptôme, des séquelles, un statut post-opératoire ou un traumatisme.

Conformément aux directives du manuel ICD-10-BE version 2025, la sélection du diagnostic du séjour en réhabilitation obéit aux mêmes principes que ceux applicables aux établissements de réhabilitation somatique.

1.2. Diagnostic principal (DIDP*)

Le diagnostic principal (variable DIDP) est une particularité luxembourgeoise du recueil de données.

Il correspond à l'affection reconnue après examen pour être la cause principale d'admission d'un épisode de prise en charge par une spécialité médicale telle que définie par l'établissement hospitalier. Il y a autant de DIDP qu'il y a de prises en charges par des spécialités médicales différentes au cours d'un même séjour.

Dans les établissements spécialisés il n'existe la plupart du temps qu'une seule spécialité médicale de prise en charge et donc le DIDP se confond avec le DIDS.

1.3. Diagnostics secondaires (DISE*)

Les diagnostics secondaires (variable DISE) regroupent l'ensemble des affections, troubles ou situations influençant la prise en charge sans constituer la raison principale du séjour. Le codage des diagnostics secondaires reflète une augmentation de la charge de travail diagnostique, thérapeutique ou de soins. Sont également répertoriés comme diagnostics secondaires tous les diagnostics nouveaux ou récidivants survenant pendant le séjour stationnaire. En réhabilitation psychiatrique, ils incluent notamment le trouble psychiatrique explicatif lorsque le DP est un code Z, les troubles psychiatriques associés, les comorbidités somatiques, les limitations fonctionnelles et les déterminants sociaux de la santé.

2. Codage des procédures

Dès la mise en œuvre de l'outil de codage national dans les établissements spécialisés, le codage de procédures significatives réalisées (ex : procédures de réhabilitation/rééducation) au cours d'un séjour en établissement spécialisé devient applicable afin de permettre le groupage des séjours selon le modèle en vigueur pour les hôpitaux de soins aigus. Cette évolution répond aux exigences de qualité et d'analyse des données d'activité hospitalière.

Compte tenu de la spécificité des établissements spécialisés luxembourgeois et de leurs pratiques professionnelles, une liste indicative de procédures est annexée au présent guide. Cette liste, non exhaustive, pourra être enrichie ultérieurement sur proposition des établissements ou de la Commission consultative de la documentation hospitalière.

Le codage des procédures respecte la classification ICD-10-PCS et obéit aux principes suivants :

- les procédures effectivement réalisées au cours du séjour dans l'établissement spécialisé et par l'établissement spécialisé peuvent être codées,
- cependant, les actes significatifs (par exemple, chimiothérapie intraveineuse) réalisés par un acteur externe à l'établissement, dans un autre établissement de soins, pour autant que le séjour dans l'établissement spécialisé ne soit pas interrompu, doivent être codés dans le séjour de l'établissement spécialisé. Ces actes sont enregistrés avec l'identifiant « G : Autre établissement » pour la variable PRLP* (Procédure Lieu de la Procédure). Pour la variable PRCM* (Procédure Code Médecin effectuant la Procédure), si le lieu de la procédure est égal à « G », veuillez indiquer le code « 000000000 »,
- une procédure réalisée avant l'hospitalisation en établissement spécialisé ne doit pas être codée dans le séjour. De même, une procédure programmée au cours d'une hospitalisation en établissement spécialisé mais réalisée ultérieurement, après la sortie du patient, ne doit pas être intégrée au codage du séjour.

3. Groupage

Le groupage des séjours hospitaliers constitue un processus d'analyse permettant de classer les séjours en fonction de leur consommation de ressources et de leur profil clinique. Cette classification repose sur l'algorithme 3M DRG Finder et génère plusieurs indicateurs permettant une analyse multidimensionnelle de l'activité hospitalière.

Le processus de groupage produit plusieurs éléments d'information structurés :

