



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 2009
portant sur les données d'activité de l'année 2008*

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL	3
1.1 LA SITUATION CLINIQUE DE <i>DIAGNOSTIC</i>	3
1.2 COEXISTENCE DE PLUSIEURS PROBLÈMES DE SANTÉ DE « LOURDEUR » COMPARABLE.....	4
1.3 LA SITUATION DE <i>TRAITEMENT</i>	5
1.4 LES SOINS PALLIATIFS.....	6
2. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS	7
3. CODAGE AVEC LA CIM-10	10
3.1 LA NOTION DE SEVRAGE ALCOOLIQUE	10
3.2 O60.1 <i>TRAVAIL PRÉMATURÉ AVEC ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ</i>	10
3.3 P00-P04 <i>FŒTUS ET NOUVEAU-NÉ AFFECTÉS PAR DES TROUBLES MATERNELS ET PAR DES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT</i>	11
3.4 DE L'IMPORTANCE D'UNE LECTURE ATTENTIVE DE LA CIM-10.....	11
3.5 L'APPENDICITE.....	12
4. LES COMPLICATIONS DES ACTES MEDICOTECHNIQUES	12
5. LE CODAGE DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES	13
6. LES SUPPLEMENTS NN	14
CONCLUSION.....	15
ANNEXES.....	16

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 2008 est le *Bulletin officiel* spécial n° 2006/2 bis modifié par le *Bulletin officiel* spécial n° 2007/4 bis et par l'annexe III de l'arrêté du 22 février 2008 (NOR : SJSH0804977A) publiée dans le *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarités* n° 2008/4 du 15 mai 2008. Les conditions de production des résumés des séjours 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 modifié 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 2010 est la troisième à voir mises en œuvre les saisines dans le cadre défini par la circulaire du 31 juillet 2007 précitée. La procédure de réponse repose 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 de l'année 2008 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 troisième. Il porte sur les saisines soumises à l'ATIH en 2010, issues de la campagne de contrôle de 2009 relatives à l'activité de l'année 2008.

Ce rapport a principalement deux objectifs :

- informer sur les divergences qui ont motivé des saisines, à l'initiative de l'UCR ou du directeur général de l'agence régionale de santé ;
- donner des exemples d'avis, choisis pour illustrer et rappeler les consignes de hiérarchisation et de codage des informations.

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.

Les saisines de l'année 2009 (résultant de la campagne de contrôles de 2008 portant sur l'activité de 2007 des établissements de santé) avaient été caractérisées par un accroissement considérable de leur nombre, passé de 253 en 2008 à 602 en 2009. Il en a résulté de nouvelles modalités organisationnelles, exposées dans l'annexe 5 de la circulaire N°DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009, et caractérisées par la fixation d'un nombre maximal de dossiers à soumettre par région. Les saisines adressées en 2010 ont été les premières à faire suite à ce texte. 109 dossiers ont été soumis à l'expertise de l'ATIH.

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

1. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Avec 59 avis, il est à l'origine du plus grand nombre de différends soumis à l'ATIH⁸.

En 2008 le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour* définit le diagnostic principal (DP) comme le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. Il est déterminé à la fin du séjour dans l'unité médicale, selon la situation clinique, *c.-à-d.* conformément au *guide des situations cliniques*, et dans le respect des possibilités de codage offertes par la CIM-10.

1.1 LA SITUATION CLINIQUE DE *DIAGNOSTIC*

Le *Guide méthodologique* indique qu'elle concerne des patients hospitalisés en raison d'une symptomatologie – signe clinique ou résultat anormal d'examen complémentaire – appelant d'abord un diagnostic. Un traitement peut être effectué aussitôt le diagnostic établi – c'est le cas le plus fréquent, non le cas constant⁹ – mais « que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, la règle est la même » (*Guide méthodologique*). La situation clinique de *diagnostic* est donc fondamentalement caractérisée par le fait que l'affection dont souffre le patient n'est pas identifiée au moment de son admission dans l'unité médicale. Dans cette situation, lorsqu'un diagnostic est fait, il est le DP ; s'il n'en est pas fait, le DP est la symptomatologie explorée.

1) Diagnostic principal :

- **établissement** : R90.8 *résultats anormaux d'imagerie cérébrale (sic)* ;
- **contrôleur** : G41.8 *Autres états de mal épileptique* ;
- **ATIH** : confirmation du choix de l'établissement.

Le dossier concerne un patient confus et agité après un malaise sur la voie publique. Une crise convulsive se produit pendant la scanographie. Le patient est transféré au CHU pour « suspicion d'état de mal épileptique ». Il est de retour le lendemain, le diagnostic d'état de mal étant infirmé (« crise convulsive isolée »), démenti repris par l'établissement objet du contrôle dont le compte rendu conclut à « un épisode de crise tonico-clonique ». Alors que la première scanographie était normale, une seconde, faite au retour du CHU, montre une hypodensité temporale. Il n'est pas établi de diagnostic plus précis (« un doute subsiste entre un AVC ischémique et une tumeur cérébrale »). L'ATIH infirme le diagnostic d'état de mal épileptique retenu par le contrôle, car il n'est pas conforme au contenu des pièces. Elle conclut à une *situation clinique de diagnostic*, dans laquelle la symptomatologie initiale est une crise d'épilepsie, la question posée étant celle de sa cause. Le diagnostic auquel aboutit l'enquête est celui d'une hypodensité cérébrale. Le DP de l'établissement, une image intracrânienne anormale, est donc confirmé (son code est R90.0).

2) Diagnostic principal :

- **établissement** : R53.+0 *Altération [Baisse] de l'état général* ;

⁸ La somme des avis rendus par thème est supérieure à 109 parce qu'un même dossier peut être à l'origine de plusieurs questions (par exemple, choix du diagnostic principal et caractère significatif d'un diagnostic associé).

⁹ Pour son traitement, le patient peut être muté dans une autre unité ou transféré dans un autre établissement. Un traitement non urgent peut aussi être réalisé au cours d'une hospitalisation ultérieure, à distance de celle pour diagnostic.

- **contrôleur** : F32.2 *Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques* ;
- **ATIH** : confirmation du choix du contrôleur.

Le dossier est celui d'une patiente âgée de 86 ans hospitalisée pour altération de l'état général. Un syndrome dépressif d'involution, qualifié de sévère, est diagnostiqué. L'ATIH observe qu'il s'agit d'une situation clinique de *diagnostic*. L'altération de l'état général est la symptomatologie d'entrée, non le diagnostic final. Celui-ci, la dépression est le DP. L'établissement explique son choix en indiquant : « le diagnostic de syndrome dépressif n'est posé que 14 jours [le séjour a duré 19 jours] après l'admission ; sur l'ensemble du séjour, R53.+0 paraît le DP correspondant le mieux à la définition ». Le choix du DP n'obéit pas à sa seule définition mais dépend aussi de la *situation clinique*. Le syndrome dépressif aurait-il été diagnostiqué le dernier jour, il est le DP d'un séjour au cours duquel l'essentiel de l'effort de soins a été de l'établir.

3) Diagnostic principal :

- **établissement** : M46.2 *Ostéomyélite vertébrale* ;
- **contrôleur** : M54.80 *Autres dorsalgies, localisations vertébrales multiples* ;
- **ATIH** : M54.5 *Lombalgies basses* ou M54.6 *Rachialgies dorsales*.

Le dossier concerne un patient hospitalisé dans l'hypothèse d'un syndrome SAPHO¹⁰. La situation clinique est de *diagnostic*. Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) n'indique pas de conclusion diagnostique. Le DP est donc la symptomatologie explorée, les rachialgies. Il s'agit de « dorsalgies + lombalgies avec irradiation paravertébrale ». M54.80 *Autres dorsalgies* est erroné car le CRH ne mentionne pas de rachialgies qui ne soient pas classées entre M54.0 et M54.6. Le cas est ici celui d'une *suspicion* (d'un syndrome SAPHO). Le *Guide méthodologique* indique : « La même règle [que celle qui conduit à coder la symptomatologie motif d'admission lorsqu'il n'est pas trouvé de cause] s'applique aux situations dans lesquelles le motif d'admission est une suspicion diagnostique qui n'est pas confirmée au terme du séjour. Dans ces situations le DP est en général la symptomatologie à l'origine de la suspicion. » M46.2 *Ostéomyélite vertébral* est erroné car il existe bien une ostéite aseptique, mais elle est claviculaire.

