



Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Saisines de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relatives
aux contrôles réalisés dans le cadre de la tarification à l'activité des
établissements de santé

Avis relatifs aux règles de hiérarchisation et de codage
des informations médicales

Rapport annuel relatif à la campagne de contrôle 2007
portant sur les données d'activité de l'année 2006

Juin 2009

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL	3
1.1 HOSPITALISATION POUR DIAGNOSTIC	3
1.1.1 Le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale	3
1.1.2 Il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie	4
1.1.3 Situations équivalentes	4
1.2 HOSPITALISATION POUR TRAITEMENT	8
1.2.1 Traitement répétitif	9
1.2.2 Traitement « unique »	10
1.3 HOSPITALISATION POUR SURVEILLANCE	12
1.3.1 Surveillance négative	12
1.3.2 Surveillance positive	14
1.4 DÉCÈS	14
2. LE DIAGNOSTIC RELIÉ	15
3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS	15
4. LES ACTES	17
5. LE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10)	17
5.1 SÉQUELLES	17
5.2 COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES	17
5.2.1 Le code du groupe T80–T88 est le plus précis	17
5.2.2 Le codage selon la nature de la complication est plus précis	17
5.3 INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES	19
5.4 ANTÉCÉDENTS	19
5.5 PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE	19
5.6 EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM-10 (CODES Z)	19
5.7 AUTRES	20

6. DIVERS	20
6.1 QUESTION HORS DES COMPÉTENCES DE L'ATIH	20
6.2 AVIS IMPOSSIBLES	20
ANALYSE QUANTITATIVE DES AVIS PAR THÈMES	22
CONCLUSION	23
RÉFÉRENCES	27
EXEMPLES D'AVIS PAR THÈMES	29

INTRODUCTION

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a pour missions principales le pilotage, la mise en œuvre et l'accessibilité aux tiers du dispositif de recueil de l'activité médicoéconomique des établissements de santé, le traitement de ces données, et l'apport de son concours aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé [1]. Récemment, le champ d'action de l'agence a été élargi à la gestion technique du dispositif de financement des établissements de santé ainsi qu'à l'analyse financière et médicoéconomique de leur activité [2].

Dans ce cadre, l'agence participe à la maintenance du dispositif de contrôle des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (T2A), au double titre de la conception du dispositif et de la réalisation des outils techniques.

Il convient de rappeler que le décret n° 2006-307 dit décret « sanctions » [3] prévoit qu'au vu du rapport de contrôle, l'unité de coordination régionale (UCR) de l'agence régionale de l'hospitalisation peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre. S'agissant de consultations concernant des divergences portant sur les règles de production de l'information médicale, l'expert consulté est l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [4].

L'agence est compétente sur ce sujet puisque, dans le cadre de ses missions, elle rédige un *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* [5]. La version applicable à la production des informations d'activité de 2006 est le *Bulletin officiel spécial* n° 2006/2 bis. Les conditions de production des résumés de séjour sont décrites au chapitre I, la hiérarchisation et le codage des informations médicales au chapitre IV et les consignes de codage avec la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* [6] au chapitre V.

Le *Guide méthodologique* précise les règles de sélection de l'information, de hiérarchisation et de codage, et les nomenclatures à utiliser pour produire un *résumé d'unité médicale* à partir du dossier médical du patient.

La procédure de saisine de l'ATIH dans le cadre du précontentieux faisant suite à un contrôle externe au titre de la T2A figure dans l'annexe 7 du *Guide du contrôle externe régional* [7].

L'année 2008 a été la deuxième à voir mises en œuvre les saisines dans le cadre défini par la circulaire du 31 juillet 2007 [4]. L'ATIH a organisé la procédure de réponse par un dispositif d'avis collégial des médecins experts du service *Classification et information médicale* de l'agence.

L'ATIH se propose de produire un rapport annuel des saisines dont elle est l'objet, dans un but de transparence et d'amélioration de la qualité des informations médicales produites.

Dans le présent rapport le choix a été fait, pour répondre à cet objectif pédagogique et pour établir un lien plus efficace avec les règles, de suivre le même plan que celui du *Guide méthodologique*.

Ce rapport a pour objectif :

- de décrire sur quelles divergences portaient les saisines ;
- de donner des exemples d’avis, choisis pour illustrer et rappeler la manière dont les informations doivent être hiérarchisées et codées en fonction des règles officielles de production des résumés de séjour ;
- de sensibiliser les établissements à l’importance des copies des pièces du dossier médical du patient communiquées. Il est toujours pris connaissance des argumentaires produits dans les saisines, mais il ne peut en être tenu compte que dans la mesure où ils sont étayés par le contenu des dites pièces.

1. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Les règles de choix du diagnostic principal d'un séjour sont données dans le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*, dans son chapitre IV *Hierarchisation et codage des informations des résumés de séjour*. Le choix du diagnostic principal du *résumé d'unité médicale* (RUM) est déterminant pour le classement en *groupe homogène de malades* (GHM). Il est donc important qu'il soit bien maîtrisé.

Selon le *Guide méthodologique* « le diagnostic principal est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ».

À cette définition s'ajoute un guide des situations cliniques qui distingue trois situations principales orientant le choix du diagnostic principal :

- situation de diagnostic ;
- situation de traitement ;
- situation de surveillance.

1.1 HOSPITALISATION POUR DIAGNOSTIC

La situation de diagnostic est définie dans le *Guide méthodologique* comme étant « celle d'un malade hospitalisé pour un ou des symptômes appelant un diagnostic étiologique ». Dans cette situation, l'hospitalisation peut connaître deux issues : l'établissement d'un diagnostic étiologique ou non.

1.1.1 Le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale

Selon le *Guide méthodologique*, pour un malade hospitalisé en raison de symptômes, « lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection cause du ou des symptômes, elle est le diagnostic principal ».

26 avis ont été prononcés par l'ATIH en référence à cette règle (voir "analyse quantitative des avis par thèmes", en page 22).

Exemple

Un patient est hospitalisé pour une baisse brutale de l'acuité visuelle monoculaire gauche qui fait suspecter un infarctus cérébral. Les examens réalisés montrent que la cause est l'occlusion de l'artère cilio-rétinienne. Le bilan n'apporte pas d'argument en faveur d'un infarctus cérébral.

Diagnostic principal :

- **établissement** : infarctus cérébral ;
- **UCR ou contrôleur** : occlusion de l'artère cilio-rétinienne ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

En effet, le diagnostic de sortie indiqué dans le dossier est celui d'occlusion de l'artère cilio-rétinienne ; aucune pièce ne mentionne l'existence d'un infarctus cérébral. Selon le *Guide méthodologique* la situation clinique est une situation de *diagnostic* : la symptomatologie à

l'entrée est le trouble visuel ; le diagnostic à la sortie est l'occlusion artérielle. Elle est le diagnostic principal du séjour.

1.1.2 Il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie

L'ATIH a rendu 4 avis sur ce thème.

Selon le *Guide méthodologique*, lorsqu'un malade a été hospitalisé en raison de symptômes, « s'il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie, elle est le diagnostic principal ».

Exemple

Un patient aux antécédents d'infarctus du myocarde est hospitalisé pour des douleurs thoraciques. Leur symptomatologie n'évoque pas une origine coronaire. Un électrocardiogramme et un bilan biologique sont réalisés, ils ne montrent pas de signe de syndrome coronaire aigu. Il ne se produit pas de récurrence douloureuse pendant le séjour. La conclusion du compte rendu d'hospitalisation est qu'il n'y a pas d'argument pour une origine coronaire aux douleurs, auxquelles il n'est pas identifié de cause.

Diagnostic principal :

- **établissement** : angine de poitrine ;
- **UCR ou contrôleur** : douleurs thoraciques ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Selon le *Guide méthodologique* la situation clinique est une situation de *diagnostic* : la symptomatologie à l'entrée est constituée par les douleurs ; le diagnostic à la sortie reste celles-ci, auxquelles il n'a pas été trouvé de cause. Les douleurs thoraciques sont le diagnostic principal du séjour.

1.1.3 Situations équivalentes

Ces situations concernent des patients atteints de maladie chronique ou de longue durée. Elles sont équivalentes à celle de *diagnostic* en ce sens qu'elles correspondent à la même démarche : à partir d'une symptomatologie présentée par un patient, l'établissement du diagnostic de la cause. L'existence de la maladie chronique ou de longue durée préexistante a pour conséquence que la démarche aboutit au diagnostic d'une complication de celle-ci ou de son traitement, à celui d'un événement pathologique intercurrent (sans rapport avec la maladie chronique), au diagnostic de poussée aiguë de la maladie (« décompensation »...), voire à l'absence de diagnostic étiologique, comme au point 1.1.2 précédent. La situation clinique est bien la même : elle est, sur le fond d'une maladie chronique ou de longue durée préexistante, « celle d'un malade hospitalisé pour un ou des symptômes appelant un diagnostic étiologique... l'hospitalisation peut connaître deux issues : l'établissement d'un diagnostic étiologique ou non ».

1°) Diagnostic d'une complication d'une maladie chronique ou de longue durée

Exemple 1

Un patient atteint d'un cancer du rein est hospitalisé pour dyspnée. Le bilan diagnostique révèle des métastases pulmonaires.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **UCR ou contrôleur** : métastases pulmonaires ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Les pièces du dossier communiquées ne contiennent ni la mention explicite de soins palliatifs, ni d'information en faveur d'une telle prise en charge.

Selon le *Guide méthodologique*, la situation clinique est une situation de *complication d'une maladie chronique ou de longue durée* (le cancer du rein). Le diagnostic principal est la complication diagnostiquée : les métastases pulmonaires.

Exemple 2

Une patiente atteinte d'une bronchopneumopathie chronique obstructive est hospitalisée pour une dyspnée s'aggravant depuis trois semaines. Une pneumopathie infectieuse est diagnostiquée et traitée.

Diagnostic principal :

- **établissement** : insuffisance respiratoire aiguë ;
- **UCR ou contrôleur** : pneumopathie ;
- **ATIH** : *maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures*.

Selon les informations du dossier médical, l'insuffisance respiratoire aiguë n'est pas établie.

Selon le *Guide méthodologique*, la situation clinique est celle d'une *complication d'une maladie chronique ou de longue durée* (la bronchopneumopathie chronique obstructive). Le choix du diagnostic principal tient compte ici, outre la situation clinique, d'une particularité de la catégorie J44 de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) : elle comprend la maladie chronique *et* certaines complications aiguës. Alors que l'établissement avait codé J96.0 *Insuffisance respiratoire aiguë* et le contrôleur J18.9 *Pneumopathie, sans précision*, L'ATIH a retenu le code J44.0 *Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures* (*Guide méthodologique* : « la détermination du DP [...] nécessite une analyse préalable en termes de situation clinique [...] et la connaissance des possibilités de codage offertes par la CIM »).

Exemple 3

Un patient est atteint d'un cancer de l'oropharynx. Le traitement par radiochimiothérapie s'est achevé un an auparavant. Il est hospitalisé deux jours en raison de l'apparition d'une dysphagie avec amaigrissement. Les comptes rendus des examens réalisés (endoscopie, biopsie, histologie) ne mentionnent pas de cause à la dysphagie.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **UCR ou contrôleur** : cancer de la paroi postérieure de l'oropharynx ;
- **ATIH** : dysphagie.