- APR-DRG à l'admission (Variable GRDA*) : caractérise la situation clinique justifiant l'admission du patient dans l'établissement spécialisé, fondé sur le diagnostic du séjour et les caractéristiques initiales de la prise en charge.
- APR-DRG du séjour (Variable GRDS*) : intègre l'ensemble des éléments du séjour, incluant les diagnostics secondaires et les procédures réalisées. Il reflète la complexité effective de la prise en charge et permet une analyse comparative entre séjours de nature similaire.
- Catégorie diagnostique majeure (MDC) : regroupe les séjours selon de grands systèmes anatomiques ou étiologiques. Cette classification permet une première approche de la nature de l'activité hospitalière par grandes spécialités médicales au moment de l'admission (Variable GRMA*) ou pour l'ensemble du séjour (Variable GRMS*).
- Niveau de sévérité (SOI) : caractérise la complexité clinique à l'admission (Variable GRSA*) ou du séjour (Variable GRSS*), prenant en compte l'ensemble des comorbidités et des complications survenues. Ce niveau influence directement la consommation de ressources associée à la prise en charge.
- Risque de mortalité (ROM) : évalue la probabilité de décès du patient en fonction de son état clinique global. Cet indicateur prend en considération la gravité des pathologies principales et associées, l'âge du patient ainsi que les comorbidités présentes. Il est évalué à l'admission (Variable GRRA*) et pour l'ensemble du séjour (Variable GRRS*),
- Classification médical ou chirurgical : caractérise la nature prédominante de la prise en charge lors d'un séjour : un séjour est qualifié de chirurgical lorsqu'une intervention opératoire constitue l'élément structurant de la prise en charge, tandis qu'un séjour médical repose principalement sur des traitements non opératoires.

Pour les établissements spécialisés, le groupage sera effectué par la DiSa dès que la collecte des données sera réalisée via l'outil national et après transmission de ces séjours à la DiSa.

III. Recommandations pour le codage des séjours en établissement spécialisé

Selon les directives du manuel ICD-10-BE version 2025, la sélection du diagnostic principal en établissement de réhabilitation/rééducation obéit aux principes suivants :

1. Utilisation des codes de suivi (codes Z) : un code de suivi « approprié » est utilisé en diagnostic principal pour les patients admis en établissement de soins de suite, pour des soins de suivi après la phase de traitement actif et quand la pathologie est cliniquement stabilisée. Ces codes permettent de distinguer les différentes modalités de prise en charge spécifiques.
2. Pour les maladies aiguës en cours : Un code de suivi (code Z) ne doit PAS être attribué lorsque la prise en charge est destinée à une maladie aiguë encore active. Dans ce cas, le code du diagnostic de la maladie elle-même est utilisé.
3. Complémentation par un code explicatif : lorsqu'un code de suivi (code Z) est utilisé en diagnostic principal, il doit être complété dans la plupart des cas par un code "explicatif" en diagnostic secondaire pour une meilleure compréhension du codage.
4. Séquençage cohérent : Il est recommandé aux codeurs de saisir les codes complémentaires « explicatifs » à la suite du code principal pour faciliter la lecture et l'interprétation du codage du diagnostic principal.

Selon les directives du manuel ICD-10-BE version 2025, la sélection du diagnostic principal en réhabilitation psychiatrique obéit aux mêmes principes généraux que ceux des établissements de réhabilitation somatique, avec des adaptations spécifiques liées à la nature des pathologies psychiatriques.

Dans la suite de ce document la dénomination DP (Diagnostic Principal) s'applique aussi bien au DIDS qu'au DIDP.

4. Codage du Diagnostic Principal

4.1. Règle fondamentale : distinction entre codes Z et codes F

La détermination du diagnostic principal repose sur l'évaluation de l'état clinique du patient au moment de son admission et pendant son séjour. Deux situations doivent être distinguées selon que la pathologie neuropsychiatrique est stabilisée ou encore évolutive.

 **Point clé :** conformément aux instructions nationales, deux situations fondamentales doivent être distinguées pour la détermination du DP en réhabilitation psychiatrique, selon que le trouble psychiatrique est cliniquement stabilisé ou encore actif.

4.2. Situation 1 : trouble psychiatrique encore actif : DP = Code F

Lorsque le trouble psychiatrique reste cliniquement actif, nécessite des adaptations thérapeutiques majeures ou conditionne l'intensité de la surveillance médicale, le DP est un code F de la classification ICD-10-CM.

Exemple 3 : Patient présentant une schizophrénie paranoïde avec symptômes délirants persistants nécessitant des ajustements thérapeutiques quotidiens, admis en réhabilitation pour programme de remédiation cognitive associé.

DP : F20.0 Paranoid schizophrenia

Exemple 4 : Patient présentant un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, transféré en unité de réhabilitation mais nécessitant encore une surveillance rapprochée et des adaptations thérapeutiques fréquentes.

