



Éditorial

Le codage des résumés d'unité médicale est une de nos « corvées » quotidiennes, souvent vécue de façon très négative et pénible par nos équipes... Pourtant, ce codage est entré dans nos pratiques depuis 10 à 15 ans, selon les endroits, et son importance a été mise en exergue par l'instauration de la réforme hospitalière avec mise en place de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité, la fameuse « T2A ».

S'il apparaît à beaucoup que le financement des hôpitaux doit prendre en compte leur activité réelle, telle que décrite par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI), cette réforme du mode de financement des hôpitaux nécessite la plus grande attention pour éviter les dérives. Les malades polyopathologiques ou ayant des suites longues et compliquées sont souvent mal codés en pratique alors qu'ils mobilisent une quantité importante de ressources humaines et techniques.

Malgré ses avatars, le codage existe, doit être mis en œuvre au quotidien dans tous nos services, avec une réactivité, une exhaustivité et une qualité optimales. Très peu de services ayant les moyens humains de dédier une personne au codage, celui-ci est la plupart du temps réalisé par les rhumatologues eux-mêmes : c'est pourquoi il nous a paru utile de les aider par un outil pratique, permettant de faciliter la tâche.

C'est le principal objectif de ce guide, qui se veut simple et pratique, partant de situations standard et illustrées de cas concrets afin que chaque « codeur » retrouve sa pratique et ses questions quotidiennes. Le résultat dépasse nos espoirs, mettant à la disposition de la communauté rhumatologique hospitalière un outil permettant d'améliorer la qualité de ses pratiques de codage.

Ce guide a été mis en œuvre grâce à la mobilisation d'un petit groupe, très motivé et efficace, piloté par Milka Maravic. L'idée de départ était de poursuivre une démarche initiée au sein du groupe « Nomenclature et CCAM » de la Société française de rhumatologie. Finalement, la méthode retenue a été un peu différente, mais pensée de façon très originale. Trois binômes constitués chacun d'un médecin rhumatologue hospitalier et d'un représentant du département de l'information médicale local ont envisagé les différents aspects et spécificités du codage des affections rhumatologiques en élaborant une douzaine de cas cliniques qui sont autant de situations vécues au quotidien dans nos services. Quelques réunions et de nombreux échanges téléphoniques et électroniques ont permis de concrétiser cet ouvrage : que tous les concepteurs en soient chaleureusement remerciés, ainsi que l'équipe d'AEC-Partners, qui a assuré la conduite logistique du projet et l'équipe de Roche, notamment Sophie Le Brun et Pascale Ogel, dont la détermination et le sourire ont fait le reste...

Philippe ORCEL

Comité de rédaction

Docteur Patrick Bergerie

DIM, CH St Philibert, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

Professeur Alain Cantagrel

Rhumatologue, CHU, Toulouse

Docteur Emile Contreras

DIM, CHU, Toulouse

Professeur Eric Houvenagel

Rhumatologue, CH St Philibert, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

Docteur Jean-Paul Larbre

Rhumatologue, Hospices civils de Lyon

Docteur Milka Maravic

DIM, Hôpital Léopold Bellan, Paris 14, Rhumatologue, CHU, hôpital Lariboisière, Paris

Docteur Hélène Parnet-Morel

DIM, Hospices civils de Lyon

Comité de validation

Docteur Antoine Buemi

Domaine patient, Assistance publique, Hôpitaux de Paris

Professeur Cyrille Colin

DIM, Hospices civils de Lyon

Philippe Orcel

Secrétaire général, Société française de rhumatologie

Les comités de rédaction et de validation remercient l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (docteur Jean-François Noury) pour l'aide qu'elle a apportée à la réalisation de ce document.

Sommaire

Préambule **p. 8**

1 Méthodologie **p. 11**

- Rappel des objectifs des RUM et des principes d'élaboration
- Rappel des définitions
- Situations définies dans le guide méthodologique
- Cas génériques en rhumatologie

2 Cas cliniques types p. 23

- Index
- Cas cliniques

3 Foire aux questions p. 67

4 Lexique p. 83

- Références de codage, outils et ressources pour aller plus loin
- Liste des sigles

7

Préambule

Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) mis en place dans les établissements de santé permet à la fois de décrire et de valoriser l'activité réalisée en hospitalisation.

Les informations, qu'elles soient à la fois d'ordre médical (diagnostics et actes) ou administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, ...), sont recueillies dans le résumé d'unité médicale (RUM*) de tout patient hospitalisé pour permettre de classer le séjour dans un groupe homogène de malades (GHM). À ce GHM correspond un ou plusieurs tarifs (groupe homogène de séjours (GHS)).

Cet outil participe à la valorisation et au financement de l'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Ces informations sont utilisées également par les autorités de tutelle et les hôpitaux pour appréhender l'activité médicale hospitalière pour l'organisation des soins (planification).

* Au terme du séjour du malade et avant le classement dans un GHM, les RUM sont regroupés dans un seul résumé de sortie standardisé (RSS) si le patient a été pris en charge au sein de différentes unités médicales. Il y a donc autant de RUM que de passage dans des unités médicales différentes lors d'un séjour hospitalier.

8

Ce guide s'adresse aux rhumatologues des établissements de santé et concerne exclusivement l'activité d'hospitalisation.

Il est l'occasion de rappeler que le clinicien est un acteur responsable et actif du système de santé qui :

- décide du statut (hospitalisation vs soins externes) de son patient ;
- code son activité en suivant les règles de codage et en adéquation avec le contenu du dossier patient ;
- est capable de décrire et de valoriser son activité et son savoir faire vis-à-vis du pôle d'activité médicale s'il existe, de la commission médicale d'établissement, de son administration et d'interlocuteurs externes à l'établissement ;
- est capable de justifier sa prise en charge et son codage en cas de contrôle interne et externe ;
- est en collaboration étroite avec son département d'information médicale (DIM) qui peut l'aider à améliorer ses codages.

Les règles de codage évoluent et il est important de les connaître. Il est recommandé de se référer au *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI* publié au Bulletin officiel et téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr>).

9

1

Méthodologie

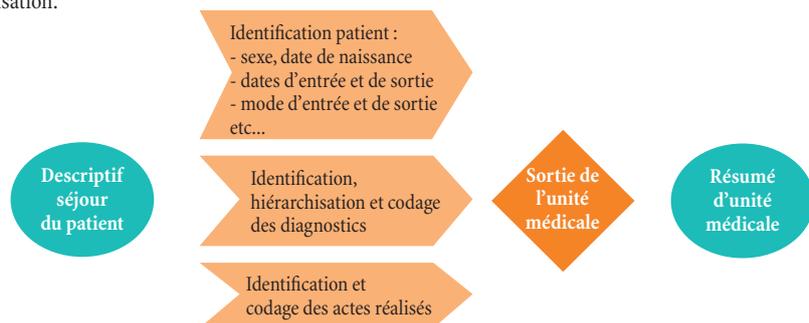
Rappel des objectifs des RUM et des principes d'élaboration

À la fin de tout passage dans une unité médicale, sont recueillies, pour chaque patient, des informations à la fois administratives et médicales dans le résumé d'unité médicale (RUM). Le clinicien doit identifier les diagnostics et les hiérarchiser selon la situation clinique, les coder et décrire les actes qu'il réalise lors de l'hospitalisation.

Les actes sont codés par les auteurs de l'acte et seront associés automatiquement au RUM final.

Les diagnostics et les actes sont codés en utilisant respectivement les codes de la *Classification internationale des maladies* 10^{ème} révision (CIM-10) et la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

Éléments du résumé d'unité médicale :



Diagnostic principal - DP

Le DP du séjour est unique et obligatoire. Il est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. La notion d'effort fait référence à la consommation de ressources. Le DP est déterminé selon la situation clinique correspondant au besoin du patient (diagnostic, traitement, surveillance...). Il est essentiel dans la détermination du GHM.

Remarques :

Certains codes de la CIM-10 ne sont pas utilisables en DP (ex : codes du chapitre XX et codes de diagnostics interdits en DP et en diagnostic relié, leur liste est consultable sur le site de l'ATIH).

Lorsque la CIM-10 indique pour une affection un double codage dague/astérisque : le code astérisque « * » (manifestation) doit être privilégié en DP par rapport au code dague « † » (étiologie). Voir plus loin les cas cliniques n° 9 et 10. Les signes *astérisque* et *dague* ne doivent pas être saisis, seuls les codes doivent l'être.