Les pièces du dossier communiquées ne contiennent ni la mention explicite de soins palliatifs, ni d'information en faveur d'une telle prise en charge.

Le cancer est connu, antérieurement diagnostiqué, antérieurement traité. Selon le *Guide méthodologique*, pour qu'il soit le diagnostic principal, il aurait fallu que la situation clinique soit une situation de *diagnostic*, de *bilan initial préthérapeutique de stadification TNM*, de *traitement unique* ou de *récidive* après rémission complète (éventuellement de décès, voir *infra* le point 1.4). Il ne s'agit ici d'aucune de ces situations.

Les pièces du dossier communiquées ne mentionnent pas de cause identifiée à l'origine de la dysphagie. Selon le *Guide méthodologique* la situation clinique est une situation de *complication d'une maladie chronique ou de longue durée* (le cancer). Le diagnostic principal est la complication, ici le symptôme *dysphagie* en l'absence de diagnostic étiologique¹.

NB : chaque fois que l'ATIH a récusé un « diagnostic » de soins palliatifs, cela ne signifie pas qu'elle estime qu'il n'y a pas eu de tels soins, mais cela traduit le fait que les pièces transmises pour l'expertise ne permettent pas de conclure qu'il y a eu soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10 du code de la santé publique.

Exemple 4

Un patient, atteint d'un mélanome à localisations cérébrale et pulmonaire est hospitalisé deux jours pour fièvre avant d'être transféré dans un autre établissement (où il décède) ; le dossier indique la pratique d'hémocultures et de sérologies et la lettre de sortie conclut : « devant l'absence de foyer infectieux évident [...] il n'a pas été débuté d'antibiothérapie ».

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **UCR ou contrôleur** : fièvre ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Les pièces du dossier communiquées ne contiennent ni la mention explicite de soins palliatifs, ni d'information en faveur d'une telle prise en charge.

Il n'a pas été identifié de cause à la fièvre. Selon le *Guide méthodologique*, la situation clinique est, selon la manière dont on considère la fièvre, une situation de *complication* ou de *événement intercurrent au cours d'une maladie chronique ou de longue durée* (le mélanome). Le diagnostic principal est identique dans les deux cas. Il est la complication ou l'évènement intercurrent, ici le symptôme *fièvre* en l'absence de diagnostic étiologique.

2°) Diagnostic d'une affection ou d'une lésion intercurrente indépendante de la maladie chronique ou de longue durée

Exemple 1

Un patient atteint d'un cancer de la prostate est hospitalisé pour dyspnée. Une pneumopathie infectieuse est diagnostiquée et traitée.

¹ En l'absence de lien explicite entre la dysphagie et le cancer, la situation d'*événement intercurrent au cours d'une maladie chronique ou de longue durée* pourrait éventuellement être évoquée. Le diagnostic principal serait identique : celui de « l'évènement intercurrent », la dysphagie.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **UCR ou contrôleur** : pneumopathie ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Les pièces du dossier communiquées ne contiennent ni la mention explicite de soins palliatifs, ni d'information en faveur d'une telle prise en charge.

Selon le *Guide méthodologique*, la situation clinique est celle *d'affection intercurrente au cours d'une maladie chronique ou de longue durée* (le cancer de la prostate). Le diagnostic principal est l'affection intercurrente : la pneumopathie.

Exemple 2

Un patient traité par chimiothérapie pour un cancer colique avec métastases hépatiques, est hospitalisé à la suite d'une crise convulsive. La scanographie cérébrale est normale. L'hospitalisation permet de découvrir un diabète insulino-dépendant.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **UCR ou contrôleur** : diabète insulino-dépendant ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Les pièces du dossier communiquées ne contiennent ni la mention explicite de soins palliatifs, ni d'information en faveur d'une telle prise en charge.

Selon le *Guide méthodologique*, la situation clinique est celle *d'évènement intercurrent au cours d'une maladie chronique ou de longue durée* (le cancer). Le diagnostic principal est l'évènement intercurrent : le diabète.

3°) Diagnostic d'une poussée aiguë d'une maladie chronique ou de longue durée

Guide méthodologique : « lors d'une acutisation de la maladie [chronique ou de longue durée], c'est-à-dire lorsque celle-ci dans son ensemble se manifeste à nouveau par une poussée aiguë, la maladie est le diagnostic principal ».

L'ATIH a rendu 4 avis sur ce thème.

Exemple 1

Une patiente âgée de 80 ans est hospitalisée pour une « algie de l'épaule droite avec diminution de la mobilité passive et active, et cervicalgies ». Le bilan révèle une arthrose en poussée sévère de l'épaule droite et du rachis cervical.

Diagnostic principal :

- **établissement** : sénilité ;
- **UCR ou contrôleur** : arthrose ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Les pièces du dossier communiquées ne contiennent ni la mention de sénilité ni d'information évoquant ce diagnostic ou une prise en charge à cet égard. Selon le *Guide méthodologique* la situation clinique est une poussée aiguë d'une affection chronique, l'arthrose ; elle est le diagnostic principal.

Exemple 2

Un patient est hospitalisé pour la majoration progressive d'une dyspnée d'effort. Il est atteint d'une insuffisance respiratoire chronique restrictive et obstructive ancienne et d'une dysfonction ventriculaire gauche d'aggravation progressive depuis quelques années. Le compte-rendu d'hospitalisation conclut à une « probable IVG d'effort sur cardiomyopathie dilatée ».

Diagnostic principal :

- **établissement** : insuffisance respiratoire aiguë ;
- **UCR ou contrôleur** : insuffisance ventriculaire gauche ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Le diagnostic d'insuffisance respiratoire aiguë ne figure pas dans les pièces communiquées, en particulier dans le compte rendu d'hospitalisation qui mentionne une dyspnée d'effort d'aggravation progressive au cours du mois précédant l'hospitalisation.

Selon le *Guide méthodologique*, la situation est celle d'une *poussée aiguë d'une maladie chronique ou de longue durée* (la cardiomyopathie). La règle est de coder l'affection chronique en poussée comme diagnostic principal, sauf lorsque la CIM-10 contient un code particulier pour la forme aiguë. C'est le cas ici. Elle dispose d'une rubrique *ad hoc* d'insuffisance cardiaque (I50), c'est elle que l'on retient et non la cardiomyopathie (*Guide méthodologique*, chapitre IV, 2.2.5.4).

Exemple 3

Une patiente, insuffisante respiratoire chronique sous oxygénothérapie à domicile, est hospitalisée pour dyspnée d'aggravation croissante aboutissant à une détresse respiratoire aiguë.

Diagnostic principal :

- **établissement** : insuffisance respiratoire chronique ;
- **UCR ou contrôleur** : insuffisance respiratoire aiguë ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Selon le *Guide méthodologique* la situation est celle d'une *poussée aiguë d'une affection chronique ou de longue durée* (l'insuffisance respiratoire chronique). La règle est de coder l'affection chronique en poussée comme diagnostic principal, sauf lorsque la CIM-10 contient un code particulier pour la forme aiguë. C'est le cas ici : J96.0 *Insuffisance respiratoire aiguë*.

1.2 HOSPITALISATION POUR TRAITEMENT

Guide méthodologique : « la situation est celle d'un malade hospitalisé pour le traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée ».

1.2.1 Traitement répétitif

Selon le *Guide méthodologique* « s'il s'agit d'un traitement répétitif, le codage du diagnostic principal utilise un code Z ».

L'ATIH a rendu 18 avis sur ce thème.

Exemple 1

Un patient atteint de cancer du foie est hospitalisé pour chimiothérapie. Une scanographie est réalisée pendant l'hospitalisation, elle ne révèle pas de fait nouveau.

Diagnostic principal :

- **établissement** : cancer du foie ;
- **UCR ou contrôleur** : chimiothérapie pour tumeur ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

L'établissement justifie son choix par le fait que la scanographie constitue un bilan du cancer. Cela n'autorise pas à le coder comme diagnostic principal (DP). Selon le *Guide méthodologique*, pour que le cancer soit le DP, il faudrait que la situation clinique soit une situation de *diagnostic*, de *bilan initial préthérapeutique de stadification TNM*, de *traitement unique* ou de *récidive* après rémission complète (éventuellement de décès). Ce n'est pas le cas. De plus, la scanographie, qui ne montre pas de fait nouveau, pour autant que sa seule réalisation suffirait à fonder la situation clinique du séjour, renverrait à la notion de *surveillance négative*. Des deux situations cliniques qui seraient alors présentes – *surveillance négative* et *traitement répétitif*, les pièces communiquées indiquent que c'est la seconde – la chimiothérapie – qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins. Son code est Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*.

Exemple 2

Une patiente, porteuse d'un montage de type Bricker, est hospitalisée de jour pour le changement d'une sonde urétérale utilisant une stomie. La présence de la sonde est due à une sténose urétérale anastomotique. La patiente souffre d'infections urinaires à répétition et d'une « probable pyélonéphrite chronique ». Les changements de sonde sont systématiques et réguliers depuis 2001.

Diagnostic principal :

- **établissement** : infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse urinaire (code T83.5 de la CIM-10) ;
- **UCR ou contrôleur** : pyélonéphrite chronique ;
- **ATIH** : surveillance de stomie des voies urinaires (code Z43.6 de la CIM-10).

T83.5 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire* n'a pas sa place ici. On ne saurait coder l'infection qu'en situation de *diagnostic* ou de *traitement unique*. De plus, T83.5 étant signalé comme imprécis par le *Guide méthodologique*, c'est le code de la pyélonéphrite qui conviendrait alors. Mais la situation n'est ni une situation de *diagnostic* (la pyélonéphrite est connue, ancienne) ni une situation de *traitement unique*. L'hospitalisation de jour voit un *n^{ième}* changement systématique, programmé, de la sonde urétérale. Selon le *Guide méthodologique* la situation clinique est celle d'un *traitement répétitif*, le codage du diagnostic principal utilise un code Z, en

l'occurrence Z43.6 *Surveillance d'autres stomies des voies urinaires*². Dans cette rubrique en effet, la notion de surveillance comprend les soins de stomie, et les « autres stomies » incluent l'urétérostomie.

1.2.2 Traitement « unique »

Selon le *Guide méthodologique* « s'il s'agit d'un traitement unique, telle une intervention chirurgicale, le plus souvent la maladie traitée est le diagnostic principal ». Il existe toutefois des exceptions : « certaines situations de traitement unique imposent en effet pour le codage du DP l'emploi des codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM. ».

L'ATIH a rendu 33 avis sur ce thème.

1°) La maladie traitée est le diagnostic principal

L'ATIH a rendu 26 avis sur ce thème.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé dans un premier établissement pour des coliques néphrétiques accompagnées d'un syndrome septique. Le diagnostic de pyélonéphrite lithiasique est fait. Une dérivation par sonde JJ est réalisée. En postopératoire immédiat survient une détresse respiratoire aigüe qui impose le transfert du patient en réanimation dans un autre établissement. Après quelques jours il regagne l'établissement initial pour suites de soins. Le séjour objet du différend est le dernier, au retour de réanimation.

Diagnostic principal :

- **établissement** : pyélonéphrite ;
- **UCR ou contrôleur** : autres soins médicaux (code Z51.8 de la CIM-10) ;
- **ATIH** : confirmation du choix de l'établissement.