DP : F33.2 Major depressive disorder, recurrent severe without psychotic features

⚠ *Un code de suivi (code Z) ne doit PAS être attribué lorsque la prise en charge est destinée à un trouble psychiatrique aigu ou instable en cours. Dans ce cas, le code du diagnostic du trouble lui-même est utilisé. Le diagnostic est alors suffisamment explicite et ne nécessite aucune précision supplémentaire par un code Z.*

4.3. Situation 2 : trouble psychiatrique stabilisé : DP = Code Z

Lorsque le séjour est principalement structuré par un programme de réhabilitation fonctionnelle, cognitive ou psychosociale et que le trouble psychiatrique est cliniquement stabilisé, le DP est un code Z. Le trouble psychiatrique sous-jacent est alors codé en diagnostic secondaire (DISE*).

Exemple 1 : Patient admis après un premier épisode psychotique traité en psychiatrie aiguë, dont le séjour est consacré à la remédiation cognitive et à la préparation de la réinsertion sociale.

DP : Z51.89 Encounter for other specified aftercare

DISE : F20.9 Schizophrenia, unspecified

Exemple 2 : Patiente en rémission d'un trouble bipolaire, admise pour un programme structuré de réhabilitation psychosociale visant le retour à l'emploi.

DP : Z51.89 Encounter for other specified aftercare

DISE : F31.7- Bipolar disorder, currently in remission

DISE : Z56.9 Unspecified problems related to employment

4.4. Situations cliniques particulières

4.4.1. Réhabilitation après tentative de suicide

Lorsque le patient est admis en réhabilitation psychiatrique après stabilisation d'une tentative de suicide, le codage dépend de l'état clinique à l'admission.

Exemple 5 : Patient admis en réhabilitation après tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (opioïde) dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, cliniquement stabilisé. Le séjour est orienté vers la prévention de la récurrence et la réhabilitation psychosociale.

DP: F33.41 Major depressive disorder, recurrent, in partial remission

DISE : T40.2X2D Poisoning by other opioids, intentional self-harm (subsequent)

DISE : Z91.51 Personal history of suicidal behavior

4.4.2. Double diagnostic : trouble psychiatrique et addiction

Lorsque le séjour de réhabilitation prend en charge simultanément un trouble psychiatrique et un trouble lié à l'usage de substances le DP correspond, selon le contexte clinique, au trouble qui structure principalement la prise en charge de réhabilitation. Ce choix dépend notamment du caractère actif des troubles ou de leur stabilisation clinique. Il s'agit de la suite de soins (code Z) en DP si les 2 pathologies sont considérées stabilisées.

Exemple 6 : Patient schizophrène sous traitement, admis en réhabilitation pour programme intégré schizophrénie-addiction. Dépendance alcoolique en abstinence avec isolement social.

DP :	F20.9	Schizophrenia, unspecified
DISE :	F10.21	Alcohol dependence, with remission
DISE :	Z60.2	Problems related to living alone

4.4.3. Adaptation de traitement psychotrope au long cours

Pour les admissions visant la surveillance thérapeutique et l'adaptation d'un traitement psychotrope prescrit au long cours :

Exemple 7 : Patient schizophrène admis pour adaptation de son traitement par clozapine nécessitant une surveillance hématologique rapprochée.

DP:	Z51.81	Encounter for therapeutic drug level monitoring
DISE:	F20.9	Schizophrenia, unspecified
DISE:	Z79.899	Other long term (current) drug therapy

4.5. Grille décisionnelle F versus Z

La grille décisionnelle suivante doit être appliquée systématiquement pour déterminer le choix du code en diagnostic principal. En cas de doute, la charge de surveillance médicale prévaut.

Critère clinique	DP = Code F	DP = Code Z
Épisode psychiatrique aigu ou instable	OUI	NON
Surveillance rapprochée nécessaire	OUI	NON
Adaptations thérapeutiques fréquentes	OUI	NON
Séjour structuré par des objectifs de réhabilitation uniquement	Diagnostic secondaire	OUI
Trouble psychiatrique cliniquement stabilisé	NON	OUI

4.6. Arbre décisionnel du diagnostic principal

Le tableau suivant synthétise les situations de codage du diagnostic principal rencontrées en réhabilitation psychiatrique.