1.2 COEXISTENCE DE PLUSIEURS PROBLEMES DE SANTE DE « LOURDEUR » COMPARABLE

Lorsque chaque problème a requis un effort de soins comparable, la définition du DP – le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant – ne suffit pas. Le choix du DP doit être laissé, parmi les *ex æquo*, à la discrétion de l'unité médicale. Cette consigne ne s'applique que dans les cas de prises en charge équivalentes dont la réalité doit être contrôlable dans le dossier du patient.

1) Diagnostic principal :

- **établissement** : K42.9 *Hernie ombilicale, sans occlusion ni gangrène* ;
- **contrôleur** : K80.1 *Calcul de la vésicule biliaire avec une autre forme de cholécystite* ;
- **ATIH** : K80.2 *Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite*.

¹⁰ Synovite, acné, pustulose palmoplantaire, hyperostose, ostéite.

Le dossier concerne une patiente hospitalisée en raison d'une lithiase vésiculaire symptomatique et d'une hernie ombilicale. Une cholécystectomie par cœlioscopie est effectuée. L'examen clinique initial signale « une petite hernie ombilicale » mais le compte rendu opératoire n'en mentionne pas le traitement. Il indique : « il est fait une *open* cœlioscopie par voie ombilicale [...] » puis, à la fin de l'intervention : « fermeture des aponévroses pariétales ombilicales [...] ». Dans son argumentaire, l'établissement avance que « deux diagnostics étaient possibles : soit la hernie abdominale, soit le calcul de la voie biliaire qui ont tous deux été traités au cours de la même intervention. ». Il confirme son choix de la hernie ombilicale en affirmant qu'aucun argument ne permet de dire lequel des deux problèmes, la lithiase ou la hernie, a mobilisé la plus grande part de l'effort de soins. L'ATIH observe que le compte rendu opératoire ne décrit pas de cure de hernie. Si elle a bien été réalisée, les pièces transmises ne permettent pas de l'estimer autrement que comme un geste accessoire effectué à l'occasion de la fermeture de l'orifice ombilical de cœlioscopie. En conséquence, la lithiase vésiculaire est le DP (K80.2 *Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite* est préféré à K80.1 *Calcul de la vésicule biliaire avec une autre forme de cholécystite* parce que le compte rendu opératoire précise : « une vésicule de taille importante mais non inflammatoire »). La hernie ombilicale est un diagnostic associé significatif.

2) Diagnostic principal :

- **établissement** : N17.8 *Autres insuffisances rénales aiguës* ;
- **contrôleur** : I48 *Fibrillation et flutter auriculaires* ;
- **ATIH** : confirmation du choix de l'établissement.

Le dossier concerne le séjour d'une patiente hospitalisée pour arythmie complète par fibrillation auriculaire, ou pour dyspnée fébrile, selon les pièces transmises. Il est diagnostiqué un surdosage en antivitamine K, une insuffisance cardiaque, une infection bronchopulmonaire, une rétention d'urine et une insuffisance rénale. Dans son argumentaire, l'établissement indique qu'il est revenu sur son choix initial lors du contrôle, abandonnant l'insuffisance rénale au profit d'une pneumopathie bactérienne (J15.9 *Pneumopathie bactérienne, sans précision*). L'ATIH constate qu'au regard du *Guide méthodologique*, la situation clinique est de *diagnostic* : la symptomatologie d'entrée est la fibrillation auriculaire ou la dyspnée fébrile, dont la cause est recherchée. Selon le guide :

- lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection cause de la symptomatologie ayant motivé l'hospitalisation, elle est le DP ;
- 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 ;
- en présence de plusieurs problèmes requérant des efforts équivalents, le choix du DP doit être laissé à la discrétion de l'unité médicale.

Au vu des pièces communiquées il n'est pas possible de départager l'arythmie complète par fibrillation auriculaire, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque et l'infection respiratoire. Le choix de l'établissement est donc licite.

1.3 LA SITUATION DE TRAITEMENT

Le *Guide méthodologique* indique que cette situation clinique concerne des patients atteints d'une affection connue, diagnostiquée avant l'admission dans l'unité chargée du traitement. Il distingue la situation de *traitement répétitif* (dont l'exemple-type est la séance) de celle de *traitement unique* (dont l'exemple-type est la chirurgie).

Selon le *Guide méthodologique* :

- un *traitement répétitif* est un traitement qui, par nature, impose une administration répétitive ; dès la prescription d'un traitement répétitif, le fait qu'il nécessitera plusieurs administrations est connu, un calendrier est fixé à priori ; un traitement est répétitif soit parce que son efficacité dépend d'un cumul posologique (chimiothérapie, radiothérapie...), soit parce que, son effet s'épuisant, il doit être renouvelé (épuration extrarénale, transfusion sanguine...);
- un traitement unique est un traitement non répétitif.

Dans le cas d'un traitement répétitif, le DP est toujours un code Z, le plus souvent Z51.–. Dans le cas d'un traitement unique, le DP est le plus souvent la maladie traitée, dans certains cas un code des catégories Z40 et Z43 à Z49.

Diagnostic principal :

- **établissement** : N30.1 *Cystite interstitielle (chronique)* ;
- **contrôleur** : Z09.8 *Examen de contrôle après d'autres traitements pour d'autres affections* ;
- **ATIH** : confirmation du choix de l'établissement.

Le dossier concerne une patiente atteinte de cystite interstitielle depuis trois ans, hospitalisée pour la réalisation d'une hydrodistension. L'établissement argue du caractère de *traitement unique* de l'hydrodistension, le contrôleur de sa nature répétitive. L'ATIH constate que l'intitulé de l'acte de *distension hydrostatique de la vessie* (JDAD001) ne fait pas mention de *séance*. Les experts qui ont participé à la rédaction de la CCAM ont donc considéré qu'il est habituellement unique. Le compte rendu opératoire indique qu'une précédente hydrodistension avait été réalisée 3 ans auparavant, lors du diagnostic de la maladie. Ce n'est pas contradictoire avec le fait de considérer l'hydrodistension comme un acte *a priori* unique. Au sens du *Guide méthodologique*, un traitement répétitif l'est par sa nature : il ne peut pas être effectué en une fois. L'hydrodistension est un acte qui peut ou non être répété¹¹.

Deux dossiers relatifs à la situation clinique de traitement étaient représentatifs de 950 désaccords avec un établissement. Ils sont reproduits dans l'annexe 4.

1.4 LES SOINS PALLIATIFS

Il importe de souligner la particularité de leur codage. Au regard de la CIM-10, la rubrique Z51.5 *Soins palliatifs* comprend de façon générale tous les soins non curatifs. En revanche, le PMSI en MCO impose un emploi restrictif du code, dans les seules conditions définies dans l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, dans les *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs et de l'accompagnement* (Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé, décembre 2002) et dans le *Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements* (ministère de la santé et de la protection sociale, DGOS, avril 2004). L'assurance maladie utilise en outre des critères et un arbre de décision publiés avec les priorités des contrôles pour l'année 2008.

¹¹ Un avis comparable avait été rendu en 2009 (sur des dossiers contrôlés en 2008) à propos de la chimioembolisation hépatique.

Trois dossiers d'une même région sont relatifs à ce thème. Le désaccord porte chaque fois sur le choix par l'établissement d'un DP de soins palliatifs (Z51.5).

Le premier concerne un patient souffrant d'un carcinome hépatocellulaire avec métastases bronchiques, hospitalisé pour altération de l'état général, hémoptysies et dyspnée d'effort. Le contrôleur retient pour DP les métastases bronchiques (C78.3 *Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés*¹²). L'ATIH confirme le DP de soins palliatifs sur l'existence d'une maladie grave en phase terminale (le séjour s'achève par le décès du patient), sur le renoncement dès l'entrée à tout traitement curatif et à la réanimation en cas de défaillance vitale, sur l'administration de morphine et de midazolam (Hypnovel®) ; des horaires de visite libres sont prescrits, le conjoint passe la nuit avec le patient et il a un entretien avec une psychologue.

Le second dossier concerne un patient hospitalisé en raison d'une hémorragie extériorisée par la bouche. Les examens révèlent un carcinome oropharyngé. Le volume de la tumeur contre-indique la chirurgie, l'indication d'une radiothérapie externe est posée. L'état général du patient se dégrade et le séjour s'achève par le décès. Le contrôleur propose pour DP le carcinome oropharyngé (C10.2 *Tumeur maligne de la paroi latérale de l'oropharynx*). L'ATIH confirme ce dernier, considérant que la situation clinique est de *diagnostic*. L'essentiel du séjour voit en effet la réalisation d'examens de nature diagnostique (prélèvement pour examen anatomopathologique, fibroscopie bronchique, scanographie cervicale, avis ORL) et un traitement de nature curative (radiothérapie externe) est envisagé (une gastrostomie est mise en place pour une renutrition préalable). Le compte rendu de la consultation multidisciplinaire de décision thérapeutique, 2 semaines après l'entrée, envisage une radiothérapie et ne fait aucune mention de soins palliatifs. Une demande de place en convalescence est régulièrement réitérée, la dernière fois 3 jours avant le décès.