L'établissement invoque la poursuite du traitement de la pyélonéphrite. De fait, la référence à la situation clinique de *traitement unique* est admissible. Le dernier séjour voit la poursuite et la fin du traitement de l'affection qui a motivé l'admission initiale. La pyélonéphrite est le diagnostic principal.

Exemple 2

Un patient est hospitalisé pour une pyélonéphrite aigüe sur obstacle lithiasique, pour traitement par fragmentation et élimination, et par antibiothérapie.

Diagnostic principal :

- **établissement** : calcul de l'uretère, la pyélonéphrite étant enregistrée comme diagnostic associé significatif (DAS) ;
- **UCR ou contrôleur** : calcul urinaire, sans précision (code N20.9 de la CIM-10) au motif qu'une note d'inclusion indique qu'il comprend « pyélonéphrite avec lithiase » ;
- **ATIH** : confirmation du choix de l'établissement.

² On pourrait aussi évoquer la situation de *surveillance négative*. Le diagnostic principal serait identique.

N20.9 correspond à « calcul urinaire, sans précision » de localisation. Les codes de la catégorie N20 (tous, selon la localisation de la lithiase, pas le seul N20.9) n'ont le sens de « pyélonéphrite avec lithiase » que dans le cadre des règles de monocodage. Selon le *Guide méthodologique* la situation clinique est celle d'un *traitement unique*. Le diagnostic principal est la maladie traitée. Outre la hiérarchie choisie par l'établissement, une autre était admissible : DP la pyélonéphrite, DAS la lithiase urétérale.

Exemple 3

Une patiente, traitée par chimiothérapie pour un adénocarcinome du sein polymétastatique, est hospitalisée pour altération de l'état général et algies rebelles. Le séjour a consisté dans l'administration d'un traitement spécifiquement et uniquement antalgique.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **UCR ou contrôleur** : douleurs chroniques rebelles ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Les pièces du dossier communiquées à l'ATIH ne contiennent ni la mention explicite de soins palliatifs, ni d'information en faveur d'une telle prise en charge. Elles témoignent d'une prise en charge antalgique, symptomatique, indépendante de tout traitement étiologique de la cause. L'ATIH a confirmé le codage du contrôleur : R52.1 *Douleur chronique irréductible*.

2°) Exceptions employant les catégories Z40 à Z52

L'ATIH a rendu 7 avis sur ce thème.

Exemple 1

Le séjour concerne une patiente hospitalisée pour une dermolipéctomie abdominale. Cette patiente, souffrant d'obésité morbide, a perdu une quarantaine de kilogrammes à la suite de la mise en place d'un anneau gastrique, et présente un abdomen *pendulum*.

Diagnostic principal :

- **établissement** : séquelles d'excès d'apport ;
- **UCR ou contrôleur** : intervention réparatrice sur l'abdomen ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Guide méthodologique : « dans les cas de chirurgie plastique non esthétique, de réparation d'une lésion acquise, admise au remboursement par l'Assurance maladie, le DP doit être codé avec un autre code de la CIM ; il peut s'agir d'un code des chapitre I à XIX, mais aussi un code de la catégorie Z42. » En l'absence de code décrivant un abdomen pendulum après amaigrissement, le diagnostic principal est Z42.2 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique d'autres parties du tronc*³.

Exemple 2

Le séjour concerne une patiente atteinte de sclérose latérale amyotrophique, hospitalisée par mutation de soins de suite (SSR) pour la pose d'une chambre implantable. Le dispositif d'accès vasculaire implantable est posé et la patiente retourne en SSR

³ On observera de plus que le codage de l'établissement, utilisant un code de séquelles (E68 *Séquelles d'excès d'apport*), n'était pas admissible comme diagnostic principal.

Diagnostic principal :

- **établissement** : sclérose latérale amyotrophique ;
- **UCR ou contrôleur** : pose de chambre implantable (Z45.2 *Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire*) ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Guide méthodologique : « de nombreux actes chirurgicaux courants [motivent] des prises en charge dont le codage fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z48, telles que : [...] séjour de mise en place ou d'ablation d'une chambre implantable : DP Z45.2 ».

1.3 HOSPITALISATION POUR SURVEILLANCE

Guide méthodologique : « la situation est celle d'un malade, atteint d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement déjà traitée, hospitalisé pour surveillance (bilan) ».

1.3.1 Surveillance négative

Guide méthodologique : « lorsqu'il n'est pas découvert d'affection nouvelle, la surveillance est dite négative, le diagnostic principal est un code Z ».

L'ATIH a rendu 43 avis sur ce thème.

Exemple 1

Un patient, porteur d'une maladie de Hodgkin traitée par chimiothérapie, est hospitalisé pour bilan avant autogreffe.

Diagnostic principal :

- **établissement** : maladie de Hodgkin ;
- **UCR ou contrôleur** : bilan avant greffe ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Selon le *Guide méthodologique*, pour que la maladie de Hodgkin soit le diagnostic principal, il faudrait que la situation clinique soit une situation de *diagnostic*, de *bilan initial préthérapeutique de stadification TNM*, de *traitement unique* ou de *récidive* après rémission complète (éventuellement de décès, voir le point 1.4). Ce n'est pas le cas. Le compte rendu d'hospitalisation indique « bilan prégreffe ». Son résultat a été négatif (aucune affection nouvelle n'a été découverte). Le contrôleur a fait le choix de Z04.8 *Examen et mise en observation pour d'autres raisons précisées*, code indiqué par le *Guide méthodologique* pour les bilans préopératoires. La maladie de Hodgkin correspond à la définition du diagnostic relié.

Exemple 2

Une patiente, opérée d'un cancer gastrique en 2005 puis traitée par chimiothérapie, est hospitalisée pour « bilan scanographique et décision thérapeutique » après que des examens aient fait évoquer une métastase ganglionnaire. Le compte rendu d'hospitalisation conclut à l'absence d'image scanographique suspecte.

Diagnostic principal :

- **établissement** : cancer de l'estomac ;
- **UCR ou contrôleur** : surveillance après chimiothérapie (Z08.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne*) ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Il s'agit du bilan d'une maladie connue, antérieurement diagnostiquée et traitée : le cancer de l'estomac. Les conditions pour qu'il soit le diagnostic principal, les mêmes que pour la maladie de Hodgkin de l'exemple précédent, ne sont pas réalisées. La suspicion de métastase ganglionnaire n'est pas confirmée. Selon le *Guide méthodologique*, il s'agit d'une situation clinique de *surveillance négative*. Le diagnostic principal est un code Z de surveillance.

Exemple 3

Un patient opéré d'un cholestéatome est hospitalisé pour vérification chirurgicale de l'absence de récurrence. Après vérification de l'intégrité de l'oreille moyenne, l'opérateur a reconstitué le montage initial.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins de contrôle comprenant une opération plastique de la tête et du cou (code Z42.0 de la CIM-10) ;
- **UCR ou contrôleur** : surveillance après intervention chirurgicale (code Z09.0 *Examen de contrôle après traitement chirurgical d'autres affections*) ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Il s'agit du bilan d'une maladie connue, antérieurement diagnostiquée et traitée : le cholestéatome. Le patient n'a pas subi d'intervention plastique. Selon le *Guide méthodologique*, il s'agit d'une situation clinique de *surveillance négative*. Le diagnostic principal est un code Z de surveillance.

Exemple 4

Chez un patient atteint d'une polyarthrite rhumatoïde, une pneumopathie interstitielle est apparue six mois avant l'hospitalisation objet du différend. Le patient est admis en hospitalisation de jour pour bilan de la pneumopathie. Les examens ne révèlent pas de fait nouveau. L'hospitalisation est conclue par la prévision d'une discussion du dossier au *staff* et par une diminution de la posologie de la corticothérapie.

Diagnostic principal :

- **établissement** : polyarthrite rhumatoïde ;
- **UCR ou contrôleur** : surveillance de traitement (code Z09.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections*) ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur

Selon le *Guide méthodologique*, pour que la polyarthrite soit le DP, il faudrait que la situation clinique soit de *diagnostic*, de *traitement unique* ou de *poussée aiguë* (éventuellement de décès). Ce n'est pas le cas. Il s'agit du bilan d'une maladie connue, antérieurement diagnostiquée et traitée : la pneumopathie interstitielle. Il n'est pas découvert de fait nouveau. Selon le *Guide méthodologique*, il s'agit d'une situation clinique de *surveillance négative*. Le diagnostic principal est un code Z de surveillance.

Exemple 5

Un enfant atteint d'un syndrome malformatif, souffrant d'apnées obstructives, trachéotomisé, est hospitalisé pour une endoscopie laryngo-trachéo-bronchique. Une décanulation est envisagée. Il n'est pas constaté de fait nouveau ; les causes des apnées (glossoptose, collapsus laryngé) restent présentes, inchangées, et la décanulation n'est pas possible.

Diagnostic principal :

- **établissement** : insuffisance respiratoire chronique obstructive ;
- **UCR ou contrôleur** : surveillance de traitement (code Z09.0 *Examen de contrôle après traitement chirurgical d'autres affections*) ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Il s'agit du bilan d'une affection connue connue, antérieurement diagnostiquée, des apnées obstructives, traitées par la trachéotomie. Il est conclu à l'absence de modification de l'état de l'enfant. Selon le *Guide méthodologique*, il s'agit d'une situation clinique de *surveillance négative*. Le diagnostic principal est un code Z de surveillance.

1.3.2 Surveillance positive

Le *Guide méthodologique* définit ainsi cette situation : « lorsqu'une affection nouvelle est découverte, la surveillance est dite positive. Dans ce cas, l'affection découverte est le diagnostic principal. La maladie surveillée est un diagnostic associé significatif. ».

L'ATIH a rendu 1 avis sur ce thème.

Un enfant porteur d'une myopathie de Duchenne de Boulogne est hospitalisé une journée pour l'évaluation d'une suspicion de début de scoliose. Le patient est porteur d'une affection à un stade avancé puisque il est qualifié de « non-marchant ». Au terme du séjour, le diagnostic de scoliose secondaire est établi et une indication opératoire est arrêtée.

Diagnostic principal :

- **établissement** : scoliose ;
- **UCR ou contrôleur** : surveillance de traitement (code Z09.8 *Examen de contrôle après d'autres traitements pour autres affections*) ;
- **ATIH** : confirmation du choix de l'établissement.

Les pièces du dossier communiquées ne mentionnent pas de diagnostic antérieur de scoliose. Ce diagnostic est fait pour la première fois au terme du séjour. La scoliose est un fait pathologique nouveau identifié dans le cadre de la surveillance de la myopathie. Selon le *Guide méthodologique*, la situation clinique est une situation de *surveillance positive*. L'affection découverte, la scoliose, est le diagnostic principal.

1.4 DÉCÈS

L'ATIH a rendu 12 avis sur ce thème.

Affection terminale ou soins palliatifs ?

Dans ces avis, les prises en charge décrites ne respectaient pas la définition des soins palliatifs. Par défaut la maladie chronique à l'origine de la phase terminale a été retenue comme diagnostic principal (DP) quoique la situation clinique, selon le *Guide méthodologique*, ne fût en général ni une situation de *diagnostic*, ni une situation de *traitement unique*, ni de *poussée aiguë*. Au regard des consignes du *Guide méthodologique* applicable en 2006, la position de l'ATIH à propos des séjours s'achevant par un décès du fait d'une maladie chronique ou de longue durée a été la suivante : en l'absence de prise en charge particulière respectant la définition du DP (complication ou évènement pathologique intercurrent identifié, ou soins palliatifs), le DP est la maladie cause du décès. Cette position avait été le sujet de plusieurs réponses depuis 2001 dans la *foire aux questions* du site Internet de l'ATIH.