Situation clinique	DP	DS explicatif	DS complémentaire
Trouble psychiatrique aigu/instable en cours	Code F	–	Selon contexte
Trouble stabilisé – réhabilitation psychosociale	Z51.89	Code F	Codes Z sociaux
Trouble stabilisé – réhabilitation non spécifiée	Z51.89	Code F	Selon contexte
Soins de suite après épisode psychiatrique complètement résolu	Z51.89	Z86.- / Z87.-	Selon contexte
Adaptation de traitement psychotrope au long cours	Z51.81	Code F	Z79.-
Double diagnostic psy + addiction (selon contexte, voir si stabilisés ou cliniquement actifs)	Z51.89 ou Code F (selon contexte)	Code F + F1x	Codes Z sociaux
Post-tentative de suicide dans le cadre de dépression	Code F	Code T (TS en réhabilitation)	Z91.5-

5. Codage des diagnostics secondaires essentiels

5.1. Principes généraux

Doivent être codés en diagnostics secondaires toutes les affections qui coexistent au moment de l'admission ou qui se développent ultérieurement, qui sont cliniquement significatives et qui influent sur la prise en charge du patient. Elles doivent nécessiter une évaluation clinique, un traitement thérapeutique, des examens diagnostiques, une prolongation de l'hospitalisation ou une augmentation des soins infirmiers et/ou de la surveillance.

⚠ Les diagnostics qui se rapportent à un épisode antérieur et qui n'ont aucun lien avec l'hospitalisation actuelle doivent être exclus.

5.2. Trouble psychiatrique explicatif (lorsque le DP est un code Z)

Lorsque le diagnostic principal est un code Z, le trouble psychiatrique sous-jacent justifiant la réhabilitation doit systématiquement être codé en premier diagnostic secondaire. Ce code F explicatif permet de comprendre le motif de la réhabilitation et influence le groupage APR-DRG.

💡 Recommandation : il est recommandé de saisir le code F explicatif immédiatement après le code Z principal pour une meilleure lisibilité du codage.

5.3. Trouble psychiatrique associés

Les troubles psychiatriques associés fréquemment rencontrés en réhabilitation doivent être codés lorsqu'ils influencent la prise en charge :

- troubles de la personnalité (F60.- à F69.-),
- troubles liés à l'usage de substances (F10.- à F19.-),
- troubles anxieux associés (F40.- à F48.-),
- troubles dépressifs associés (F32.- à F33.-),
- troubles du spectre autistique (F84.-),
- déficience intellectuelle (F70.- à F79.-).

5.4. Comorbidités somatiques

Les comorbidités somatiques fréquemment rencontrées chez les patients psychiatriques en réhabilitation doivent être codées lorsqu'elles nécessitent une surveillance ou un traitement. Les pathologies

métaboliques (diabète, syndrome métabolique), cardiovasculaires et endocriniennes liées aux traitements psychotropes sont particulièrement fréquentes.

5.5. Effets secondaires des traitements psychotropes

Les effets secondaires des traitements psychotropes sont fréquents en réhabilitation et doivent être codés avec précision. On utilise en premier lieu un code précisant la nature de l'effet secondaire, suivi d'un code combiné du médicament responsable (catégories T36-T50, adverse effect, 5e ou 6e caractère = 5).

Le 7^{ème} caractère définit si l'effet secondaire est toujours actif ou non.

Exemple 8 : Syndrome métabolique secondaire à un traitement par olanzapine chez un patient schizophrène en réhabilitation.

DISE : **E88.81** Metabolic syndrome

DISE : **T43.595A** Adverse effect of other antipsychotics and neuroleptics, initial encounter

Exemple 9 : Dyskinésie tardive secondaire à un traitement neuroleptique au long cours.

DISE : **G24.01** Drug induced subacute dyskinesia

DISE : **T43.3X5D** Adverse effect of phenothiazine antipsychotics and neuroleptics, subsequent encounter

5.6. Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles constituent un volet important de la réhabilitation psychiatrique. Elles doivent être systématiquement évaluées, documentées et codées.

 La documentation exhaustive des limitations fonctionnelles est essentielle : elle conditionne le niveau de sévérité (SOI) et influence directement le groupage APR-DRG.

5.7. Déterminants sociaux de la santé

Les codes relatifs aux déterminants sociaux de la santé (DSS) décrivant les problèmes sociaux, les conditions ou les facteurs de risque qui influencent la santé d'un patient doivent être codés lorsque ces informations sont consignées dans son dossier médical. En réhabilitation psychiatrique, ces facteurs ont un impact souvent majeur sur la durée du séjour, les modalités de sortie et le pronostic de réinsertion.

