



FASCICULE SPÉCIAL

2010

Ce fascicule spécial réunit un certain nombre de consignes de codage des diagnostics à appliquer à partir de 2010. Elles sont valables pour tous les champs du PMSI.

Les premières résultent d'une réflexion des experts de l'ATIH sur l'emploi de certains codes posant des difficultés aux utilisateurs et fournissant des sujets de litige éventuels lors de contrôles. La plupart reprennent des argumentaires déjà exposés en les précisant et en fournissant les critères de validité. Ceux-ci doivent comme toujours être disponibles dans le dossier médical et accessibles au codeur et au contrôleur. Dans un seul cas la consigne de codage donnée jusqu'alors est modifiée : elle concerne le codage de l'insuffisance rénale fonctionnelle.

Les conseils fournis dans la deuxième partie de ce fascicule sont liés aux évolutions de la Cim-10. Elles sont essentiellement dues aux modifications introduites par l'OMS pour assurer une description des affections plus complète et plus proche des concepts médicaux désormais admis.

Consignes de codage de l'ATIH

Insuffisance rénale fonctionnelle

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

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

Hypotension et baisse de la tension artérielle

La Cim-10 distingue deux modalités de codage des baisses de la pression intraartérielle [tension artérielle]. Elles correspondent à deux conditions très différentes de diagnostic.

Une **baisse de la pression intraartérielle** peut être un signe d'accompagnement de diverses maladies ou une « découverte fortuite isolée », ce qui ne permet pas de porter le diagnostic de maladie hypotensive chronique. Dans les deux circonstances, cette chute tensionnelle est qualifiée par la Cim-10 de « non spécifique » : elle doit alors être codée **R03.1** *Constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle*. Elle répond en effet aux critères qui conduisent à utiliser le chapitre XVIII qui contient les signes et symptômes « a) [...] pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant ; b) [...] existants lors de la première consultation, qui se sont avérés être transitoires et dont les causes n'ont pu être déterminées ; c) [se rapportant] aux diagnostics provisoires chez un malade qui n'est pas revenu pour d'autres investigations ou soins [...] ». L'utilisation du code R03.1 suit ainsi la logique exposée dans la note placée sous le libellé *Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension* (R03.0) : par analogie, on doit considérer que « cette catégorie [R03.1] doit être utilisée pour enregistrer soit un épisode [hypotensif] chez un malade pour lequel aucun diagnostic formel d' [hypotension] n'a été porté, soit une découverte fortuite isolée. »

A contrario, l'**hypotension artérielle** qualifiée d'idiopathique ou d'orthostatique est une maladie chronique invalidante, nécessitant habituellement un traitement prolongé. Son diagnostic repose sur la constatation répétée d'une baisse des pressions diastolique et systolique, mesurées dans des conditions rigoureuses. Le code **I95.-** qui la repère ne doit être employé que devant un diagnostic établi de maladie hypotensive chronique (sauf si elle s'intègre dans un ensemble de troubles neurovégétatifs et neurologiques, constituant alors le syndrome de Shy et Drager [G90.3]).

La même argumentation conduit à distinguer la maladie hypertensive (I10) et l'élévation « non spécifique » de la pression intraartérielle (R03.0).

Anémie posthémorragique aiguë

L'emploi du code **D62** *Anémie posthémorragique aiguë* pour mentionner la constatation d'une anémie postopératoire a suscité de nombreuses remarques. Il se discute devant un

résultat d'hémogramme postopératoire prouvant la chute de l'hémoglobine en deçà de 13 grammes par litre chez l'homme, 12 grammes par litre chez la femme (11 grammes par litre chez la femme enceinte), chez un adulte jusqu'alors non anémié. Le présent article vise à rappeler et préciser les règles justifiant l'emploi du code D62 dans cette circonstance particulière.

Les règles de l'art en matière de transfusion de malades subissant une intervention ont été définies par les experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) lors de l'élaboration de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM). Il a été admis que l'anesthésiste doit assurer la compensation des pertes sanguines, en particulier au cours des interventions par nature hémorragiques : certaines interventions sur le squelette (particulièrement hanche, fémur, genou, colonne vertébrale) ou le système cardiovasculaire. Cette restitution du volume sanguin peut utiliser des modalités très variables : allotransfusion, autotransfusion, emploi de système de récupération sanguine peropératoire. Elle peut être entièrement effectuée au cours de l'intervention selon les pertes estimées et éventuellement poursuivie au décours de l'opération. Dans ces conditions le code D62 ne doit pas être mentionné.