2. LE DIAGNOSTIC RELIÉ

L'ATIH n'a pas été sollicitée à propos du diagnostic relié.

3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

La définition du diagnostic associé significatif est exposée dans le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*, dans son chapitre IV *Hiérarchisation et codage des informations des résumés de séjour*. Les diagnostics associés significatifs jouent un rôle capital pour la détermination de la sévérité des cas, avec des conséquences financières qui peuvent être importantes. Il est donc nécessaire que leur définition soit respectée.

Selon le *Guide méthodologique* les diagnostics associés significatifs « sont les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours aux soins significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation de moyens par rapport au seul diagnostic principal ».

L'ATIH a rendu 49 avis sur ce thème.

Adhérences péritonéales (1 avis)

La position de l'ATIH est qu'en l'absence de manifestation morbide (par exemple syndrome occlusif ou subocclusif) il est abusif de les considérer comme une complication et, en conséquence, comme un diagnostic associé significatif.

Anémie posthémorragique aiguë (3 avis)

Le libellé de la CIM-10 ne mentionne pas d'indication particulière qui permettrait un usage extensif du code D62 *Anémie posthémorragique aiguë*. En particulier, le terme *post-hémorragique* n'est pas entre parenthèses. Il convient donc impérativement qu'un phénomène hémorragique soit noté dans le dossier pour valider l'emploi de ce code. Si elle est liée à une intervention, l'hémorragie peut résulter d'une plaie peropératoire d'un gros vaisseau, d'un organe plein (rate, foie), d'un acte inhabituellement hémorragique pour des raisons locales ou générales (par exemple, coagulation intravasculaire disséminée). Ces anomalies doivent

impérativement être signalées dans le compte rendu d'intervention ou sur la feuille d'anesthésie pour être retenues.

La compensation des pertes sanguines peropératoires habituelles – parfois conséquentes : chirurgie fémorale, rachidienne – doit être assurée par l'anesthésiste en cours d'intervention. Le score de ce type d'actes dans la *Classification commune des actes médicaux* inclut les techniques de récupération sanguine et de maintien du volume sanguin. La réalisation de transfusions sanguines postopératoires n'est parfois que le « rattrapage » des spoliations peropératoires.

En conséquence, sauf mention expresse d'un phénomène hémorragique peropératoire ou postopératoire, la constatation d'une anémie dans les suites d'une intervention doit être codée D64.9 *Anémie, sans précision*.

Cancer digestif et création ou fermeture de stomie (11 avis)

Les dossiers concernent des patients hospitalisés pour fermeture d'iléostomie de protection après une première intervention pour cancer. L'établissement considère chaque fois le cancer comme un diagnostic associé significatif. Ce codage n'est pas justifié par une « majoration de l'effort de soins et de l'utilisation de moyens par rapport au seul diagnostic principal ». En l'absence de complication particulière ou de prise en charge d'une autre affection au cours de l'hospitalisation, le résumé d'un séjour pour fermeture de stomie intestinale ne doit comporter qu'un code Z43.– *Surveillance de stomie* comme diagnostic principal. Dans les cas soumis à avis le cancer ne respectait pas la définition du diagnostic associé significatif.

Tétraplégie spastique et paralysie cérébrale spastique (5 avis)

Les dossiers concernent des patients atteints d'infirmité motrice cérébrale, tétraplégiques, hospitalisés pour divers motifs (divers diagnostics principaux) chirurgicaux et médicaux. Le différend était entre la tétraplégie spastique retenue par l'établissement (G82.4 *Tétraplégie spastique*) et l'infirmité motrice cérébrale choisie par le contrôleur (G80.0 *Paralysie cérébrale spastique*). L'argumentation de l'établissement ne tenait pas compte de la refonte de la catégorie G80 de la CIM-10 par l'OMS, applicable en 2006. En effet, G82.4 ne peut être utilisé isolément qu'en l'absence de précision sur l'étiologie de la tétraplégie. Ce n'était pas le cas des dossiers soumis à l'ATIH, dans lesquels l'information « infirmité motrice cérébrale » était expressément fournie.

Déficit immunitaire et cancer (9 avis)

Les dossiers concernent des patients opérés d'un cancer digestif lors d'un séjour antérieur, hospitalisés pour soins ou fermeture d'iléostomie. D84.9 *Déficit immunitaire, sans précision* est systématiquement enregistré en position de diagnostic associé significatif. Ce codage n'a pas de justification au vu des documents transmis. Il n'apparaît pas d'examen particulier visant à en établir le diagnostic, pas de prise en charge particulière en rapport, pas de complication rattachable.

4. LES ACTES

L'ATIH n'a pas été sollicitée au sujet des actes techniques médicaux.

5. LE CODAGE AVEC LA 10^e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10)

Le choix du diagnostic principal et des éventuels diagnostics relié et associés du résumé d'unité médicale (RUM) appartient à l'étape dite de *hiérarchisation des diagnostics* de la production du RUM. Le présent point s'intéresse à la deuxième étape, celle du codage des diagnostics. Ses consignes sont le sujet du chapitre V du *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*.

5.1 SÉQUELLES

L'ATIH n'a pas été sollicitée sur ce sujet.

5.2 COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES

L'ATIH a rendu 44 avis sur ce thème.

D'après le *Guide méthodologique* Les codes T80–T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs* « doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication. »

Les questions portent sur les conditions d'emploi respectives des codes du groupe T80–T88 du chapitre XIX de la CIM-10 et des codes selon la nature des complications des chapitres I à XIX.

Dans quelques uns des dossiers soumis à l'ATIH, un code du groupe T80–T88 est choisi pour diagnostic principal car il est le plus précis. Dans la majorité des dossiers c'est toutefois le code correspondant à la nature de la complication qui s'impose.

5.2.1 Le code du groupe T80–T88 est le plus précis

Dans le cas d'un homme hospitalisé pour un pansement sous anesthésie générale d'un moignon d'amputation infecté, nécessitant une excision de tissus, L'ATIH a retenu T87.4 *Infection d'un moignon d'amputation* et non L02.4 *Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre*, au motif que le premier comprenait à la fois l'information sur l'infection et celle de son siège et de ses circonstances.

5.2.2 Le codage selon la nature de la complication est plus précis

Dans un cas de rupture postopératoire de sutures tendineuses de doigts, l'ATIH a codé le diagnostic principal (DP) S66.3 *Lésion traumatique du muscle et du tendon extenseurs d'un autre doigt [que le pouce] au niveau du poignet et de la main*, et non T81.3 *Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs*. T81.3 est imprécis car il ne fait pas la différence entre

les désunions tendineuses, de paroi, digestives etc. Il peut être enregistré comme diagnostic associé significatif (DAS).

Dans trois cas d'infection postopératoire, l'ATIH a retenu un codage du DP selon la nature de la complication :

- J39.0 *Abcès parapharyngé et rétropharyngé* ;
- L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc* ;
- L02.4 *Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre*.

et non T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs*. T81.4 est imprécis, et signalé comme tel dans le *Guide méthodologique*, car il ne fait pas la différence entre un abcès cutané, une péritonite, une septicémie etc. T81.4 peut être enregistré comme DAS.

Dans un cas de sinusite chronique due à une communication buccosinusienne chez un patient opéré d'une tumeur veloamygdalienne, l'ATIH a codé le DP J32.0 *Sinusite maxillaire chronique*, et non T81.8 *Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs*. Ce dernier code a été retenu par l'établissement parce qu'il comprend la fistule postopératoire persistante. Mais c'est une fistule sans précision de localisation qui est ainsi codée alors que l'index alphabétique de la CIM-10 indique la catégorie J32 pour les fistules sinusiennes. T81.8 peut être enregistré comme DAS.

T83.– Complications de prothèses, implants et greffes génito-urinaires

Un patient porteur d'une endoprothèse urétrale et d'un cathéter de cystostomie, sous traitement anticoagulant, est hospitalisé pour obstruction du cathéter par une hématurie. Le traitement consiste en la pose d'une sonde urétrovésicale et un décaillottage vésical. L'ATIH a retenu l'hématurie, et non T83.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffe de l'appareil génito-urinaire*. T83.8 comprend indistinctement un grand nombre de complications, non seulement urinaires mais aussi génitales, alors que le code de l'hématurie, R31 *Hématurie, sans précision* [sans précision de sa cause, ce qui était le cas, aucune lésion vésicale précise n'ayant été identifiée] correspond précisément à la nature de la complication. T83.8 peut être enregistré comme DAS.

On rappelle que le caractère imprécis de tous les codes de la forme T8–.8 est signalé dans le *Guide méthodologique*.

T84.– Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

Dans les cas d'infection de prothèse articulaire, l'ATIH a retenu un codage du DP selon la nature de la complication : M00.– *Arthrites à bactéries pyogènes*, et non T84.5 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*. T84.5 est imprécis car il ne fait pas de différence entre infection et inflammation et ne comprend pas les informations sur le germe identifié et sur l'articulation concernée (cinquième caractère) incluses dans les codes M00.–. T84.5 peut être enregistré comme DAS.

Dans un cas d'infection sur matériel d'ostéosynthèse l'ATIH a codé le DP M86.16 *Autres ostéomyélites aiguës, jambe*, et non T84.6 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]*. T84.6 est imprécis car il ne distingue pas

l'infection de l'inflammation et ne comprend pas les informations sur la nature de l'infection et sur son siège incluses dans M86.16. T84.6 peut être enregistré comme DAS.

5.3 INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES

L'ATIH a rendu 5 avis sur ce thème.

Selon le *Guide méthodologique* «le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires [...] doit utiliser les catégories T36 à T50 [de la CIM-10].»

Intoxication médicamenteuse et coma

Une patiente est hospitalisée pour une tentative de suicide par carbamate. À l'admission elle est en état de coma avec un score de Glasgow à 5. Le réveil est progressif sans complication. La mention du coma (R40.2) en position de diagnostic principal n'est pas admissible. Cette erreur est expressément expliquée dans le *Guide méthodologique* (chapitre V, 3.1). Le diagnostic principal est l'intoxication T43.5 *Intoxication par psycholeptiques et neuroleptiques, autres et non précisés*. Le coma, complication de l'intoxication, peut être enregistré comme un DAS.

Intoxication médicamenteuse et insuffisance respiratoire aigüe

Dans le même esprit, dans le cas d'un patient hospitalisé pour une intoxication par un opiacé responsable d'une détresse respiratoire, l'ATIH a retenu l'intoxication comme diagnostic principal (T40.2 *Intoxication par autres opioïdes* [que opium et héroïne]), et non l'insuffisance respiratoire aigüe (J96.0), complication de l'intoxication, qui peut être enregistrée comme un DAS.

5.4 ANTÉCÉDENTS

Pas de saisine à propos de ce thème.