Codes Z55.- à Z65.-

Codes sociaux fréquemment utilisés en réhabilitation psychiatrique

Code	Libellé	Contexte d'utilisation
Z56.9	Unspecified problems related to employment	Problèmes liés à l'emploi
Z59.00	Homelessness, unspecified	Patient sans domicile fixe
Z59.41	Food insecurity	Insécurité alimentaire documentée
Z60.2	Problems related to living alone	Isolement social impactant la prise en charge
Z60.4	Social exclusion and rejection	Exclusion sociale documentée
Z63.0	Problems in relationship with spouse or partner	Difficultés conjugales impactant le rétablissement
Z65.3	Problems related to other legal circumstances	Mesures judiciaires en cours

6. Codage des procédures (ICD-10-PCS)

6.1. Principes généraux

Le codage des procédures vise à décrire les programmes thérapeutiques structurés réellement mis en œuvre par l'établissement. Selon le manuel de codage ICD-10-BE (version 2025), une procédure est dite significative si elle comporte un risque propre ou requiert une formation spécialisée.

Principes à respecter :

- seules les procédures significatives effectivement réalisées par l'établissement pendant le séjour peuvent être codées.
- les actes significatifs réalisés par un acteur externe à l'établissement, dans un autre établissement de soins, pour autant que le séjour ne soit pas interrompu, doivent être codés avec l'identifiant « g : autre établissement » pour la variable PRLP*.
- le codage doit se limiter à un nombre restreint de procédures significatives (une à deux procédures au maximum par séjour), en privilégiant celles ayant constitué l'axe principal de prise en charge.
- les activités informelles ou purement occupationnelles ne peuvent pas être codées.

⚠ Les activités informelles, récréatives ou purement occupationnelles (ateliers libres, promenades, activités de loisirs non structurées) ne constituent pas des procédures significatives et ne doivent pas être codées.

6.2. Procédures relevant de la réhabilitation psychiatrique

Relèvent notamment du codage PCS :

- les évaluations psychiatriques et neurocognitives structurées,
- les programmes de réhabilitation psychosociale,
- les programmes de remédiation cognitive,
- les programmes formalisés de psychoéducation,
- les thérapies de groupe structurées,
- l'entraînement aux activités de la vie quotidienne (AVQ),
- les programmes de gestion de la médication.

Outre la Section F (Physical Rehabilitation), la réhabilitation psychiatrique utilise deux sections spécifiques de l'ICD-10-PCS pour le codage des procédures de santé mentale : section G (Mental Health) et section H (Substance Abuse Treatment)

6.3. Section G : Mental Health

La section G couvre les procédures de santé mentale. Chaque code est composé de 7 caractères. La structure est la suivante :

Position	Désignation	Description pour la Section G
1	Section	G = Mental Health
2	Body System	Z = None
3	Root Type	Type de procédure (voir tableau ci-dessous)
4	Type Qualifier	Précision du type de thérapie
5	Qualifier	Z = None (le plus souvent)
6	Qualifier	Z = None
7	Qualifier	Z = None

Ex : Mini mental test : GZ14ZZZ Psychological Tests, Neurobehavioral and Cognitive Status

Root Types de la Section G pertinents en réhabilitation psychiatrique

Code	Root Type	Application en réhabilitation
1	Psychological Tests	Bilans neurocognitifs, tests psychométriques structurés
2	Crisis Intervention	Gestion de crise ponctuelle pendant le séjour
5	Individual Psychotherapy	Psychothérapie individuelle structurée (TCC, etc.)
6	Counseling	Conseil thérapeutique, entretiens motivationnels
7	Family Psychotherapy	Thérapie familiale dans le cadre du programme de réhabilitation
B	Electroconvulsive Therapy	ECT si réalisée pendant le séjour
C	Biofeedback	Techniques de biofeedback structurées

6.4. Section H : Substance Abuse Treatment

La section H couvre les procédures de traitement des addictions. Elle est utilisée lorsque le séjour de réhabilitation inclut un programme formel de traitement des addictions. Les Root Types les plus pertinents sont :

Root Types de la Section H pertinents en réhabilitation psychiatrique

Code	Root Type	Application
2	Detoxification Services	Sevrage médicalisé si réalisé pendant le séjour
3	Individual Counseling	Entretiens individuels addictologiques
4	Group Counseling	Thérapie de groupe pour addictions
5	Individual Psychotherapy	Psychothérapie individuelle centrée sur l'addiction
6	Family Counseling	Accompagnement familial en addictologie
8	Medication Management	Gestion médicamenteuse de la substitution/prévention de rechute
9	Pharmacotherapy	Pharmacothérapie spécifique (naltrexone, acamprosate, etc.)

Exemples :

- Désintoxication à l'alcool et/ou aux drogues : HZ2ZZZZ Detoxification Services for Substance Abuse Treatment
- Programme de readaptation en cas de dépendance d'alcool et/ou de drogue : HZ39ZZZ (Individual Counseling for Substance Abuse Treatment, Continuing Care)
- ! si les 2 procédures ont été effectuées. Il est important de coder les 2.