Le troisième dossier concerne un patient atteint d'un cancer du sigmoïde multimétastatique (foie, poumon, cerveau et os) traité par chimiothérapie, hospitalisé pour altération de l'état général. Le contrôleur propose celle-ci pour DP. L'ATIH confirme le DP de soins palliatifs sur l'existence d'une maladie grave en phase terminale, sur le renoncement à tout traitement curatif (la chimiothérapie a été abandonnée un mois avant l'entrée) et à la réanimation en cas de défaillance vitale, sur la mention dans le dossier, le jour de l'entrée : « il s'agit d'une phase palliative terminale pour laquelle on va envisager un traitement de confort », sur l'administration de morphine et de midazolam, sur la demande de transfert adressée à une unité spécialisée en soins palliatifs.

2. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

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

Leur définition est donnée dans le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*, dans le chapitre IV *Hiérarchisation et codage des informations des résumés de séjour*. En 2008, un diagnostic associé est significatif s'il motive des soins supplémentaires par rapport à ceux de l'affection principale : « est

¹² Choix sans doute lié à l'expression « métastases bronchiques » utilisée dans une pièce du dossier. C78.0 *Tumeur maligne secondaire du poumon* aurait mieux convenu, d'autant qu'une autre pièce parle de métastases pulmonaires.

considéré comme 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 aiguë 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 ».

Dans deux dossiers, le désaccord porte sur la mention par l'établissement d'une valvulopathie cardiaque comme DAS. Le premier dossier concerne un patient hospitalisé pour un infarctus du myocarde, le second une patiente diabétique hospitalisée pour des douleurs thoraciques. L'ATIH constate que l'échographie-doppler du cœur effectuée dans les deux cas n'est pas une prise en charge supplémentaire liée à la valvulopathie. Celle-ci est dans un cas une découverte incidente au cours de l'examen imposé par l'infarctus, dans l'autre le constat renouvelé, également incident au cours de l'examen motivé par les douleurs (absence de souffle auscultatoire), d'une « minime fuite aortique » déjà mentionnée dans un compte rendu de consultation datant de dix-huit mois. L'ATIH constate qu'on ne peut dans les deux cas alléguer la mise en œuvre de moyens **supplémentaires** et que les valvulopathies ne respectent pas la définition d'un DAS.

On soulignera que les travaux effectués pour l'élaboration de la version 11 des *groupes homogènes de malades* n'ont pas montré « d'effet CMA » des valvulopathies classées par la CIM-10 dans les catégories I34 à I38, engendrant logiquement leur disparition de la liste des *complications ou morbidités associées*.

Un dossier concerne une patiente admise pour un malaise ayant entraîné une chute responsable d'un traumatisme crânien suivi d'une perte de connaissance. L'établissement a enregistré une commotion cérébrale ; elle est refusée par le médecin contrôleur au motif qu'en l'absence de surveillance neurologique, la commotion n'a pas entraîné de prise en charge supplémentaire. L'ATIH constate que l'observation médicale mentionne qu'une scanographie a été réalisée en raison du traumatisme, pour rechercher une hémorragie intracrânienne, et confirme le codage de l'établissement. Une prise en charge supplémentaire thérapeutique n'est pas le critère indispensable d'un diagnostic associé significatif ; une prise en charge diagnostique (ici la scanographie) respecte la définition.

Un dossier associe à un diagnostic principal de maladie rythmique auriculaire une tachycardie atriale. L'argumentaire de l'établissement exprime que « plusieurs diagnostics rythmologiques ont été posés et pris en charge : bradycardie sinusale, extrasystolie auriculaire, fibrillation auriculaire ». L'ATIH constate que ces troubles du rythme constituent la symptomatologie ayant conduit au diagnostic principal de maladie de l'oreillette, ils ne sont pas des affections supplémentaires¹³, et confirme le refus du médecin contrôleur.

Un dossier concerne un RUM dans lequel une insuffisance mitrale et un rétrécissement aortique ont été codés. Le compte rendu de l'examen clinique mentionne l'absence de souffle cardiaque, celui de l'échographie-doppler cardiaque conclut à l'absence de valvulopathie. Le compte rendu d'hospitalisation ne mentionne ni insuffisance mitrale ni rétrécissement aortique. L'argumentaire de l'établissement porte sur le seul DP. L'ATIH confirme le refus des deux DAS.

¹³ En accord avec la réalité médicale. Il s'agit des éléments constitutifs de la maladie rythmique auriculaire (M. Chauvin. Maladie rythmique des oreillettes. *Encyclopédie médicochirurgicale*. 1998).

Un dossier concerne un patient atteint d'un diabète de type 1 hospitalisé pour acidocétose. L'établissement a codé les DAS suivants : un diabète de type 1 avec complications rénales (E10.2 *Diabète sucré insulino-dépendant avec complications rénales*), une déshydratation (E86 *hypovolémie*), une insuffisance rénale aiguë (N17.8 *autres insuffisances rénales aiguës*) et un tabagisme (F17.2 *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance*). Le médecin contrôleur n'a retenu aucun DAS. L'ATIH confirme la position de ce dernier avec les arguments suivants :

- E10.2 (en sus du diagnostic principal E10.1 *Diabète sucré insulino-dépendant avec acidocétose*) a probablement pour but d'associer un code étiologique à N17.8, mais il n'existe pas de lien *dague-astérisque* entre les codes E10-E14 du diabète et ceux de la catégorie N17 *insuffisance rénale aiguë*. La relation *dague-astérisque* concerne la glomérulopathie diabétique – N08.3 *glomérulopathie au cours du diabète sucré* –, elle est réciproque et explicitement mentionnée dans le volume 1 de la CIM-10 ; les complications viscérales du diabète codées avec les quatrièmes caractères .2 à .7 sont des complications chroniques ;
- selon le *Guide méthodologique*, « ne doivent pas être retenues comme [significatifs...] les symptômes ou les résultats anormaux d'examen inhérents à une maladie codée par ailleurs dans le résumé du séjour » ; le codage de la déshydratation (E86 *hypovolémie*) ne respecte pas cette consigne ; la déshydratation est un symptôme inhérent à l'acidocétose diabétique¹⁴ ; la notion d'insuffisance rénale est absente des comptes rendus d'hospitalisation ; la déshydratation et sa traduction biologique rénale ne sont ni une complication, ni une affection distincte de l'acidocétose, elles n'ont pas engendré de prise en charge supplémentaire par rapport à elle ;
- aucune prise en charge de l'intoxication tabagique n'est mentionnée dans les pièces transmises.

Un dossier concerne le séjour d'un patient hospitalisé pour le traitement d'une hernie inguinale. Il a subi une hémicolectomie gauche pour cancer quatre ans auparavant. Le désaccord porte sur le codage du cancer comme DAS en tant que maladie présente (C18.9 *tumeur maligne du côlon sans précision*) ou antécédent (Z85.0 *Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs*). L'ATIH confirme le respect de la définition d'un DAS par le cancer colique (maladie actuelle ou antécédent). Le compte rendu d'hospitalisation mentionne un risque de phlébothrombose postopératoire accru « vu les antécédents de cancer du côlon récent », justifiant une prévention par Lovenox®. Celle-ci témoigne effectivement d'une prise en charge particulière, les recommandations professionnelles en matière de chirurgie de la hernie inguinale se limitant à la contention élastique¹⁵. Le compte rendu d'hospitalisation qualifie explicitement le cancer d'antécédent. Le codage conforme est donc Z85.0 *Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs*.

Mais, en matière de cancer, le cas le plus fréquent est de le trouver comme DAS alors que la maladie, connue et traitée, n'a pas connu de prise en charge pendant le séjour.

Exemples :

¹⁴ Complications du diabète sucré. *La Revue du praticien*. 31 mars 2007. Cétoacidose diabétique. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. 2007.

¹⁵ *Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale – Recommandations pour la pratique clinique (RPC)*. Société française d'anesthésie et de réanimation. 2005.

- lors d'un séjour pour rupture rénale hémorragique (diagnostic principal) chez un homme atteint d'un cancer vésical, celui-ci est enregistré comme DAS alors qu'il ne motive aucun soin (du fait du grand âge ils se limitent à des transfusions sanguines initiales restées sans succès) ;
- lors d'un séjour pour fermeture d'une colostomie provisoire après colectomie pour cancer, celui-ci est codé comme un DAS alors que les soins se sont limités à la fermeture de la stomie.