5.5 PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Pas de saisine à propos de ce thème.

5.6 EMPLOI DES CODES DU CHAPITRE XXI DE LA CIM-10 (CODES Z)

L'unique avis rendu à ce sujet concerne le dossier d'un patient dont l'examen de l'expectoration a conduit à suspecter la présence de bacilles alcoolo-acido-résistants. Le bilan réalisé conclut à l'absence de tuberculose. Le différend est entre Z03.0 *Mise en observation pour suspicion de tuberculose* et R84.5 *Résultats microbiologiques anormaux de prélèvements effectués sur l'appareil respiratoire et le thorax*. L'ATIH a retenu le premier.

Guide méthodologique (chapitre V, 8) : « La catégorie Z03 est celle des "suspensions non confirmées". Elle est destinée au codage du DP des séjours motivés par l'éventualité, à l'admission, d'une maladie qui n'est pas confirmée à la sortie [...] si l'on se reporte aux règles de hiérarchisation de la morbidité, une alternative apparaît pour la détermination du DP : doit-on choisir le symptôme à l'origine de la suspicion ou utiliser un code de la catégorie Z03 ? La règle générale est : le meilleur codage est celui qui utilise le code le plus précis ». C'est la

consigne qu'a appliquée l'ATIH. R84.5 conviendrait autant à un prélèvement d'expectoration, de gorge, de sécrétions nasales ou de liquide pleural, sans préjuger d'aucune maladie infectieuse précise, alors que Z03.0 est propre à la maladie recherchée.

5.7 AUTRES

L'ATIH a rendu 7 avis sur ce thème.

Infarctus cérébral

Dans le cas de patients hospitalisés pour un infarctus cérébral dans le territoire sylvien, le diagnostic principal est codé G46.0 *Syndrome de l'artère cérébrale moyenne (I60†)*. Ce codage est erroné. En effet, les codes G46.– de la CIM-10 sont des codes *astérisque* – de manifestation – qui ne peuvent pas être employés sans le code *dague* – étiologique – correspondant. Or, ce dernier appartient à la catégorie I66 *Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral* qui, comme son titre et une note d'exclusion l'indiquent (CIM-10, volume 1), exclut l'infarctus cérébral. Les infarctus cérébraux se codent avec la catégorie I63 *Infarctus cérébral*. C'est donc cette catégorie qui doit être ici utilisée.

Prostatite aiguë et subaiguë

Le différend concerne le codage d'une prostatite subaiguë, entre N41.0 *Prostatite aiguë* et N41.8 *Autres affections inflammatoires de la prostate*. Le diagnostic de prostatite subaiguë est présent dans le dossier du patient. Le code N41.0 est refusé au motif que son intitulé dans le volume 1 de la CIM-10 est *prostatite aiguë*. L'ATIH observe que l'index alphabétique de la CIM-10, à l'entrée *prostatite subaiguë*, indique N41.0. C'est donc bien ce code qu'il faut employer. Ce cas illustre l'importance d'utiliser le volume 3 de la CIM-10. Un différend de codage ne devrait jamais être discuté sans recours à lui.

6. DIVERS

6.1 QUESTION HORS DES COMPÉTENCES DE L'ATIH

Une saisine sur la question des prestations interétablissement a été considérée comme hors du champ de compétence de l'ATIH.

6.2 AVIS IMPOSSIBLES

L'avis technique de l'ATIH repose sur l'analyse des éléments du dossier médical transmis par l'unité de coordination régionale. En cas de dossier insuffisamment documenté ou de non transmission d'éléments nécessaires, l'avis technique peut s'avérer impossible. Cela s'est produit dans 5 cas.

Exemple 1

Il s'agit d'un séjour de quatre jours pour lequel trois résumés d'unité médicale (RUM) ont été produits. Les informations données à l'ATIH ne permettent pas de comprendre les rapports entre unités médicales fréquentées, dates d'entrée et de sortie, prises en charge et RUM produits. L'ATIH ne peut pas rendre d'avis.

Exemple 2

Une hospitalisation pour pancréatite d'origine biliaire pose la question du choix du diagnostic principal. Les informations transmises se limitent aux fiches de saisine et de désaccord. Aucune copie de pièce du dossier ne les accompagne. L'ATIH ne peut pas rendre d'avis.

Exemple 3

Dans un dossier, les renseignements fournis pour l'expertise se limitent, outre les fiches de saisine et de désaccord, à un compte rendu d'intervention chirurgicale antérieure au séjour objet de la saisine. L'ATIH ne peut pas rendre d'avis.

ANALYSE QUANTITATIVE DES AVIS PAR THÈMES

Ce tableau indique le nombre de dossiers traités et d'avis rendus en référence aux différents thèmes développés.

Thèmes			Avis
Choix du diagnostic principal			
	Situation de diagnostic		141
	Le séjour a permis le diagnostic	26	
	Il n'est pas découvert de cause	4	
	Situation de traitement		
	Traitement unique	26	
	Traitement unique : exceptions	7	
	Traitement répétitif	18	
	Situation de surveillance		
	Surveillance négative	43	
	Surveillance positive	1	
	Maladies chroniques et de longue durée	4	
	Décès	12	
Le diagnostic relié		0	0
Les diagnostics associés significatifs		49	49
Les actes		0	0
Règles de codage avec la CIM-10			57
	Séquelles	0	
	Complications des actes médicotechniques	44	
	Effets nocifs des médicaments	5	
	Antécédents	0	
	Priorités de santé publique	0	
	Emploi des codes Z	1	
	Autres	7	
Autres			6
	Hors compétence de l'ATIH	1	
	Avis impossible	5	
Total			253

CONCLUSION

Au cours de l'année 2008 l'ATIH a donné des avis sur 253 dossiers de désaccord. L'analyse par thème des saisines montre que les désaccords portent surtout sur le choix ou le codage du diagnostic principal (DP), et le codage des diagnostics associés significatifs (DAS).

Sur le choix du diagnostic principal les avis ont porté surtout, en référence au *guide des situations cliniques* du chapitre IV du *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* [5], sur les situations de *diagnostic*, de *traitement unique* et de *surveillance négative*.

Dans la situation de *diagnostic*, le patient est en général hospitalisé pour des symptômes cliniques ou pour des résultats anormaux d'examens. Si une affection causale est diagnostiquée, les avis retiennent cette affection comme DP, conformément au *Guide méthodologique*. Dans ce cas celui-ci ne peut être ni la symptomatologie d'entrée, ni une affection dont le diagnostic n'est pas établi ou n'est pas certain, ni une affection chronique connue (*i.e.* diagnostiquée lors d'une hospitalisation précédente).

Ce dernier type d'affection est à l'origine d'erreurs fréquentes, notamment (mais pas seulement) dans le cas du cancer. La lecture du *guide des situations cliniques* montre qu'un cancer n'est le DP d'un séjour que dans les situations de *diagnostic* (diagnostic initial de la maladie), de *bilan initial préthérapeutique de stadification TNM*, de *traitement unique* (exérèse chirurgicale de la tumeur), de *récidive* après rémission complète, éventuellement de décès. Une maladie chronique ou de longue durée autre que le cancer, quant à elle, ne peut être le DP d'un séjour qu'en situation de *diagnostic* (diagnostic initial de la maladie), de *traitement unique* (s'il existe), de *poussée aiguë* (en l'absence de code particulier), éventuellement de décès.

Dans une situation de *traitement unique*, le DP est en général l'affection traitée, que le traitement soit médical ou chirurgical.

Dans la situation de *surveillance négative* dans laquelle l'affection surveillée est connue (diagnostiquée antérieurement au séjour) traitée ou en cours de traitement, le diagnostic principal est un code Z et non la maladie surveillée qui doit être enregistrée comme diagnostic relié lorsqu'elle respecte sa définition.

Sur le choix du diagnostic associé significatif, une partie notable des avis porte sur des séjours pour soins ou fermeture d'iléostomie chez des patients opérés de cancer. Celui-ci n'est pas un diagnostic associé significatif s'il ne respecte pas sa définition, c'est-à-dire s'il n'a pas bénéficié d'une prise en charge propre, majorant l'effort de soins. De même, un déficit immunitaire, s'il n'a fait l'objet ni d'une prise en charge diagnostique, ni d'une prise en charge thérapeutique, n'a pas à être codé comme un diagnostic associé significatif.

Les éléments du dossier médical doivent être suffisamment explicites pour étayer des diagnostics associés significatifs tels qu'une anémie posthémorragique, une infection urinaire ou une insuffisance respiratoire.

En ce qui concerne le codage des complications des actes médicotechniques, les avis de l'ATIH ont confirmé le codage selon la nature de la complication dans la plupart des cas. Les règles de codage en la matière n'ont sans doute pas été suffisamment comprises.

Lorsqu'il existe un code précis selon la nature de la complication dans la CIM-10, ce code doit être retenu. Les codes du groupe T80–T88 sont les plus précis et doivent être employés lorsqu'ils correspondent à des complications mécaniques de « prothèses, implants et greffes internes » (par exemple, T84.0 à T84.4), lorsque la complication est un rejet d'organe ou de tissu greffé (catégorie T86) ou lorsqu'elle fait suite à une amputation de membre (T86.3 à T86.5). Mais dans nombre d'autres cas, les codes des autres chapitres de la CIM-10 identifiant la nature de la complication, sont plus précis. Le code du groupe T80–T88 permet alors, comme diagnostic associé, d'enregistrer la circonstance iatrogénique.

L'absence de demande d'avis à propos du **codage des actes** médicotechniques est surprenante. Dans le cours de l'étude des saisines portant sur les diagnostics, il a en effet fréquemment été constaté des erreurs de codage des actes. Cette absence de questions est d'autant plus surprenante que chacun connaît le rôle majeur joué par les actes classants, opératoires et non opératoires, dans le classement en *groupe homogène de malades*.

Le codage des résumés de séjour dépend de la qualité du dossier médical. Il est nécessaire que soient communiqués à l'ATIH des copies du compte rendu d'hospitalisation, des comptes rendus d'examen contributifs et, le cas échéant, du compte rendu opératoire. L'observation anesthésique et le dossier infirmier sont d'autres pièces dont l'exploitation est souvent utile.

Recommandations

Pour les établissements de santé

D'après l'*arrêté du 31 décembre 2003 modifié* « les informations du résumé d'unité médicale doivent être conformes au contenu du dossier du patient ». Les établissements doivent s'assurer que le dossier médical est complet et correctement rempli selon les dispositions de l'article R1112-2 du code de la santé publique. Ceci permet d'extraire les informations pour le résumé de séjour et de faire en sorte que ce résumé soit un reflet fidèle de l'hospitalisation.

Les diagnostics qui ont fait l'objet d'une prise en charge doivent être explicitement indiqués dans le compte rendu d'hospitalisation. Ils doivent être étayés dans le dossier médical du patient. Il serait souhaitable que les résultats d'examen paracliniques sur lesquels s'appuie un diagnostic soient repris par le clinicien dans le compte rendu d'hospitalisation ou l'observation médicale.

L'argumentaire des établissements doit faire référence aux éléments du dossier du patient et au *Guide méthodologique* car le rôle de l'ATIH est de vérifier le respect des règles de hiérarchisation et de codage par rapport aux éléments du dossier médical transmis.

Rôle du contrôleur

En cas de discordance le rôle du contrôleur est de recueillir les éléments justificatifs ou de préciser clairement leur absence, de vérifier la totalité des éléments du dossier (DAS, actes), de mettre en forme correctement la réponse à l'établissement. Si le contrôleur ne recueille pas les éléments justificatifs existants, il en prive l'ATIH qui ne peut donner un avis que sur les pièces qu'elle reçoit.

Rôle de l'unité de coordination régionale

L'unité de coordination régionale (UCR) doit veiller à adresser, lors de la saisine, une copie des pièces nécessaires du dossier médical relatif au séjour, ces pièces étant anonymisées.

L'UCR doit assurer la préparation des dossiers et juger de la pertinence de la saisine : être un filtre efficace, vérifier les règles, réaliser une expertise (qui peut être différente de celle du contrôleur), mettre en forme les saisines (grilles, pièces justificatives).

La question posée à l'ATIH doit être centrée sur le désaccord et non pas formulée sous la forme « comment coder ce séjour ? ». En effet, l'ATIH donne un avis sur le différend à partir des seules pièces transmises et n'est pas en situation de recoder l'ensemble des éléments du séjour.

RÉFÉRENCES

1. Décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000 portant création de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et modifiant le code de la santé publique.
2. Décret n° 2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
3. Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.
4. Circulaire DHOS n° 2007-303 du 31 juillet 2007 relative à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières relevant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité. Annexe 2 : procédure de saisine de l'ATIH.
5. *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*. Annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié par l'arrêté du 28 février 2006. *Bulletin officiel spécial* n° 2006/2 bis.
6. OMS. *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision. OMS, Genève, 1993.
7. *Guide du contrôle externe régional*. Version 1.3. 1^{er} août 2007. DHOS–DSS – Assurance maladie – ATIH
8. *Classification commune des actes médicaux*. CNAMTS. <http://www.ameli.fr>
9. Circulaire DHOS/DSS/UNCAM du 18 décembre 2005 relative à la mise en œuvre du dispositif de contrôle régional dans le cadre de la T2A.
10. Lettre DHOS/F1 n° 2027 du 12 janvier 2006.

EXEMPLES D'AVIS PAR THÈMES

Pour cette première publication d'un rapport sur les avis de l'ATIH, des exemples exhaustifs sont donnés. Ils sont essentiellement destinés à permettre au lecteur de visualiser la forme de ces avis plus qu'à livrer une information sur le fond.

Situation de diagnostic.....	31
Situation de traitement.....	35
Situation de surveillance.....	38
Choix du diagnostic associé significatif.....	41
Codage des complications.....	42
Intoxication médicamenteuse	43
Autres	45

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerne un homme de 75 ans ayant été hospitalisé du 29 mai au 1^{er} juin pour une baisse brutale d'acuité visuelle monoculaire gauche non résolutive rapportée à une occlusion de l'artère cilio-rétinienne droite.

La divergence porte sur le choix du diagnostic principal entre I63.9 *Infarctus cérébral, sans précision* et H34.2 *Autres occlusions de l'artère de la rétine*.

Les éléments transmis du dossier médical du patient sont :

- la lettre de sortie du 1^{er} juin 2007 ;
- un compte-rendu d'examen ophtalmologique du 30 mai 2007 ;
- une partie (examens complémentaires, conduite à tenir et conclusion) du compte rendu d'hospitalisation.

Le patient a été hospitalisé pour une atteinte visuelle monoculaire gauche brutale. Un bilan a été réalisé (doppler cervico-encéphalique, échographie cardiaque, scanner crânien, électrocardiogramme, bilan sanguin, avis ophtalmologique). Le diagnostic réalisé à l'examen ophtalmologique est « occlusion artère cilio-rétinienne irriguant la macula OD ». Le reste du bilan semble négatif, c'est en tout cas ce que semble indiquer la lettre de sortie.

Ce séjour correspond à une situation d'un patient hospitalisé pour un diagnostic. D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*, « lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection cause du ou des symptômes elle est le diagnostic principal ».

Le diagnostic principal est donc H34.2 *Autres occlusions de l'artère de la rétine*.

Les éléments transmis n'indiquent pas qu'un diagnostic d'infarctus cérébral ait été réalisé au cours de ce séjour et en particulier la scanographie cérébrale n'a pas montré d'infarctus cérébral récent. Le code I63.9 *Infarctus cérébral, sans précision* ne peut être utilisé pour ce séjour ni en diagnostic principal ni en diagnostic associé significatif.

Conclusion

Le diagnostic principal à retenir est :
H34.2 *Autres occlusions de l'artère de la rétine*

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerné est celui d'un patient hospitalisé pour chimiothérapie d'une tumeur neuro-endocrine plurimétastatique dont le cancer primitif est incertain. Le séjour a été compliqué par la survenue de lipothymies et de clonies qui seront rattachées à une métastase cérébrale (séjour du 11 au 17 décembre 2006).

La question posée ici à l'ATIH est liée à l'utilisation du code *Z51.5 Soins palliatifs* de la Cim-10 en position de diagnostic principal d'un résumé de sortie standardisé.

Les éléments de dossier transmis à l'ATIH ne comportent que la lettre de sortie.

Il n'y a pas lieu de mentionner des soins palliatifs pour ce séjour qui ne comporte que des soins curatifs.

De fait, il s'agit ici d'une situation de diagnostic d'une complication évolutive de la maladie tumorale. Le diagnostic principal à retenir est *C79.3 Tumeur secondaire du cerveau et des méninges cérébrales*.

Conclusion

Au vu des éléments fournis, le diagnostic principal de ce séjour est :
C79.3 Tumeur secondaire du cerveau et des méninges cérébrales.

Le diagnostic principal de soins palliatifs ne correspond pas à la situation exposée.

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerné est celui d'un patient hospitalisé pour une pneumopathie interstitielle sévère dans un contexte d'adénocarcinome du tiers inférieur de l'œsophage (séjour du 6 au 16 décembre 2006).

La question posée ici à l'ATIH est liée à l'utilisation du code *Z51.5 Soins palliatifs* de la Cim-10 en position de diagnostic principal d'un résumé de sortie standardisé.

Les éléments de dossier transmis à l'ATIH ne comportent que la lettre de sortie.

Il est rappelé dans le guide méthodologique (chapitre IV, note 21) que, « *dès lors que ces soins palliatifs respectent la définition énoncée dans la loi 99-477 du 9 juin 1999 et la circulaire du 19 février 2002 relatives aux soins palliatifs, le code Z51.5 doit être porté en diagnostic principal à l'exclusion de tout autre code* ».

Les éléments figurant dans les pièces qui ont été transmises ne mentionnent pas une prise en charge correspondant à la définition des soins palliatifs de la loi du 9 juin 1999. Certes, comme le souligne l'argumentaire de l'établissement, il s'agit bien de thérapeutiques palliatives mais aucun élément du dossier ne mentionne de prise en charge pluridisciplinaire définissant les soins palliatifs. Même si l'on conçoit bien que la « priorité est donnée au soin du patient et aux rapports humains », cela ne justifie pas d'omettre de telles informations dans le dossier du patient, le contrôle *a posteriori* ne pouvant se faire que sur consultation des éléments du dossier. Les informations du résumé d'unité médicale doivent être conformes au contenu du dossier du patient (arrêté du 31 décembre 2003) et celui-ci doit comporter, entre autres, les informations relatives aux soins dispensés par l'ensemble des personnels paramédicaux (article R1112-2 du code de la santé publique, 1°, alinéas *n* et *o*).

De fait, il s'agit ici d'une situation de diagnostic d'une complication aiguë d'une maladie de longue durée. C'est la pneumopathie qui a été traitée. Le diagnostic principal à retenir est *J15.6 Pneumopathie due à d'autres bactéries aérobies à Gram négatif*.

Conclusion

Au vu des éléments fournis, le diagnostic principal de ce séjour est :
J15.6 Pneumopathie due à d'autres bactéries aérobies à Gram négatif.

Le diagnostic principal de soins palliatifs ne correspond pas à la situation exposée.

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerné est celui d'un patient connu porteur d'un mélanome à localisations cérébrale et pulmonaire, transféré d'un établissement à un autre. À l'issue d'une hospitalisation courte (4 au 6 décembre 2006), ce malade retourne dans l'établissement d'origine où il décèdera rapidement.

La question posée ici à l'ATIH est liée à l'utilisation du code *Z51.5 Soins palliatifs* de la Cim-10 en position de diagnostic principal d'un résumé de sortie standardisé.

L'établissement propose le code *Z51.5 Soins palliatifs* comme diagnostic principal de ce séjour au motif que la prise en charge dans le premier établissement est « palliative », et qu'il ne recevra dans le deuxième que des « soins de confort ». Il n'y a cependant aucun renseignement sur la nature de ces soins, l'observation médicale ne fournissant aucune indication. La seule information à ce sujet provient de l'argumentaire du médecin contrôleur : « *La décision d'un traitement palliatif est prise dans le service de ... après le retour du patient suite à l'hospitalisation actuelle.* » Ces éléments ne permettent pas de valider le choix de codage du diagnostic principal par l'établissement. Le codage de soins palliatifs n'est en effet possible que quand les soins dispensés au patient respectent la définition qu'en donne l'article L1110-10 du *Code de la santé publique* : "*Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.*"

Il semble que le seul motif de prise en charge qui puisse être retenu soit la poursuite du bilan de la fièvre puisque le dossier indique la pratique d'hémocultures et qu'il est fourni une sérologie des *Chlamydiae*. Le choix de porter *R50.9 Fièvre, sans précision* en diagnostic principal du résumé de sortie est parfaitement acceptable.

Conclusion

La mention du code de soins palliatifs n'est pas acceptable au regard de la définition d'emploi du code de cette prise en charge (*Z51.5*). Le diagnostic principal à retenir est celui du symptôme dont l'exploration est poursuivie au cours de ce séjour.

Au vu des éléments fournis, le diagnostic principal de ce séjour est :
R50.9 Fièvre, sans précision

AVIS DE L'ATIH

La question posée à l'ATIH concerne le codage du dossier d'un malade qui a subi une première intervention chirurgicale dans un premier hôpital (pose d'un anneau gastrique), suivie au deuxième jour postopératoire d'une détresse respiratoire avec reprise au bloc, intubation et mise sous ventilation puis transfert en réanimation dans l'hôpital objet du contrôle. Elle concerne notamment l'utilisation du code J96.0 *Insuffisance respiratoire aiguë* de la CIM-10 en position de diagnostic principal du résumé de sortie.

Le différend entre l'hôpital contrôlé et le médecin contrôleur porte sur la persistance ou non de la détresse respiratoire. Pour cet établissement la prise en charge a bien été celle d'une détresse respiratoire alors que le médecin contrôleur estime qu'elle n'existait plus et a codé Z99.1 *Dépendance envers un respirateur*.

Les documents transmis à l'ATIH indiquent que le problème respiratoire aigu existait encore dans l'établissement contrôlé : sédation et ventilation mécanique ont été poursuivies jusqu'au lendemain de l'entrée.

Il s'agit donc d'une insuffisance respiratoire aiguë dont **la prise en charge a été partagée** entre deux établissements, dans le premier établissement puis en réanimation dans l'hôpital contrôlé. Ce dernier (d'autant qu'aucun diagnostic étiologique n'a été fait) est en droit de recoder le diagnostic principal du séjour J96.0.

On conçoit mal l'emploi des codes de la catégorie Z99 en position de diagnostic principal dans un cadre d'affection aiguë. C'est celle-ci qui aurait sa place comme diagnostic principal ou, en l'absence de diagnostic étiologique, comme dans le cas présent, le syndrome aigu qui justifie la ventilation. Dans la position de motif principal, les codes Z99.– sont plus adaptés à des états chroniques ou de longue durée.

Conclusion

Il s'agit d'une insuffisance respiratoire aiguë dont la prise en charge a été partagée entre deux établissements.

Au vu des éléments fournis, le diagnostic principal du service de réanimation est :
J96.0 *Insuffisance respiratoire aiguë*.

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerné est celui d'un patient hospitalisé initialement pour chimiothérapie d'un cancer du rein gauche polymétastatique. Ce séjour sera en fait prolongé pour des complications du traitement et liées à l'évolution de la maladie.

Les éléments de dossier transmis à l'ATIH ne comportent que la lettre de sortie, l'observation médicale et la feuille de prescription.

La question posée ici à l'ATIH est liée à l'utilisation du code *Z51.5 Soins palliatifs* de la Cim-10 en position de diagnostic principal d'un résumé de sortie standardisé.

Il est rappelé dans le *Guide méthodologique (chapitre IV, note 21)* que, « dès lors que ces soins palliatifs respectent la définition énoncée dans la loi 99-477 du 9 juin 1999 et la circulaire du 19 février 2002 relatives aux soins palliatifs, le code *Z51.5* doit être porté en diagnostic principal à l'exclusion de tout autre code ».

Les éléments figurant dans les pièces qui ont été transmises, quoique succincts, mentionnent la prise en charge de la douleur, de l'alimentation parentérale et des soins de nursing. L'intervention de l'équipe médicale et infirmière est complétée de celle d'une diététicienne. Ces éléments peuvent correspondre à la définition des soins palliatifs de la loi du 9 juin 1999.

De fait, il s'agit ici d'une situation de prise en charge de soins palliatifs. Le diagnostic principal à retenir est *Z51.5 Soins palliatifs*, le diagnostic relié à retenir est *C64 Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinnet*.

Conclusion

Au vu des éléments fournis, le diagnostic principal de ce séjour est :

Z51.5 Soins palliatifs,

avec comme diagnostic relié :

C64 Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinnet.

AVIS DE L'ATIH

Le cas clinique présenté est un séjour hospitalier pour 5^e cure de chimiothérapie chez une patiente porteuse d'un hépatocarcinome. Un scanner est réalisé pendant l'hospitalisation.

Le codage du diagnostic principal par l'établissement est C22.0 *Carcinome hépatocellulaire* ; cette proposition s'appuie sur le fait que « la chimiothérapie n'est pas la justification essentielle de la prise en charge, car un bilan a été fait », ce qui traduirait « un niveau de comorbidité significatif et/ou de bilan également significatifs ».

La solution choisie par le médecin contrôleur est la mention de Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*, considérant que « la chimiothérapie, imposant l'hospitalisation, a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins ». Le fait que « le scanner aurait pu être fait en externe » ne sera pas retenu : il s'agit d'un jugement sur la pratique, sur laquelle l'ATIH n'a pas à se prononcer et qui n'est pas l'objet de ce type de contrôle.

Il s'agit donc d'une différence d'appréciation sur la modalité de prise en charge de la patiente. Il peut être affirmé d'emblée que, même si l'on se range à ses arguments, l'établissement fournit une solution de codage du diagnostic principal de toutes façons erronée. S'agissant d'un examen de contrôle par imagerie d'un cancer, ne révélant pas de phénomène nouveau, la situation est celle que le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* qualifie de « surveillance négative ». Le code exact du diagnostic principal aurait donc dû être Z08.2 (*Examen de contrôle après chimiothérapie d'une tumeur maligne*) ; le code C22.0 aurait été placé en position de diagnostic relié (DR). Il faut cependant signaler que la Cim-10 comporte une note d'exclusion adjointe à ce libellé : *À l'exclusion de* : séance de chimiothérapie (Z51.1).

En conséquence, la solution de codage du diagnostic principal conforme à la prise en charge décrite par le compte rendu d'hospitalisation est Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*. Le diagnostic relié est la tumeur maligne C22.0 *Carcinome hépatocellulaire*.

Conclusion

D'après les éléments transmis, le diagnostic principal à retenir est :
Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* avec comme diagnostic relié :
C22.0 *Carcinome hépatocellulaire*.

AVIS DE L'ATIH

Le dossier soumis à expertise concerne une hospitalisation d'un jour pour l'évaluation d'une scoliose chez une enfant de 14 ans et 5 mois traitée orthopédiquement pour cette affection depuis 4 ans.

La scoliose est estimée d'allure idiopathique et l'examen clinique et les actes réalisés, dont certains seulement sont accompagnés d'un bref commentaire de synthèse, ne concluent pas à l'existence d'éléments nouveaux dans ce contexte ; on ne dispose pas d'ailleurs de critères cliniques ou paracliniques comparatifs avec les prises en charge antérieures.

Au vu des éléments qui lui ont été transmis, l'ATIH retient pour le diagnostic principal de ce séjour, le bilan de contrôle d'une pathologie connu en cours de traitement, codé **Z09.8 examen de contrôle après traitement**, la scoliose est connue et il n'y a pas non plus de complication qui ferait prendre une décision thérapeutique différente du traitement orthopédique déjà conduit.

Le codage de la scoliose, M41.14 *Scoliose juvénile idiopathique, région thoracique* intervient comme diagnostic relié (DR)

Conclusion

Au vu des éléments transmis, le diagnostic principal de ce séjour est :

Z09.8 examen de contrôle après traitement.

avec comme diagnostic relié :

M41.14 *Scoliose juvénile idiopathique Région thoracique.*

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerne une patiente âgée de 79 ans, souffrant de démence de type Alzheimer, vivant à domicile avec son époux, qui a été hospitalisée du 15 au 29 octobre 2007 du fait de l'hospitalisation de son époux. Aucun événement somatique n'est intervenu au cours du séjour. Dans l'attente de pouvoir rentrer à domicile, elle est mutée en soins de suite.

Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre R54.+8 *Autres états de sénilité* et Z60.8 *Autres difficultés liées à l'environnement social*.

Les éléments du dossier médical transmis sont les suivants :

- la lettre d'adressage d'un médecin généraliste du 10 octobre 2007 ;
- l'observation médicale avec une évaluation initiale ;
- la lettre de sortie contenant un compte-rendu de l'hospitalisation.

L'établissement propose comme diagnostic principal le code R54.+8 *Autres états de sénilité*. Ce code correspond aux autres états précisés de sénilité que le syndrome de glissement. La précision de cet autre état n'apparaît pas dans le dossier. Cet autre état n'a pas été noté dans les éléments du dossier médical transmis, n'a pas fait l'objet de démarche diagnostique ni de prise en charge. Il n'a à être indiqué ni en diagnostic principal ni en diagnostic associé significatif.

La situation clinique n'est ni celle d'une démarche diagnostique ni celle d'un traitement, elle correspond à une surveillance négative. La patiente a été hospitalisée du fait de l'hospitalisation de son époux, probablement le principal aidant à domicile ; le diagnostic principal est donc un code en Z, et dans ce cas Z63.3 *Difficultés liées à l'absence d'un des membres de la famille*.

La démence F00.1 *Démence de la maladie de d'Alzheimer (G30.1)* peut être placée en diagnostic relié. Du fait de la règle dague astérisque G30.1 *Maladie d'Alzheimer à début tardif* doit être placé en un diagnostic associé.

Conclusion

Au vu des éléments transmis, le diagnostic principal à retenir est :
Z63.3 *Difficultés liées à l'absence d'un des membres de la famille*

F00.1 *Démence de la maladie de d'Alzheimer (G30.1)* peut être enregistré comme diagnostic relié.

R54.+8 *Autres états de sénilité* ne doit pas être codé pour ce séjour en diagnostic principal.

AVIS DE L'ATIH

La divergence de codage entre établissement et médecin contrôleur porte sur le bien-fondé du signalement d'un code de cancer digestif C20 *Tumeur maligne du rectum* en position de diagnostic associé significatif sur les résumés de séjour pour fermeture de stomie cutanée de protection après résection intestinale initiale.

Il est rappelé que les diagnostics associés significatifs sont ceux des « diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens par rapport au seul DP ou, ce qui revient au même, par rapport au couple DP-DR » (*Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*).

L'argumentation de l'établissement repose sur l'idée que la réalisation d'un contrôle radiologique et clinique de l'anastomose intestinale initiale constitue une prise en charge du cancer traité par la résection chirurgicale préalable. Elle n'est pas recevable : ces examens sont destinés à vérifier que la suture intestinale est étanche et perméable, permettant la remise en circuit du bas intestin sans risque. Ils sont systématiques avant la fermeture de l'iléostomie, quelle que soit l'étiologie de la lésion initiale. Ils n'ont pas pour but de vérifier l'absence de récurrence locale ou d'évolution locorégionale. On peut donc affirmer que ces examens ne sont pas une « prise en charge supplémentaire (investigation, traitement...) » liée au cancer préalablement traité.

Il n'apparaît pas que le signalement du cancer en position de diagnostic relié (DR) soit plus justifié, bien que le codage du diagnostic principal utilise un code du chapitre XXI de la C10 (code en Z). Il a en effet « pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du malade en termes médicoéconomiques » (*Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*).

En conclusion, en l'absence de complication particulière ou de prise en charge d'une autre affection au cours de l'hospitalisation, le résumé d'un séjour pour fermeture de stomie intestinale ne doit comporter que le code Z43.– *Surveillance de stomies* en diagnostic principal : Z43.1 s'il s'agit d'une fermeture de gastrostomie, Z43.2 pour une iléostomie, Z43.3 pour une colostomie (incluant la cœcostomie) et Z43.4 en particulier pour une œsophagostomie ou une jéjunostomie.

Conclusion

Eu égard aux éléments du dossier médical transmis, le diagnostic principal à retenir est : Z43.2 *Surveillance d'iléostomie*.

La tumeur maligne du rectum n'est pas un diagnostic associé.

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerne une patiente âgée de 69 ans hospitalisée pour une aggravation de son asthme liée à une affection bronchique et à une sinusite aiguë. La patiente a bénéficié d'un traitement par antibiotiques et corticoïdes. La scanographie a montré une sinusite gauche.

Le désaccord porte sur le choix de J96.1+0 *Insuffisance respiratoire chronique obstructive* en diagnostic associé significatif.

Les éléments anonymes du dossier médical qui ont été transmis sont les suivants :

- une bactériologie d'un prélèvement d'expectoration ;
- la gazométrie ;
- l'examen de sang ;
- la radiographie du thorax ;
- la scanographie des sinus ;
- l'exploration fonctionnelle respiratoire ;
- l'observation médicale ;
- le compte rendu d'hospitalisation.

Selon l'*arrêté du 31 décembre 2003 modifié* « les informations du résumé d'unité médicale doivent être conformes au contenu du dossier du patient ».

D'après le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* les diagnostics associés significatifs « sont des diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens par rapport au seul DP... »

Le compte rendu d'hospitalisation ne mentionne pas d'insuffisance respiratoire. La gazométrie sanguine du 8 décembre 2007 montre une PaO₂ à 72,5 mmHg et une saturation en O₂ à 97,1 % ; ces éléments ne correspondent pas avec la définition d'une insuffisance respiratoire chronique (références universitaires, HAS). Le code J96.1+0 *Insuffisance respiratoire chronique obstructive* n'est pas un diagnostic pour ce séjour.

Conclusion

Au vu des éléments transmis, le code J96.1+0 *Insuffisance respiratoire chronique obstructive* n'est pas un diagnostic pour ce séjour.

AVIS DE L'ATIH

Le problème soumis à expertise concerne le codage d'une complication infectieuse liée à la présence d'une prothèse pariétale abdominale, aboutissant à son ablation.

Le codage des complications des actes médicochirurgicaux est exposé dans le volume 2 de la Cim-10 (pages 107–108), repris et explicité dans le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique*. Celui-ci indique (chapitre V, paragraphe 2) que les codes des catégories T80-T88 ou ceux des catégories du type *Atteintes [troubles] [affection] de l'appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé(e)s ailleurs* doivent être employés en DP lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication. Dans le cas contraire, la complication est codée selon sa manifestation avec un code « habituel » de la Cim. Le *Guide méthodologique* conseille l'utilisation supplémentaire des codes du groupe T80–T88 en position de DAS (en dépit de la redondance d'information qui en résulte) chaque fois qu'il n'est pas utilisé en diagnostic principal. Il est en effet écrit à la fin du sousparagraphe 2.1 : « ...la mention d'un code du groupe T80-T88 en position de DAS, en complément de celui de la complication (par exemple « abcès de paroi après cholécystectomie : L02.2, Y83.6, T81.4 ») n'est pas une erreur. »

Dans le dossier présenté ici, l'affection prise en charge est un abcès de la paroi abdominale antérieure dû à l'infection d'un hématome survenu dans les suites de réparation pariétale avec pose d'une prothèse. Le codage de ce phénomène avec un code « habituel » de la Cim est possible : L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*. C'est donc ce code qui doit être porté en position de diagnostic principal.

La nature iatrogène de l'abcès sera signalé par la mention des codes T85.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes et Y83.1 Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne [à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention] en position de diagnostic associé significatif. On pourra ajouter le code Y95 Facteurs nosocomiaux.

L'emploi du code T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs* est doublement inadapté ici : d'une part, il ne peut être utilisé que pour des complications infectieuses sans pose de matériel (voir note d'exclusion sous le libellé) ; d'autre part, son emploi n'est possible que pour des infections « non classée[s] ailleurs ».

Conclusion

Au vu des éléments transmis, le diagnostic principal à retenir est :
L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*.

AVIS DE L'ATIH

La divergence entre l'établissement et le médecin contrôleur soumise à l'expertise de l'ATIH porte sur les modalités de codage d'une intoxication médicamenteuse volontaire responsable d'un « coma ».

Le *Guide méthodologique* rappelle à propos des intoxications accidentelles et volontaires que « le symptôme R40.– n'a pas à être choisi pour diagnostic principal alors que sa cause, l'intoxication, est diagnostiquée ». Cette recommandation est conforme aux conseils d'utilisation que la Cim-10 fait des codes du chapitre XVIII en tête de ce chapitre : « Les affections et les signes et symptômes classés dans les catégories R00–R99 se rapportent : a) aux cas pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant [...] ». C'est un principe général de codage des diagnostics : on doit coder de la façon la plus précise. D'autre part, il est erroné de fonder le choix du diagnostic principal sur sa seule définition, en ignorant le guide des situations cliniques. La situation clinique est l'élément primordial de choix du diagnostic principal (*Guide méthodologique*, chapitre IV, § 2.1.1, dernier alinéa). Ici, la situation est de *diagnostic* si des dosages sanguins effectués à l'hôpital ont été nécessaires au diagnostic ; elle est de *traitement* « *unique* » si le diagnostic est considéré comme ayant été fait par le SMUR. Dans les deux cas le diagnostic principal est l'affection diagnostiquée : l'intoxication, non le coma, qui ne pourrait être le diagnostic principal qu'en l'absence de diagnostic étiologique (*ib.* situation clinique 2.2.1.2). Les troubles de la conscience (R40.–) qui accompagnent ici l'intoxication volontaire constituent une complication signant la gravité et doivent donc figurer en DAS.

En conséquence, s'agissant d'une intoxication combinant plusieurs produits, on peut porter le code du groupe T36–T50 *Intoxications par des médicaments et des substances biologiques* qui semble être celui qui explique le mieux les troubles de conscience. Ce code doit être accompagné du code du bloc X60–X84 *Lésions auto-infligées* pour en signaler le caractère volontaire. On a donc le choix entre T42.6–X61.9 si l'on retient l'influence du Stilnox® (zolpidem), T42.4–X61.9 pour le Lysanxia® (prozepam) ou T39.1–X60.9 pour le Di Antalvic® (paracétamol).

Faute de renseignement précis sur la nature du trouble dépressif, on laisse le code F32.9.

Conclusion

Le dossier soumis concerne une tentative de suicide par association médicamenteuse. La mention du code R40.2 en position de diagnostic principal proposée par l'établissement n'est pas convenable, puisqu'il ne concerne qu'un symptôme du tableau global de l'intoxication. Le codage du diagnostic principal peut varier selon le produit qu'il est souhaité repérer en tant que responsable principal de l'intoxication. Le principe suivi par le médecin contrôleur est donc correct. Si on le suit dans la mention du code T42.4 en diagnostic principal, le codage des diagnostics de ce dossier est :

DP : T42.4 *Intoxication par benzodiazépines*

DAS : X61.9 ; R40.2 ; T42.6 ; T39.1 ; X60.9 ; F32.9

AVIS DE L'ATIH

Le séjour concerne un patient hospitalisé du 18 au 20 août 2007 pour prise volontaire de Skénan®. Le patient est hospitalisé en détresse respiratoire avec bradypnée, myosis bilatéral.

La divergence porte sur le choix du diagnostic principal J96.0 *Insuffisance respiratoire aigüe*.

L'élément du dossier médical qui a été transmis est le compte rendu d'hospitalisation du 21/08/2007.

Le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* précise au paragraphe V.3.1 :

« Le codage des intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires (...) doit utiliser les catégories T36 à T50. »

Dans le compte rendu d'hospitalisation le patient a été hospitalisé en détresse respiratoire avec une SaO₂ à 80 % en air ambiant. Lors des examens les gaz du sang montraient une PaO₂ à 56,5, une SaO₂ à 90%, une PaCO₂ à 59, un pH à 7,35. L'insuffisance respiratoire aigüe est donc établie au moins à l'entrée.

L'origine de l'insuffisance respiratoire était une prise volontaire d'un opiacé, le Skénan®. L'amélioration de la fonction ventilatoire s'est améliorée sous oxygène et sous Narcan®, traitement de l'intoxication.

Le patient a été hospitalisé car l'intoxication à l'opiacée a entraîné une détresse respiratoire. L'intoxication aux opiacés a nécessité l'injection de Narcan. Le diagnostic principal est T40.2 *Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques Autres opiacées*.

Le code J96.0 *Insuffisance respiratoire aigüe* peut être un diagnostic associé significatif.

Conclusion

Le diagnostic principal est :

T40.2 *Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques Autres opiacées*.

L'insuffisance respiratoire aigüe J96.0 *Insuffisance respiratoire aigüe* est un diagnostic associé significatif.

AVIS ATIH

Le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* indique au paragraphe V.8 pour la catégorie Z03 : « elle est celle des suspicions non confirmées ». Elle est destinée au codage du diagnostic principal de séjours motivés par l'éventualité, à l'admission, d'une maladie qui n'est pas confirmée à la sortie ; il est recommandé de lire dans la CIM la note d'inclusion située sous son titre.

La règle générale est : le meilleur codage est celui qui utilise le code le plus précis. Lorsqu'une symptomatologie est présente, on préférera son code (chapitre XVIII de la CIM) à un code Z toutes les fois qu'il est plus précis ».

Dans le dossier soumis à avis, la possibilité d'un codage précis du symptôme ou de l'examen anormal qui a motivé l'hospitalisation existe : en effet le code proposé par le contrôleur, **R84.5 Résultats anormaux de prélèvements effectués sur l'appareil respiratoire et le thorax, résultats microbiologiques anormaux** rend compte assez précisément du motif de l'admission.

Cependant le code proposé par le DIM de l'établissement, **Z03.0 Mise en observation pour suspicion de tuberculose** rend compte de façon encore plus précise de la globalité de la prise en charge du patient. Le code est utilisé ici conformément aux recommandations de l'inclusion sous la catégorie Z03 : « *Comprend* : personnes ayant certains symptômes ou signes d'un état anormal qui nécessite un examen plus approfondi, mais chez qui après examen et mise en observation, un traitement ou des soins médicaux n'apparaissent pas comme nécessaires ». C'est donc cette solution de codage qui sera préférée.

Par ailleurs le code R53 mentionné dans le RUM de l'établissement n'est plus valide et doit être remplacé par R53.+2 *Fatigue*. Il est cependant étonnant que ce symptôme soit codé, et qu'il soit alors le seul codé.

L'acte de scanner thoraco-abdomino-pelvien n'est pas correctement codé si c'est bien lui qui a été réalisé. ZCQK004 *Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste* et ZBQK001 *Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste* sont proposés.

Conclusion

Le codage de ce résumé de séjour est donc celui-ci :

DP : Z03.0 *Mise en observation pour suspicion de tuberculose* ;

DAS : R53.+2 *Fatigue*

Actes : ZCQK004 ; ZBQK001

AVIS DE L'ATIH

Contrairement à ce qu'affirme l'argumentaire de l'établissement, le codage du diagnostic principal G46.0 *Syndrome de l'artère cérébrale moyenne* ne respecte pas la règle du double codage dague astérisque puisque le code dague ne figure pas parmi les diagnostics associés significatifs. S'il y figurait, il ne pourrait être que I66.0 *Occlusion et sténose de l'artère cérébrale moyenne*, ainsi que l'impose le volume 1 de la Classification internationale des maladies (Cim-10) dans la catégorie G46. Or il est explicitement indiqué dans l'intitulé de la catégorie I66 qu'elle exclut l'infarctus cérébral.

Les codes G46.0 à G46.2 ne doivent pas être employés en cas d'infarctus cérébral. La lecture de la catégorie G46 dans le volume 1 de la Cim-10 montre en effet qu'il s'agit de codes astérisques, qui ne peuvent être utilisés qu'associés à un code dague compris entre I66.0 et I66.2, indiqué entre parenthèses. Or la catégorie I66 exclut l'infarctus cérébral (en d'autres termes, la Cim-10 réserve les codes G46.0 à G46.2 à des syndromes neurologiques résultant d'une insuffisance circulatoire sans infarctus).

Les infarctus cérébraux se codent avec la catégorie I63. Aucun code de cette rubrique ne figure dans le codage de l'établissement : l'« AVC » (sic) sylvien n'a donc pas été codé. Le médecin contrôleur a fait le choix de la bonne catégorie (toutefois rien dans le compte-rendu d'hospitalisation ne justifie le quatrième caractère .8 ; en l'absence de découverte d'une lésion emboligène artérielle précérébrale ou cardiaque, I63.9 conviendrait mieux).

Conclusion

Le diagnostic principal doit être codé avec la catégorie I63 *Infarctus cérébral*.