6.5. Section F – Physical Rehabilitation

Certaines procédures de la Section F (Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology) sont également pertinentes en réhabilitation psychiatrique, notamment pour les patients présentant un déconditionnement physique, des troubles psychomoteurs ou des limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne.

La structure des codes de la Section F est identique à celle décrite dans le Guide de codage des établissements de rééducation/réhabilitation somatique. Les procédures les plus fréquemment utilisées en réhabilitation psychiatrique sont les évaluations fonctionnelles (Root Types 0-2), les traitements des AVQ (Root Type 8) et la formation des aidants (Root Type F).

6.6. Méthodologie de construction des codes PCS en réhabilitation psychiatrique

La démarche de construction est identique pour toutes les sections :

- identifier la section appropriée (G pour santé mentale, H pour addictions, F pour réhabilitation physique),
- déterminer le Root Type correspondant à la procédure réalisée,
- préciser les qualificatifs selon les axes restants,
- vérifier le code dans la liste systématique ICD-10-PCS.

Exemples de construction de codes

Exemple 11 : Psychothérapie cognitive individuelle

Situation : patient schizophrène en réhabilitation bénéficiant d'une psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle structurée.

- Section : G (Mental Health)
- Body System : Z (None)
- Root Type : 5 (Individual Psychotherapy)
- Type Qualifier : 2 (Cognitive-Behavioral)
- Qualifier 5-6-7 : Z Z Z

Code final : GZ58ZZZ (*Individual Psychotherapy, Cognitive-Behavioral*)

Exemple 12 : Évaluation neurocognitive structurée

Situation : bilan neurocognitif complet réalisé dans le cadre du programme de remédiation cognitive.

- Section : G (Mental Health)
- Body System : Z (None)
- Root Type : 1 (Psychological Tests)
- Type Qualifier : 3 (Neuropsychological)
- Qualifier 5-6-7 : Z Z Z

Code final : GZ13ZZZ (*Psychological Tests, Neuropsychological*)

Exemple 13 : Thérapie de groupe pour addictions

Situation : patient présentant une comorbidité addictive participant à un programme structuré de groupe de prévention de la rechute.

- Section : H (Substance Abuse Treatment)
- Body System : Z (None)
- Root Type : 4 (Group Counseling)
- Type Qualifier : 1 (Behavioral)
- Qualifier 5-6-7 : Z Z Z

Code final : HZ41ZZZ (*Group Counseling for Substance Abuse Treatment, Behavioral*)

Exemple 14 : Entraînement AVQ – Gestion des repas

Situation : patient en réhabilitation participant à un programme structuré d'entraînement à la préparation des repas (ergothérapie).

- Section : F (Physical Rehabilitation)
- Section Qualifier : 0 (Rehabilitation)
- Root Type : 8 (Activities of Daily Living Treatment)
- Body System : Z (None)
- Type Qualifier : 3 (Feeding/Eating)
- Equipment : Z (None)
- Qualifier : Z (None)

Code final : F08Z3ZZ (*Feeding/Eating Treatment*)

IV. Articulation avec le groupage APR-DRG

La qualité du codage conditionne directement le groupage APR-DRG, le niveau de sévérité et la comparabilité nationale des données. Le processus de groupage produit les mêmes éléments d'information structurés que pour la réhabilitation somatique : APR-DRG à l'admission (GRDA*), APR-DRG du séjour (GRDS*), catégorie diagnostique majeure (MDC), niveau de sévérité (SOI) et risque de mortalité (ROM).

En réhabilitation psychiatrique, une attention particulière doit être portée aux éléments suivants :

- l'exhaustivité des diagnostics secondaires : chaque comorbidité psychiatrique, somatique et chaque limitation fonctionnelle documentée influence le niveau de sévérité.
- la cohérence du choix Z vs F : un code Z en DP avec des comorbidités psychiatriques complexes en DISE* oriente vers des MDC différentes qu'un code F en DP.
- la documentation des limitations fonctionnelles : ces codes sont essentiels pour refléter la charge de soins réelle.
- le codage des procédures : les procédures de la Section G (Mental Health) et de la Section H (Substance Abuse Treatment) participent à la caractérisation médical/chirurgical du séjour.

⚠ *Un codage incomplet ou incohérent des diagnostics secondaires en réhabilitation psychiatrique sous-estime systématiquement la complexité réelle de la prise en charge et peut conduire à un classement dans un APR-DRG ne reflétant pas la charge de soins effective.*

V. Transferts des données

Le mode de transmission sécurisé sera confirmé dans un cahier des charges pour les données à envoyer à la CNS et dans un futur règlement grand-ducal pour les données à envoyer à la Direction de la Santé.