3. CODAGE AVEC LA CIM-10

L'ATIH a émis 20 avis relevant de ce thème.

3.1 LA NOTION DE SEVRAGE ALCOOLIQUE

Une confusion persiste à propos de la notion de sevrage alcoolique. Un séjour motivé par un sevrage alcoolique thérapeutique (une « désintoxication » alcoolique) correspond à la situation clinique de *traitement unique*. Le guide des situations cliniques du *Guide méthodologique de production des résumés de séjour* offre deux possibilités de codage du diagnostic principal : soit la maladie traitée (F10.2 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance*), soit la prise en charge motivant le recours aux soins (Z50.2 *Sevrage d'alcool*). On ne confondra pas ce dernier avec le syndrome de sevrage alcoolique, *i.e.* avec le syndrome de manque, état pathologique dont le code est F10.3 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage*.

3.2 O60.1 TRAVAIL PREMATURE AVEC ACCOUCHEMENT PREMATURE

Plusieurs différends portent sur les conditions d'emploi de O60.1 *Travail prématuré avec accouchement prématuré*.

Un dossier concerne une patiente enceinte de 22 semaines et 3 jours, hospitalisée pour métrorragies et douleur au bas ventre ; un accouchement prématuré d'un enfant mort-né est effectué. Un autre dossier concerne un accouchement déclenché à 35 semaines et demi de gestation après rupture spontanée des membranes. Dans les deux cas le désaccord porte sur le diagnostic principal entre O60.1 *Travail prématuré avec accouchement prématuré* et O80.0 *Accouchement spontané par présentation du sommet*.

Dans d'autres dossiers le différend porte sur l'emploi de O60.1 comme diagnostic associé : un accouchement par césarienne à 33 semaines pour retard de croissance et arythmie foetale ; un accouchement par césarienne à 33 semaines pour grossesse gémellaire, après échappement à la tocolyse.

Le refus de O60.1 lors du contrôle, comme diagnostic principal ou associé, s'appuie sur l'absence de menace d'accouchement prématuré. Mais l'ATIH constate que dans tous les cas soumis il y a eu travail et accouchement prématuré, et confirme le bien fondé de O60.1. De plus, s'agissant du diagnostic principal, l'ATIH note que O80.0 ne convient pas en raison de la règle de codage indiquée dans la note placée en tête du groupe O80–O84 dans le volume 1 de la CIM-10.

Un autre dossier concerne une césarienne en urgence à 34 semaines pour prééclampsie. Dans ce cas, la césarienne ayant eu lieu avant le début du travail, le refus de O60.1 est confirmé.

3.3 P00–P04 FŒTUS ET NOUVEAU-NÉ AFFECTÉS PAR DES TROUBLES MATERNELS ET PAR DES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

Deux régions ont soumis à l'ATIH des désaccords portant sur l'emploi des codes du groupe P00–P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement*. Pour l'une d'elle il s'agissait d'une demande d'avis générique, le dossier soumis à saisine étant représentatif de 14 dossiers. Dans tous les cas il s'agissait d'accouchements par césarienne et le désaccord portait sur l'emploi ou non du code P03.4 *Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne*. La fiche se saisine adressée à l'ATIH avec un dossier type et l'avis rendu figurent en annexe 1.

3.4 DE L'IMPORTANCE D'UNE LECTURE ATTENTIVE DE LA CIM–10

Une patiente est hospitalisée pour une lithiase enclavée de l'uretère pelvien avec urétérohydronéphrose. L'examen cyto bactériologique urinaire montre une infection. Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre N20.1 *Calcul de l'uretère – complété par le diagnostic associé N13.2 Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale –*, et N13.6 *Pyonéphrose*. La CIM–10 indique que la catégorie N20 ne doit pas être employée en cas d'hydronéphrose, et renvoie à N13.2. Celui-ci inclut l'hydronéphrose mais exclut l'infection et renvoie à N13.6 *Pyonéphrose* (dont la note d'inclusion cite les états mentionnés en N13.2 et l'uropathie obstructive avec infection). Le code du diagnostic principal est donc N13.6 *Pyonéphrose* et le diagnostic associé N13.2 est erroné. On parvenait directement à N13.6 en consultant simplement l'index alphabétique de la CIM–10 à l'entrée *Calcul, urinaire, avec hydronéphrose, avec infection*.

Un dossier concerne un patient gros fumeur hospitalisé en raison d'un crachat hémoptoïque. Il est conclu à « une exacerbation inflammatoire bronchique liée uniquement au tabagisme actif ». En matière de diagnostic principal, le désaccord est entre l'anomalie de l'expectoration (R09.3 *Expectoration anormale*) et une bronchite aiguë (J20.9 *Bronchite aiguë, sans précision*). L'établissement retient la première au motif de la conclusion précitée et argumente : « pas de diagnostic de bronchite établi par le pneumologue et à aucun moment le diagnostic de bronchite aiguë n'a été évoqué ». Le contrôleur retient la seconde au titre de la situation clinique de *diagnostic* : l'expectoration anormale est le motif d'entrée, le diagnostic de sortie est l'inflammation bronchique. L'ATIH confirme la situation clinique. Elle constate que l'index alphabétique de la CIM–10, à l'entrée « Inflammation, bronches » indique : « voir Bronchite ». L'absence d'information sur le caractère aigu ou non de l'inflammation fait retenir le code J40 *Bronchite, non précisée comme aiguë ou chronique*.

On rappelle le dossier concernant l'hospitalisation pour acidocétose diabétique, dans le paragraphe relatif au diagnostic associé significatif, car il est aussi intéressant du point de vue du codage du diabète.

3.5 L'APPENDICITE

Son codage a fait l'objet d'une question présentée comme « d'interprétation de la réglementation en général », portant sur 41 dossiers. Les pièces transmises se limitaient donc à une fiche de saisine exposant, à titre de dossier-type, les codages de l'établissement et du contrôleur et leur argumentaire. Ils sont reproduits dans l'annexe 2 avec l'avis rendu.

4. LES COMPLICATIONS DES ACTES MEDICOTECHNIQUES

L'ATIH a émis 7 avis relevant de ce thème.

Selon le *Guide méthodologique*, une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique doit être codée de la façon la plus précise en termes de nature de la complication. Au regard de la CIM-10, le codage d'une complication d'acte fait appel :

- à un code du groupe T80–T88 lorsque le code le plus précis appartient à ce groupe ;
- sinon à un code d'une catégorie « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée... », les souscatégories .8 étant exclues ;
- dans les autres cas à un code « habituel » de la CIM-10.

Lorsque le codage utilise un code « habituel » de la CIM-10 il est recommandé de le compléter par le code du groupe T80–T88 correspondant à la nature de la complication et par le ou les codes *ad hoc* du chapitre XX (Y60-Y84, Y88, Y95)¹⁶.

Un dossier concerne un patient ayant porteur d'une endoprothèse coronaire hospitalisé après une douleur thoracique. La coronarographie montre plusieurs sténoses dont une, serrée, au site d'implantation de l'endoprothèse. L'établissement la code comme une complication de cette dernière : diagnostics associés T82.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* et Y83.1 *Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention*. Le contrôleur observe que l'endoprothèse a été mise en place 12 ans plus tôt et que la sténose n'est donc pas liée à une complication de celle-ci mais à l'évolution de la maladie. L'ATIH confirme le codage du contrôleur, constatant que le dossier ne contient aucune mention d'une complication de l'endoprothèse.

Un dossier concerne une patiente hospitalisée pour une infection de stimulateur cardiaque. L'ensemble du matériel (boîtier et sondes) est extrait. Du pus est présent dans la loge du boîtier.

Codage de l'établissement : diagnostic principal (DP) Z45.0 *Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque* ; diagnostic associé (DA) : T82.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*.

Codage du contrôleur : DP « T82.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* ou L08.9 *Infection localisée de la peau et du tissu cellulaire souscutané, sans précision* ».

L'ATIH fait observer que Z45.0 *Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque* ne convient qu'en l'absence de complication. La lettre du médecin à l'origine de l'hospitalisation indique que la patiente est adressée pour l'infection du boîtier de son stimulateur cardiaque (et

¹⁶ La recommandation deviendra une consigne dans la version suivante du *Guide méthodologique*.

l'ablation de celui-ci). Le diagnostic est donc établi au moment de l'admission. Selon le *Guide méthodologique*, il s'agit d'une situation clinique de *traitement unique*. Le DP est donc la maladie traitée, l'infection de la loge du stimulateur. Son code est celui d'une infection souscutanée localisée : L08.9 *Infection localisée de la peau et du tissu cellulaire souscutané, sans précision*, qui correspond précisément à la nature de la complication¹⁷. Le *Guide méthodologique* recommande de compléter par les diagnostics associés T82.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* et Y83.1 *Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention*.

Un dossier concerne un patient porteur d'une prothèse de hanche. Un descellement de la tige fémorale a nécessité deux mois auparavant une dépose-repose de la prothèse. Les suites ont été marquées par un écoulement au niveau de la cicatrice, dans lequel un germe a été mis en évidence. Le patient est de nouveau opéré pour dépose de la prothèse et mise en place d'un *spacer*. Les prélèvements peropératoires retrouvent le même germe et le compte rendu indique « au niveau du grand trochanter, l'os apparaît de composant sucre mouillé. »

Codage de l'établissement : DP T84.5 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne* ; DA M86.45 *Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage, hanche*.

Codage du contrôleur : DP M86.45, DA T84.5.

L'ATIH considère qu'il s'agit d'une situation clinique de *traitement unique* ; le DP est donc la maladie opérée. Entre T84.5 et M86.45, c'est le second qui apporte le meilleur niveau de précision selon la nature de la complication ; on constate en effet que T84.5 ne comprend pas seulement les infections mais aussi les inflammations (telles celles secondaires, par exemple, à l'usure de la prothèse) alors que M86.45 correspond à la nature précise de la complication (et de surcroît à sa topographie). T84.5 peut être enregistré comme DA.

5. LE CODAGE DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES

Trois dossiers seulement ont été à l'origine de question sur les actes. L'ATIH voudrait inciter les établissements et les contrôleurs à porter attention au codage des actes. Les saisines montrent en effet, en dépit de l'absence de désaccord ou de question, des erreurs de codage fréquentes.

Le dossier donné en exemple plus haut à propos de la situation de traitement (§ 3.3) est aussi l'objet d'un différend à propos des actes. Le compte rendu opératoire indique que, outre l'hydrodistension, « une zone pétéchiale a été reséquée à l'anse ». L'examen anatomopathologique conclut à une « cystite chronique assez marquée, avec urothélium plan dystrophique sans dysplasie ni CIS ». L'établissement code JDFE001 *Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus, par endoscopie* et JDFE002 *Résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endoscopie*. Le contrôleur ne code pas d'acte. L'ATIH infirme les deux choix au profit de JDHE001 *Biopsie de la vessie à l'anse coupante, par endoscopie*.

¹⁷ L'absence de la mention d'abcès dans les pièces communiquées ne permet pas l'emploi de L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc* (qui comprend la localisation souscutanée, voir l'index alphabétique de la CIM-10).

Un dossier concerne le bilan d'une masse tumorale pulmonaire. Une remnographie montre un probable méningiome de la faux du cerveau. Un compte rendu de bronchoscopie est présent. L'établissement code LAHA001 *Biopsie de la voûte du crâne [calvaria], par abord direct*. Le contrôleur n'accepte pas cet acte et code GEQE005 *Bronchoscopie au tube rigide, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage* et QZFA002 *Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe*. En l'absence d'information dans les pièces du dossier communiquées, relatives à une biopsie de la voûte du crâne et à l'exérèse d'une lésion souscutanée, l'ATIH refuse LAHA001 et QZFA002. Elle infirme GEQE005 *Bronchoscopie au tube rigide, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage* au profit, conformément au dossier, de GEQE006 *Fibroscopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage*.

6. LES SUPPLEMENTS NN

Ils ont fait, comme le codage de l'appendicite (voir le paragraphe 3.5 *supra*), l'objet d'une question générique concernant 17 désaccords et 41 suppléments. Le dossier est reproduit dans l'annexe 3.

Conclusion

Les saisines de l'année 2009 résultant de la campagne de contrôles de 2008 (portant sur l'activité de 2007 des établissements de santé) avaient été caractérisées par un accroissement considérable de leur nombre, passé de 253 en 2008 à 649 en 2009. Il s'en est suivi de nouvelles modalités organisationnelles, exposées dans l'annexe 5 de la circulaire N° DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009, et caractérisées par la fixation d'un nombre maximal de dossiers à soumettre par région. Les saisines adressées en 2010 ont été les premières à faire suite à ce texte. Deux conséquences en ont résulté : un plus petit nombre de dossiers soumis à l'ATIH (109 en 2010) mais, parallèlement, l'apparition de questions génériques susceptibles de correspondre à un grand nombre de dossiers (950 dans les cas de l'annexe 4, 41 dans celui de l'appendicite). Si l'on additionne les dossiers individuels et les saisines génériques on parvient à un chiffre de 1135 désaccords. On revient ainsi à un nombre de dossiers traitables dans de bonnes conditions sans pénaliser ni les UCR ni les établissements puisque, par exemple, au regard de la circulaire du 26 octobre 2009, l'avis rendu sur les 950 dossiers de l'annexe 4 est compté pour 2 dossiers, celui rendu sur les 41 dossiers de la saisine « appendicite aigüe » est comptabilisé comme un seul.

Deux régions (les mêmes qu'en 2009), représentant 52 saisines, n'indiquent pas leur origine. Les 57 saisines restant se partagent à parts strictement égales entre l'unité de coordination régionale et le directeur de l'agence régionale. En effet, conformément à la circulaire N° DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007, notamment relative 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'agence régionale la saisie de l'ATIH contre l'avis de l'UCR.

L'ATIH souligne 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.

Annexe 1

Cadre de saisine de l'ATIH pour demande d'expertise sur le codage PMSI dans le cadre des contrôles T2A

Saisine initiée par : l'UCR le DARH
Région : Responsable de l'UCR :
Année et période des données concernées : de 22/08/2008 à 28/08/2008 FG 10
CCAM Version 11

Nombre de situations cliniques de la saisine : 14

Dossier (situation clinique) n° 68

Thème du dossier : Séjours ayant donné lieu à la facturation d'un GHS 5804 «Nouveau-nés de 2 500 gr et plus, avec autre problème significatif».

Résumé du cas clinique :

Nouveau né de sexe masculin né par césarienne

Mère : césarienne programmée sur utérus cicatriciel. Anémie avec hémoglobine à 10,8 g/l.

Nouveau né : poids 3650 gr. Apgar 10 à 1^{ère} et 5^e minute. Désobstruction nasopharyngée. Oxygénation.

Prélèvement bactériologique gastrique négative. CRP négative. L'enfant a une surveillance normale dans le service.

Codage établissement :

DP : **P03.4** (Fœtus et nouveau né affecté par un accouchement par césarienne)

DR : **Aucun**

DAS 1 : **Z38.0** (Enfant unique né à l'hôpital)

Acte : **HFHD001** (Prélèvement de liquide gastrique par tubage, sans épreuve pharmacologique)

YYYY095 (Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu)

Codage contrôleur :

DP : **Z38.0** (Enfant unique né à l'hôpital)

DR : **Aucun**

DAS 1 : **Aucun**

Acte : **HFHD001** (Prélèvement de liquide gastrique par tubage, sans épreuve pharmacologique)

Argumentaire établissement:

L'utilisation du code P03.4 est motivée par un séjour dont la durée est prolongée (pour un bébé en bonne santé) du seul fait de la césarienne de la mère. L'utilisation du code P03.4 est conforme au guide méthodologique p55 chap. V 7.

Argumentaire contrôleur :

Pas de traçabilité d'une prise en charge supplémentaire de soins du nouveau né en rapport avec la césarienne de la mère.

Synthèse de la demande : Pour les 14 séjours, le désaccord porte sur le codage du diagnostic principal de nouveau-nés nés par césarienne et ayant une durée de séjour de six jours (sauf OGC n° et ou la durée est égale à 5 jours).

L'établissement code en DP : P03.4 (Fœtus et nouveau né affecté par un accouchement par césarienne) en s'appuyant sur le guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI - chapitre VII (emploi des catégories P00 à P04 du chapitre XVI de la CIM 10) :

Les contrôleurs rejettent le code P03.4 en DP en s'appuyant sur la définition du diagnostic principal (DP) : « le DP est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. ». Le dossier ne faisant pas état d'une prise en charge ou d'effort médical spécifiques, le DP est codé Z38.0 (enfant unique né à l'hôpital).

Avis

Dossier n° 68

Le dossier concerne le séjour d'un nouveau-né normal, né par césarienne en raison d'un utérus cicatriciel, hospitalisé depuis sa naissance le 2008 jusqu'à la sortie de sa mère le 2008.

Le dossier est présenté comme représentatif de 14 séjours de nouveau-nés par césarienne, n'ayant pas nécessité pendant leur hospitalisation de soins particuliers autres que les soins néonataux courants. Les nouveau-nés ont été hospitalisés depuis leur naissance jusqu'à la sortie de la mère. Les durées de séjour vont de 5 à 6 jours.

Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal, entre P03.4 *Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne* et Z38.0 *Enfant unique né vivant à l'hôpital*.

Pièces

Les éléments anonymes du dossier n° 68 qui ont été transmis sont :

- le compte rendu opératoire ;
- une « fiche de suivi médical » manuscrite ;
- les « transmissions ciblées » infirmières ;
- le compte rendu de la consultation de sortie de la mère et de l'enfant.

Il n'a pas été communiqué de pièces des autres dossiers annoncés comme comparables.

Discussion

Le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* indique : « Une note d'inclusion placée sous le titre du groupe P00–P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la*

grossesse, du travail et de l'accouchement (CIM-10, volume 1, chapitre XVI) fixe des conditions très restrictives à l'emploi de ces codes : ce groupe "comprend les affections maternelles mentionnées seulement si elles sont précisées comme étant la cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né".

Il est apparu que cette contrainte empêchait de recueillir des informations nécessaires pour expliquer les consommations de ressources inhabituelles de certains séjours de nouveau-nés. Par exemple, dans le cas d'une naissance par césarienne, un nouveau-né en parfaite santé voit sa durée de séjour augmentée du seul fait de la prolongation de l'hospitalisation de sa mère. Si on allègue la contrainte ci-dessus pour ne pas employer le code P03.4, aucune information du résumé de séjour du nouveau-né n'explique l'allongement du séjour.

En conséquence, il faut étendre l'utilisation des codes P00–P04 aux circonstances dans lesquelles les états mentionnés ont été cause de mortalité, de morbidité ou de soins supplémentaires au nouveau-né. »

Un nouveau-né normal né par césarienne bénéficie de soins supplémentaires par rapport à un nouveau-né normal né par voie basse (présence d'un pédiatre, surveillance en rapport avec les risques respiratoires, soins nécessités par la moindre autonomie de la mère...).

À ces soins supplémentaires s'ajoute en général un allongement du séjour, qui peut n'être dû qu'à la prolongation de celui de la mère. Les durées moyennes de séjour des GHM 15Z05A *Nouveaux-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif* (où sont classés les nouveau-nés normaux nés par voie basse), 15Z05B *Nouveaux-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif* (dans lequel classe P03.4) et 14C02A *Césariennes sans complication significative*, ne font que témoigner de cet état de fait.

En cas de naissance par césarienne, l'enregistrement de P03.4 est donc nécessaire.

Le même raisonnement est applicable aux séjours comparables, c'est-à-dire aux séjours dont le RSS contient le code P03.4 au motif de la seule naissance par césarienne, y compris dans les cas de nouveau-nés dépourvus de tout autre problème de santé.

On rappelle que, du fait de l'arbre de décision de la CMD n° 15 *Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale*, la présence dans le RSS d'un code d'une des listes de problèmes significatifs du nouveau-né classe le séjour dans le groupe en rapport, que le code soit en position de diagnostic principal ou associé.

Les diagnostics ou actes qui n'ont fait l'objet ni de désaccord ni de question ne sont pas évoqués dans cet avis.

Conclusion

Le code P03.4 *Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne*, en position de diagnostic principal ou associé, est justifié chaque fois qu'il y a naissance par césarienne.

Annexe 2

Cadre de saisine de l'ATIH pour demande d'expertise sur le codage PMSI dans le cadre des contrôles T2A

Saisine initiée par : l'UCR le DARH

Région : Responsable de l'UCR :

Année et période des données concernées : du 01/01/2008 au 31/12/2008 FG 10c

(préciser la version de la classification)

Nombre de situations cliniques de la saisine : 41 désaccords

Dossier (situation clinique) n° : 13 - Thème du dossier : appendicectomies compliquées : séjours avec diagnostic principal K350 ou K351 ; entrée et sortie = domicile ; durée de séjour < 9 du GHM 06C08V

Résumé du cas clinique : prise en charge d'appendicite compliquée selon les référentiels chirurgicaux (cf ci-dessous dans l'argumentaire établissement), codés en K351 et non en K359 selon les critères ATIH. Les critères ATIH sur ce sujet ne reflètent ni la connaissance médicale ni les pratiques chirurgicales françaises selon nos experts.

Codage établissement :

(codes et libellés)

DP : K351 «appendicite aigue avec abcès péritonéal»

DR :

DAS 1 :

DAS 2 :

Actes : HHFA001 appendicectomie par abord fosse iliaque

Codage contrôleur /UCR :

(codes et libellés)

DP : K359 «appendicite aigue, sans précision»

DR :

DAS 1 :

DAS 2 :

Actes : HHFA001 appendicectomie par abord fosse iliaque

Argumentaire contrôleur /UCR :

Les contrôleurs ont appliqué les recommandations pour le codage de l'ATIH.

Dans l'analyse des dossiers, nous n'avons pas pu déterminer clairement une différence de prise en charge entre des dossiers codés K35.9 et d'autres K35.1. Certains codés K35.9 bénéficient d'une antibiothérapie, d'autres en K35.1 n'en bénéficient pas ; il en va de même du lavage péritonéale dont la quantité est subjective.

Les durées de séjour étaient également sans relation avec le codage. A noter que ces séjours ont été ciblés en raison d'un taux d'appendicectomies compliquées de 34 %.

Argumentaire établissement :

Nous remettons en cause la répartition des cas décrite par l'ATIH entre «Appendicite aigue avec abcès» et «Appendicite aigue sans péritonite» notamment :

- la présence de fausses membranes autour de l'appendice correspondant à une perforation appendiculaire est de fait une appendicite compliquée

- un épanchement dans la gouttière latéro colique, la fosse iliaque ou dans le cul de sac de Douglas correspond également à une appendicite compliquée.

La présence de pus dans la cavité péritonéale, quelle que soit sa quantité définit le caractère de péritonite. Il peut se traduire par des fausses membranes ou un liquide louche où qu'il se situe dans la cavité.

Ces formes sont considérées en chirurgie digestive comme des péritonites localisées. **Dans ces 2 cas les sociétés savantes préconisent une antibiothérapie de 24 à 48h (qui n'est pas prophylactique). Les séjours sont plus longs par la nécessité de surveillance en raison du risque d'abcès résiduels, donc plus compliqués et devant relever d'un tarif plus élevé** (cf « Appendicite aigue » S.Rohr, H.Lang, A.Mechine, Ch.Meyer, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1999, 9 - 066 - A - 10*).

La présence de lame ou encore la réalisation d'un lavage péritonéal ne sont pas des critères indispensables pour pouvoir poser un diagnostic d'appendicite compliquée ou d'appendicite aiguë avec péritonite. Pour être plus complet :

1. La présence de pus dans la cavité péritonéale, quelle que soit sa quantité, définit à notre avis le caractère de péritonite. Nous rappelons que l'infection de l'appendicite débute au niveau muqueux et s'étend au niveau trans pariétal pour atteindre la séreuse de l'appendice puis la cavité péritonéale. De ce fait, les différents stades de l'appendicite sont classiquement l'appendicite hyperhémique, l'appendicite inflammatoire puis enfin l'appendicite avec du pus autour de l'appendice définissant la péritonite. La péritonite peut être plus ou moins localisée, plus ou moins plastronnée ou plus en moins abcédée selon la réaction péritonéale et la durée de l'évolution de l'appendicite. Dans certains cas, l'appendice peut être d'emblée gangrenée. Il s'agit d'une complication aiguë marquée par le risque important de nécrose complète de l'appendice avec une difficulté de suture du moignon cæcal.

Dans tous les cas de figure où du pus se trouve dans la cavité péritonéale, les appendicites sont désignées comme compliquées. Seules les appendicites hyperhémiques et inflammatoires ne le sont pas.

2. Les évaluateurs des dossiers prennent parfois en compte des arguments indirects pour décider de la gravité d'une appendicite et éventuellement pour la classer dans les appendicites aiguës compliquées. Il s'agit de la prescription d'une antibiothérapie prolongée, d'un lavage de la cavité péritonéale ou d'un drainage de la cavité péritonéale. Nous considérons que ces arguments ne correspondent pas aux recommandations des pratiques actuelles. Ces gestes ou prescriptions ne font pas partie de nos pratiques. Aucun de ces arguments n'a en effet fait la preuve de sa nécessité ou de son efficacité et de nombreuses équipes appuyées par des référentiels interviennent sur des appendicites compliquées abcédées ou en péritonite localisée sans appliquer aucun de ces trois éléments.

a. Antibiothérapie

Comme cela est démontré par plusieurs articles (ref. 1 - Gleisner ALM et al), une antibiothérapie pour une appendicite hors péritonite aiguë généralisée ne doit pas dépasser 24 à 48 heures. Ceci est notre pratique. Il n'y aura donc pas de constatation d'antibiothérapie prolongée dans les dossiers en présence d'appendicite compliquée. Il convient également de noter que les recommandations de bonne pratique dans certains pays ne prennent pas en charge l'antibiothérapie prolongée au-delà de 48 heures (référentiel Belgique).

b. Présence d'un drainage après appendicite aiguë

Il a été démontré par plusieurs études dont par un travail fait par la Société Française de Chirurgie Digestive (ref 2 : Mutter et al. J Chir 1999, recommandations de la Société Française de Chirurgie Digestive - SFCD) que le drainage n'apporte aucun bénéfice dans la prise en compte des péritonites. Il s'agit d'une pratique historique et ancestrale souvent répétée selon l'éducation et les équipes qui n'a pas de base physio-pathologique ni de preuve de bénéfice clinique démontrées. De nombreuses études confirment les résultats. La très bonne revue réalisée par M. Schein (ref. 3 - World Journal of Surgery 2008) confirme que la pratique du drainage est actuellement minoritaire en chirurgie après traitement de l'appendicite (résultats de l'étude : drainage après appendicite pour appendicite gangréneuse, appendicite perforée avec pus local, appendicite perforée avec pus diffus : absence de drainage chez respectivement 98, 78, et 77 % praticiens opérants). De ce fait, le dogme du drainage abdominal prophylactique est actuellement plus que discutable (réf. 4 - MV Launay-Savari, K Slim – Ann Chir 2006 ;131 :302-305). De ce fait, il n'y a pas, dans les dossiers de notre Service, de drainage après appendicite aiguë sauf cas exceptionnel.

c. Lavage de la cavité péritonéale en cas de péritonite

Le lavage de la cavité péritonéale en cas de péritonite représente un dogme qui est de plus en plus battu en brèche. Ceci a été confirmé par une revue de la littérature publiée dans les annales de chirurgie (réf. 5 – K Slim ; Ann Chir 2003 ;128 :221-222) qui s'intitulait de façon humoristique : « *Le lavage péritonéal : une nécessité ou un rituel nocturne sans preuve scientifique ?* ». Il n'y a aucune preuve que ce dogme ait un intérêt en chirurgie et il pourrait au contraire servir à rendre diffuse une péritonite localisée ou d'aboutir à une contamination localisée liée à l'appendicite. Dans l'évolution des pratiques chirurgicales, le lavage n'est de ce fait plus un élément dont la présence dans un compte-rendu opératoire serait exigible pour considérer une la complication d'une appendicite.

Synthèse de la demande : justification codage des appendicectomies compliquées.

Joindre également la fiche n° 6 du rapport de contrôle

Avis Dossier n° 13

La question posée porte sur le codage des diverses formes d'appendicite aiguë avec la *Classification internationale des maladies* et sur les conseils publiés à cet égard sur le site Internet de l'ATIH.

Le désaccord porte sur les critères d'emploi des codes K35.1 *Appendicite aiguë avec abcès péritonéal* et K35.9 *Appendicite aiguë, sans précision*.

Pièces

L'élément communiqué est la fiche intitulée « Cadre de saisine pour demande d'expertise sur le codage PMSI dans le cadre des contrôles T2A » contenant notamment les argumentaires du contrôle et de l'établissement.

Discussion

L'ATIH, dans le fascicule des conseils de codage relatif aux maladies de l'appareil digestif disponible sur son site Internet, expose des recommandations d'emploi des codes de la catégorie K35 *Appendicite aiguë* de la CIM-10. Celle-ci distingue l'appendicite aiguë selon qu'elle s'accompagne d'une péritonite généralisée (code K35.0) ou d'un abcès péritonéal (K35.1) ; en l'absence de ces complications (ou de précision) c'est le code K35.9 qui convient. Les recommandations de codage de l'ATIH sont conformes aux définitions médicales d'une péritonite généralisée et d'un abcès péritonéal, et au classement institué par la CIM-10. L'argumentaire développé par l'établissement ne les remet pas en cause.

L'établissement développe ce qu'il présente comme les modalités thérapeutiques des différentes formes de l'appendicite aiguë, et les pratiques professionnelles recommandées. Il cite à l'appui plusieurs publications médicales. Ces recommandations définissent les bonnes pratiques chirurgicales, non celles du codage. L'établissement confond l'exercice clinique et le recueil de l'information.

L'argumentaire de l'établissement confond appendicite à risque (d'abcès résiduel, de nécrose) et appendicite compliquée. Cette assimilation, si elle guide sûrement les modalités thérapeutiques, est étrangère à celles du codage. Elle ressortit à la pratique clinique. Pour la CIM-10, une appendicite compliquée n'est pas une appendicite à risque de complication, mais une appendicite effectivement compliquée, définie conformément aux notes d'inclusion accompagnant les codes K35.– et aux précisions données sur le site Internet de l'ATIH.

La durée de l'antibiothérapie, la réalisation ou non d'un drainage, les avantages ou inconvénients du lavage péritonéal, sont du domaine chirurgical. Ni la CIM-10 ni l'ATIH ne

font référence à ces modalités. L'identification par un code d'une affection est une chose, ses modalités thérapeutiques en sont une autre. Les articles cités par l'établissement ont pour sujet les bonnes pratiques thérapeutiques, non celles du codage.

L'établissement confond également l'emploi d'un outil – la CIM-10 – et son élaboration ou sa révision. Conformément à l'arrêté du 22 février 2008 (*JO* du 29 février 2008) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, la CIM-10 est la référence pour le codage de l'appendicite aigüe. L'ATIH a publié des explications et des conseils pour faciliter l'emploi de la rubrique. Il en résulte que, pour tous les établissements de santé nationaux, l'outil actuel de codage de l'appendicite aigüe est constitué par la catégorie K35 de la CIM-10 complétée par les conseils de codage y afférents. C'est une condition de l'homogénéité descriptive et de l'égalité tarifaire. Aucun établissement ne saurait être autorisé à se fonder sur une interprétation ou sur des choix locaux (ou de spécialité) pour employer l'outil selon des critères qui ne sont pas ceux du dit outil.

Les arguments avancés par l'établissement ne sauraient justifier un codage de l'appendicite aigüe qui ne respecterait pas la CIM-10 – table analytique et index alphabétique –, éclairée par les précisions données par l'ATIH. Ces arguments sont éventuellement de nature, s'appuyant sur les publications nationales et étrangères citées, avec l'autorité des sociétés savantes, à saisir l'Organisation mondiale de la santé, pour participer à l'évolution de la CIM. Ils ne sauraient en rien autoriser des déviations locales du codage.

Conclusion

L'argumentaire de l'établissement n'est pas recevable. Il confond la pratique clinique et le codage, l'emploi de la CIM-10 et sa révision. Les codes de la catégorie K35 *Appendicite aigüe* doivent être utilisés conformément à la CIM-10 et selon les précisions données sur le site de l'ATIH.

b) »

c)

Les médecins du contrôle médical ont interprété ce texte et appliqué une règle nulle part décrite, qui exclue les enfants pris en charge dès lors que l'âge en jours, corrigé sur le nombre de semaines de grossesse, était supérieur à 28 jours à l'admission en hospitalisation.

Si cette règle devait être valable, elle devrait être à l'avenir précisée dans l'arrêté tarifaire afin de lever toute ambiguïté. Nous demanderions alors à l'ATIH s'il ne serait pas possible d'en inclure les règles de calcul et d'attribution des suppléments NN1 dans GENRSA et les outils de valorisation (à l'instar de ce qui est fait pour les réanimations par exemple), de manière à éviter ce qui serait alors une facturation indue de supplément NN1 sans obliger les établissements de santé à revoir leurs organisations pour ne permettre en aucune manière que des enfants de plus de 28 jours ne soient admis dans ces unités.

Synthèse de la demande : justification des suppléments NN1.

Joindre également la fiche n°6 du rapport de contrôle

Avis

Dossier n° 230

La question posée porte sur la justification de l'hospitalisation des enfants de plus de 28 jours dans une unité de néonatalogie et, en conséquence, sur la justification du versement à l'établissement objet du contrôle du supplément financier relatif à l'hospitalisation dans cette unité.

Le désaccord porte sur l'interprétation de l'article 6 (I, 8^e, a) de l'arrêté du 27 février 2007 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dit arrêté « prestations ».

Pièces

L'élément communiqué est la fiche intitulée « Cadre de saisine pour demande d'expertise sur le codage PMSI dans le cadre des contrôles T2A » contenant notamment les argumentaires du contrôle et de l'établissement.

Discussion

L'article 6 (I, 8^e, a) de l'arrêté « prestations » indique : « Lorsque l'enfant est pris en charge en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale, un des suppléments suivants est facturé en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins à l'exception du GHS n° 5803 :

a) Un supplément dénommé « néonatalogie » (NN1) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de néonatalogie autorisée [...] ».

Les modalités de financement édictées par l'arrêté sont donc explicitement relatives à « l'enfant », non au nouveau-né.

Le choix de l'unité médicale d'hospitalisation dépend du problème de santé du patient. Elle ressortit donc à la compétence médicale.

L'ATIH constate que l'arrêté « prestations » conditionne le versement des suppléments de néonatalogie au seul motif de l'hospitalisation dans une unité de néonatalogie autorisée, sans autre stipulation quant à l'âge du patient que celle qu'il soit un enfant.

L'argumentaire du contrôle fait valoir l'article R. 712-85 du code de la santé publique (CSP), remplacé depuis 2005 par les articles R. 6123-40, R. 6123-41 et R. 6123-42, dont le contenu est identique. Si l'UCR d' estime qu'il existe une contradiction entre le CSP et l'arrêté « prestations », cette question est de la compétence de la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et des sports.

Conclusion

L'argumentaire de l'établissement est recevable au regard de l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Le supplément « néonatalogie » (NN1) est dû pour chaque journée d'hospitalisation d'un enfant dans une unité de néonatalogie autorisée, sans condition d'âge du dit enfant.

Annexe 4

Elle comprend deux dossiers.

Cadre de saisine de l'ATIH pour demande d'expertise sur le codage PMSI dans le cadre des contrôles T2A

Région :

Responsable de l'UCR :

Année et période des données concernées : 1^{er} janvier au 31 décembre 2008

FG 10

(préciser la version de la classification)

Nombre de situations cliniques de la saisine : 950

Dossier (situation clinique) n°: 1 – Thème : Toxine botulique :

Résumé du cas clinique : HDJ le janvier 2008 pour injection de toxine botulique sur dysphonie spasmodique. Injections toutes les 4 à 6 semaines.

Codage établissement :

(codes et libellés)

DP : G242

DAS : J385, R490

Actes : PCLB003

Codage contrôleur /UCR :

(codes et libellés)

DP : Z512

DAS : J383

Actes :

Argumentaire établissement:

L'établissement a contesté secondairement, suite à la parution d'une réponse de l'Agora sur le codage des injections de toxine botulique en V11.

Argumentaire contrôleur /UCR :

Les règles de codage de la V11 ne s'appliquent pas sur les données 2008. Il s'agit de traitements itératifs (cf réponse Atih sur les litiges avec les algoneurodystrophies ou réponse de l'Agora « traitements itératifs par corticoïdes, veinoglobulines.....sont-ils des séances » se codant Z512 en DP.

Synthèse de la demande :

Quel DP mettre ?

Joindre également la fiche n°6 du rapport de contrôle

Avis
Dossier n° 1

Le dossier concerne l'hospitalisation de jour le janvier 2008 d'une patiente âgée de ans, pour un traitement par la toxine botulique d'une dysphonie spasmodique.

Le désaccord porte sur le choix du code du diagnostic principal entre G24.2 *Dystonie idiopathique non familiale* et Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*.

Pièces

Les éléments anonymes du dossier de la patiente qui ont été transmis sont :

- le compte rendu d'une fibroscopie laryngée effectuée le décembre 2007 ;
- deux comptes rendus d'hospitalisation de jour pour traitement par toxine botulique, les janvier et avril 2008.

Discussion

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* applicable en 2008, le diagnostic ayant été fait antérieurement à l'hospitalisation du janvier, la situation clinique est de *traitement*. Celui-ci consistant en l'injection répétitive de toxine botulique, la situation est de *traitement répétitif* et le codage du diagnostic principal (DP) doit en première analyse utiliser un code du chapitre XXI de la CIM-10 (code « Z »), dans le cas présent Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*. Toutefois, l'acte PCLB003 *Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection* n'est facturable à l'assurance maladie que dans les indications de torticolis spasmodique (dystonie cervicale) ou de déformation dynamique du pied en varus équin. Il ne l'est pas pour la dystonie laryngée. En conséquence, le diagnostic principal du séjour doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*.

Un DP codé G24.2 *Dystonie idiopathique non familiale* est erroné, d'une part au regard des consignes du guide méthodologique, d'autre part au regard de la CIM-10 qui ne classe pas les dystonies en foyer, telles la dystonie laryngée ou dysphonie spasmodique avec les dystonies idiopathiques non familiales, mais à J38.3 *Autres maladies des cordes vocales* (et non J38.5) : cf. l'index alphabétique de la CIM-10. J38.3 respecte la définition du diagnostic relié (et non celle du diagnostic associé significatif).

L'argumentaire de l'établissement utilise des réponses publiées sur le site Internet de l'ATIH en 2009, largement postérieures à l'hospitalisation.

L'acte, quoique non facturable à l'assurance maladie, doit être codé.

Les diagnostics ou actes qui n'ont fait l'objet ni de désaccord ni de question ne sont pas évoqués dans cet avis.

Conclusion

Au vu des pièces transmises, le diagnostic principal est : Z41.80 *Intervention de confort.*

J38.3 *Autres maladies des cordes vocales* peut être enregistré comme diagnostic relié.

Le code de l'acte PCLB003 *Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection* doit figurer dans le RUM.

Avis
Dossier n° 2

Le dossier concerne l'hospitalisation de jour le 10 mai 2008 d'une patiente âgée de 65 ans, pour un traitement par la toxine botulique motivé par une dystonie laryngée et un blépharospasme.

Le désaccord porte sur le choix du code du diagnostic principal entre G24.2 *Dystonie idiopathique non familiale* et Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*, et sur le codage de l'acte PCLB003 *Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection*.

Pièces

Les éléments anonymes du dossier de la patiente qui ont été transmis sont :

- un compte rendu d'hospitalisation de jour pour injection de toxine botulique, le 10 mai 2008 ;
- des notes médicales manuscrites couvrant une période allant du 10 septembre 2007 au 10 janvier 2009 et mentionnant plusieurs séances de traitement par la toxine botulique.

Discussion

Selon le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique* applicable en 2008, le diagnostic ayant été fait antérieurement à l'hospitalisation du 10 mai, la situation clinique est de *traitement*. Celui-ci consistant en l'injection répétitive de toxine botulique, la situation est de *traitement répétitif* et le codage du diagnostic principal (DP) doit utiliser un code du chapitre XXI de la CIM-10 (code « Z »). Dans le cas présent : Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*, qui comprend les prises en charge pour administration médicamenteuse pour les maladies autres que tumorales.

Le libellé de l'acte de la CCAM pour le traitement du blépharospasme – BALB001 *Séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières* – confirme le caractère habituellement répétitif du traitement.

Un DP codé G24.2 *Dystonie idiopathique non familiale* est erroné, d'une part au regard des consignes du guide méthodologique car il supposerait une situation clinique de *traitement unique*, d'autre part au regard de la CIM-10 qui ne classe pas les dystonies en foyer, telles la dystonie laryngée et le blépharospasme, avec les dystonies idiopathiques non familiales, mais en J38.– pour la première et à G24.5 *Blépharospasme* pour le second. Le DP étant codé Z51.2, la dystonie et le blépharospasme respectent la définition du diagnostic relié. Celui des deux qui n'est pas enregistré comme tel est un diagnostic associé significatif.

L'acte PCLB003 *Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection*, quoique facturable à l'assurance maladie dans les seules indications de torticolis spasmodique (dystonie cervicale) et de déformation dynamique du pied en varus équin, doit être enregistré dans le RUM.

L'argumentaire de l'établissement utilise des réponses publiées sur le site Internet de l'ATIH en 2009, postérieures à l'hospitalisation.

Les diagnostics ou actes qui n'ont fait l'objet ni de désaccord ni de question ne sont pas évoqués dans cet avis.

Conclusion

Au vu des pièces transmises, le diagnostic principal est : Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie*.

La dystonie et le blépharospasme respectent la définition du diagnostic relié. Celui des deux qui n'est pas enregistré comme tel est un diagnostic associé significatif.

L'acte PCLB003 *Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection* doit être enregistré dans le RUM.