Diagnostic relié - DR

Le DR n'est pas systématique. Il ne peut être mentionné que si le DP est un code en Z.

Il correspond à une affection chronique ou de longue durée, ou à un état permanent présent au moment du séjour faisant l'objet du RUM, et pour lequel le DP est un motif de recours aux soins codé en Z (bilan, traitement répétitif, ...).

Diagnostic associé significatif - DAS

Les DAS incluent les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation de moyens par rapport au DP. Il peut s'agir :

- d'une affection chronique non évolutive mais surveillée ou traitée, ou en décompensation ;
- d'une affection nouvellement diagnostiquée ;
- de conditions socioéconomiques ayant allongé la durée du séjour.

Exemples :

- douleurs de la cuisse et perte d'autonomie chez une diabétique ; DP : coxarthrose ; le diabète, dont la surveillance et le traitement ont été poursuivis pendant le séjour, est un DAS ;
- monoarthrite du genou rapportée à une chondrocalcinose ; survenue d'une cystite à *Escherichia coli* pendant le séjour ; DP : chondrocalcinose ; la cystite, diagnostiquée et traitée pendant le séjour, est un DAS ;
- hospitalisation pour lombosciatique aiguë avec sciatique L5 d'un patient sans domicile fixe (SDF) ; séjour prolongé du fait de difficultés sociales ; DP : sciatique ; DAS : SDF.

Une affection passée, révolue, n'ayant nécessité aucune surveillance ou aucun traitement pendant le séjour ne peut être codée en tant que DAS. Parmi les DAS, certaines affections sont des complications ou morbidités associées (CMA). La présence de ces CMA va parfois orienter le séjour dans un GHM plus lourd, donc mieux valorisé.

Il existe une autre variété de diagnostics associés nommés « diagnostics associés par convention » (cf FAQ n° 3).

Ne doivent pas être retenues comme significatives les affections ne respectant pas la définition - *par exemple les antécédents guéris, les maladies stabilisées ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge* - mais également les symptômes ou les résultats anormaux d'examen inhérents à une maladie codée par ailleurs dans le RUM.

Donnée associée documentaire – DAD

Les **DAD** sont des informations complémentaires qui n'ont aucun impact sur le groupage du séjour. C'est dans cette zone que peuvent être renseignés, par exemple les antécédents révolus. Les DAD ne sont pas transmises à la tutelle.

Particularité de la CIM-10 :

Il est possible de coder certaines prises en charge thérapeutiques avec la CIM-10 (catégories Z40 à Z54).

Exemples :

Hospitalisation pour traitement répétitif par biothérapie intraveineuse d'un malade atteint d'une polyarthrite rhumatoïde (PR). DP : Z51.2

Autres formes de chimiothérapie où « autres formes » s'entend par rapport à Z51.1 *Chimiothérapie pour tumeur* et signifie « chimiothérapie autre que antitumorale ».

16

1

Situation de diagnostic

Le patient est hospitalisé pour le diagnostic d'une symptomatologie clinique ou paraclinique :

- le séjour permet de diagnostiquer la cause du ou des symptômes présentés par le patient à son admission ; le diagnostic principal (DP) du RUM est la maladie causale ;
- ou bien le séjour ne permet pas l'établissement du diagnostic ; le DP du RUM est la symptomatologie explorée.

Situations équivalentes :

- dans le cadre de la surveillance d'un facteur de risque ou d'un antécédent personnel ou familial, découverte d'une affection ;
- diagnostic d'une complication d'une maladie chronique ou de longue durée, ou d'une complication de son traitement ;
- diagnostic d'acutisation (poussée aigüe) d'une maladie chronique ou de longue durée ;
- diagnostic d'une affection intercurrente indépendante d'une affection chronique ou de longue durée préexistante.

Le DP du RUM est la complication, la maladie en poussée ou l'affection intercurrente.

17

1

Situation de traitement unique

C'est le cas, par exemple, du traitement par arthroscopie d'une languette méniscale. La pathologie traitée est le diagnostic principal du RUM.

Situation de traitement répétitif

Telle une prise en charge pour séance de chimiothérapie antitumorale ou non.

Situation de surveillance négative

Le patient est hospitalisé pour une surveillance d'une affection connue (diagnostiquée, éventuellement traitée) ou d'un risque particulier (par exemple un antécédent familial) et aucune affection nouvelle n'est découverte.

18

1

Les situations cliniques du *guide méthodologique* sont illustrées en rhumatologie par des cas génériques déclinés ci-dessous selon le motif d'hospitalisation du patient.

• **Un patient est hospitalisé pour polyarthralgies**

- Soit il n'y a pas de cause identifiée à la fin des investigations.
Dans ce cas, en l'absence de diagnostic étiologique, le DP est le symptôme : polyarthralgies (M25.50 *Douleur articulaire Sièges multiples* si précision du caractère multiple de l'atteinte articulaire).
Selon le *guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI⁽¹⁾*, la situation clinique est de *diagnostic*.
- Soit le diagnostic porté est une polyarthrite rhumatoïde (PR).
Dans ce cas, le DP est la maladie diagnostiquée : polyarthrite rhumatoïde avec facteur rhumatoïde positif (M05.8 *Autres polyarthrites rhumatoïdes séropositives*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *diagnostic*.

19

(1) On le designera simplement par *guide méthodologique* dans la suite du document

• **Un patient est hospitalisé pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) connue avec facteur rhumatoïde positif**

- Soit le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) conclut à une poussée de la PR.
Dans ce cas, le DP est la polyarthrite rhumatoïde (M05.8 *Autres polyarthrites rhumatoïdes séropositives*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *diagnostic d'acutisation d'une maladie chronique*.
- Soit le CRH ne conclut pas à une poussée de la PR.
Dans ce cas, le DP est la surveillance (Z09.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie*) et la polyarthrite rhumatoïde est en DR (M05.8 *Autres polyarthrites rhumatoïdes séropositives*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *surveillance négative*.

• **Un patient est hospitalisé pour le suivi d'un myélome déjà diagnostiqué**

- Soit le CRH ne conclut pas à une activité du myélome.
Dans ce cas, le DP est la surveillance (Z08.9 *Examen de contrôle après traitement pour tumeur maligne, sans précision*) et le DR est le myélome (C90.0 *Myélome multiple*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *surveillance négative*.
- Soit le CRH conclut à une rechute de la maladie sans survenue de complication spécifique.
Dans ce cas, le DP est le myélome (C90.0 *Myélome multiple*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *diagnostic d'une rechute d'une affection chronique*.

20

• **Un patient atteint de PR avec facteur rhumatoïde positif est hospitalisé pour une biothérapie par perfusion**

- Soit le CRH conclut à une PR non évolutive.
Dans ce cas, le DP est la chimiothérapie (Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* (ex : une biothérapie administrée par voie parentérale) et le DR est la PR (M05.8 *Autres polyarthrites rhumatoïdes séropositives*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *traitement répétitif*.
- Soit le CRH conclut à une PR en poussée.
Dans ce cas, le DP est la polyarthrite (M05.8 *Autres polyarthrites rhumatoïdes séropositives*) et le traitement sera noté en DAS (Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *diagnostic d'acutisation d'une maladie chronique*.

• **Un patient atteint de myélome est hospitalisé pour chimiothérapie**

- Soit le CRH conclut à un myélome non évolutif. La chimiothérapie prévue a pu être réalisée.
Dans ce cas, le DP est la chimiothérapie (Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*) et le DR est le myélome (C90.0 *Myélome multiple*).
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique est de *traitement répétitif*.
- Soit le CRH mentionne une pyélonéphrite aigüe traitée par antibiothérapie. La chimiothérapie prévue n'a pu être réalisée.
Selon le *guide méthodologique*, la situation clinique peut correspondre à une situation de *diagnostic d'une complication liée à une affection chronique au sans traitement*. Dans les trois cas cependant, au regard du *guide méthodologique*, le DP est identique, la pyélonéphrite (N10 *Néphrite tubulo-interstitielle aigüe*) et le myélome est en DAS (C90.0 *Myélome multiple*).
La non-réalisation de la chimiothérapie peut être codée Z53.0.

