



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 production, hiérarchisation et codage
des informations médicales*

*Rapport annuel relatif à la campagne de contrôle 2008
portant sur les données d'activité de l'année 2007*

Mars 2011

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL SELON LA SITUATION CLINIQUE.....	3
1.1 HOSPITALISATION POUR DIAGNOSTIC	3
1.2 COMPLICATION OU ÉVÈNEMENT INTERCURRENT AU COURS D'UNE MALADIE CHRONIQUE OU DE LONGUE DURÉE	7
1.3 PLUSIEURS PROBLÈMES DE SANTÉ ONT MOBILISÉ DES SOINS D'IMPORTANCE COMPARABLE.....	9
2. L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGÛE.....	10
3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS	10
3.1 DES AFFECTIONS ENREGISTRÉES DANS LE RUM, MAIS N'AYANT PAS MOTIVÉ DE SOINS PROPRES	11
3.2 DES AFFECTIONS ENREGISTRÉES DANS LE RUM, MAIS ABSENTES DU DOSSIER MÉDICAL	12
3.3 DES ANTÉCÉDENTS ENREGISTRÉS COMME DES AFFECTIONS ACTUELLES	13
3.4 DES « DAS » REDONDANTS.....	14
3.5 DES DAS JUSTIFIÉS	14
4. COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX.....	15
4.1 DES CODES DU GROUPE T80–T88 IMPRÉCIS.....	16
4.2 DES CODES DU GROUPE T80–T88 PRÉCIS	18
5. SURVEILLANCE NÉGATIVE	18
6. CODAGE AVEC LA CIM–10	20
7. LES SOINS PALLIATIFS.....	21
8. LES ACTES MÉDICAUX	23
9. AVIS IMPOSSIBLE	25

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 santé¹. Plus 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 activité².

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.

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 santé 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'hospitalisation⁴.

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 2007 est le *Bulletin officiel spécial* n° 2006/2 bis. Les conditions de production des résumés de séjour sont décrites dans le chapitre I, la hiérarchisation et le codage des informations médicales dans le chapitre IV et les consignes de codage avec la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies*⁶ dans le chapitre V.

Le *Guide méthodologique* précise les règles de production et de sélection de l'information, de hiérarchisation des diagnostics et de codage des diagnostics et des actes, et les

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 *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision. OMS. Genève. 1993.

nomenclatures à utiliser pour produire un *résumé d'unité médicale* (RUM) 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 2009 est la deuxième à voir mises en œuvre les saisines dans le cadre défini par la circulaire du 31 juillet 2007 précitée. La procédure de réponse continue de reposer sur un dispositif d'avis collégial des médecins experts du service *Classification et information médicale* de l'agence.

Dans un premier rapport de juin 2009 (relatif aux saisines résultant de la campagne de contrôle de 2007 portant sur l'activité de l'année 2006), l'ATIH avait annoncé la publication d'un document annuel, dans un but de transparence et d'amélioration de la qualité des informations médicales produites. Le présent rapport est le deuxième. Il porte sur les saisines issues de la campagne de contrôle de 2008 relatives à l'activité de l'année 2007.

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.

S'appuyant sur le contenu minimum du dossier médical du patient tel qu'il est défini dans l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, l'ATIH, pour rendre ses avis, se fonde sur l'ensemble des pièces qui lui sont communiquées : comptes rendus d'hospitalisation et, le cas échéant, opératoire, dossier de soins infirmiers, dossier d'anesthésie, résultats d'examens (imagerie, endoscopie, biologie...), etc. Les pièces communiquées sont répertoriées en tête de chaque avis.

⁷ *Guide du contrôle externe régional*. Version 1.3. 1^{er} août 2007. DHOS–DSS – Assurance maladie – ATIH

1. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL SELON LA SITUATION CLINIQUE

180 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Les règles de choix du diagnostic principal sont données 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*. Le choix du diagnostic principal du résumé d'unité médicale (RUM) est déterminant pour le classement selon la classification des *groupes homogènes de malades* (GHM).

En 2007, 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 :

- diagnostic ;
- traitement ;
- surveillance.

Le *guide des situations cliniques* distingue une situation de diagnostic et une autre de traitement, il ne connaît pas de situation de « diagnostic-traitement ». La majorité des diagnostics – surtout s'il s'agit d'une affection aiguë – sont d'emblée (au cours du même séjour) suivis d'un traitement, mais pas tous. D'une part, un traitement non urgent peut-être différé (le temps, par exemple, d'une consultation préanesthésique et de réaliser des examens prescrits en vue de celle-ci ou à sa suite). D'autre part, il faut garder présent à l'esprit que l'information est recueillie par unité médicale. Le diagnostic peut être fait dans une unité, le traitement dans une autre, du même établissement ou d'un autre. La première unité connaît alors une situation uniquement de diagnostic, la seconde uniquement de traitement. Distinguer une situation de diagnostic et une autre de traitement correspond ainsi à la réalité. Beaucoup de diagnostics sont aussitôt suivis d'un traitement au cours du même séjour dans la même unité ; ces prises en charge sont de ce fait de « diagnostic-traitement ». Mais d'autres ne sont que de diagnostic. Ainsi, « diagnostic-traitement » ou « diagnostic seulement » ont pour point commun le diagnostic, d'où la dénomination de *situation clinique de diagnostic*. C'est le sens de la phrase du *Guide méthodologique* : « Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même. ». À l'inverse, la situation clinique de traitement est caractérisée par le fait que le diagnostic est toujours établi au moment de l'admission du patient dans l'unité.

1.1 HOSPITALISATION POUR DIAGNOSTIC

167 avis ont été demandés à l'ATIH sur ce thème.

La situation clinique de *diagnostic* est définie dans le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour* comme étant celle d'un patient hospitalisé en raison d'un ou de symptômes appelant un diagnostic étiologique (diagnostic positif). Par « symptôme » on entend un signe clinique, recueilli par l'interrogatoire ou par l'examen physique, ou un résultat anormal d'examen complémentaire. Dans cette situation, l'hospitalisation peut connaître deux issues : l'établissement du diagnostic ou non. Dans le premier cas, le diagnostic principal (DP) est l'affection diagnostiquée ; dans le second il est la symptomatologie explorée (restée sans diagnostic étiologique). La situation clinique de

diagnostic peut concerner un patient dépourvu d'autre problème de santé que celui à l'origine de son séjour, ou bien un patient atteint par ailleurs d'une maladie chronique ou de longue durée.

34 avis relevant des trois points suivants (0 à 0) ont été demandés à l'ATIH.

1.1.1 Non respect de la règle selon laquelle, lorsque le séjour permet le diagnostic de l'affection cause de la symptomatologie motivant l'hospitalisation, le DP est cette affection

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, pour un malade hospitalisé en raison d'un ou de symptômes, lorsque le séjour permet le diagnostic de l'affection cause de ceux-ci (diagnostic étiologique ou positif), elle est le DP.

Exemples

Diagnostic principal :

- **établissement** : altération de l'état général ;
- **contrôleur** : le diagnostic étiologique de sortie ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Trois dossiers d'un même établissement sont en cause. Le DP choisi par l'établissement est une altération de l'état général alors qu'il s'agit d'un motif d'admission, mentionné comme tel dans les comptes rendus d'hospitalisation (CRH), dont la cause est identifiée à la sortie (respectivement : une pneumopathie infectieuse chez un patient atteint d'un lymphome, un épanchement pleural chez un patient atteint d'un cancer de la prostate métastatique (étiologie non précisée au terme du séjour, du fait du décès) et une déshydratation chez un patient atteint d'un cancer bronchique métastatique. Les diagnostics hiérarchisés et codés concluent les CRH. L'établissement fait valoir que « rédigés par le praticien en charge de suivi du patient, [les codages] pouvaient d'autant moins être contestés que le médecin en réaffirmait la véracité ». L'ATIH ne conteste pas la nature des diagnostics, mais la conformité de la hiérarchisation au regard du *Guide méthodologique*.

Diagnostic principal :

- **établissement** : anomalies de la respiration (R06.8) ;
- **contrôleur** : exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (J44.1) ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Une symptomatologie respiratoire motive l'admission (R06.8) ; au terme du séjour, le diagnostic établi est une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive. L'argumentaire de l'établissement, « le diagnostic de BPCO est ancien et connu. Il n'y a pas eu d'acutisation », est en contradiction avec le CRH qui conclut à une « décompensation spastique de la BPCO ». L'ATIH, à l'instar du contrôleur, applique les consignes du *Guide méthodologique* et retient l'exacerbation comme DP. 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), qui comprend la maladie chronique *et* certaines complications aiguës.

Diagnostic principal :

- **établissement** : douleur aiguë (R52.0) ;
- **contrôleur** : syndrome de la queue de cheval ;
- **ATIH** : métastases des méninges médullaires.

Le dossier concerne un patient atteint d'un cancer pulmonaire, hospitalisé en urgence en raison d'un syndrome de la queue de cheval hyperalgique. Une remnographie (IRM) montre une épидурite au niveau des racines de la queue de cheval. La douleur et le syndrome de la queue de cheval constituent donc la symptomatologie initiale et L'ATIH retient pour DP le diagnostic étiologique de sortie, l'« épидурite » métastatique.

Diagnostic principal :

- **établissement** : convulsions fébriles ;
- **contrôleur** : pneumopathie bactérienne ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un enfant de 2 ans hospitalisé pour une symptomatologie neurologique, une crise convulsive. Au terme du séjour, le diagnostic établi est une pneumopathie du lobe moyen droit. Elle est le diagnostic principal.

1.1.2 Non respect de la règle selon laquelle, lorsque le séjour ne permet pas un diagnostic, la symptomatologie motivant l'hospitalisation est le DP

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, lorsqu'un malade a été hospitalisé en raison de symptômes, s'il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie, elle est le DP.

Exemples**Diagnostic principal :**

- **établissement** : DP accident vasculaire cérébral (I64) ;
- **contrôleur** : DP sténose carotidienne ;
- **UCR** : DP diplopie ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'UCR.

Le dossier concerne une patiente atteinte d'une sténose connue d'une carotide interne, hospitalisée en raison d'une diplopie. L'établissement choisit pour DP un accident vasculaire cérébral (AVC), le contrôleur une sténose carotidienne. L'ATIH constate que les pièces communiquées ne font pas mention d'un accident vasculaire cérébral (AVC), transitoire ou installé. Le CRH souligne que la scanographie cérébrale ne montre pas d'anomalie. Le DP d'AVC ne peut donc pas être retenu. Celui de la sténose carotidienne non plus. Le rapport relatif à la campagne de contrôle 2007 indiquait en effet les situations cliniques dans lesquelles, au regard du *Guide méthodologique*, une affection chronique ou de longue durée peut être le DP d'un séjour⁸. Dans le cas d'une sténose carotidienne il ne peut s'agir que du diagnostic positif initial et du *traitement unique* (chirurgie vasculaire), situations étrangères au séjour objet du différend puisque la sténose est connue à l'entrée et qu'aucun acte

⁸ Rapport annuel relatif à la campagne de contrôle 2007 portant sur les données d'activité de l'année 2006, p. 23.

thérapeutique n'est effectué sur elle. Le DP est la diplopie, symptomatologie motif de l'hospitalisation restée inexpliquée au terme du séjour.

Diagnostic principal :

- **établissement** : DP troubles de la personnalité et du comportement (F69) ;
- **contrôleur** : DP symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement (R46.8) ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne une patiente admise en raison de troubles du comportement. Le bilan ne révèle aucune cause. Le code F69 *Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision* est inadapté car aucun diagnostic psychiatrique n'a été réalisé au cours du séjour. Dans son argumentaire l'établissement avance que « le diagnostic de trouble psychiatrique est clairement établi par le neuropsychiatre » mais le compte rendu d'hospitalisation mentionne : « Nous avons demandé une consultation de psychiatrie afin de compléter le bilan étant donné la normalité de l'ensemble des examens pratiqués (consultation non réalisée) ». Le DP est la symptomatologie comportementale, motif de l'hospitalisation resté inexpliqué au terme du séjour.

1.1.3 Si le séjour n'a permis qu'un diagnostic provisoire ou incomplet de l'affection causale, l'enregistrement d'un DP définitif ou précis ne peut être qu'une interprétation

Les circonstances initiales sont identiques : un patient est hospitalisé en raison d'une symptomatologie appelant un diagnostic étiologique. Mais ici le séjour, bien qu'apportant des informations sur la cause, ne permet pas de conclure avec précision (par exemple, parce que le plateau technique de l'établissement ne possède pas les moyens nécessaires).

Exemple

Diagnostic principal :

- **établissement** : tumeur de l'encéphale ;
- **contrôleur** : image intracrânienne anormale (R90.0) ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Parmi les dossiers concernés, trois proviennent du même établissement. Le motif d'entrée est un déficit sensitivomoteur ou une crise convulsive. Une remnographie (IRM) montre une lésion cérébrale. Le patient est transféré en neurochirurgie ; la biopsie stéréotaxique ou l'exérèse permet le diagnostic étiologique. Le DP enregistré par l'établissement est, pour deux dossiers, *tumeur maligne de l'encéphale, sans précision* (C71.9) ; pour le troisième il est *tumeur de l'encéphale à évolution imprévisible ou inconnue* (D43.2). Les rédacteurs des pièces communiquées ne se prononcent pourtant pas : « lésion frontopariétale d'origine indéterminée », « lésion hypodense », « lésion kystique ». Dans les trois cas, le diagnostic établi au terme du séjour, à partir de la symptomatologie d'entrée, est un diagnostic d'imagerie, celui d'une lésion intracrânienne non précisée. Ce diagnostic est le DP.

Cinq autres dossiers contiennent le même type de codage.

1.2 COMPLICATION OU ÉVÈNEMENT INTERCURRENT AU COURS D'UNE MALADIE CHRONIQUE OU DE LONGUE DURÉE

33 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Lorsqu'existe, en sus de la symptomatologie motivant l'admission, une maladie chronique ou de longue durée préexistante (sous-jacente), le diagnostic finalement établi ne peut être qu'une complication de celle-ci ou de son traitement, un évènement pathologique intercurrent (sans rapport avec la maladie chronique), une poussée aigüe de la maladie (« décompensation »...). On peut aussi devoir conclure à l'absence de diagnostic étiologique. C'est ce qu'illustrent les exemples suivants.

Diagnostic principal :

- **établissement** : leucémie aigüe (C95.0⁹) ;
- **contrôleur** : abcès anal ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un patient traité pour une leucémie myéloïde aigüe, hospitalisé pour fièvre. Un abcès anal est diagnostiqué et traité. Qu'il soit considéré comme une complication de la leucémie, une complication de son traitement ou un évènement intercurrent, le DP est l'abcès.

On rappelle (*cf.* le rapport relatif à la campagne de contrôle 2007) qu'une affection maligne ne peut être le DP d'un séjour que dans les situations de diagnostic positif, de bilan initial préthérapeutique de stadification TNM, de *traitement unique* ou de récidive après rémission complète, éventuellement de décès. Dans le cas de ce dossier, on est dans aucune de ces situations, la leucémie ne peut donc pas être le DP.

Diagnostic principal :

- **établissement** : cancer du sein ;
- **contrôleur** : aplasie médullaire médicamenteuse ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne une patiente souffrant d'un cancer du sein, hospitalisée pour aplasie fébrile à J7 d'une chimiothérapie. Cette affection motive l'adressage aux urgences. Une antibiothérapie probabiliste est débutée. La patiente est mutée de l'unité d'hospitalisation de courte durée dans une autre où l'antibiothérapie est poursuivie. Il s'agit d'une situation clinique de complication d'une maladie chronique ou de longue durée, le DP est la complication. La prise en charge (diagnostique et thérapeutique) ayant été partagée entre deux unités, le codage des 2 RUM est identique.

Diagnostic principal :

- **établissement** : amnésie ;
- **contrôleur** : tumeur maligne de l'encéphale ;
- **UCR** : convulsions ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'UCR.

⁹ On verra qu'il s'agissait d'une leucémie myéloïde, qui aurait donc dû être codée C92.0.

Le dossier concerne un patient atteint d'un glioblastome pariétooccipital, hospitalisé pour un troisième cycle de chimiothérapie. Il est bien toléré mais au moment de la sortie initialement prévue, le patient présente une crise convulsive. La remnographie (IRM) montre une extension controlatérale de la lésion.

L'ATIH constate que deux situations cliniques coexistent au cours du séjour, la première de *traitement* itératif, la seconde de complication d'une maladie chronique ou de longue durée. Au vu des pièces communiquées, la chimiothérapie n'a pas mobilisé l'essentiel de l'effort de soins. Elle n'a d'ailleurs été retenue comme DP ni par l'établissement, ni par le contrôleur, ni par l'UCR. La complication de la tumeur est le DP. À la question « ne s'agit-il pas d'une acutisation de la tumeur ? » il est rappelé que cette notion est dépourvue de sens dans le cas des tumeurs solides.

Diagnostic principal :

- **établissement** : métastases cérébrales ;
- **contrôleur** : œdème cérébral ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le séjour concerne une patiente atteinte d'un cancer du sein avec métastases cérébrales, hospitalisée en raison de signes d'hypertension intracrânienne. Les symptômes disparaissent avec la corticothérapie. Il s'agit d'une situation clinique de complication d'une maladie chronique ou de longue durée, ici les métastases cérébrales. La complication est le DP. L'argument de l'établissement selon lequel il s'agit d'une situation d'acutisation autorisant à coder les métastases est récusee au motif qu'il n'existe pas d'acutisation des tumeurs solides.

Diagnostic principal :

- **établissement** : drépanocytose ;
- **contrôleur** : végétations adénoïdes ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un enfant atteint de drépanocytose hospitalisé pour une adénoïdectomie programmée. Il s'agit d'une situation clinique d'affection intercurrente au cours d'une maladie chronique ou de longue durée ; le DP est l'affection. L'établissement justifie le codage de la drépanocytose comme DP par la surveillance per et postopératoire plus importante du fait de cette maladie, l'enregistrement de celle-ci comme DAS « ne [faisant] pas apparaître la lourdeur de la prise en charge ». Cette appréciation ne peut pas être retenue au regard d'une situation clinique claire, objet de consignes réglementaires simples de recueil.

Diagnostic principal :

- **établissement** : maladie d'Alzheimer ;
- **contrôleur** : déshydratation ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le séjour concerne une patiente atteinte de démence, hospitalisée pour déshydratation après échec du traitement à domicile. L'établissement justifie son codage par le fait que la démence « a nécessité une prise en charge supérieure à celle de la pathologie aigüe ». L'ATIH constate que la démence n'est évoquée dans la lettre de sortie qu'à titre d'antécédent et qu'elle

est le problème le moins mentionné dans les transmissions infirmières. De plus, seule la maladie d'Alzheimer (G30.–) est codée dans le RUM, la démence (F00.–) ne l'est pas.

Plusieurs autres dossiers portent sur un désaccord comparable. Il s'agit de patients atteints de maladie d'Alzheimer, hospitalisés pour bronchopneumopathie, accident vasculaire cérébral, infection urinaire, entérocolite, etc. La maladie d'Alzheimer (G30.–) est codée comme DP, argumentée ainsi qu'il a été dit, mais la démence (F00.–) est absente du RUM.

1.3 PLUSIEURS PROBLÈMES DE SANTÉ ONT MOBILISÉ DES SOINS D'IMPORTANCE COMPARABLE

13 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, « Il se peut qu'aucune hiérarchisation n'apparaisse possible, chaque affection ayant mobilisé un effort d'importance comparable. Dans de tels cas de prises en charge équivalentes, le choix du DP [...] ne peut qu'être laissé à la discrétion des unités médicales qui peuvent retenir [...], par exemple, le problème de santé le plus en rapport avec leur spécialité.

Diagnostic principal :

- **établissement** : tassement vertébral ostéoporotique ;
- **contrôleur** : tassement vertébral ostéoporotique ;
- **UCR** : syndrome lacunaire ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'établissement.

Le dossier concerne une patiente âgée hospitalisée après avoir été retrouvée à terre chez elle. Il existe des troubles de l'élocution. La radiographie du rachis montre un tassement de T9 récent et une colonne vertébrale ostéoporotique. La scanographie cérébrale montre de multiples lacunes ischémiques. Le compte rendu d'hospitalisation répertorie plusieurs affections, certaines anciennes (cardiopathie ischémique, fibrillation auriculaire), d'autres diagnostiquées au cours du séjour, parmi lesquelles le tassement vertébral et les lacunes cérébrales. Il ne permet pas de déterminer laquelle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins. Selon le *Guide méthodologique*, le choix du DP doit être laissé à l'unité médicale.

Diagnostic principal :

- **établissement** : anémie hémorragique ;
- **contrôleur** : bronchopneumonie ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'établissement.

Le dossier concerne une patiente hospitalisée pour une infection respiratoire. Un traitement associant antibiotiques et corticoïdes est administré. Pendant le séjour se produisent des rectorragies entraînant une déglobulisation nécessitant des transfusions sanguines. Le décès survient sans qu'un diagnostic étiologique n'ait pu être fait. Il est difficile, à partir des éléments du dossier, de déterminer ce qui a le plus mobilisé l'essentiel de l'effort de soins entre la pneumopathie, les rectorragies et l'anémie hémorragique. Selon le *Guide méthodologique*, le choix du DP doit être laissé à l'unité médicale.

Diagnostic principal :

- **établissement** : échec du déclenchement du travail ;
- **contrôleur** : accouchement retardé après rupture des membranes ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'établissement.

Le dossier concerne une patiente hospitalisée pour suspicion de rupture prématurée des membranes. L'accouchement a lieu par césarienne après échec d'un déclenchement médicamenteux. L'ATIH constate que c'est la suspicion de rupture prématurée des membranes et l'échec du déclenchement médicamenteux qui ont justifié la césarienne. Le choix de l'établissement ne peut être récusé.

2. L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGÛE

Elle est à l'origine de désaccords dans 31 dossiers. Ceux-ci portent sur sa réalité et, lorsqu'elle est avérée, sur sa saisie comme diagnostic principal ou associé.

L'ATIH se prononce sur le codage d'une insuffisance respiratoire aigüe (IRA) en s'appuyant sur les critères suivants : sa mention dans le dossier, la gazométrie sanguine, l'existence d'une oxygénothérapie. La mention isolée d'une IRA dans le dossier, en l'absence de gazométrie sanguine, ou avec une gazométrie normale en air ambiant, ne permet pas d'accepter le codage d'une IRA.

Dans plusieurs dossiers concernant des patients atteints d'une pneumopathie responsable d'une insuffisance respiratoire aigüe, la hiérarchisation était la suivante :

- **établissement** : DP IRA, DAS la pneumopathie responsable ;
- **contrôleur** : DP la pneumopathie, DAS IRA ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le choix de l'ATIH s'appuie sur la définition du DAS (« un problème de santé associé au DP, **une complication de celui-ci** ou de son traitement ») et sur le guide des situations cliniques : lorsqu'au terme du séjour d'un patient est admis pour une symptomatologie x, la maladie cause de la symptomatologie est le DP (se reporter au § 0). La notion de symptomatologie d'entrée inclut les signes cliniques et gazométriques du syndrome « insuffisance respiratoire »

3. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

104 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Les avis sur les diagnostics associés significatifs (DAS) ont été rendus chaque fois qu'il y avait désaccord, que le diagnostic associé soit ou non une *complication ou morbidité associée* dans la version de la classification des GHM applicable en 2007.

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, est considéré comme diagnostic associé significatif « tout problème associé au DP ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire (investigation, traitement...) du fait d'une affection nouvelle

(telle une affection aigüe intercurrente) ou préexistante (évolution d'une affection connue ou affection chronique en cours de traitement) ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable susceptible d'avoir allongé le séjour. »

3.1 DES AFFECTIONS ENREGISTRÉES DANS LE RUM, MAIS N'AYANT PAS MOTIVÉ DE SOINS PROPRES

Elles constituent la majorité des causes de désaccord portant sur les diagnostics associés.

On observe que des établissements paraissent considérer un cancer comme un « DAS naturel permanent », indépendamment de sa prise en charge, donc sans respect de la définition. En voici des exemples.

Un dossier concerne un patient traité pour un cancer du bas rectum hospitalisé pour un syndrome diarrhéique. La diarrhée est mise sur le compte de la chimiothérapie. Elle cède à un traitement symptomatique. Le dossier ne mentionne pas de prise en charge supplémentaire propre au cancer rectal. Il n'est donc pas accepté comme DAS.

Un dossier concerne une patiente traitée quelques mois plus tôt pour une maladie de Paget du sein, hospitalisée pour des biopsies hépatiques après la découverte scanographique de lésions d'allure secondaire. Le dossier ne mentionne pas de prise en charge supplémentaire en rapport avec le cancer du sein. Les biopsies révèlent une métastase hépatique d'un cancer colique. Le cancer du sein n'est pas accepté comme DAS.

Un dossier concerne un patient atteint d'un adénocarcinome prostatique avec métastases osseuses, hospitalisé pour méléna (constaté par le seul patient). L'hémoglobine est de 7,7 g/dl à l'entrée. Une transfusion de deux concentrés globulaires est effectuée. Il n'est pas constaté de méléna pendant le séjour et il est conclu à une anémie chimio-induite (2^e cycle de Taxotere® quelques jours avant). Le dossier ne mentionne pas de prise en charge supplémentaire propre au cancer prostatique. Il n'est pas accepté comme DAS.

Un dossier concerne un patient atteint d'un lymphome cérébral primitif, hospitalisé pour le J20 du traitement d'induction par Méthotrexate®. Une clairance de la créatinine à 53 ml/min est constatée à l'entrée. Le patient est hydraté pendant 3 jours mais en l'absence d'amélioration de la créatininémie, la chimiothérapie est annulée. Les soins ont consisté en la seule hydratation. Le lymphome n'est pas accepté comme DAS.

Un dossier concerne un patient traité pour un carcinome épidermoïde du canal anal, hospitalisé pour une infection de son cathéter brachial. Le cathéter est retiré, un *Enterobacter cloacæ* est mis en évidence et une antibiothérapie est débutée. Le dossier ne mentionne pas de prise en charge supplémentaire propre au cancer anal. Il n'est pas accepté comme DAS.

Un dossier concerne une patiente hospitalisée en raison de douleurs pelviennes associées à une image anormale d'une corne vésicale. Une appendicectomie récente a permis la découverte d'une tumeur carcinoïde. La cœlioscopie montre un nodule de la corne vésicale droite qui fait l'objet d'une exérèse. L'examen histologique conclut à un nodule fibreux de cytotéatonécrose péritonéale sans signe de malignité. Le dossier ne mentionne pas de prise en charge supplémentaire propre à la tumeur maligne de l'appendice. Elle n'est pas acceptée comme DAS.

Le cancer donne ainsi lieu dans des établissements à un enregistrement non conforme à la définition d'un DAS, qui n'est pas justifié.

D'autres affections sont également en cause, comme le montrent les exemples suivants.

Un dossier concerne un patient hospitalisé pour un « *sepsis superficiel* » de la cicatrice d'un pontage artériel effectué une semaine plus tôt. L'évolution est favorable après reprise chirurgicale. Le patient est porteur d'un stimulateur cardiaque depuis une date non précisée. Un bloc auriculoventriculaire (I44.1 *Bloc auriculoventriculaire du second degré*) est enregistré comme DAS. Aucune prise en charge supplémentaire propre au trouble conducteur n'est mentionnée. Il n'est donc pas accepté comme DAS.

Un dossier concerne un patient hospitalisé pour ischémie d'un moignon d'amputation de jambe. Une amputation transfémorale est réalisée. Les suites opératoires sont simples. Le patient est atteint d'une bronchopneumopathie chronique obstructive. Aucun document ne mentionne de prise en charge d'une affection de l'appareil respiratoire. En particulier, une prescription de kinésithérapie respiratoire mentionnée dans le compte rendu de la consultation préanesthésique reste sans suite : la fiche de kinésithérapie ne mentionne que des massages d'un membre inférieur et les feuilles de transmissions infirmières ne signalent pas de kinésithérapie respiratoire. La bronchopneumopathie chronique obstructive n'est pas acceptée comme DAS.

Un dossier concerne un patient souffrant d'une radiculopathie due à une discopathie dégénérative et à une arthropathie interapophysaire, hospitalisé pour la réalisation d'une infiltration. Ce patient a comme antécédents un cancer de prostate, une rectite radique et un asthme, il est porteur d'une bioprothèse aortique et d'un stimulateur cardiaque. Parmi les DAS figurent les codes C61 *Tumeur maligne de la prostate*, J45.9 *Asthme sans précision*, K62.7 *Rectite due à une irradiation*, Z95.0 *Présence d'un stimulateur cardiaque* et Z95.2 *Présence d'une prothèse d'une valvule cardiaque*. Les pièces transmises ne mentionnent aucune prise en charge supplémentaire propre à ces affections. Elles ne respectent donc pas la définition d'un diagnostic associé significatif.

3.2 DES AFFECTIONS ENREGISTRÉES DANS LE RUM, MAIS ABSENTES DU DOSSIER MÉDICAL

Selon l'arrêté PMSI-MCO du 28 février 2006, le RUM doit être conforme au dossier médical du patient.

Un dossier concerne un patient atteint d'un lymphome, hospitalisé en raison d'une fièvre. Une septicémie à streptocoques est diagnostiquée et traitée. Une tuberculose de l'appareil respiratoire est enregistrée comme diagnostic associé significatif (DAS). La lettre de sortie est la seule pièce du dossier communiquée, au contrôleur et à l'ATIH. Elle ne fait pas mention de tuberculose. Celle-ci n'est pas acceptée comme DAS.

Un dossier concerne un patient traité pour une leucémie myéloïde aigüe, hospitalisé pour fièvre. Un abcès anal est diagnostiqué et traité. Une septicémie est enregistrée comme DAS. Les pièces transmises ne mentionnent pas ce diagnostic, ni un sepsis sévère, ni un élément susceptible de le faire évoquer. Le DAS de septicémie n'est pas accepté.

Un dossier concerne un patient atteint de coxarthrose, hospitalisé pour la mise en place d'une prothèse de hanche. Une insuffisance rénale aiguë est enregistrée comme DAS alors qu'elle n'est pas mentionnée dans les pièces communiquées. Pour justifier le DAS, l'établissement s'appuie sur les examens biologiques : sur la créatinémie (175 mmol/l à l'entrée, 147 mmol/l deux jours plus tard), et sur une kaliémie à 5,6 mEq/l. L'ATIH observe qu'une créatininémie élevée peut être due à une déshydratation et que l'hyperkaliémie n'a pas de valeur, le laboratoire signalant un « résultat sous réserve » en raison d'un prélèvement hémolysé. L'ATIH constate ainsi que le diagnostic d'insuffisance rénale n'est pas mentionné et que les résultats d'examens ne permettent pas de l'affirmer. Il n'y a donc pas lieu de coder comme DAS ni N17.9 *Insuffisance rénale aiguë, sans précision* comme le fait l'établissement, ni N19 *Insuffisance rénale, sans précision* comme le propose le contrôleur.

Un dossier concerne une patiente hospitalisée « pour altération de l'état général et douleurs diffuses ». Un accident vasculaire cérébral (I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus*) est enregistré comme DAS mais il n'est pas mentionné dans le compte rendu d'hospitalisation (CRH), seule pièce communiquée. Il n'est donc pas accepté.

Un dossier concerne un patient hospitalisé dans les suites d'une sphinctérotomie endoscopique effectuée dans un autre établissement pour une lithiase cholécystique avec angiocholite. Le désaccord porte sur un DAS de pancréatite aiguë. Ce diagnostic est absent du CRH. Les examens biologiques montrent une amylasémie élevée isolée, mais à une date appartenant au séjour dans l'établissement où a été réalisée la sphinctérotomie ; l'amylasémie est normale pendant le séjour objet du désaccord. Le DAS de pancréatite aiguë n'est donc pas accepté.

3.3 DES ANTÉCÉDENTS ENREGISTRÉS COMME DES AFFECTIONS ACTUELLES

Le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour* donne une définition d'un antécédent : « 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. ». Il indique que les catégories Z80 à Z92 de la CIM-10 sont destinées au codage des antécédents. S'agissant d'un antécédent d'affection aiguë, il précise que celle-ci : « [...] n'existe plus et ne doit pas figurer dans le résumé de séjour [...] ».

Un dossier concerne une patiente porteuse d'une sténose de la carotide interne droite, hospitalisée en raison de l'apparition d'une diplopie. L'échographie-doppler montre une aggravation de la sténose carotidienne. Le compte rendu d'hospitalisation précise que la scanographie cérébrale « ne retrouve pas d'anomalie significative ». Une hémorragie sous-arachnoïdienne codée comme DAS est en réalité un antécédent. Elle n'est donc pas acceptée.

Un dossier concerne un patient hospitalisé après la découverte d'une masse pelvienne. Il a pour antécédents un myélome multiple en rémission complète et un carcinome prostatique traité deux ans auparavant. Le compte rendu d'hospitalisation mentionne des antécédents de thrombophlébites, qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge propre autre que la poursuite du traitement anticoagulant suivi depuis leur survenue. Le *Guide méthodologique* précise : « Ne doivent pas être retenues comme significatives [...] les antécédents guéris, les maladies stabilisées [...] ». Z92.1 *Traitement par anticoagulants* peut être enregistré en position de diagnostic associé mais pas I80.1 *Phlébite et thrombophlébite de la veine fémorale*.

3.4 DES « DAS » REDONDANTS

On rappelle que selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, un diagnostic associé est dit significatif s'il donné lieu à une prise en charge **supplémentaire** (investigation, traitement...) par rapport au diagnostic principal.

Un dossier concerne un patient atteint d'une cardiomyopathie dilatée ischémique et porteur d'un stimulateur cardiaque, hospitalisé pour insuffisance cardiaque. La cardiomyopathie dilatée ischémique est connue. Aucune majoration de l'effort de soins pour elle, par rapport au diagnostic principal, ne peut être identifiée dans les documents transmis. Électrocardiogramme, échocardiographie-doppler et radiographie du thorax sont des examens standard lors d'une poussée d'insuffisance cardiaque. Le traitement de celle-ci et celui de la cardiomyopathie sont indissociables. La myocardiopathie dilatée ne respecte pas la définition d'un DAS.

Un dossier concerne une patiente souffrant de ménométrorragies en rapport avec une endométriose, hospitalisée pour hystérectomie. Le désaccord porte sur le diagnostic associé de ménométrorragies. L'ATIH fait valoir qu'elles sont un symptôme de l'affection ayant rang de diagnostic principal, la prise en charge des ménométrorragies est donc celle de l'endométriose, et elles n'induisent en rien une prise en charge supplémentaire.

Un dossier concerne un patient hospitalisé en raison de cruralgies chez lequel la découverte d'une anémie nécessite une transfusion sanguine. Elle est codée en position de DAS (Z51.3 *Transfusion sanguine*) en plus de l'acte FELF011. L'enregistrement comme DAS de la transfusion sanguine est refusé. L'argument selon lequel Z51.3 traduit la surveillance de la transfusion n'est pas acceptable, à moins d'admettre qu'il existe deux sortes de transfusions, celles que l'on surveille et dont le codage associerait FELF011 et Z51.3, et celles qu'on ne surveillerait pas. En bonnes pratiques médicales tout patient transfusé est surveillé et l'acte codé FELF011 inclut obligatoirement sa surveillance.

3.5 DES DAS JUSTIFIÉS

Le dossier concerne un patient hospitalisé en raison d'une masse pelvienne douloureuse. Il a pour antécédent un myélome multiple en rémission. Le désaccord porte sur la mention de cette maladie comme DAS. Le séjour ne permet pas le diagnostic étiologique de la masse (diagnostic principal : R19.0 *Présence d'une masse abdominale pelvienne*). La réalisation pendant le séjour d'une électrophorèse des protéines et d'une recherche de plasmocytes témoigne d'une prise en charge de type diagnostique (« bilan ») du myélome. Il respecte ainsi la définition d'un DAS et l'ATIH confirme la validité de son codage par l'établissement.

Le séjour concerne une patiente hospitalisée en ambulatoire pour le retournement d'un boîtier de gastroplastie empêchant la constriction gastrique. Le désaccord porte sur le codage d'un diagnostic associé d'éventration postopératoire. Outre le repositionnement du boîtier, le compte rendu opératoire mentionne la cure d'une éventration secondaire au trou de trocart effectué lors de la mise en place initiale du boîtier. Il y a donc eu prise en charge thérapeutique. L'ATIH confirme la validité du codage par l'établissement de l'éventration (et, corollairement, de l'acte de sa cure).

Deux dossiers concernent des parturientes victimes de complications hémorragiques à la suite de leur accouchement (deux révisions utérines : l'une pour un doute sur un cotylédon ramène des caillots, l'autre pour « un début d'hémorragie »). Le désaccord porte sur

l'enregistrement de la complication hémorragique (codée O72.0 *Hémorragie de la délivrance (troisième période)*) comme diagnostic associé significatif.

L'établissement et le contrôleur justifient leur position en s'appuyant sur les critères de novembre 2004 de la Haute autorité de santé : le premier estimant qu'ils sont présents, le second qu'ils ne le sont pas. Dans son avis, l'ATIH fait valoir que, selon la SFAR, l'hémorragie du postpartum est définie comme une hémorragie issue de la filière génitale, survenant dans les 24 heures qui suivent la naissance, et dont les pertes estimées dépassent 500 ml pour un accouchement par voie basse. D'après la HAS le volume de 500 ml doit rester le seuil à partir duquel une prise en charge doit être déclenchée. L'ATIH confirme l'avis du contrôleur selon lequel les éléments du dossier médical ne permettent pas de déterminer l'importance de l'hémorragie. Mais elle constate qu'une prise en charge a été effectuée (révision utérine, perfusion d'ocytociques et antibiothérapie), qui n'est pas celle des suites immédiates habituelles d'un accouchement, mais celle d'une hémorragie de la délivrance. Ces conditions sont suffisantes au regard des règles du recueil d'informations du PMSI pour coder O72.1 *Autres hémorragies immédiates du post-partum*. En effet, l'hémorragie a bien donné lieu à une prise en charge supplémentaire par rapport à l'accouchement¹⁰.

Un dossier concerne un patient atteint d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, hospitalisé pour une surinfection de celle-ci. Le patient est porteur d'une sonde urétrovésicale et une infection urinaire est diagnostiquée pendant le séjour. Le désaccord porte sur le diagnostic associé significatif T83.5 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire* mentionné par l'établissement. Il n'existe pas d'argument autorisant à refuser, chez un porteur de sonde vésicale à demeure, un lien entre celle-ci et une infection des urines. L'ATIH confirme le codage de l'établissement.

Un dossier concerne une patiente hospitalisée à la suite d'une chute, responsable d'un tassement vertébral ostéoporotique. Elle est atteinte d'une cardiopathie ischémique et d'une fibrillation auriculaire ancienne. La cardiopathie ischémique, dont le traitement est poursuivi pendant le séjour, est un DAS pour l'établissement et le contrôleur mais elle n'est pas retenue par l'UCR. L'ATIH confirme le codage de l'établissement et du contrôleur : la cardiopathie est traitée et bénéficie donc d'une prise en charge thérapeutique.

4. COMPLICATIONS DES ACTES MÉDICAUX

97 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, les complications des actes médicaux et chirurgicaux doivent faire appel chaque fois que possible à un codage :

- en manifestation (nature de la complication) et en étiologie (circonstances d'origine) ;
- fournissant la meilleure précision possible pour la manifestation.

Cette double exigence peut, dans certains cas, être satisfaite par l'emploi d'un code T, à l'exclusion des codes imprécis, ou par celui d'un code d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... », à l'exclusion des subdivisions .8 et .9.

¹⁰ En revanche, dans un troisième dossier concernant un accouchement par césarienne pour disproportion fœtopelvienne, une inertie utérine est traitée par ocytocique et perfusion de prostaglandines. Le dossier ne contient aucune mention d'hémorragie. Le DAS d'hémorragie du postpartum n'est pas accepté.

On utilisera les codes du chapitre XX à titre complémentaire. Dans les autres cas, il faut utiliser les « codes habituels » des chapitres I à XIX de la CIM.

4.1 DES CODES DU GROUPE T80–T88 IMPRÉCIS

Dans une proportion importante de dossiers, le diagnostic principal (DP) retenu par l'établissement est un code inapproprié du groupe T80–T88 de la CIM–10, *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs*. Le code est inapproprié parce qu'il est signalé comme imprécis dans le *Guide méthodologique*¹¹, qui préconise un codage donnant la priorité à la nature de l'infection. Les exemples qui suivent résument et illustrent les problèmes rencontrés.

Dans plusieurs dossiers d'abcès de paroi postopératoires de toutes localisations :

- **établissement** : DP infection après un acte (T81.4), DAS abcès (L02.–) ;
- **contrôleur** : DP L02.–, DAS T81.4 ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

T81.4 est en effet signalé comme imprécis dans le *Guide méthodologique*, qui mentionne un exemple de codage approprié d'un abcès de paroi.

Dans d'autres dossiers le même T81.4 code à tort des affections aussi différentes que des DP d'abcès pelvien et de lymphocèle infecté du sein.

En revanche, si pour le codage des abcès cutanés et souscutanés, tels les abcès de paroi, les codes du chapitre XII (codes « L ») de la CIM–10 offrent une précision supérieure à celle des codes du groupe T80–T88, il n'en est pas de même pour les abcès profonds.

Un dossier concerne un patient hospitalisé pour une fièvre et des douleurs lombaires. Il a subi un mois plus tôt une arthrodèse en raison d'un canal lombaire étroit. La scanographie conclut à de multiples abcès au niveau des vis :

- **établissement** : DP infection due à un matériel d'arthrodèse vertébrale (T84.6) ;
- **contrôleur** : DP abcès cutané du tronc (L02.2) ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'établissement.

En effet, il ne s'agit pas d'abcès cutanés ou souscutanés, mais d'abcès profonds, situés au contact du matériel.

Un dossier concerne un patient hospitalisé pour une suppuration sur une vis-plaque du fémur gauche posée vingt-cinq ans auparavant. Le germe en cause est un staphylocoque. Un drainage chirurgical de l'abcès est réalisé :

- **établissement** : DP infection due à un matériel d'ostéosynthèse (T84.6) ;
- **contrôleur** : DP abcès cutané d'un membre (L02.4) ;

¹¹ « Plusieurs sous-catégories sont imprécises. Il s'agit notamment de T80.2, T81.4, T83.5 et T83.6, T84.5 à T84.7, T88.0 et T88.1, T88.7 et toutes les sous-catégories de la forme T8–.8 (leur imprécision rend inacceptable l'emploi des sous-catégories T8–.9).

- **ATIH** : DP myosite infectieuse, cuisse (M60.05) ; DAS infection due à un matériel d'ostéosynthèse (T84.6).

L'avis de l'ATIH souligne que le compte rendu d'hospitalisation précise que le siège de l'abcès est sousfascial. L02.4 *Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre*, qui correspond à un abcès cutané ou sous-cutané, susfascial, n'est donc pas adapté. L'infection intéresse l'ensemble des plans, jusqu'à la plaque d'ostéosynthèse. Aux entrées « Abcès musculaire » et « Abcès, aponévrose » l'index alphabétique de la CIM-10 indique M60.0 *Myosite infectieuse*. M60.05 *Myosite infectieuse, cuisse* indique la nature de l'affection (et sa localisation). Il est donc plus précis que T84.6.

On continue de trouver en position de DP des codes notoirement imprécis dont le 4^e caractère est .8 (« autres complications... »).

Dans un cas d'hématome d'un membre supérieur :

- **établissement** : DP autre complication... (T80.8), DAS hématome (S40.0) ;
- **contrôleur** : DP S40.0, DAS T80.8 ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Dans un cas d'occlusion postopératoire :

- **établissement** : DP autre complication... (T88.8), DAS occlusion (K56.6) ;
- **contrôleur** : DP K56.6, DAS T81.8 ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

On constate dans plusieurs des cas dont sont extraits ces exemples, qu'un DP imprécis T8... est souvent complété par le code précis de la complication, selon sa nature, en situation de DAS. Ce procédé ne respecte pas la définition d'un DAS puisque la complication (l'abcès, l'hématome, l'occlusion...) ne représente pas une prise en charge supplémentaire par rapport au DP, elle est la prise en charge du séjour. Une double erreur est alors présente : à un DP erroné s'ajoute un DAS abusif.

De nombreux désaccords sont relatifs à des complications hémorragiques. Ils témoignent de difficultés de compréhension du codage des hématomes avec la CIM-10. Dans de nombreux dossiers relatifs à des hématomes postopératoires, l'ATIH n'a pas accepté un DP *hémorragie et hématome compliquant un acte* (T81.0) et a retenu un diagnostic de lésion traumatique.

Dans un cas d'hématome pariétal abdominal postopératoire :

- **établissement** : DP hémorragie et hématome compliquant un acte (T81.0) ;
- **contrôleur** : DP contusion de la paroi abdominale (S30.1), DAS T81.0 ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Dans un cas d'hématome intrahépatique après ponction-biopsie :

- **établissement** : DP hémorragie et hématome compliquant un acte (T81.0) ;
- **contrôleur** : DP autre maladie du foie K76.8, DAS T81.0 ;
- **ATIH** : lésion traumatique du foie avec plaie pénétrante (S36.11).

Dans un cas d'hématome postopératoire de la loge thyroïdienne :

- **établissement** : DP hémorragie et hématome compliquant un acte (T81.0) ;
- **contrôleur** : DP contusion de la gorge (S10.0), DAS T81.0 ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

À l'entrée « Hématome » l'index alphabétique de la CIM-10 indique des codes pour un grand nombre de ces lésions et renvoie à l'entrée *Contusion* (« voir aussi Contusion ») pour les entités absentes. À l'entrée « Hématome, muscle » l'index indique : « coder comme Contusion, selon le siège ». Une localisation non répertoriée à l'entrée « Hématome » doit en conséquence être codée comme une contusion, *i.e.* comme une lésion traumatique superficielle (CIM-10, volume 1 p. 956¹²). De manière générale, une hémorragie ou un hématome compliquant un acte médical doit être codé comme une lésion traumatique¹³.

4.2 DES CODES DU GROUPE T80–T88 PRÉCIS

Plusieurs codes du groupe T80–T88 permettent un codage en manifestation (nature de la complication) fournissant la meilleure précision possible, et en étiologie (circonstances d'origine). Leur précision autorise leur emploi comme DP.

Dans un cas d'éviscération après la réalisation d'une gastrostomie :

- **établissement** : DP autre complication... (T88.8), DAS éventration (K43.9) ;
- **contrôleur** : DP éventration (K43.9), DAS T81.8 ;
- **ATIH** : éviscération (T81.3).

Dans 4 dossiers d'hospitalisation pour soins de moignon infecté de membre inférieur :

- **établissement** : DP infection d'un moignon d'amputation (T87.4) ;
- **contrôleur** : DP abcès souscutané d'un membre (L02.4), DAS T87.4 ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'établissement.

5. SURVEILLANCE NÉGATIVE

35 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*, on définit la situation de *surveillance* comme celle d'un patient atteint d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement traitée, hospitalisé pour le « bilan » de celle-ci. Lorsqu'il n'est pas découvert d'affection nouvelle la surveillance est dite *négative*, le DP est un code « Z ».

Exemples

Diagnostic principal :

- **établissement** : insuffisance cardiaque ;

¹² De l'édition utilisée en 2007.

¹³ Et ses circonstances se codent en position de DA, comme celles de toute lésion traumatique, avec le chapitre XX (catégories Y60 à Y84, Y88, Y95) (diagnostics associés conventionnels).

- **contrôleur** : surveillance (Z09.8) ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un patient hospitalisé de jour pour le suivi d'une insuffisance cardiaque ancienne (cardiopathie ischémique). L'échocardiographie montre une légère amélioration de la fonction ventriculaire gauche. L'ATIH constate que le patient, atteint d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, est admis pour bilan programmé : il s'agit d'une situation de surveillance. Il n'est pas découvert d'affection nouvelle, la surveillance est donc négative.

Diagnostic principal :

- **établissement** : insuffisance respiratoire chronique ;
- **contrôleur** : surveillance (Z09.2) ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un patient souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique (pneumopathie interstitielle), hospitalisé pour bilan du traitement. Aucun nouveau problème de santé n'est constaté. Il s'agit donc d'une situation de *surveillance négative*.

Deux dossiers concernent les patients suivants :

- l'un, aux antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, en fibrillation auriculaire, est hospitalisé de jour pour « bilan et adaptation du traitement » de celle-ci ;
- l'autre, atteint d'une fibrillation auriculaire traitée par amiodarone et d'une hypothyroïdie, est hospitalisé de jour pour « bilan et adaptation thérapeutique ».

Dans les deux cas s'oppose le choix de l'établissement de la fibrillation auriculaire ou de l'hypothyroïdie, à celui du contrôleur d'une surveillance négative (Z09.-). L'ATIH confirme le choix du contrôleur, observant qu'il s'agit dans les deux cas d'une affection connue et en cours de traitement, et qu'au terme de l'hospitalisation de jour il n'est pas découvert d'autre maladie. À l'argumentation de l'établissement, identique dans les deux dossiers, selon laquelle ils concernent un « bilan comprenant une dimension diagnostique et thérapeutique avec changement et adaptation d'un traitement avec expertise d'un spécialiste » s'oppose la consigne du *Guide méthodologique* : « l'institution ou la modification du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement antérieurement traitée, ne transforme pas la situation de surveillance en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection surveillée comme DP ».

Diagnostic principal :

- **établissement** : tumeur de l'encéphale ;
- **contrôleur** : surveillance (Z08.7) ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne une patiente atteinte d'un cancer pulmonaire avec métastase cérébrale, traitée par chimiothérapie et radiothérapie, hospitalisée pour un bilan. S'appuyant sur le fait que la scanographie cérébrale montre « une prise de contraste » qui nécessite « d'envisager en ambulatoire une IRM APC » (*sic*), l'argumentation de l'établissement est que « il existe une évolution de la tumeur avec aggravation de la tumeur cérébrale ». L'ATIH

observe que chez une patiente atteinte d'une métastase cérébrale connue, il s'agit d'une évolution de l'état antérieur. D'après le *Guide méthodologique* « des évolutions telles que l'accroissement du volume d'une tumeur [...] n'autorisent pas à coder la maladie comme DP ».

Diagnostic principal :

- **établissement** : autres complications de soins (T88.8) ;
- **contrôleur** : autre maladie du nez et des sinus (J34.8) ;
- **UCR** : mélanome malin ;
- **ATIH** : surveillance (Z08.7).

Le dossier concerne un patient atteint d'un mélanome malin de la fosse nasale gauche, opéré deux mois auparavant puis irradié, hospitalisé pour une exploration endonasale en raison d'une suspicion de poursuite évolutive du mélanome. L'exploration est négative.

6. CODAGE AVEC LA CIM-10

101 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Sur ce nombre, 67 dossiers concernaient des hospitalisations pour **sevrage de substance psychoactive**, d'alcool dans 66 cas, d'opiacés dans un.

Dans tous les cas, l'établissement code un syndrome de sevrage (F10.3 ou F11.3), le contrôleur un sevrage (Z50.-). Les pièces transmises ne mentionnent pas de syndrome de sevrage¹⁴. Il s'agit d'une confusion entre le syndrome de sevrage (prédelirium ou syndrome de manque) et le sevrage thérapeutique. L'ATIH confirme le codage du contrôleur dans les 67 cas.

Un dossier concerne un patient hospitalisé en raison d'une insuffisance respiratoire. Il est par ailleurs porteur d'endoprothèses coronariennes et suit un traitement en rapport. Ces éléments motivent l'enregistrement d'une angine de poitrine (I20.9) par l'établissement, refusé par le contrôleur. L'ATIH constate qu'il n'est pas mentionné d'accès d'angine de poitrine pendant le séjour. L'ATIH refuse le codage de l'établissement et retient le code Z95.5 *Présence d'implants et de greffe vasculaire coronaires*.

Un dossier concerne une patiente hospitalisée pour une cholécystectomie. L'évolution postopératoire est favorable. Elle est atteinte d'une insuffisance coronaire ancienne dont le traitement est poursuivi. Une angine de poitrine instable (I20.0) est codée par l'établissement qui revient sur ce codage lors du contrôle et propose I20.9. Le contrôleur refuse l'angine de poitrine au profit d'une cardiopathie ischémique chronique. L'ATIH constate qu'il n'est pas mentionné d'accès d'angine de poitrine pendant le séjour et confirme le codage du contrôleur.

On constate un emploi excessif des codes de la catégorie I20 Angine de poitrine. Il est sans doute en rapport avec le langage médical courant qui désigne les patients atteints d'une cardiopathie ischémique comme l'étant d'angine de poitrine (parfois précisé : par exemple,

¹⁴ Et, s'il ne s'agissait de médecine et non de PMSI, on pourrait rappeler qu'un des objectifs du sevrage thérapeutique est précisément d'éviter le syndrome de sevrage.

« angor d'effort » pour un patient ayant des antécédents de telles manifestations, traité, mais indemne de toute douleur avant et pendant le séjour. La catégorie I20 de la CIM-10 ne devrait être utilisée que lorsqu'un accès d'angine de poitrine est à l'origine de l'hospitalisation ou se produit pendant celle-ci¹⁵.

Un dossier concerne un patient hospitalisé pour une « surinfection bronchique d'une insuffisance respiratoire chronique et asbestose ». Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre une insuffisance respiratoire chronique (J96.1 *Insuffisance respiratoire chronique*) et une surinfection de bronchopneumopathie obstructive (J44.0 *Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aigüe des voies respiratoires inférieures*). L'insuffisance respiratoire chronique est écartée du fait de la gazométrie sanguine. L'ATIH retient pour diagnostic principal la surinfection bronchique (J20.9 *Bronchite aigüe, sans précision*) car :

- elle est le diagnostic mentionné dans la lettre de sortie ;
- la CIM-10 exclut l'emploi de la catégorie J44 pour les *maladies du poumon dues à des agents externes (J60-J70)*, groupe qui comprend l'asbestose J61.

Dans un cas d'hospitalisation pour cure d'hallux valgus, un choc se produit lors de l'induction anesthésique. La patiente est admise en réanimation. Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre T81.1 *Choc pendant ou après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé ailleurs* et T78.2 *Choc anaphylactique, sans précision*. L'ATIH estime que le code le plus approprié est T88.2 *Choc anesthésique*. Il pourrait être T88.6 *Choc anaphylactique dû aux effets indésirables d'une substance médicamenteuse appropriée et correctement administrée* si le médicament en cause était connu, mais les éléments transmis ne le mentionnent pas. T81.1 *Choc pendant ou après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé ailleurs* est moins précis puisqu'il ne comprend pas la cause anesthésique. T78.2 *Choc anaphylactique, sans précision* n'indique pas de lien avec un acte médical.

7. LES SOINS PALLIATIFS

28 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

Dans le cadre du PMSI, le code Z51.5 *Soins palliatifs* n'est pas employé avec l'acception qui est la sienne dans la CIM-10. Dans celle-ci, il a un sens général de soins non curatifs et ne préjuge pas d'éventuelles particularités nationales. En France, l'emploi de ce code est limité aux cas où les soins respectent un certain nombre de critères figurant notamment, dans deux documents publiés dans le cadre de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 : d'une part *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs*. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANDEM). Décembre 2002. D'autre part le *Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement*. Ministère de la santé et de la protection sociale. Avril 2004.

¹⁵ Il est probable que la perte de son effet de *complication ou morbidité associée* par l'angine de poitrine dans la version 11 des *groupes homogènes de malades*, est due à cet usage excessif. Les séjours au cours desquels un code I20.- ne traduit que la poursuite du traitement antiangineux suivi à domicile ne voient pas leur durée augmentée.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **contrôleur** : cancer de la vessie ;
- **UCR** : occlusion intestinale ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'UCR.

Le dossier concerne un patient atteint d'un cancer de vessie métastasé au poumon et au péritoine, hospitalisé pour une occlusion du grêle. Une entérostomie de dérivation est réalisée. Le séjour s'achève par le décès du patient. L'ATIH fait valoir que la réalisation d'un acte médicotechnique de nature palliative, quel qu'il soit (résection ou anastomose chirurgicale palliative, chimiothérapie palliative...), ne suffit pas pour considérer que des soins palliatifs sont délivrés. Un dossier comparable concerne une patiente atteinte d'une carcinose péritonéale (cancer de l'ovaire) hospitalisée 2 jours pour ponction d'ascite.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **contrôleur** : épanchement pleural ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un patient atteint d'un adénocarcinome du poumon avec métastases, en cours de chimiothérapie, hospitalisé pour dyspnée. Un épanchement pleural est mis en évidence et ponctionné. L'ATIH constate cette prise en charge et l'absence de soins palliatifs pendant le séjour. Le compte rendu d'hospitalisation indique seulement qu'à la sortie du patient « l'équipe mobile de soins palliatifs [est] contactée pour effectuer le lien entre l'hôpital et le domicile ».

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **contrôleur** : métastases péritonéales ;
- **ATIH** : confirmation du codage de l'établissement.

Le dossier concerne une patiente atteinte d'un cancer du sein métastatique pour lequel a été décidée une abstention thérapeutique. Elle est hospitalisée en raison de rachialgies et de vomissements. Le cliché d'abdomen sans préparation évoque un syndrome occlusif. L'échographie montre des nodules hépatiques, un épanchement pleural et péritonéal. Le compte rendu d'hospitalisation indique que la situation est celle de soins palliatifs et le traitement est symptomatique (hydratation, antispasmodiques, corticoïdes, morphine). Le séjour s'achève par le décès de la patiente. Les pièces transmises témoignent de soins pluridisciplinaires (présence d'une fiche de synthèse) et associent soulagement de la douleur, sauvegarde de la dignité de la personne (chambre seule) et soutien de la famille (article L. 1110-10 du code de la santé publique).

Plusieurs autres dossiers concernent des situations comparables. Le diagnostic principal de soins palliatifs de l'établissement est confirmé. Celui de la tumeur primitive ou secondaire qui lui est opposé n'est pas conforme au guide des situations cliniques du *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*. Les situations dans lesquelles une maladie chronique ou de longue durée peut être le diagnostic principal d'un séjour ont été soulignées dans le *Rapport annuel 2008 relatif à la campagne de contrôle 2007*.

Deux dossiers concernent des patients atteints de cancer présentés comme étant « en situation palliatives », brièvement hospitalisés (2 jours), l'un pour une ponction d'ascite et une transfusion sanguine (il s'agit d'actes répétitifs, d'autres hospitalisations brèves ont ponctuellement eu lieu pour le même motif), l'autre pour une suspicion d'intoxication par un hypnotique (le compte rendu d'hospitalisation indique en outre pour celui-ci qu'il est « en situation palliatives » mais mentionne qu'il sera revu pour une prochaine cure de chimiothérapie quelques jours plus tard). L'ATIH ne confirme pas le diagnostic principal de soins palliatifs.

Diagnostic principal :

- **établissement** : soins palliatifs ;
- **contrôleur** : cancer ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne une patiente hospitalisée pour altération de l'état général, dyspnée et anémie. Les examens révèlent des images tumorales d'allure secondaire pulmonaires, hépatiques, surrénalienne et vertébrale. Il est conclu à un « probable cancer d'origine digestive généralisé, au stade palliatif ». L'ATIH fait valoir que si la conclusion à laquelle il est parvenu au terme du séjour est celle d'une maladie inaccessible à tout traitement curatif, les soins administrés ne sont pas des soins palliatifs tels que définis dans les textes de référence ; il s'agit d'une prise en charge de nature diagnostique, comportant les examens nécessaires à l'identification des métastases et à la recherche (infructueuse) du cancer primitif.

L'ATIH souhaite que certaines informations figurent dans les dossiers concernant les soins palliatifs. Les textes de référence insistent sur l'existence d'un ou de référents identifiés en soins palliatifs, d'un projet de soins palliatifs et d'un soutien des soignants ; les informations à ce propos devraient figurer dans le dossier de saisine. Les textes soulignent aussi la nécessité de réunions interdisciplinaires de discussion des cas (« au moins une fois par semaine ») ; un compte rendu devrait être présent dans le dossier. En l'absence de ces éléments, on est en effet autorisé à s'interroger sur la réalité de la dispensation de soins palliatifs conformes aux textes.

8. LES ACTES MÉDICAUX

21 avis relevant de ce thème ont été demandés à l'ATIH.

L'enregistrement des actes médicaux dans le RUM doit être conforme au dossier médical du patient (arrêté PMSI-MCO) et respecter les consignes du *Guide de lecture et de codage* de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) publié au *Bulletin officiel* (BO spécial n° 2006/1 bis).

Acte :

- **établissement** : LJJA001 *Évacuation de collection suppurée de la paroi thoracique, par abord direct* ;
- **contrôleur** : QZJA011 *Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct* ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne un abcès pariétal après pontage coronaire. L'avis rendu par l'ATIH repose sur le compte rendu opératoire qui indique : « Évacuation d'un abcès présternal [...] évacuation d'une petite quantité de pus de l'espace souscutané [] le sternum n'a pas été touché par l'infection ».

Acte :

- **établissement** : JJFC010 *Salpingoovariectomie [Annexectomie], par cœlioscopie* + ZCJC001 *Évacuation de collection intraabdominale, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie* ;
- **contrôleur** : JJFC010 ;
- **ATIH** : confirmation du codage du contrôleur.

Le dossier concerne une annexectomie par cœlioscopie pour torsion. L'avis de l'ATIH s'appuie sur le *Guide de lecture et de codage de la CCAM (A-7 Notes d'utilisation de portée générale)* : « Les actes sur la cavité de l'abdomen, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain ».

Acte :

- **établissement** : GGHB001 *Ponction d'un épanchement pleural, sans guidage* + GFFC002 *Exérèse partielle non anatomique du poumon, par thoracoscopie* + GGNC001 *Abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par thoracoscopie* ;
- **contrôleur** : ZBQC002 *Exploration du thorax avec biopsie du poumon, par thoracoscopie* + GGLC001 *Instillation intrapleurale de substance irritante, par thoracoscopie* ;
- **ATIH** : GGLC001.

Le dossier concerne un patient atteint d'un cancer du poumon connu, hospitalisé pour un épanchement pleural récidivant. Selon le compte rendu opératoire (CRO), les actes réalisés, sous thoracoscopie, sont l'évacuation d'un épanchement pleural, l'examen visuel de la plèvre, des prélèvements pleuraux et d'un petit fragment pulmonaire, une pulvérisation de talc et la mise en place de drains.

L'ATIH observe que les actes GFFC002 *Exérèse partielle non anatomique du poumon, par thoracoscopie* et GGNC001 *Abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par thoracoscopie* ne correspondent pas au contenu du CRO ; un prélèvement n'est pas une exérèse, il n'a pas été effectué d'exérèse de la plèvre ou du poumon, ni d'abrasion de la plèvre.

D'après la CCAM « les actes sur le thorax, par thoracoscopie incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique ». L'évacuation de l'épanchement pleural et la mise en place de drains ne doivent donc pas être codés en plus de GGLC001.

D'après le *Guide de lecture et de codage de la CCAM* « lorsqu'au cours de la même intervention sont réalisés un acte diagnostique et un acte thérapeutique selon les mêmes modalités [...] sur le même site, seul l'acte thérapeutique doit être codé ». GGLC001 incluant l'exploration préalable et les prélèvements par thoracoscopie, ils ne doivent pas être codés en plus.

Acte :

- **établissement** : QZJA011 *Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct* ;
- **contrôleur** : QZJA011 ;
- **UCR** : QZJA009 *Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct*
- **ATIH** : QZJA013 *Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale.*

Le séjour concerne un sepsis du Scarpa après un pontage artériel fémoral. L'intervention montre une infection du tissu sous-cutané « sans véritable collection ». L'acte réalisé est une reprise de l'abord du Scarpa : excision des berges de l'ancienne incision et parage. Il n'y a pas d'abcès. L'ATIH retient l'acte QZJA013 *Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale.*

9. AVIS IMPOSSIBLE

L'avis de l'ATIH repose sur l'analyse des éléments du dossier médical qui lui sont communiqués. En cas de dossier insuffisamment documenté ou de non transmission d'éléments nécessaires, il peut être impossible de rendre un avis. Cela s'est produit à propos de 17 dossiers.

Conclusion

La campagne de contrôles de 2008 portant sur l'activité de 2007 des établissements de santé a été caractérisée par l'accroissement du nombre de saisines à traiter, passé de 253 en 2008 à 649 en 2009. Il en a résulté la décision de modalités organisationnelles nouvelles, exposées dans l'annexe 5 de la circulaire N°DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009, caractérisées par la fixation d'un nombre maximal de dossiers à soumettre par région.

50 % des saisines ont pour origine l'unité de coordination régionale. 7 % sont demandées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH). 43 % des dossiers, provenant de deux régions, ne mentionnent pas d'origine. Les saisines demandées par le DARH sont en fait transmises par lui à l'ATIH à la demande d'établissements de santé. On rappelle que, conformément à la circulaire N°DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007 relative notamment à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières résultant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité, un établissement peut demander au directeur de l'ARH la saisie de l'ATIH contre l'avis de l'UCR.

Les erreurs de hiérarchisation des diagnostics et de codage des diagnostics et des actes restent comparables à celles de l'année précédente. La plus grande partie est en rapport avec le non respect du *guide des situations cliniques* du *Guide méthodologique de production des résumés de séjour*.

Pour rendre ses avis l'ATIH se fonde sur les consignes du *Guide méthodologique* et sur les règles d'emploi de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). En regard, elle souhaite de la part des établissements des argumentaires qui ne soient pas de nature clinique (faisant appel à la gravité de la maladie, à son pronostic, aux indications thérapeutiques...) mais en rapport avec les règles de production de l'information. Celles-ci ne doivent pas être confondues avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques.

L'ATIH souhaite sensibiliser les établissements à l'importance des copies des pièces du dossier médical du patient qui lui sont 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.