1. Calendrier

Les fichiers DCSH des hôpitaux sont transmis par les hôpitaux par périodes semestrielles à la CNS et à la Direction de la santé selon le calendrier suivant :

Au plus tard le 1^{er} avril de chaque année, l'hôpital transmet les données mentionnées au chapitre II du présent document pour toutes les hospitalisations dont la fin de séjour (date de sortie) a lieu entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre de l'année précédente.

Au plus tard le 1^{er} octobre de chaque année, l'hôpital transmet les données mentionnées au chapitre II du présent document pour toutes les hospitalisations dont la fin de séjour (date de sortie) a lieu entre le 1^{er} janvier et le 31 juin de la même année.

2. Modalités de transfert des données

Les fichiers de données DCSH doivent être transmis séparément à la CNS et à la DiSa selon des modalités spécifiques, précisées ci-dessous.

Pour la Direction de la santé, les variables devant être codées et transmises :

1a IDCF	2a PAMA	4a ADNA	5a SODS	6a SMSM	7a SHSH	8a MTSP	9a PRCP*	10a DIDP
1b IDVI	2b PASE	4b ADDA	5b SOHS	6b SMDD	7b SHSI	8b MTDD	9b PRDP*	10b DIDS
	2c PADN	4c ADHA	5c SOMS	6c SMHD	7c SHDD	8c MTHD	9c PRPH*	10c DISE
1d IDAS	2d PAPR		5d SOED	6d SMDF	7d SHHD	8d MTDF	9d PRLP*	10d DIPA
1e IDDE	2e PACP	4e ADPP		6e SMHF	7e SHDF	8e MTHF	9e PRCM*	
1f IDHE	2f PANA	4f ADEP			7f SHHF		9f PRSM*	
	2g PAAS	4g ADME					9g PRTA*	
		4h ADAD						

* Ces variables seront transmises dès la mise en œuvre de l'outil de codage national dans les établissements spécialisés.

Pour la CNS, seules les variables suivantes doivent être transmises :

1a IDCF	2a PAMA	4a ADNA	5a SODS	6a SMSM	7a SHSH	10a DIDP
1b IDVI	2b PASE	4b ADDA	5b SOHS	6b SMDD	7b SHSI	10b DIDS
	2c PADN	4c ADHA	5c SOMS	6c SMHD	7c SHDD	10c DISE
1d IDAS	2d PAPR		5d SOED	6d SMDF	7d SHHD	10d DIPA
1e IDDE	2e PACP	4e ADPP		6e SMHF	7e SHDF	
1f IDHE		4f ADEP			7f SHHF	
	2g PAAS	4g ADME				

VI. Annexes

Annexe 1 – Diagnostics fréquemment rencontrés en réhabilitation psychiatrique

Troubles schizophréniques (F20.-)

Code	Libellé
F20.0	Paranoid schizophrenia
F20.1	Disorganized schizophrenia
F20.2	Catatonic schizophrenia
F20.3	Undifferentiated schizophrenia
F20.5	Residual schizophrenia
F20.81	Schizophreniform disorder
F20.89	Other schizophrenia
F20.9	Schizophrenia, unspecified
F25.0	Schizoaffective disorder, bipolar type
F25.1	Schizoaffective disorder, depressive type

Troubles de l'humeur (F30-F39)

Code	Libellé
F31.-	Bipolar disorder
F32.-	Depressive episode
F33.-	Major depressive disorder, recurrent
F33.0	Major depressive disorder, recurrent, mild
F33.1	Major depressive disorder, recurrent, moderate
F33.2	Major depressive disorder, recurrent severe without psychotic features
F33.41	Major depressive disorder, recurrent, in partial remission
F41.1	Generalized anxiety disorder

Troubles de la personnalité (F60.-)

Code	Libellé
F60.0	Paranoid personality disorder
F60.1	Schizoid personality disorder
F60.2	Antisocial personality disorder
F60.3	Borderline personality disorder
F60.4	Histrionic personality disorder
F60.9	Personality disorder, unspecified
F60.0	Paranoid personality disorder
F43.1-	Post-traumatic stress disorder (PTSD)
F43.10	Post-traumatic stress disorder, unspecified
F17.200	Nicotine dependence, unspecified, uncomplicated

Troubles liés à l'usage de substances (F10-F19)