Inversement, une anémie postopératoire peut se révéler consécutive à un phénomène hémorragique inhabituel : le saignement peut résulter de la lésion elle-même (par exemple, rupture de la rate, plaie du foie) ou d'un traumatisme peropératoire (plaie d'un gros vaisseau, lâchage d'une suture vasculaire, conditions particulières de travail sur le site opératoire). Ces cas nécessitent des transfusions massives, ou à tout le moins dont le volume dépasse le volume prévisible en fonction de l'intervention. Le code D62 peut alors être mentionné sur le bordereau de recueil.

Malnutrition

La Cim-10 classe les états de malnutrition dans le groupe E40–E46 : **E40** *Kwashiorkor* ; **E41** *Marasme nutritionnel* ; **E42** *Kwashiorkor avec marasme* ; **E43** *Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision* ; **E44.0** *Malnutrition protéinoénergétique modérée* ; **E44.1** *Malnutrition protéinoénergétique légère* ; **E46** *Malnutrition sans précision*. Elle range sous le terme générique de malnutrition¹ un groupe d'affections résultant d'une carence d'apport ou d'une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l'entendre dans le sens restreint de dénutrition. Dans un rapport publié en septembre 2003², l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en a donné une définition : « la dénutrition protéinoénergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéinoénergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. » Cette définition distingue clairement « l'amaigrissement [...] de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale » et sa nature éventuellement volontaire.

Dans le même rapport, l'ANAES a établi les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique des adultes hospitalisés, tous âges confondus. Elle a en effet estimé que la définition fournie par la Cim-10, reposant sur des critères statistiques, « n'est pas opérationnelle en l'absence de données représentatives de la distribution du poids par tranche d'âge et par sexe [...] en France. » La Haute autorité de santé a révisé les critères permettant

¹ Cet anglicisme désigne de fait tout trouble lié à un déséquilibre alimentaire, aussi bien en défaut qu'en excès.

² [Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés](#), ANAES, septembre 2003.

d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée dans un rapport publié en avril 2007³. Ces critères sont ici résumés.

1) Le diagnostic de **dénutrition** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants :

- chez les patients âgés de moins de 70 ans² :
 - perte de poids égale ou supérieure à 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - indice de masse corporelle (IMC) inférieur ou égal à 17 kg/m² ;
 - si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie inférieure à 30 g/l ;
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 110 mg/l.
- chez les patients âgés de 70 ans et plus³ :
 - perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois ;
 - IMC inférieur à 21 kg/m² ;
 - albuminémie inférieure à 35 g/l⁴.

2) Le diagnostic de **dénutrition sévère** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants :

- chez les patients âgés de moins de 70 ans² :
 - perte de poids égale ou supérieure à 15 % en 6 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie inférieure à 20 g/l,
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 50 mg/l.
- chez les patients âgés de 70 ans et plus³ :
 - perte de poids égale ou supérieure à 10 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 15 % en 6 mois ;
 - IMC inférieur à 18 kg/m² ;
 - albuminémie inférieure à 30 g/l⁴.

L'emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères.

Insuffisance respiratoire (chez l'adulte)

L'utilisation du code **J96.0** *Insuffisance respiratoire aigüe* nécessite que le dossier comporte la mention d'une insuffisance respiratoire aigüe ou d'une détresse respiratoire et la constatation au cours du séjour d'une saturation en oxygène (SaO₂) inférieure à 90 % ou d'une pression partielle dans la sang artériel (PaO₂) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant.

³ [Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée](#), HAS, avril 2007.

⁴ L'interprétation du dosage doit tenir compte de l'état inflammatoire.

L'utilisation du code **J96.1** *Insuffisance respiratoire chronique* nécessite que le dossier mentionne la présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou d'une affection respiratoire chronique et la constatation d'une PaO₂ inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant de manière prolongée.

Cystite aigüe

Le diagnostic de cystite aigüe est posé devant l'association de signes fonctionnels de type pollakiurie, de douleurs mictionnelles ainsi que d'une pyurie sur bandelette urinaire ou d'une pyurie avec bactériurie en cas d'étude cyto bactériologique urinaire. La mention de *cystite (aigüe)*, d'*infection vésicale (aigüe)* ou d'*infection urinaire basse* dans le dossier, appuyée sur ce faisceau d'arguments, permet d'utiliser le code **N30.0** *Cystite aigüe* pour mentionner cette affection. Quand ces éléments manquent ou devant la présence isolée de germes sur l'uroculture (bactériurie), on codera **N39.0** *Infection des voies urinaires, siège non précisé*.

Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires

Est *dépendante* envers une machine ou un appareil une personne atteinte d'une affection chronique dont la survie est subordonnée à l'utilisation régulière et durable de ce matériel. C'est en ce sens que doit être comprise l'utilisation des codes de la catégorie **Z99** *Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs*. Ils ne peuvent pas être portés pour mentionner l'utilisation d'un matériel de ce type en phase aigüe : par exemple, **Z99.0** *Dépendance envers un aspirateur* ou **Z99.1** *Dépendance envers un respirateur* ne doivent pas servir à mentionner l'utilisation de ces matériels chez un patient sous ventilation mécanique pour insuffisance respiratoire aigüe, **Z99.2** *Dépendance envers une dialyse rénale* ne peut pas repérer les séjours des patients dialysés pour insuffisance rénale aigüe.

MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'OMS

HELLP syndrome

Le *HELLP syndrome* est une complication de la grossesse qui associe une hémolyse (*Hemolysis*), une cytolysse hépatique (*Elevated Liver enzymes*) et une thrombopénie (*Low Platelets*). L'incidence du *HELLP syndrome* parmi les patientes présentant une prééclampsie est de 2 % à 12 %. Il survient essentiellement entre 27 et 36 semaines d'aménorrhée. En 1999, l'OMS préconisait de coder ce syndrome comme une éclampsie sévère O14.1.

En 2008, elle approuve la création d'un nouveau code O14.2 applicable au 1er janvier 2010. En France, la date d'application dans le cadre du PMSI est fonction du champ concerné.

Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Avant la création de ce code, les maladies dues au VIH chez la femme enceinte étaient exclues du chapitre XV et devaient être codées avec les catégories B20–B24 (maladies dues au VIH) ou le code Z21 (infection asymptomatique). Elles sont dorénavant regroupées sous le code O98.7. De même que pour l'ensemble des codes des catégories O98–O99, le code précis de l'infection à VIH peut être associé à O98.7 ainsi que les manifestations de la maladie.

Insuffisance rénale

L'OMS décrit désormais les insuffisances rénales chroniques dans un cadre plus large de « maladie rénale chronique » et propose de coder en plus la maladie sous-jacente éventuelle. Les différents stades sont définis en fonction de la filtration glomérulaire (FG) :

N18.1 *Maladie rénale chronique, stade 1* : FG égale ou supérieure à 90 ml/min ;

N18.2 *Maladie rénale chronique, stade 2* : FG entre 60 ml/min et 89 ml/min ;

N18.3 *Maladie rénale chronique, stade 3* : FG entre 30 ml/min et 59 ml/min ;

N18.4 *Maladie rénale chronique, stade 4* : FG entre 15 ml/min et 29 ml/min ;

N18.5 *Maladie rénale chronique, stade 5* : FG inférieure à 15 ml/min. Ce dernier stade inclut l'insuffisance rénale chronique terminale.

Cette modification s'accompagne de la mise à jour de tous les codes N18.– lorsqu'ils sont référencés comme code dague au sein des autres chapitres de la Cim.



SOMMAIRE

A	
Anémie posthémorragique aiguë.....	3
Anémie postopératoire	3
B	
Baisse de la tension artérielle	3
C	
Catégorie N18	7
Catégorie Z99	6
Cystite aiguë.....	6
D	
D62	3
Dénutrition	4
Dépendance	6
H	
<i>HELLP Syndrome</i>	7
Hypotension artérielle	3
I	
I95.....	3
Insuffisance rénale.....	7
extrarénale.....	3
fonctionnelle.....	3
prérénale.....	3
J	
Insuffisance respiratoire.....	5
aiguë.....	5
chronique.....	6
J	
J96.0.....	5
J96.1.....	6
M	
Maladie due au VIH et obstétrique.....	7
Malnutrition	4
N	
N30.0	6
O	
O14.2	7
O98.7	7
R	
R03.1.....	3
R39.2.....	3