21

2

Cas cliniques types

Liste des cas cliniques

- 1** Découverte d'une métastase osseuse et de son cancer primitif p. 28
- 2** Prise en charge d'une spondylodiscite associée à une épidurite, septicémie et endocardite p. 31
- 3** Chondrocalcinose avec anémie, ulcère duodénal non hémorragique p. 34
- 4** Polyarthralgies ne conduisant à aucune étiologie précise p. 37
- 5** Tassement vertébral survenant chez une patiente ménopausée ayant une PR cortisonée p. 39

25

2

- 6** Découverte et premier traitement d'un myélome p. 42
- 7** Lombosciatique chronique nécessitant l'utilisation d'un TENS p. 45
- 8** Trouble de la marche expliqué par une coxarthrose, ostéomalacie, canal lombaire étroit p. 48
- 9** Lombosciatique par hernie discale, infiltration épidurale sans guidage radiologique p. 52
- 10** Lombosciatique chronique sur conflit disco-ostéophytique chez un patient dépendant à l'alcool dont le séjour se complique d'une rétention d'urine sur hypertrophie prostatique p. 54

26

2

- 11** Tassement vertébral survenant au décours d'un accident de la voie publique chez une patiente ostéoporotique p. 57
- 12** Cas particulier des soins palliatifs p. 60
- 13** Hospitalisation de jour pour biothérapie p. 62
- 14** Hospitalisation de jour pour une infiltration foraminale sous guidage radiologique p. 63
- 15** Codage d'un second séjour en rhumatologie dans le cadre d'un séjour multiunité p. 64

27

2

Cas clinique n° 1 : découverte d'une métastase osseuse et de son cancer primitif

Diagnostic d'une affection et d'une complication au cours de l'hospitalisation.
Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Patiente de 58 ans, hospitalisée pour découverte d'une ostéolyse iliaque évocatrice d'une métastase osseuse.

Le bilan permet de découvrir un cancer du sein. Le bilan d'extension ne révèle pas d'autres lésions métastatiques en dehors des lésions osseuses multiples (bassin, rachis). Une hypercalcémie (115 mg/l soit 2,85 mmol/l) est par ailleurs observée. L'importance des douleurs osseuses a justifié l'instauration de morphine par voie orale. Une première perfusion de bisphosphonates est réalisée durant le séjour.

Tel que le cas est présenté ici, la situation est de *diagnostic* au regard du guide méthodologique : le motif d'admission est une image osseuse anormale (et sans doute des douleurs) ; le diagnostic de sortie est un cancer du sein avec métastases osseuses.

Cas clinique n° 1 : découverte d'une métastase osseuse et de son cancer primitif

	Code	Libellé	Commentaires
DP	C50.9	Tumeur maligne du sein	Situation de <i>diagnostic</i> : le cancer, maladie à l'origine des symptômes qui ont motivé l'admission, et diagnostiquée pendant le séjour, est le diagnostic principal (DP).
DR			Le DP n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS	C79.5	Métastases osseuses	Les métastases osseuses sont une complication du DP diagnostiquée pendant le séjour, elles sont donc mentionnées en diagnostic associé significatif (DAS).
	E83.5	Hypercalcémie	L'hypercalcémie est à mentionner en DAS car elle a été prise en charge lors de l'hospitalisation.
	Z51.2	Chimiothérapie autre que antitumorale	Ce code est proposé pour toute prise en charge pour traitement médicamenteux non anti-tumoral (ici perfusion de bisphosphonates). La chimiothérapie se code en tant que « motif de recours aux services de santé » (codes Z).

	Code	Libellé	Commentaires
Actes	PAQL003	Scintigraphie osseuse du corps entier en un temps [temps tardif]	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé. À noter : la prise en charge de la douleur ne se traduit pas dans le codage des actes. Mais le diagnostic de douleur, lorsqu'il y a prise en charge particulière, notamment en cas de douleurs chroniques rebelles, se code avec la catégorie R52 de la CIM-10 (cf. plus loin le cas n° 7).
	QEQQ001	Mammographie bilatérale	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

Dans les codes de la CIM (codes des diagnostics), le point situé entre les 3^{ème} et 4^{ème} caractères sera toujours indiqué dans les tableaux des cas cliniques, pour faciliter le recours à la CIM-10, ouvrage de référence. Toutefois, les logiciels de saisie ne le demandent pas : le point ne doit pas être saisi lors de l'enregistrement informatique des codes.

31

2

Cas clinique n° 2 : prise en charge d'une spondylodiscite associée à une épидурite, septicémie et endocardite

Prise en charge d'une affection avec survenue de plusieurs complications en rapport avec cette affection.

Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Homme de 54 ans adressé pour lombalgies fébriles, conduisant au diagnostic de spondylodiscite infectieuse confirmée par l'IRM : spondylodiscite L3-L4 associée à une épидурite.

L'examen clinique ne révèle aucune complication neurologique à l'évaluation initiale et pendant le suivi.

Les hémocultures et la biopsie discolombaire percutanée radio guidée mettent en évidence un *Staphylococcus aureus*.

Une endocardite est découverte lors de l'échocardiographie, sans retentissement sur la fonction cardiaque.

Un traitement associant repos et antibiothérapie parentérale permet de contrôler rapidement les paramètres infectieux.

Motif d'admission : lombalgies fébriles ; diagnostics de sortie : spondylodiscite, épидурite, septicémie, endocardite.

Situation de *diagnostic* au regard du guide méthodologique.

32

2

Cas clinique n° 2 : prise en charge d'une spondylodiscite associée à une épидурite, septicémie et endocardite

	Code	Libellé	Commentaires
DP	M46.36	Spondylodiscite lombaire	Situation de <i>diagnostic</i> . Plusieurs affections, dont la symptomatologie a été à l'origine de l'admission, ont été diagnostiquées pendant le séjour : la spondylodiscite, la septicémie, les abcès et l'endocardite. Le DP est celle dont le diagnostic a mobilisé l'essentiel des efforts. Si elles ont mobilisé des ressources équivalentes, le choix du DP se fait à la discrétion du clinicien. En l'occurrence nous choisissons la spondylodiscite. Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DR			
DAS	A41.0 G06.1 I33.0	Septicémie à staphylocoques dorés Épidurite infectieuse Endocardite	

33

2

	Code	Libellé	Commentaires
Actes	LHHH003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
	DZQM005	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade	
	LHQJ001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

Cas clinique n° 3 : chondrocalcinose avec anémie, ulcère duodéal non hémorragique

Prise en charge d'une affection avec survenue de plusieurs complications indépendantes de cette affection.

Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Patiente de 74 ans hospitalisée pour monoarthrite du genou droit, rapportée à un accès de chondrocalcinose.

La ponction articulaire confirme la présence de microcristaux de pyrophosphates. Antécédent de cancer utérin opéré 12 ans plus tôt. Une anémie (9,7 g d'Hb/dl) justifie une fibroscopie digestive qui révèle un ulcère duodéal aigu non compliqué. Lors du séjour, une infiltration du genou droit sans guidage est réalisée.

Motif d'admission : monoarthrite. Diagnostics de sortie : chondrocalcinose, ulcère duodéal, anémie.

Situation de *diagnostic* au regard du guide méthodologique.

Cas clinique n° 3 : chondrocalcinose avec anémie, ulcère duodéal non hémorragique

	Code	Libellé	Commentaires
DP	M11.26	Chondrocalcinose du genou	Situation de <i>diagnostic</i> . Plusieurs affections, dont la symptomatologie a été à l'origine de l'admission, ont été diagnostiquées pendant le séjour : la chondrocalcinose, étiologie de la monoarthrite, un ulcère duodéal et une anémie. Le DP est celle dont le diagnostic a mobilisé l'essentiel des efforts. Si elles ont mobilisé des ressources équivalentes, le choix du DP est à la discrétion du clinicien. En l'occurrence nous choisissons la chondrocalcinose.
DR			Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS	K26.3	Ulcère du duodénum aigu, sans hémorragie ni perforation	L'étiologie de l'anémie n'est pas retrouvée par les résultats de fibroscopie. Si la fibroscopie avait fait la preuve d'une hémorragie, on aurait codé D62 (<i>Anémie post-hémorragique aiguë</i>). Si l'anémie provenait d'une carence en fer, on aurait codé D50.0 <i>Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)</i> .
	D64.9	Anémie, sans précision	

	Code	Libellé	Commentaires
DAD	Z85.4	Antécédents personnels de cancer utérin	Ce diagnostic est renseigné en DAD car il n'y a eu aucune consommation de ressources liée à cet antécédent.
Actes	NZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	
	NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée, sans guidage	
	HEQE002	Endoscopie œso-gastro-duodénale	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

Cas clinique n° 4 : polyarthralgies ne conduisant à aucune étiologie précise

Hospitalisation n'ayant pu aboutir à un diagnostic étiologique malgré les explorations des symptômes et/ou anomalies paracliniques.

Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Patiente de 35 ans hospitalisée pour polyarthralgies fébriles de rythme inflammatoire, évoluant depuis 21 jours, associées à un discret syndrome inflammatoire.

L'examen clinique est normal. Les bilans biologiques et radiologiques n'apportent pas d'arguments étiologiques. L'évolution est spontanément favorable avec disparition des symptômes articulaires et de la fièvre au 4^{ème} jour d'hospitalisation.

La sortie est autorisée au 5^{ème} jour sans traitement. Aucun diagnostic n'est finalement précisé.

Motif d'admission : polyarthralgies fébriles. Pas de diagnostic étiologique à la sortie.

Situation de *diagnostic* au regard du *guide méthodologique* (i.e. séjour au cours duquel ont été réalisées des explorations à visée diagnostique, prise en charge de nature diagnostique).

Cas clinique n° 4 : polyarthralgies ne conduisant à aucune étiologie précise

	Code	Libellé	Commentaires
DP	M25.50	Polyarthralgie	Situation de diagnostic. La symptomatologie à l'origine de l'admission n'a pas permis d'aboutir à un diagnostic étiologique. Le diagnostic principal est la symptomatologie explorée pendant le séjour.
DR			
DAS	R50.9	Fièvre	Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié. Le séjour n'a pas permis de faire un diagnostic malgré l'existence de symptômes ou d'anomalies paracliniques. La vitesse de sédimentation peut être codée car elle traduit l'exploration du syndrome inflammatoire.
	R70.0	Accélération de la vitesse de sédimentation	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

Cas clinique n° 5 : tassement vertébral survenant chez une patiente ménopausée ayant une PR cortisonée

Prise en charge d'une patiente connue et présentant une complication liée à une affection connue et/ou son traitement.

Guide méthodologique : situation de diagnostic d'une complication d'une maladie chronique.

Patiente de 67 ans porteuse d'une polyarthrite rhumatoïde non évolutive, avec poumon rhumatoïde et positive pour le facteur rhumatoïde, traitée par corticoïde et azathioprine, hospitalisée pour douleur dorsale brutale, sans radiculalgie, survenue alors qu'elle soulevait un pot de fleurs. L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation-percussion de la colonne dorsale médiane et ne met pas en évidence de poussée de PR. Découverte, à l'examen radiographique, d'un tassement vertébral de D6. L'ostéodensitométrie montre une ostéoporose. Diagnostic de tassement vertébral ostéoporotique cortisonique et postménopausique. Une cimentoplastie guidée par imagerie est réalisée après IRM dorsale. Chez une femme atteinte d'une PR (maladie chronique), survenue d'une complication du traitement.

Situation de complication d'une maladie chronique ou de son traitement au regard du guide méthodologique.

2

40

Cas clinique n° 5 : tassement vertébral survenant chez une patiente ménopausée ayant une PR cortisonée

	Code	Libellé	Commentaires
DP	M80.48	Ostéoporose médicamenteuse avec fracture vertébrale	Situation de <i>complication d'une maladie chronique ou de son traitement</i> . Le DP est la complication. Le code rend compte à la fois du tassement vertébral observé et du contexte d'ostéoporose.
DR			Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS	Y42.0	Effets indésirables des glucocorticoïdes et analogues synthétiques au cours de leur usage thérapeutique	Ce code permet de préciser le médicament en cause dans l'ostéoporose.
	M80.08	Ostéoporose postménopausique avec fracture vertébrale	C'est la seconde étiologie identifiée de l'ostéoporose présentée par la patiente.
	M05.90	Polyarthrite rhumatoïde séropositive, sans précision - sièges multiples	Il faut coder la PR puisqu'elle a consommé des ressources (corticothérapie et évaluation de l'activité de la maladie).

2

41

	Code	Libellé	Commentaires
Actes	LEQK001	Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
	LHQJ001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, avec injection de produit de contraste	
	PAQK007	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites par méthode biphotonique	
	LHMH002	Spondyloplastie unique, par voie transcutanée avec guidage radiologique	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

2

42

Cas clinique n° 6 : découverte et premier traitement d'un myélome

Diagnostic et prise en charge initiale d'une affection.

Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Homme de 75 ans, hospitalisé pour douleurs costales, sternales avec une tuméfaction médiosternale récemment développée, et des dorsalgies. Résultats des examens réalisés pendant l'hospitalisation : sur les radiographies, lésion ostéolytique du sternum et deux tassements vertébraux ostéolytiques dorsaux D11 D12 ; mise en évidence d'une gammopathie monoclonale IgG kappa, d'un envahissement médullaire > 20% de plasmocytes atypiques au myélogramme, d'une anémie normocytaire non régénérative avec hémoglobine à 75 g/dl et d'une hypercalcémie à 2,8 mmol/l. Diagnostic de myélome multiple osseux. Prise en charge durant l'hospitalisation : traitement antalgique par morphinique oral, transfusion de 2 poches de sang, une perfusion de bisphosphonates, une cure de chimiothérapie par melphalan per os sur 4 jours et methylprednisolone, confection d'un corset CMLR niveau D9. Le corset a été fait en externe dans un autre établissement mais pendant l'hospitalisation.

Motifs d'admission : douleurs costales, sternales et dorsales ; tuméfaction sternale. Diagnostic de sortie : myélome multiple.

Situation de *diagnostic* (avec traitement initial au cours du même séjour) au regard du *guide méthodologique*.

2

43

Cas clinique n° 6 : découverte et premier traitement d'un myélome

	Code	Libellé	Commentaires
DP	C90.0	Myélome	Situation de <i>diagnostic</i> : le myélome, maladie à l'origine des symptômes qui ont motivé l'admission, et diagnostiquée pendant le séjour, est le diagnostic principal.
DR			Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS	M49.54	Tassements vertébraux thoraciques métastatiques	Le tassement vertébral, l'hypercalcémie et l'anémie sont codés car ils ont fait l'objet d'une prise en charge spécifique (corset, traitement antalgique, transfusion sanguine en plus du traitement étiologique).
	E83.5	Hypercalcémie	
	D63.0	Anémie au cours de maladies tumorales	
	Z51.1	Séance de chimiothérapie pour tumeur	La chimiothérapie se code en tant que « motif de recours aux services de santé » (codes Z).
	Z51.2	Chimiothérapie autre que antitumorale	Le code Z51.2 concerne la perfusion de bisphosphonates. La chimiothérapie se code en tant que « motif de recours aux services de santé » (codes Z).
	Z75.80	Personne adressée dans un autre établissement pour réalisation d'un acte	Tout acte réalisé dans le cadre d'une prestation interhospitalière de moins de 2 journées doit être codé et Z75.80 porté en DAS.

2

44

	Code	Libellé	Commentaires
			Il n'y a pas lieu de coder la lésion ostéolytique du sternum par un code spécifique car il est compris dans le code du myélome.
Actes	FDHB006	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans un territoire, par voie transcutanée	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
	FELF011	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine	Le code Z51.3 – <i>Transfusion sanguine</i> – ne figure ni en DAS ni en DAD car l'acte médical rend compte de cette activité.
	LEMP001	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale, thoracique et lombale	Tout acte réalisé dans le cadre d'une prestation interhospitalière de moins de 2 journées étant facturé par l'établissement qui le réalise à l'établissement du malade, il doit être codé dans le RUM de celui-ci

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

2

45

Cas clinique n° 7 : lombosciatique chronique nécessitant l'utilisation d'un TENS

Prise en charge d'une affection chronique avec réalisation d'un acte spécifique à cette affection.

Guide méthodologique : situation de diagnostic d'une complication d'une maladie chronique.

Homme de 50 ans, hospitalisé à la demande d'un rhumatologue de ville pour lombosciatique gauche chronique.

Anamnèse : chirurgie de hernie discale L4-L5 il y a 2 ans pour lombosciatique gauche traînante, après chute en accident de travail.

Il n'a été amélioré que 3 mois puis réapparition d'une lombosciatalgie gauche. Traité au long cours par un AINS et une benzodiazépine

en gouttes. Il ne va pas bien ; licencié (camionneur), au chômage, état dépressif ; douleur quasi permanente, recrudescence au moindre effort.

Résultats des examens réalisés pendant l'hospitalisation : IRM, aspect de discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, pas de hernie discale.

Électromyogramme des membres inférieurs, signes de dénervation L5. Diagnostic de douleur sciatique neuropathique sans conflit discoradiculaire persistant. Prise en charge spécifique comprenant durant l'hospitalisation : perfusions d'un tricyclique, massokinésithérapie lombaire,

1 séance de TENS (stimulation électrique transcutanée).

46

2

Cas clinique n° 7 : lombosciatique chronique nécessitant l'utilisation d'un TENS

	Code	Libellé	Commentaires
DP	R52.1	Douleur chronique irréductible	Situation de <i>diagnostic</i> : la douleur radiculaire neuropathique, et non par compression, diagnostiquée et traitée pendant le séjour, est le DP. Le code G55.1 « Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux (M50-M51†) » n'est donc pas adéquat pour ce cas.
DR			Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS	M54.16	Sciatique	Ce libellé correspond à la précision anatomique de la douleur.
	F62.8	Autres modifications durables de la personnalité (trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique)	Dépression réactionnelle. Selon le cas, les troubles de l'humeur peuvent être codés F62.8 « Autres modifications durables de la personnalité (Trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique) », F32.- « Épisode dépressif » ou F33.- « Trouble dépressif récurrent ». Il n'y a pas d'impact sur le groupage.
	M47.86	Arthrose lombaire	

47

2

	Code	Libellé	Commentaires
DAD	Z51.2	Chimiothérapie autre que antitumorale	Le code Z51.2 concerne la perfusion de tricycliques. La chimiothérapie se code en tant que « motif de recours aux services de santé » (codes Z).
Actes	AHQB033	Électromyographie de 7 muscles striés ou plus au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 5 nerfs ou plus avec étude de la conduction proximale par électrode de surface, et mesure des vitesses de conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 5 nerfs ou plus	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
	ANLP002	Pose d'un stimulateur électrique externe à visée antalgique	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

48

2

Cas clinique n° 8 : trouble de la marche expliqué par une coxarthrose, ostéomalacie, canal lombaire étroit

Symptomatologie expliquée par plusieurs diagnostics.

Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Femme de 78 ans, hospitalisée pour difficultés de la marche (pendant 45 jours), du fait de douleurs de la cuisse droite progressivement aggravées depuis 6 mois, de rythme mécanique.

Contexte de perte d'autonomie progressive et d'asthénie avec perte de 2 kgs. Antécédents principaux : diabète non insulino-dépendant, surpoids, lombalgies chroniques. Après une sciatique droite il y a 2 ans, on lui a parlé de canal lombaire étroit décompensé. Un bilan du diabète a été réalisé. Il n'a pas été mis en évidence de complications, notamment neurologique et vasculaire. Résultats des examens réalisés pendant l'hospitalisation : scintigraphie osseuse non informative au bassin, plusieurs fixations costales. Sur les radiographies, aspect de coxarthrose droite sur ostéonécrose aseptique, 2 fissures costales de type fissure de Looser Milkman. Mise en évidence d'une hypocalciurie, et d'un taux abaissé de 25OHD3 ; T scores < -2,5 lombaire et fémoral à la densitométrie. Diagnostics de coxarthrose expliquant les douleurs, et ostéomalacie. Prise en charge durant l'hospitalisation : antalgiques, mise sous traitement vitamino-calcique. Sortie en soins de suite.

Motif d'admission : difficultés de la marche, douleurs de la cuisse droite, asthénie, perte de poids... Diagnostics de sortie : coxarthrose par ostéonécrose aseptique, ostéomalacie. Situation de *diagnostic* (avec traitement au cours du même séjour) au regard du *guide méthodologique*.

49

2

Cas clinique n° 8 : trouble de la marche expliqué par une coxarthrose, ostéomalacie, canal lombaire étroit

	Code	Libellé	Commentaires
DP	M16.7	Coxarthrose secondaire	Situation de <i>diagnostic</i> . Deux affections, dont la symptomatologie a été à l'origine de l'admission, ont été diagnostiquées pendant le séjour : la coxarthrose et l'ostéomalacie. Le DP est celle dont le diagnostic a mobilisé l'essentiel des efforts. Si elles ont mobilisé des ressources équivalentes, le choix du DP se fait à la discrétion du clinicien. Le CR d'hospitalisation mentionne en priorité la coxarthrose : on retient celle-ci comme DP.
DR			Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.

50

2

	Code	Libellé	Commentaires
DAS	M87.05 M83.18 Z75.1 E11.9	Ostéonécrose aseptique idiopathique de la hanche Ostéomalacie sénile avec fissures costales Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat Diabète non insulino-dépendant, sans complication	Affection diagnostiquée pendant le séjour. Ce codage se justifie en DAS pour expliquer une durée de séjour prolongée du fait de l'attente du placement d'un patient. En raison de la réalisation « d'un bilan » et de la poursuite de son traitement pendant le séjour, le diabète respecte la définition d'un DAS (cf. p. 14). Bilan et traitement doivent être retrouvés dans le dossier médical.
DAD	M48.06 R53.+0	Rétrécissement du canal médullaire - Région lombaire Altération [baisse] de l'état général	Ces diagnostics n'ont pas consommé de ressources au cours de l'hospitalisation (absence d'exploration et absence de mention de ce diagnostic en conclusion de l'hospitalisation).

51

2

	Code	Libellé	Commentaires
Actes	PAQK007	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites par méthode biphotonique	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
	PAQL003	Scintigraphie osseuse du corps entier en un temps [temps tardif]	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

Cas clinique n° 9 : lombosciatique par hernie discale, infiltration épidurale sans guidage radiologique

Codage particulier d'affection imposé par la classification internationale des maladies.

Guide méthodologique : situation de diagnostic. CIM-10 : double codage dague-astérisque⁽²⁾.

Patient de 51 ans, sans antécédent notable, hospitalisé pour lombosciatique survenue lors d'un effort de mobilisation d'un bloc de pierre.

Il existe, à l'examen clinique, une douleur radiculaire typique de trajet S1 avec abolition du réflexe achilléen. Un scanner confirme la hernie.

Diagnostic de souffrance radiculaire S1 par hernie discale.

Une infiltration épidurale sans guidage radio est réalisée.

(2) voir page 13

Cas clinique n° 9 : lombosciatique par hernie discale, infiltration épidurale sans guidage radiologique

	Code	Libellé	Commentaires
DP	G55.1*	Compression radiculaire par hernie discale	Situation de <i>diagnostic</i> : la compression radiculaire et la hernie discale diagnostiquées pendant le séjour, sont le diagnostic principal. Elle correspondent à un double codage dague-astérisque. Le code astérisque doit être enregistré en position de DP. Le choix de ce codage est dicté par l'existence d'une radiculopathie et d'une discopathie intervertébrale.
DR			
DAS	M51.1†	Hernie discale lombaire avec sciatique	Code dague (†) associé au code astérisque (*) précédent. Ne pas utiliser les codes dagues en DP.
Actes	AFLB007	Injection thérapeutique périurale [épidurale] d'agent pharmacologique, sans guidage	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
	LHQK001	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

Cas clinique n° 10 : lombosciatique chronique sur conflit disco-ostéophytique chez un patient dépendant à l'alcool dont le séjour se complique d'une rétention d'urine sur hypertrophie prostatique

Prise en charge d'une affection avec survenue de complications en rapport ou non avec cette affection.

Guide méthodologique : situation de diagnostic.

Patient de 65 ans, éthylique chronique et dépressif, avec antécédents de douleurs lombaires chroniques, hospitalisé pour lombosciatique aiguë survenue, il y a 2 mois, après un long voyage en voiture, et persistante malgré un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien.

L'examen clinique retrouve une colonne lombaire raide et douloureuse. Il existe une sciatique L5 gauche non déficitaire. La scanographie met en évidence une arthrose vertébrale étagée et une saillie ostéophytique dans le foramen L5-S1 à gauche. Diagnostic de lombosciatique sur arthrose vertébrale et conflit ostéophytique après réalisation d'un scanner. Le traitement antalgique et anti-inflammatoire est poursuivi.

Des mesures préventives sont mises en place pour éviter la survenue d'un delirium tremens. Une infiltration foraminale sous contrôle scanographique a été secondairement décidée. Le lendemain de l'infiltration, survenue d'une rétention d'urine nécessitant un sondage vésical par cathétérisme suspubien en raison d'un obstacle prostatique infranchissable.

55

2

Cas clinique n° 10 : lombosciatique chronique sur conflit disco-ostéophytique chez un patient dépendant à l'alcool dont le séjour se complique d'une rétention d'urine sur hypertrophie prostatique

Code	Libellé	Commentaires
DP G55.2*	Compression radiculaire sur arthrose	Situation de <i>diagnostic</i> : la compression radiculaire, maladie à l'origine des symptômes qui ont motivé l'admission, et diagnostiquée pendant le séjour, est le diagnostic principal. Elle correspond à un double codage dague-astérisque. Le code astérisque doit être enregistré en position de DP.
DR		Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS M47.26†	Arthrose lombaire avec compression sciatique	Code dague (†) associé au code astérisque (*) précédent. Ne pas utiliser les codes dagues en DP. Le choix du code est différent dans ce cas comparé à celui du cas clinique numéro 7 où il n'y avait pas d'atteinte radiculaire d'origine rachidienne.
F10.2	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance	Ce diagnostic a fait l'objet d'une prise en charge spécifique et doit être codé à ce titre.
R33	Rétention d'urine	Ce diagnostic est une complication observée et prise en charge et doit donc à ce titre être codé.

56

2

Code	Libellé	Commentaires
Actes JDLF001	Pose d'un cathéter intravésical, par voie transcutanée suprapubienne	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.
LHQK005	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste	
AHLH007	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage scanographique	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

57

2

Cas clinique n° 11 : tassement vertébral survenant au décours d'un accident de la voie publique chez une patiente ostéoporotique

*Problématique du choix de l'étiologie d'une affection.
Guide méthodologique : situation de traitement « unique ».*

Patiente de 70 ans hospitalisée en chirurgie traumatologique suite à un accident de la voie publique (passagère avant d'une voiture qui a percuté un talus à vitesse modérée) et transférée au 3^{ème} jour dans le service de rhumatologie pour bilan de lombalgies et douleurs du membre inférieur gauche avec impotence fonctionnelle, associées à des tassements vertébraux de L1 et L2 ainsi qu'à une fracture de la branche ischiopubienne gauche.

Pas d'antécédent particulier en dehors d'une ménopause à 50 ans sans traitement hormonal. Absence d'autres facteurs de risque d'ostéoporose.

Bilan : absence de syndrome inflammatoire. Carence en vitamine D. Ostéopénie densitométrique. Diagnostic : fractures vertébrales et de la branche ischiopubienne gauche de nature traumatique mais en rapport probable avec une ostéoporose postménopausique. Prescription d'un repos strict au lit. Mise en route d'un traitement vitaminocalcique et d'un bisphosphonate associé au traitement antalgique et antithrombotique ainsi qu'à une antibiothérapie pour survenue d'une cystite à *Escherichia coli* en cours d'hospitalisation et considérée comme nosocomiale. Attente de placement en service de réadaptation fonctionnelle.

Commentaire : Le compte rendu de l'unité de rhumatologie mentionne « Diagnostic : fractures vertébrales et de la branche ischiopubienne gauche de nature traumatique mais en rapport probable avec une ostéoporose postménopausique » mais ce diagnostic a en réalité déjà été fait dans l'unité de chirurgie (« transférée au 3^{ème} jour dans le service de rhumatologie pour...des tassements vertébraux... une fracture de la branche ischiopubienne... »). En rhumatologie le traitement des fractures est poursuivi (et une ostéoporose diagnostiquée). La situation clinique pour la rhumatologie est de traitement « unique ». Le DP est l'affection traitée, ici les fractures.

58

2

Cas clinique n° 11 : tassement vertébral survenant au décours d'un accident de la voie publique chez une patiente ostéoporotique

	Code	Libellé	Commentaires
DP	S32.70	Fractures multiples du rachis lombaire et du bassin	Les fractures sont connues, diagnostiquées (séjour en chirurgie). Le séjour en rhumatologie voit leur traitement et un bilan d'ostéoporose. L'essentiel de l'effort soignant porte sur le traitement des fractures. En situation de <i>traitement « unique »</i> , l'affection traitée est le DP. Les fractures sont, avant tout, dues au traumatisme violent, même si l'ostéoporose a joué un rôle favorisant.
DR			Le diagnostic principal n'étant pas un code en Z, il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.
DAS	M81.08	Ostéoporose postménopausique	Ce codage est justifié car la fracture est survenue dans des circonstances traumatiques.
	E55.9	Carence en vitamine D	Diagnostiquée dans le service.
	N30.0	Cystite aiguë	Il s'agit d'une complication survenue pendant l'hospitalisation.
	B96.2	<i>Escherichia coli</i>	Ce codage permet de préciser le germe à l'origine de l'infection.

59

	Code	Libellé	Commentaires
	Y95	Facteurs nosocomiaux	Il est important de renseigner le caractère nosocomial de l'infection en raison du suivi des infections nosocomiales dans les hôpitaux.
	V47.6	Occupant d'une automobile blessé dans une collision avec un objet fixe ou stationnaire	Pour être conforme au guide de recueil, une des grandes causes de santé publique est la violence routière, les maladies professionnelles (Y96).
	Z75.1	Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat	Ceci peut expliquer une durée de séjour anormalement longue.
Actes	PAQK007	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites par méthode bi photonique	Chaque acte est codé par le praticien l'ayant réalisé.

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

60

2

Cas clinique n° 12 : cas particulier des soins palliatifs

Guide méthodologique : situation de traitement « unique ».

Patiente de 78 ans atteinte d'un myélome IgG Kappa, hospitalisée pour une deuxième rechute. Une chimiothérapie de rattrapage est débutée. Dans les jours qui suivent, la patiente est fébrile et sa numération montre une pancytopenie. Une bi-antibiothérapie à large spectre est débutée. Son état général s'aggrave dans un contexte de détresse respiratoire qui nécessite une oxygénothérapie. Devant le caractère réfractaire de la maladie et l'état général de la patiente qui ne cesse de se dégrader, l'équipe médicale décide de mettre en place une prise en charge palliative. La patiente décède trois semaines après.

2

61

Cas clinique n° 12 : cas particulier des soins palliatifs

	Code	Libellé	Commentaires
DP	Z51.5	Soins palliatifs	L'affection est connue. Hospitalisation pour prise en charge thérapeutique : situation de <i>traitement « unique »</i> . Bien qu'apparaissant secondairement, les soins palliatifs prédominent dans cette prise en charge et figurent, donc, en DP.
DR	C90.0	Myélome multiple	La mention d'un diagnostic relié se justifie car : - le DP est un code en Z ; - le myélome est une maladie de longue durée présente avant l'hospitalisation ; - il est le motif des soins palliatifs.
DAS	Z51.1	Séance de chimiothérapie pour tumeur	La chimiothérapie se code en tant que « motif de recours aux services de santé » (codes Z).
	D61.1	Aplasie médullaire médicamenteuse	
	Y43.3	Effets indésirables d'autres médicaments anti-tumoraux au cours de leur usage thérapeutique	
	J96.0	Insuffisance respiratoire aiguë	

2

62

Cas clinique n° 13 : hospitalisation de jour pour biothérapie

Guide méthodologique : situation de traitement répétitif.

Troisième hospitalisation de jour d'un patient ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR) pour une perfusion parentérale d'une biothérapie administrée pendant plusieurs heures et nécessitant une surveillance en raison du risque d'allergie. Absence d'évolutivité de sa PR. Réalisation du traitement sans complication particulière.

Cas clinique n° 13 : hospitalisation de jour pour biothérapie

	Code	Libellé	Commentaires
DP	Z51.2	Chimiothérapie autre que antitumorale	Situation de <i>traitement répétitif</i> . La chimiothérapie se code en tant que « motif de recours aux services de santé » (codes Z).
DR	M05.90	Polyarthrite rhumatoïde séropositive, sans précision - sièges multiples	

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

2

63

Cas clinique n° 14 : hospitalisation de jour pour une infiltration foraminale sous guidage radiologique

Hospitalisation de jour d'un patient de 34 ans sans antécédent pour une infiltration foraminale droite sous guidage radiologique en raison d'une lombosciatique par hernie L4-L5 foraminale droite.

Ce contexte d'hospitalisation de jour n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (*confer* l'arrêté « prestations » et la circulaire « frontière » du 31 août 2006³).

Ce patient doit être pris en charge en externe.

Cette prise en charge ne donne pas lieu à la production d'un RUM.

2

64

(3) Textes accessibles sur le site Internet de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr>)

Cas clinique n° 15 : codage d'un second séjour en rhumatologie dans le cadre d'un séjour multiunité

Guide méthodologique : situation de surveillance négative.

Hospitalisation d'un patient de 76 ans sans antécédent en rhumatologie pour une impotence fonctionnelle majeure du membre inférieur droit en rapport avec une coxarthrose destructrice rapide, l'autre hanche étant radiologiquement normale. Transfert du patient en chirurgie orthopédique pour mise en place d'une prothèse de hanche.

Retour du patient en rhumatologie avant retour au domicile. Le codage concerne ce second séjour en rhumatologie dans le cadre de ce séjour multiunité. Lors de son second séjour en rhumatologie, le patient ne présente aucun problème particulier.

2

65

Cas clinique n° 15 : codage d'un second séjour en rhumatologie dans le cadre d'un séjour multiunité

	Code	Libellé	Commentaires
DP	Z48.9	Surveillance postopératoire	Aucun problème pendant le séjour : situation de <i>surveillance négative</i> .
DR			Il n'y a pas lieu de mentionner le DR, la pathologie à l'origine de l'intervention chirurgicale n'existe plus.
DAS	Z96.6	Présence de prothèse articulaire	Ce code fait mention de l'existence d'une prothèse articulaire dont la localisation ne peut être précisée en raison du non codage possible de l'affection à l'origine de sa mise en place.
DAD	M16.1	Coxarthrose destructrice rapide	Il est possible de renseigner la coxarthrose en données documentaires.

Remarque concernant les codes et les libellés des diagnostics :

Si les codes indiqués dans chaque cas clinique sont ceux de la CIM-10 en adéquation avec la situation clinique, les libellés correspondent au langage médical de la spécialité. Se référer à la CIM-10 pour avoir le libellé officiel.

2

66

3

Foire aux questions

Questions - réponses pour le codage en rhumatologie

Liste des questions

- 1** Comment choisir le DP ? p. 70
- 2** Faut-il coder tous les diagnostics ? p. 71
- 3** Quels sont les diagnostics dits diagnostics associés par convention ? p. 72
- 4** Comment coder un bilan ? p. 73
- 5** Comment coder un antécédent ? p. 74

70

3

- 6** Faut-il coder tous les actes réalisés ? p. 75
- 7** Quelle est la différence entre un effet secondaire et une intoxication par un médicament ? p. 77
- 8** Quand coder les soins palliatifs ? p. 79
- 9** Comment coder un traitement par biothérapie ? p. 81

71

3

Pour approfondir ...

Il existe une Foire aux questions sur le site internet de l'ATIH

<http://www.atih.sante.fr>

Voici quelques exemples pouvant s'appliquer à la rhumatologie

72

3

Comment choisir le DP ?

- Le choix du diagnostic principal se fait à la fin du séjour.
- Il se fonde sur le *guide des situations cliniques* du *guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI*.
- S'il existe plusieurs DP possibles, il faut choisir celui qui a mobilisé la plus grande part de l'effort médical et soignant. (cf. les cas cliniques n° 2 et 3).
- Les autres diagnostics seront renseignés en tant que DAS.
- Il ne faudra pas hésiter à renseigner en DAS tout événement ou facteur contribuant à expliquer la durée du séjour :
ex : sans domicile fixe (Z59.0).

73

3

Faut-il coder tous les diagnostics ?

Question : *Quel intérêt y a-t-il à saisir des diagnostics associés significatifs n'appartenant pas à la liste des CMA ?*

Réponse : *limiter les diagnostics associés significatifs (DAS) aux seules CMA est fortement déconseillé pour les raisons suivantes :*

- rechercher, pour chaque DAS, si son code est dans la liste des CMA avant de le saisir, est une perte de temps ; il est plus « économique » de saisir tous les DAS codés (de toute façon il faut que le DAS soit codé pour utiliser la liste) ;
- la classification des GHM évolue (en 2008 on en est à sa 10^{ème} version) et, avec elle, les listes de CMA et d'exclusions. La liste des CMA sera profondément modifiée pour la version 11. Ne saisir que les CMA de la version en cours c'est obérer le suivi de son activité (de son *casemix*) ;
- la saisie des DAS ne doit pas se limiter aux CMA mais prendre en considération la réalité du séjour. Un code qui n'était pas une CMA peut le devenir, encore faut-il que son incidence puisse être étudiée ; pour cela il doit être présent dans les bases nationales, donc dans les RUM. La bonne référence pour le codage est le patient : c'est lui qu'on résume, non en fonction du contenu, une année donnée, de la classification médicoéconomique, mais selon ses problèmes de santé et sa prise en charge réels au cours du séjour ;
- le contrôle de la qualité de l'information par l'assurance maladie n'est pas tenue de se limiter aux informations classantes, que sont les CMA ; il vérifiera plus largement si les établissements « satisfont à leur obligation de qualité de l'information ». La référence étant le dossier du malade (arrêté du 22 février 2008), le codage de l'ensemble des DAS, selon leur définition (*guide méthodologique*) et non selon la liste des CMA, est bien concerné.

74

3

Quels sont les diagnostics dits diagnostics associés par convention ?

Les diagnostics associés par convention doivent être enregistrés en position de DAS du fait des consignes de codage propres au PMSI en MCO. Les cas de diagnostics associés conventionnels sont notamment :

- le double codage dague-astérisque : lorsque le DP du RUM est un code astérisque, le code dague doit être enregistré comme DAS ;
- les séquelles : lorsque le DP est une manifestation séquellaire d'un problème ancien, la nature de la manifestation doit être enregistrée comme DP et le code « séquelles de... » comme DAS (*guide méthodologique*) ;
- le transfert pour ou après la réalisation d'un acte : l'établissement d'hébergement doit associer Z75.80 en DAS, au codage de la prestation extérieure (*ib.*) ;
- la violence routière : si un ou des facteurs favorisants (alcool, stupéfiant...) étaient présents au moment de l'accident, ils doivent être enregistrés en DAS (*ib.*) ;
- l'emploi du chapitre XX de la CIM : les codes V, W, X et Y des causes externes de mortalité et de morbidité sont toujours enregistrés en DAS.

75

3

Comment coder un bilan ?

- Si l'on prend l'exemple de la polyarthrite rhumatoïde (PR), le bilan dans le langage médical peut correspondre à différentes situations :
 - le bilan de douleurs articulaires permettant de faire le diagnostic de la PR, ce cas correspond à une situation de diagnostic ;
 - le bilan d'une PR connue pouvant être au terme de l'évaluation soit non évolutive (situation de *surveillance négative*) soit évolutive (situation de *diagnostic d'acutisation d'une maladie chronique*).
- Que l'on fasse un diagnostic de PR ou que le bilan d'une PR connue conclue à une poussée de la maladie, le diagnostic principal sera la PR. Le seul moyen de différencier les deux contextes dans le sens du PMSI est l'utilisation des données associées documentaires.
- En cas de surveillance d'une PR dont l'évaluation permet d'affirmer le caractère non évolutif, le diagnostic principal sera un code de suivi (Z09.- car il s'agit d'une affection non tumorale) et la PR sera mentionnée en diagnostic relié.

76

3

Comment code-t-on un antécédent ?

- L'antécédent correspond à une affection ancienne qui n'existe plus et qui n'est pas cause de troubles résiduels au moment du séjour concerné par le recueil d'information. L'affection ancienne ne doit pas être codée dans le résumé d'unité médicale, sauf en données associées documentaires.
- Il existe des codes spécifiques dans la CIM-10 (chapitre XXI, catégories Z80 à Z92).
- Le problème peut se poser entre le cancer et l'antécédent de cancer. C'est au clinicien de décider s'il considère que le cancer est guéri (il s'agit alors d'un antécédent) ou s'il est toujours présent. Dans la première situation, il utilisera un code d'antécédents de cancer (catégorie Z85), dans la deuxième un code de cancer (chapitre II de la CIM-10).

77

3

Faut-il coder tous les actes réalisés ?

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'admission et de sortie, peuvent être enregistrés. Un acte programmé au cours d'une hospitalisation, mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire par exemple) ne doit pas être enregistré dans la zone des actes du résumé d'unité médicale (RUM).

L'enregistrement des actes suivants, lorsqu'ils sont réalisés, est obligatoire :

- actes *classants* de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), signalés comme tels dans le manuel des GHM ;
- actes de *suppléance vitale* (marqueurs de réanimation) ;
- actes de prélèvement d'organes.

La mention des actes obligatoires ne constitue qu'un minimum. L'évolution des pratiques médicales, de la classification des GHM et de la valorisation de l'activité, est susceptible de rendre d'autres actes discriminants en termes de prise en charge. Les actes à recueillir sont au minimum les actes classants au regard de la classification des GHM et les actes utilisés comme repères pour le financement de certaines activités, mais il est fortement recommandé d'étendre le recueil à tous les actes qui entraînent une mobilisation significative de ressources.

78

3

Dans le cas des séjours dont la date de sortie égale celle d'entrée (hospitalisations de jour), **tous** les actes réalisés codables avec la *Classification commune des actes médicaux* doivent être enregistrés (circulaire du 31 août 2006 dite « frontière »).

Les actes réalisés dans le cadre d'une prestation interétablissement (transfert provisoire du malade dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte, pendant au maximum deux journées, soit une nuit d'absence au plus de l'établissement d'hébergement) doivent être enregistrés dans le RUM de l'établissement d'hébergement comme s'il les avait réalisés car ils lui sont facturés par le prestataire. L'établissement d'hébergement doit leur associer en position de DAS Z75.80 *Personne adressée dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte* (voir le cas clinique n° 6).

Quelle est la différence de codage entre un effet secondaire et une intoxication par un médicament ?

Les effets nocifs des médicaments peuvent correspondre à plusieurs situations.

- Que faire quand les effets secondaires surviennent alors que le médicament a été pris correctement (respect des doses et de la durée prescrites) ?
 - coder la (les) manifestation(s) et/ou l'(les) anomalies(s) paraclinique(s) du ou des effets secondaires en DP ou DAS selon le contexte ;
 - renseigner en DAS le fait qu'il s'agit d'une manifestation ou anomalie paraclinique en rapport avec la prise d'un médicament en utilisant un code des catégories Y40 à Y59 de la CIM-10 selon le médicament en cause.
- Que faire en cas d'intoxication consécutive à une prise accidentelle d'un médicament (surdosage accidentel du traitement ou prise accidentelle d'un médicament non prescrit) ?
 - coder en DP ou en DAS selon le contexte un code des catégories T36 à T50 en fonction du médicament en cause ;
 - préciser en DAS le caractère accidentel de l'intoxication par l'utilisation d'un code des catégories X40 à X44 selon le médicament en cause ;
 - coder éventuellement en DAS la (les) manifestation(s) et/ou anomalie(s) paraclinique(s) prises en charge, en rapport avec l'intoxication.

- Que faire en cas d'intoxication volontaire avec un médicament ?
 - coder en DP ou en DAS selon le contexte un code des catégories T36 à T50 en DP en fonction du médicament en cause ;
 - préciser en DAS le caractère intentionnel de l'intoxication par l'utilisation d'un code des catégories X60 à X64 selon le médicament en cause ;
 - coder éventuellement en DAS la (les) manifestation(s) et/ou anomalie(s) paraclinique(s) prises en charge, en rapport avec l'intoxication.

Exemples de pneumopathie au méthotrexate

Dans l'hypothèse où c'est ce pourquoi le patient est hospitalisé.

- Prise correcte du MTX (effet secondaire) :
 - DP : J84.9 – Pneumopathie interstitielle due au méthotrexate
 - DAS : Y43.1 – Effet secondaire du méthotrexate
- Surdosage accidentel du MTX :
 - DP : T45.1 – Surdosage en méthotrexate
 - DAS : X44.– Intoxication accidentelle par le méthotrexate
 - DAS : J84.9 – Pneumopathie interstitielle due au méthotrexate

Quand coder les soins palliatifs ?

La question en sous-entend : quand utiliser le code Z51.5 et quand le positionner en DP ?

Synthèse des définitions réglementaires

- Les soins palliatifs visent à répondre aux besoins spécifiques des personnes parvenues au terme de leur existence. Ils concernent des personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.
- Ce sont des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils comprennent un ensemble de techniques de prévention et de lutte contre la douleur, de prise en charge psychologique du malade et de sa famille, de prise en considération de leurs problèmes individuels, sociaux et spirituels.

Consignes d'utilisation du code Z51.5

- Le code Z51.5 peut être porté dans le RUM si le malade a fait l'objet, au cours du séjour décrit, d'une prise en charge répondant à cette définition.
- Les éléments attestant de cette prise en charge doivent figurer dans le dossier médical du patient.

3

82

Le simple passage de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) en fin de séjour, sans mise en place de soins palliatifs au cours du séjour, ou le fait que le patient soit habituellement suivi à son domicile par l'EMSP, ne suffit pas à justifier le code Z51.5.

Consignes d'utilisation de positionnement du Z51.5 en DP

- Si les soins palliatifs constituent le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation, le DP est Z51.5.
- Par exemple, les gestes médicotéchniques palliatifs (pose de prothèse biliaire, bronchique, œsophagienne, la chimiothérapie, l'alcoolisation des plexus, ...) alors que le patient ne répond pas à la définition du soin palliatif, ne permettent pas de porter le code Z51.5 en DP.
- Par contre, la réalisation d'un ou de plusieurs de ces actes au cours d'un séjour dont le motif principal est une prise en charge répondant à la définition des soins palliatifs impose de porter le code Z51.5 en DP.

3

83

Comment coder un traitement par biothérapie ?

- Les codes de la CIM-10 ne proposent pas de libellé spécifique au traitement par biothérapie. Cependant, il est possible d'utiliser le code Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* (où « autres formes » s'entend par rapport à Z51.1 *Chimiothérapie pour tumeur* et signifie « chimiothérapie autre que antitumorale »).
- En fonction du contexte du séjour, s'il s'agit d'un traitement répétitif d'une affection non évolutive, ce code sera mentionné en DP et l'affection chronique en DR. En cas d'affection évolutive ou de complication de cette dernière, le code Z51.2 pourra être mentionné en DAS.
- Afin de pouvoir tracer le type de biothérapie administrée, le clinicien peut s'adresser à son médecin chargé de l'information médicale pour la mise en place de codes spécifiques qu'il pourra renseigner en DAD. L'exploitation des informations renseignées en DAD ne peut se faire qu'à l'échelon de son établissement.

3

84

4

Lexique

Références de codage, outils et ressources pour aller plus loin
Listes des termes utilisés

Références de codage, outils et ressources pour aller plus loin

Codage des diagnostics

Les maladies, symptômes et autres motifs de recours aux services de soins se codent avec la 10ème révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10), qui comporte trois volumes.

Les codes du chapitre XX – *Causes externes de morbidité et de mortalité* sont interdits en diagnostic principal et en diagnostic relié.

La liste de diagnostics interdits en diagnostic principal et en diagnostic relié est consultable sur le site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr>) (chemin : [Accueil/Informations médicales/MCO/Classification des GHM](#))

Certains codes spécifiques à l'usage du PMSI sont créés par l'ATIH. Ils figurent avec les mises à jour internationales de la CIM-10, sur le site de l'ATIH (chemin : [Accueil/Informations médicales/nomenclatures/CIM/Documentation](#)). Il est important d'en tenir compte afin d'être assuré d'une bonne valorisation de l'activité déclarée.

Codage des actes

Les actes médicaux, diagnostiques et thérapeutiques, se codent avec la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

Un index rhumatologique de la CCAM a été mis à disposition des rhumatologues (<http://www.rhumatologie.asso.fr>)

Quel que soit le praticien qui l'a réalisé, tout acte médical réalisé figure dans le RUM, à partir du moment où il y a une consommation de ressources.

Autres liens :

<http://www.ameli.fr>, site national de l'Assurance maladie

Lexique des termes utilisés

- ATIH** - Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- CCAM** - Classification commune des actes médicaux
- CIM-10** - Classification internationale des maladies, 10^e révision
- CMA** - Complication ou morbidité associée
- DAD** - Donnée associée documentaire
- DAS** - Diagnostic associé significatif
- DIM** - Département d'information médicale
- DP** - Diagnostic principal

- DR** - Diagnostic relié
- GHM** - Groupe homogène de malades
- GHS** - Groupe homogène de séjours
- MCO** - Médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour)
- PMSI** - Programme de médicalisation du système d'information
- RSS** - Résumé de sortie standardisée
- RUM** - Résumé d'unité médicale
- T2A** - Tarification à l'activité

Roche

52, boulevard du Parc
92521 Neuilly sur Seine Cedex

Tél. : 01 46 40 50 00
Fax : 01 46 40 52 83
www.roche.fr

86007886 H.RibonCom