Code	Libellé
F10.20	Alcohol dependence, uncomplicated
F10.21	Alcohol dependence, in remission
F11.20	Opioid dependence, uncomplicated
F11.21	Opioid dependence, in remission
F12.20	Cannabis dependence, uncomplicated
F14.20	Cocaine dependence, uncomplicated
F14.21	Cocaine dependence, in remission
F19.20	Other psychoactive substance dependence, uncomplicated

Codes Z de réhabilitation et limitations fonctionnelles

Code	Libellé
Z51.81	Encounter for therapeutic drug level monitoring
Z51.89	Encounter for other specified aftercare
Z56.0	Unemployment, unspecified
Z98.890	Other specified postprocedural states
Z65.1	Imprisonment and other incarceration
Z60.9	Problem related to social environment, unspecified
Z60.2	Problems related to living alone
Z59.1	Inadequate housing
Z59.0	Homelessness
Z55.9	Problems related to education and literacy, unspecified
R45.87	Impulsiveness
R45.0	Nervousness

Codes Z d'antécédents

Code	Libellé
Z86.-	Personal history of certain other diseases
Z87.-	Personal history of other diseases and conditions

Annexe 2 – Procédures fréquemment codées en réhabilitation psychiatrique

Procédures de la Section G (Mental Health)

Code PCS	Libellé	Description / Indication
GZ13ZZZ	Psychological Tests, Neuropsychological	Bilan neurocognitif complet structuré
GZ14ZZZ	Psychological Tests, Neurobehavioral and Cognitive Status	Évaluation du statut neurocomportemental
GZ58ZZZ	Individual Psychotherapy, Cognitive-Behavioral	TCC individuelle structurée
GZ53ZZZ	Individual Psychotherapy, Interpersonal	Psychothérapie interpersonnelle
GZ52ZZZ	Individual Psychotherapy, Cognitive	Remédiation cognitive individuelle
GZ59ZZZ	Individual Psychotherapy, Psychoeducation	Psychoéducation individuelle structurée
GZ60ZZZ	Counseling, Educational	Conseil éducatif (gestion de la maladie)
GZ63ZZZ	Counseling, Other Counseling	Entretiens motivationnels, orientation
GZ7ZZZZ	Family Psychotherapy	Thérapie familiale dans le programme

Procédures de la Section H (Substance Abuse Treatment)

Code PCS	Libellé	Description / Indication
HZ31ZZZ	Individual Counseling, Behavioral	Entretien individuel addictologique comportemental
HZ33ZZZ	Individual Counseling, Cognitive	Entretien individuel addictologique cognitif
HZ41ZZZ	Group Counseling, Behavioral	Groupe de prévention de rechute comportemental
HZ43ZZZ	Group Counseling, Cognitive	Groupe de prévention de rechute cognitif
HZ52ZZZ	Individual Psychotherapy, Cognitive-Behavioral	TCC individuelle centrée addiction
HZ6ZZZZ	Family Counseling	Accompagnement familial en addictologie
HZ81ZZZ	Medication Management, Methadone Maintenance	Gestion de la méthadone

Procédures de la Section F pertinentes en réhabilitation psychiatrique

Code PCS	Libellé	Description / Indication
F02Z4ZZ	ADL Assessment, Home Management	Évaluation de la gestion du domicile
F08Z1FZ	Dressing Treatment using Assistive Equipment	Entraînement habillage avec aides techniques
F07M0ZZ	Motor Treatment, Range of Motion and Joint Mobility, Whole Body	Reconditionnement physique global

Annexe 3 – Glossaire des abréviations utilisées

APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CCDocHosp	Commission consultative de la documentation hospitalière
CNS	Caisse nationale de santé
DCSH	Documentation et Classification des Séjours Hospitaliers
DIDP	Diagnostic Principal
DIDS	Diagnostic Du Séjour
DIM	Département d'Information Médicale
DISE	Diagnostic Secondaire
DiSa	Direction de la santé
DP	Diagnostic Principal
DS	Diagnostic Secondaire
DSS	Déterminants Sociaux de la Santé
ECT	Electroconvulsive Therapy (sismothérapie)
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
ICD-10-BE	International Classification of Diseases, 10th Revision, Belgian Edition
ICD-10-CM	International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System
MDC	Major Diagnostic Category (Catégorie Diagnostique Majeure)
PCS	Procedure Coding System
RECOs	Remédiation COgnitive pour la Schizophrénie
ROM	Risk of Mortality (Risque de Mortalité)
SOI	Severity of Illness (Niveau de Sévérité)
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale