

RAPPORT ANNUEL RELATIF AUX CAMPAGNES DE CONTRÔLE 2011 – 2015

Portant sur les données d'activité des années 2010 à 2014

Saisines de l'ATIH relatives aux contrôles réalisés dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé en MCO (*médecine, chirurgie et obstétrique*)

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

Avril 2017

Table des matières

I. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL	7
I.1 La situation clinique de DIAGNOSTIC	7
I.1.1 Le séjour a permis d'identifier la cause de l'affection causale [Règle D1]....	8
I.1.1.2. Diagnostic d'œdèmes des membres inférieurs d'origine mixte chez un patient admis pour suspicion de thrombose veineuse	9
I.1.1.3. Diagnostic d'une nécrose d'u larynx chez une patiente hospitalisée pour dysphagie	10
I.1.1.4. Hospitalisation pour remplissage d'une pompe intra-thécale.....	11
I.1.1.5. Hospitalisation pour appendicite aiguë avec réaction péritonéale	12
I.1.2 Il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie [Règle D2]	13
I.1.2.1. Patient admis pour tests diagnostiques allergiques chez un patient avec antécédent d'allergie médicamenteuse.....	13
I.1.2.2. Hospitalisation pour des précordialgies dont la cause n'est pas retrouvée.....	14
I.1.2.3. Prise en charge de douleurs diffuses chez un patient porteur d'un adénocarcinome prostatique	15
I.1.2.4. Admission pour chutes à répétition pour une patiente atteinte d'Alzheimer	16
I.2 La situation clinique de <i>traitement</i>	17
I.2.1 Prise en charge palliative d'un carcinome hépatocellulaire avec métastases osseuses	17
I.2.2 Mise en place d'un défibrillateur pour troubles du rythme liés à une cardiopathie	18
I.2.3. Traitement antalgique répétitif pour algoneurodystrophie	19
I.3 La situation clinique de surveillance	20
I.3.1. Ajustement thérapeutique pour diabète décompensé	20
II. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS	21
II.1. Abscès de paroi dans les suites d'une intervention.....	22

II.1.2. Fibrillation auriculaire	23
II.1.3. Malnutrition protéino-énergétique modérée ou légère	23
III. LE CODAGE AVEC LA CIM-10	24
III.1. Ventilation nocturne pour syndrome d'apnée du sommeil	24
III.2. Infection urinaire dans les suites de l'ablation d'une sonde urétrovésicale.....	25
IV. LE CODAGE DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES.....	25
CONCLUSION	26

INTRODUCTION

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est un pôle d'expertise en charge de :

- la collecte, l'hébergement et l'analyse des données des établissements de santé,
- la gestion technique des dispositifs de financement des établissements,
- la réalisation d'études sur les coûts des établissements sanitaires et médicaux sociaux
- l'élaboration des nomenclatures de santé¹

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 titre notamment de la réalisation des outils techniques.

Le [décret n° 2006-307](#) dit décret « sanctions »² 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'hospitalisation³.

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*. La version applicable à la production des informations de l'année en cours est publiée au *Bulletin officiel* spécial.

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, ainsi que les nomenclatures à utiliser pour produire un *résumé d'unité médicale* (RUM) conforme au contenu du dossier médical du patient.

¹ Décret n° 2015-828 du 6 juillet 2015 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

² Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 modifié par le [décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011](#) et par la [circulaire n° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011](#) [7].

³ 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.

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 le *Guide du contrôle externe MCO*⁴.

La procédure de réponse continue de reposer sur un dispositif d'avis collégial des médecins experts du service *Classification, information médicale et modèles de financement* de l'agence.

Dans un premier rapport de juin 2009, 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. En raison du nombre moins important de « situations cliniques » différentes contenues dans les saisines des années suivantes, le présent rapport regroupe plusieurs années de saisines, de 2011 à 2014, soit

- En 2011, 37 dossiers provenant de 9 régions ;
- En 2012, 51 dossiers provenant de 13 régions ;
- En 2013, 56 dossiers provenant de 12 régions
- En 2014, 89 dossiers provenant de 16 régions ;
- En 2015, 45 dossiers provenant de 10 régions.

Ce rapport a principalement deux objectifs :

- communiquer 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 que défini dans l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, pour rendre ses avis, l'ATIH 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. Aucun avis ne peut être rendu en l'absence d'un minimum d'éléments du dossier médical du patient. Les pièces communiquées sont répertoriées en tête de chaque avis.

Il présente les avis reçus par type de situation clinique :

- Le choix du diagnostic principal
- Le choix du ou des diagnostics associés,
- Les règles d'utilisation de codes de la CIM-10

Les règles de codage sont rappelées à chaque début de chapitre.

Les avis sont présentés de la manière suivante :

⁴ [Guide du contrôle externe régional](#). Version mai 2012

- Rappel des propositions de codage de l'établissement, du contrôleur et l'avis de l'ATIH ;
- Résumé des argumentaires de chaque partie, ainsi que conclusion de l'ATIH.

Les informations communiquées dans ce rapport sont anonymisées et illustrent les situations les plus fréquentes en *Médecine, Chirurgie et Obstétrique* soumises à l'expertise de l'ATIH.

I. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Il reste à l'origine du plus grand nombre de différends soumis à l'ATIH.

Depuis l'année 2009 la définition du diagnostic principal (DP) a changé, de « motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation » il est devenu « le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale ». Deux critères essentiels sont restés inchangés : d'une part le DP est déterminé à la fin du séjour dans l'unité médicale, d'autre part il est conformément à un *guide des situations cliniques* resté stable. Les situations cliniques touchées par la modification de la définition du DP sont essentiellement celles qui voient une complication survenir pendant l'hospitalisation (même si sa prise en charge est plus « lourde » que celle du DP elle ne peut plus prendre sa place, n'étant pas le problème de santé qui a motivé l'admission) et les situations de *surveillance* : il ne suffit pas qu'une affection nouvelle soit découverte pour considérer la surveillance comme « positive », et porter ce diagnostic en DP, encore faut-il que celle-ci soit directement liée à la maladie surveillée (complication de celle-ci ou de son traitement, ou récurrence) ; une découverte incidente ne peut plus être le DP.

I.1 LA SITUATION CLINIQUE DE DIAGNOSTIC

Elle est de loin la plus représentée dans les saisines reçues à l'ATIH. 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, mais non le cas constant⁵ – 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 (règle D1) ; s'il n'en est pas fait, le DP est la symptomatologie explorée (règle D2)⁶.

⁵ 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 programmée, à distance de celle du diagnostic.

⁶ Le chapitre IV du *Bulletin officiel* spécial n° 2009/5 *bis* a vu apparaître une numérotation des règles à appliquer dans les différentes situation cliniques, destinée à faciliter la rédaction et la lecture des avis rendus dans le cadre des saisines et celle des réponses données en ligne aux établissements dans la « foire aux questions » (*Agora*) du site Internet de l'ATIH.

I.1.1 Le séjour a permis d'identifier la cause de l'affection causale [Règle D1]⁷

I.1.1.1 Diagnostic d'une hypotension artérielle médicamenteuse chez un patient admis pour malaise lipothymique

La saisine porte sur un dossier présenté comme représentatif de sept cas de désaccord concernant les séjours de patients traités pour hypertension artérielle, hospitalisés à la suite d'un malaise lipothymique. Une hypotension orthostatique est mise en évidence, attribuée à un effet indésirable du traitement hypertenseur qui est modifié en conséquence. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : R53+1 *malaise*, après contrôle propose I95.2 *hypotension médicamenteuse*
- **contrôleur** : R03.1 *constatation d'une baisse non spécifique de la TA*
- **ATIH** : I95.2 *hypotension médicamenteuse*

Argumentaire de l'établissement : L'établissement admet que le codage R53+1 « malaise » en position de DP n'est pas adapté mais conteste le code R03.1 « constatation d'une baisse non spécifique de la TA » proposé par les médecins contrôleurs. Il propose I95.2 « hypotension médicamenteuse » codage qu'il considère plus précis pour ces séjours, en arguant du fait que l'hypotension n'a pas été transitoire puisque reproduite et du fait que la reproductibilité de l'hypotension au cours de l'hospitalisation, attribuée aux effets indésirables des antihypertenseurs constitue un diagnostic précis.

Argumentaire du contrôleur : Une baisse de la pression intraartérielle peut être un signe d'accompagnement de diverses maladies ou une « découverte fortuite isolée », ce qui ne permet pas de porter le diagnostic de maladie hypotensive chronique. Dans les deux circonstances, cette chute tensionnelle est qualifiée par la CIM 10 de « non spécifique », elle doit être codée R03.1 : *constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle...*

L'utilisation du code R03.1 suit ainsi la logique exposée dans la note placée sous le libellé *constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension (R03.0)* : par analogie, on doit considérer que « cette catégorie [R03.1] doit être utilisée pour enregistrer soit un épisode [hypotensif] chez un malade pour lequel aucun diagnostic formel d'[hypotension] n'a été porté, soit une découverte fortuite isolée . »

Pour ces séjours, la baisse de la tension artérielle responsable du malaise est donc la nature de l'effet indésirable, elle est le DP du RUM et comme il ne s'agit pas d' « une maladie hypotensive chronique invalidante nécessitant un traitement prolongé », le codage correct semble donc être R03.1 « constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle » en position de DP.

⁷ Les règles correspondant aux situations cliniques font l'objet d'une numérotation. Elles peuvent ainsi être identifiées, dans les réponses aux questions adressées à l'ATIH par les établissements et dans les avis rendus par l'ATIH suite aux saisines des unités de coordination régionales dans le cadre des contrôles prévus aux articles [L.162-23-12](#) et [L.162-23-13](#) du code de la sécurité sociale.

L'ATIH constate que le code R53.+1 est erroné. Les malaises ne sont que le motif d'entrée ; au terme de l'hospitalisation, un diagnostic est posé, celui d'hypotension artérielle médicamenteuse ; elle est le diagnostic principal conformément à la règle D1 du guide des situations cliniques (par ailleurs R53.+1 *Malaise* n'est pas le code approprié pour des malaises lipothymiques ; leur code est R55, comme indiqué dans l'index alphabétique de la CIM-10 à l'entrée *Lipothymie*).

En matière d'emploi des codes de la catégorie I95, le *Guide méthodologique* indique : « l'hypotension artérielle qualifiée d'idiopathique ou d'orthostatique est une maladie chronique invalidante [...] Le code I95.– qui la repère ne doit être employé que devant un diagnostic établi de maladie hypotensive chronique [...] ». La consigne ne concerne ainsi que l'hypotension artérielle idiopathique ou orthostatique, I95.– étant mentionné pour I95.0 ou I95.1⁸. La notion de maladie hypotensive chronique ne saurait concerner l'hypotension médicamenteuse due à un traitement antihypertenseur, dont le diagnostic conduit aussitôt à la diminution sinon à l'arrêt du traitement, ainsi qu'il a été fait dans le cas des dossiers objets du désaccord. Au vu des pièces communiquées, I95.2 *Hypotension médicamenteuse* est le codage approprié.

I.1.1.2. Diagnostic d'œdèmes des membres inférieurs d'origine mixte chez un patient admis pour suspicion de thrombose veineuse

La saisine concerne un dossier qui porte sur un patient, hospitalisé pour suspicion d'une thrombose veineuse profonde et d'un érysipèle du fait de l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Ces œdèmes des membres inférieurs ont une origine mixte : cardiaque, insuffisance veineuse, hypoalbuminémie. Lors de ce séjour il est découvert une cirrhose de stade B9, non compliquée. Les diagnostics discutés sont :

- **Etablissement** : K70.3 *Cirrhose alcoolique*
- **Contrôleur** : R60.0 *Œdème localisé*
- **ATIH** : R60.0 *Œdème localisé*

Argumentaire établissement : Les oedèmes sont un symptôme.

- Sur le plan cardiaque, aucune échographie n'a été réalisée. Il est précisé dans l'examen clinique qu'il n'y a ni signe d'insuffisance cardiaque droite ni gauche. Le BNP (marqueur de l'insuffisance cardiaque) n'est que très modérément augmenté -> il n'existe pas d'insuffisance cardiaque pouvant expliquer les oedèmes.

- Sur le plan veineux, il n'est pas précisé sur le doppler qu'il existe des signes d'insuffisance veineuse.

- Seule la cirrhose décompensée permet d'expliquer le symptôme.

La cirrhose étant la cause des oedèmes, elle est le diagnostic principal.

Argumentaire contrôleur : Admission pour oedème des membres inférieurs faisant suspecter une phlébite qui n'est pas confirmée.

⁸ I95.8 *Autres hypotensions* comprend aussi, du fait de sa note d'inclusion, des hypotensions chroniques, par construction autres que idiopathique et orthostatique.

On se trouve dans la situation décrite dans le guide en V.2 « catégorie Z03 et Z04 mise en observation pour suspicion de maladies et pour d'autres raisons ».

Le guide indique de retenir le codage du symptôme ayant justifié l'admission, soit les œdèmes des membres inférieurs : R60.0.

La cirrhose ne peut être le DP puisqu'elle n'a été diagnostiquée qu'après l'admission, elle est donc reprise en DAS (K703).

L'ATIH conclut à une situation clinique diagnostique. Le problème de santé qui a motivé l'admission est l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Le diagnostic principal concerne donc les œdèmes des membres inférieurs. Ils se codent en tant que tel R60.0 *Œdème localisé*. Ils pourraient se coder en fonction de la cause prédominante, par exemple un code de la catégorie I87 *Autres atteintes veineuses* si l'insuffisance veineuse était prédominante, mais cette cause prédominante n'est pas clairement explicitée dans les éléments transmis qui indiquent une origine mixte.

Le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale n'est donc pas la cirrhose alcoolique mais les œdèmes des membres inférieurs. En effet, le compte rendu d'hospitalisation n'indique pas que ces œdèmes sont en lien avec la cirrhose hépatique qui est considérée comme non compliquée. Cette affection a été diagnostiquée au cours du séjour sans en être un motif d'admission ; elle peut être enregistrée comme diagnostic associé.

I.1.1.3. Diagnostic d'une nécrose d'u larynx chez une patiente hospitalisée pour dysphagie

La saisine concerne le dossier d'une patiente âgée de 60 ans, hospitalisée pour une dysphagie entraînant une altération de l'état général dans un contexte d'antécédents de cancer du sinus piriforme traité par radiochimiothérapie. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : Z51.5 *Soins palliatifs*
- **contrôleur** : J02.9 *Pharyngite aiguë, sans précision*
- **UCR** : J39.8 *Autres maladies des voies respiratoires supérieures précisées*
- **ATIH** : J38.7 *Autres maladies du larynx*

Argumentaire établissement : L'établissement affirme que : « La prise en charge est celle de soins palliatifs ».

Argumentaire contrôleurs : Le contrôleur indique que la situation est celle de diagnostic, et que par ailleurs la définition des soins palliatifs est respectée [...] et peut être un diagnostic associé.

Pour l'UCR, dans le cas de cette patiente, l'admission est motivée par une dysphagie qui a été rapportée à une cause précisée qui doit être codée en DP.

ATIH : La prise en charge décrite et le compte rendu d'hospitalisation font état du diagnostic d'une nécrose ulcéronécrotique du sinus piriforme gauche sans évolutivité tumorale, celle-ci

est donc le DP du séjour, son codage est J38.7 *Autres maladies du larynx*. En effet l'inclusion de J38.7 *Nécrose du larynx*, rend bien compte de l'affection diagnostiquée.

Aucune information dans les pièces communiquées n'indique quels ont été les soins palliatifs dispensés, en dehors de l'argumentaire du contrôleur validant leur réalité au vu du dossier dont nous ne disposons pas. Par ailleurs, la prise en charge décrite dans les observations médicales transmises à l'ATIH, relate des soins infirmiers et des prescriptions d'examen complémentaires pour la prise en charge et le diagnostic de la douleur de la patiente. Aucune prise en charge palliative n'est rapportée dans le compte rendu d'hospitalisation pourtant circonstancié.

I.1.1.4. Hospitalisation pour remplissage d'une pompe intra-thécale

La saisine concerne le dossier d'un patient, atteint de syndrome paralytique central, hospitalisé pour le remplissage de sa pompe intra-thécale à Baclofène. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : Z45.84 *Ajustement d'une prothèse interne du SNC*
- **contrôleur** : Z51.2 *Chimiothérapie, NCA*
- **ATIH** : Z51.2 *Chimiothérapie, NCA*

Argumentaire établissement : Il s'agit d'un patient atteint de syndrome paralytique central qui vient pour le remplissage de sa pompe intrathécale à Baclofène. Il s'agit donc d'un ajustement d'un dispositif intrathécal et nous codons en DP le code Z45.84 selon le chapitre V du guide méthodologique page 96, emploi des codes du chapitre XXI de la CIM 10.

Argumentaire du contrôleur : Le motif de l'admission est une chimiothérapie obtenue par l'introduction d'un médicament de la réserve hospitalière (Article R.5121-82 et 83 du Code de la santé publique), le Baclofène qui ne peut être administré qu'au cours d'une hospitalisation autorisant la facturation d'un GHS (instruction ministérielle du 16 mars 2007) et non pas le réglage ou l'adaptation d'une pompe.

Le remplissage et le paramétrage du débit de la pompe est un acte réalisable en externe et ne justifie pas une hospitalisation. De ce fait, il ne peut être le motif de l'admission, ainsi le code Z45.84 ne répond pas à la définition du diagnostic principal (DP).

ATIH : Le compte rendu d'hospitalisation de jour indique comme objet « pour remplissage de pompe intrathécale ». Le motif de prise en charge est une « douleur neuropathique centrale ».

Le remplissage comporte de la morphine, du Prialt et du Baclofène. La situation clinique est celle d'une hospitalisation pour administration notamment d'un produit de la réserve hospitalière, ici le Baclofène, administration qui nécessite de ce fait une hospitalisation.

Ce type de prise en charge induit la vérification du fonctionnement de la pompe, l'évaluation de l'efficacité du traitement et le remplissage lui-même. En conséquence, il s'agit d'une situation clinique de traitement, le diagnostic principal est Z51.2 *Chimiothérapie, NC*.

I.1.1.5. Hospitalisation pour appendicite aiguë avec réaction péritonéale

La saisine concerne le dossier d'un patient, âgé de 6 ans, ayant bénéficié d'une appendicectomie par voie coelioscopique. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : K35.3 *Appendicite aiguë avec péritonite localisée*
- **contrôleur** : K35.8 *Appendicites aiguës, autres et non précisées*
- **ATIH** : K35.8 *Appendicites aiguës, autres et non précisées*

Argumentaire établissement : L'anatomopathologiste confirme que le stade histologique correspond bien à une authentique péritonite même en l'absence de critères macroscopiques. Même si ce diagnostic n'est pas repris systématiquement dans le compte-rendu d'hospitalisation, il est repris dans d'autres éléments du dossier patient.

Argumentaire du contrôleur :

Les conditions ne sont pas réunies, au vu de l'examen anatomopathologique et de la clinique, pour coder K35.3. Le diagnostic retenu dans la lettre de sortie est appendicite aiguë. Le code K35.8 est confirmé par l'UCR.

ATIH : Il s'agit d'un patient hospitalisé pour douleurs abdominales traînantes péri-ombilicales associées à un épisode de fièvre à 38,5°, le diagnostic d'entrée est une appendicite aiguë conduisant à une appendicectomie par voie coelioscopique. Une antibiothérapie est associée jusqu'à 48h d'apyrexie. Le compte rendu d'anatomo-cytopathologie conclut à une « appendicite aiguë, ulcérée et suppurée, avec réaction péritonéale fibrino-leucocytaire, sans signe de malignité ».

La conclusion du compte rendu d'hospitalisation indique une appendicite aiguë et les résultats d'anatomo-cytopathologie indiquent une réaction péritonéale mais pas de péritonite. Ces éléments ne permettent pas d'accepter le code K35.3 *Appendicite aiguë avec péritonite localisée* proposé par l'établissement. Le code le plus adapté pour ce dossier est le code K35.8 *Appendicites aiguës, autres et non précisées*.

I.1.2 Il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie [Règle D2]⁹

I.1.2.1. Patient admis pour tests diagnostiques allergiques chez un patient avec antécédent d'allergie médicamenteuse

Le dossier porte sur un dossier qui concerne une patiente admise pour un bilan d'hypersensibilité aux anesthésiques. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : Z88.8 *Antécédents personnels d'allergie à d'autres médicaments et substances biologiques*
- **contrôleur** : Z01.5 *Tests cutanés de diagnostic et de sensibilisation*)
- **ATIH** : Z01.5 *Tests cutanés de diagnostic et de sensibilisation*

Argumentaire de l'établissement : « Tous nos patients sont adressés par leur médecin traitant pour un antécédent d'allergie médicamenteuse. Le diagnostic est donc fait avant l'hospitalisation. L'objectif de l'hospitalisation n'est pas d'établir un diagnostic, il est de trouver une solution alternative pour redonner le médicament ou un autre de la même famille thérapeutique. Les malades sont donc bien explorés, mais uniquement dans le but de choisir la meilleure stratégie de réintroduction du médicament, et pas de faire un diagnostic qui était établi dès le départ. Nous sommes donc bien dans la situation décrite dans le guide méthodologique pour l'utilisation des catégories Z80 à Z92 ».

Argumentaire du médecin contrôleur : « le motif de l'hospitalisation est la réalisation des tests diagnostiques allergiques dans l'objectif de confirmer ou infirmer le diagnostic d'allergie médicamenteuse chez une patiente ayant présenté des manifestations cliniques intriquées avec la prise éventuelle de certains médicaments et dont l'origine allergique n'a pas été établie ni confirmée avant le séjour, comme le démontre le contenu du dossier médical. Le compte rendu d'hospitalisation conclura après la répétition de tests pendant le séjour à une hypersensibilité non allergique. L'existence d'un antécédent d'allergie n'est donc pas prouvée et le DP Z88.8 ne peut être retenu. »

L'ATIH constate selon le compte rendu d'hospitalisation (CRH) que la patiente a été hospitalisée pour « un bilan d'hypersensibilité complémentaire aux anesthésiques locaux » après des explorations allergologiques effectuées en novembre (probablement 2009) puis en janvier 2010. Les tests réalisés avaient alors été négatifs. Le motif de l'hospitalisation, au contraire de ce qu'affirme l'établissement dans son argumentaire, est ainsi diagnostique ; chez une patiente antérieurement victime, 72 heures après une anesthésie locorégionale pour le traitement d'un *hallux valgus*, d'une réaction cutanée localisée érythémateuse et prurigineuse,

⁹ La symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation et qui a été explorée, est le DP, qu'elle persiste ou qu'elle ait disparu lors du séjour. La situation clinique relative à la règle D2 est ainsi la seule exception à la consigne selon laquelle il ne peut être codé dans le RUM que des problèmes de santé présents — « actifs » — au moment de l'hospitalisation.

l'hospitalisation du 15 mars a pour objectif de déterminer s'il existe ou non une allergie aux anesthésiques locaux.

La notion d'antécédent d'allergie pourrait être considérée comme le motif initial de l'hospitalisation, mais le diagnostic final est celui de « hypersensibilité non allergique ». Le *Guide méthodologique* édicte : « Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant ».

Un diagnostic principal codé Z88.8 *Antécédents personnels d'allergie à d'autres médicaments et substances biologiques* est donc contraire à la conclusion du séjour. Avec lui, le RUM n'est pas conforme au contenu du dossier de la patiente. Le diagnostic principal est Z01.5 *Tests cutanés de diagnostic et de sensibilisation*.

I.1.2.2. Hospitalisation pour des précordialgies dont la cause n'est pas retrouvée

La saisine porte sur un dossier qui concerne un patient, hospitalisé pour des précordialgies survenues 3 jours avant l'admission. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : R07.2 *Douleur précordiale*
- **contrôleur** : Z03.4 *Mise en observation pour suspicion d'infarctus du myocarde*
- **ATIH** : R07.2 *Douleur précordiale*

Argumentaire de l'établissement : La précordialgie bien qu'absente à l'admission a motivée l'hospitalisation, elle peut être codée en DP.

Argumentaire du contrôleur : les douleurs ont eu lieu quelques jours avant l'admission, il s'agit d'une situation de surveillance.

L'ATIH conclut que la situation clinique est celle d'une situation de diagnostic correspondant à la règle D2 du guide méthodologique, lorsqu'il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie, ici les précordialgies, elle est le DP. *La symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation et qui a été explorée, est le DP, qu'elle persiste ou qu'elle ait disparu lors du séjour. La situation clinique relative à la règle D2 est ainsi la seule exception à la consigne selon laquelle il ne peut être codé dans le RUM que des problèmes de santé présents — « actifs » — au moment de l'hospitalisation.*

Dans cette situation le codage du DP utilise souvent le chapitre XVIII de la CIM-10 ; il ne fait pas appel aux codes Z, il ne doit donc pas être mentionné de DR dans le RUM

*La même règle s'applique aux circonstances 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. Il est rarement un code Z de*

la CIM–10¹⁰. Lorsque c'est le cas, la mention d'un DR est néanmoins exclue puisque l'affection n'est pas confirmée, donc inexistante. Le diagnostic principal du séjour, objet du désaccord, est R07.2 Douleur précordiale.

I.1.2.3. Prise en charge de douleurs diffuses chez un patient porteur d'un adénocarcinome prostatique

Le dossier concerne un patient de 89 ans, hospitalisé pour agitation, douleurs diffuses chez un patient porteur d'un adénocarcinome prostatique. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : R52.2 *Autres douleurs chroniques*
- **contrôleur** : Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs*
- **ATIH** : R52.2 *Autres douleurs chroniques.*

Argumentaire établissement : A la lecture du dossier, l'examen d'entrée et le dossier infirmier mettent en évidence une hospitalisation pour état d'agitation. Examen complémentaire : scanner cérébral d'où diagnostic principal : agitation qui est le motif d'entrée et de prise en charge. La prise en charge de la douleur et adaptation thérapeutique de celle-ci sont effectuées au cours d'une hospitalisation postérieure.

Argumentaire contrôleur : Par rapport au CR d'hospitalisation du 26/11/15, les contrôleurs estiment qu'il s'agit d'une adaptation du traitement antalgique, la notion d'agitation à domicile étant possiblement un effet secondaire du traitement antalgique morphinique.

ATIH : Le patient porteur d'un adénocarcinome prostatique avec métastases osseuses, est admis aux urgences de l'établissement puis hospitalisé, pour des hallucinations et une agitation sans mention de douleurs dans les premiers jours de l'hospitalisation selon le dossier infirmier. Les douleurs sont mentionnées dès le 1^{er} mai 2011 avec mise en place d'un traitement antalgique complété par une séance de radiothérapie à visée antalgique le 6 mai 2011. Le compte rendu d'hospitalisation mentionne cependant comme motif d'admission les algies diffuses et comme affections associées, la baisse de l'état général, la dénutrition et un syndrome démentiel débutant. Le diagnostic principal du séjour déterminé par le médecin à la sortie du patient est algies diffuses.

Le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie définit le diagnostic*

¹⁰ Voir les consignes d'emploi de la catégorie Z03 dans le chapitre **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

principal comme le problème de santé qui a motivé l'admission, déterminé à la sortie selon le *guide des situations cliniques*, en conséquence le DP est R52.2 Autres douleurs chroniques.

I.1.2.4. Admission pour chutes à répétition pour une patiente atteinte d'Alzheimer

La saisine concerne un dossier qui porte sur une patiente, âgée de 80 ans, souffrant d'Alzheimer, qui a été admise aux urgences pour une chute avec traumatisme crânien sans perte de connaissance initiale. Une fibrillation atriale est retrouvée aux urgences. La patiente est ensuite hospitalisée en service de gériatrie pour chute à la maison de retraite. Les diagnostics discutés sont :

- **Etablissement** : I48 *Fibrillation auriculaire*
- **contrôleur** : S00.8 *Lésion traumatique superficielle de la tête* codée par le contrôleur
- **ATIH** : R29.6 *Chutes à répétition*

Argumentaire établissement : L'ACFA (I48) n'est pas un DAS mais le diagnostic principal du séjour, car il est le facteur déclenchant de la chute. La FA est présente dès l'arrivée aux urgences et a été traitée par Digoxine durant l'hospitalisation permettant le retour à un rythme sinusal sans récurrence.

Argumentaire contrôleur : L'ACFA est un problème de santé distinct pris en charge au cours du séjour et spontanément régressif, c'est un DAS.

L'**ATIH** conclut à une situation clinique de diagnostic, le bilan d'une chute au domicile chez une patiente âgée de 80 ans. Le compte rendu d'hospitalisation indique qu'au niveau des facteurs précipitants sont retrouvés l'âge, une polymédication et l'antécédent de chute ainsi que probablement une fibrillation atriale paroxystique spontanément résolutive. Il n'est donc pas retrouvé de cause véritable à la chute mais des facteurs dits précipitants. Le compte rendu de consultation du 07 février 2014 indique « J'ai vu en consultation post-chute votre patiente... ». Le diagnostic principal est donc le problème de santé à l'origine de l'hospitalisation et pris en charge au cours du séjour à savoir la chute et qui a fait l'objet d'un bilan dans le pôle gériatrie. Le diagnostic principal du séjour est donc R29.6 *Chutes à répétition, non classée ailleurs*.

I.2 La situation clinique de *traitement*

Le guide méthodologique indique que cette situation concerne des patients atteints d'une affection connue, diagnostiquée avant l'admission dans l'unité chargée du traitement. Il précise que les circonstances du diagnostic préalable n'importent pas : le diagnostic de l'affection a pu être fait par un médecin généraliste ou spécialiste « de ville », par un service médical d'urgence et de réanimation (SMUR), lors du passage par une structure d'accueil des urgences, lors d'un séjour précédent dans une autre unité médicale, y compris l'unité d'hospitalisation de courte durée, du même établissement ou d'un autre, etc. La situation de *traitement* est présente lorsque le diagnostic de l'affection est fait au moment de l'entrée du malade dans l'unité médicale et que l'admission a pour but le traitement de l'affection. Le guide distingue la situation de *traitement unique* (dont l'exemple-type est la chirurgie) de celle de *traitement répétitif* (dont l'exemple-type est la séance).

I.2.1 Prise en charge palliative d'un carcinome hépatocellulaire avec métastases osseuses

La saisine porte sur un dossier qui concerne un patient de 57 ans, atteint d'un carcinome hépatocellulaire avec métastases osseuses, hospitalisé du 23 mars au 2 avril 2010 en raison d'une altération de son état général et d'une difficulté de maintien à domicile. Il n'est pas dispensé de soin curatif de la maladie cancéreuse pendant le séjour. Le patient sort par transfert vers une unité de soins palliatifs. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : Z51.5 *Soins palliatifs*
- **contrôleur** : R53.+0 *Altération de l'état général*
- **ATIH** : Z51.5 *Soins palliatifs*

Argumentaire établissement : Il s'agit d'une maladie grave en phase terminale avec renoncement à tout traitement curatif (radiothérapie à visée antalgique, chimiothérapie arrêtée en raison de l'altération de l'état général). La prise en charge est notée comme strictement palliative.

Les seules démarches thérapeutiques ont consisté en des soins de confort (fécalome, rétention urinaire) et soins de nursing (escarre stade III). Ce patient a bénéficié du passage de l'équipe mobile de soins palliatifs.

Il a bénéficié de prescriptions d'Hypnovel et de Morphine, prise en charge de la douleur en concertation avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Patient et famille sont prévenus du pronostic. Sa sortie est organisée vers une unité de soins palliatifs.

L'opportunité de l'intervention d'autres professionnels tels qu'une assistante sociale, une diététicienne, un kinésithérapeute, un psychologue n'a pas été jugée pertinente dans cette situation. Aussi, lors de son intervention, l'équipe mobile soins palliatifs n'a pas sollicité l'intervention de ces autres professionnels.

Argumentaire du contrôleur : Désaccord sur le codage du DP soins palliatifs. La prise en charge ne respecte la définition des soins palliatifs figurant dans le Guide Méthodologique et notamment l'intervention pluridisciplinaire.

Le DP est le motif de l'hospitalisation, à savoir l'altération de l'état général R53.

ATIH constate que le patient est atteint d'un carcinome hépatocellulaire avec métastases osseuses, le patient souffre d'une maladie grave évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée (ANAES et circulaire du 19 février 2002).

Il n'est pas dispensé de soins curatifs pendant le séjour, « la prise en charge dans notre service étant purement palliative » (compte rendu d'hospitalisation).

Les transmissions infirmières témoignent de l'information et de l'accompagnement de l'épouse assurés par l'équipe soignante pendant l'hospitalisation.

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient le 30 mars 2010, à titre d'« équipe-douleur » et de soutien de l'équipe soignante, après une journée vécue comme difficile (« crise ») le 29 mars.

Le patient est atteint d'une maladie grave évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée, probablement terminale. Il n'est pas délivré de soins curatifs de cette maladie. Les soins dispensés ne visent qu'au soulagement de la douleur et des symptômes. Ils sont conformes aux recommandations de l'ANAES de décembre 2002.

Au vu des pièces communiquées, les soins dispensés au patient sont des soins palliatifs. Le code du diagnostic principal du séjour est Z51.5 *Soins palliatifs*.

1.2.2 Mise en place d'un défibrillateur pour troubles du rythme liés à une myocardiopathie

Le dossier communiqué, représentatif de quatre cas de désaccord, concerne un patient, atteint d'une insuffisance cardiaque et de troubles du rythme, hospitalisé pour la mise en place d'un défibrillateur automatique implantable. Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : I42.0 *Myocardiopathie avec dilatation*
- **contrôleur** : Z45.0 *Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque* ;
- **ATIH** : Les deux diagnostics proposés sont admissibles.

Argumentaire de l'établissement : Dans ce cas nous sommes dans le cas du premier traitement du trouble du rythme par la mise en place d'un défibrillateur. Nous sommes dans la situation T3 du traitement unique. Le DP est la maladie traitée.

Argumentaire du contrôleur : La situation de codage du DP est la règle T7. La CIM 10 et le Guide méthodologique précisent l'utilisation de la catégorie Z44 à Z46 pour la mise en place, la surveillance, les soins et l'ablation de certaines prothèses.

L'ATIH constate que le patient est hospitalisé aux fins de mise en place d'un défibrillateur automatique implantable, l'indication ayant été posée antérieurement. Il s'agit donc d'une situation clinique de *traitement unique*. La règle T3 s'applique. Le diagnostic principal est la maladie objet de l'intervention ou un code des catégories Z40 à Z52. En conséquence, le code Z45.0 *Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque*, s'il ne « s'impose » pas, comme écrit dans le *Guide méthodologique de production des informations*, peut être employé. Il est conforme à la CIM-10 puisqu'à l'entrée *Stimulateur cardiaque* son index alphabétique indique : « ajustement, contrôle, entretien ou mise en place [souligné par nous] Z45.0 ».

I.2.3. Traitement antalgique répétitif pour algoneurodystrophie

Le dossier, représentatif de six cas de désaccord concerne un patient, souffrant d'une algoneurodystrophie du coude apparue dans les suites d'une intervention chirurgicale subie en mars 2010 en raison d'un cal vicieux après une fracture de la tête radiale. Le patient est hospitalisé à six reprises entre avril et novembre 2011 pour la réalisation de blocs sympathiques par injection d'Isméline®. Les diagnostics discutés sont :

- **Etablissement** : M89.0 *Algoneurodystrophie*.
- **Contrôleur** : R52.1 *Douleur chronique irréductible*
- **ATIH** : R52.1 *Douleur chronique irréductible*

Argumentaire de l'établissement : Nous ne sommes pas dans le cadre d'une douleur chronique car pour parler de douleur chronique, il est nécessaire d'avoir un motif d'entrée de douleur chronique. Les critères d'évaluation par le praticien pour la prise en charge de l'algoneurodystrophie sont les amplitudes articulaires de la douleur et l'état cutané, et ne sont pas spécifiques de l'algologie.

Argumentaire du contrôleur : Le motif de l'hospitalisation est la réalisation d'un bloc intraveineux par l'Isméline chez un patient adressé par son médecin pour la prise en charge spécialisée des douleurs. Il s'agit d'un traitement répétitif. Selon le Guide méthodologique BO n) 2011/6 bis Fasicule spécial ;

ATIH : « La dénomination *traitement répétitif* rassemble les traitements qui, par nature, imposent une administration répétitive. En d'autres termes, dès la prescription d'un traitement répétitif, le fait qu'il nécessitera plusieurs administrations est connu, un calendrier peut en général être fixé a priori. » ;

« Dans les situations de traitement répétitif le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (« codes Z »). [règle T1] ;

« Il existe des exceptions [règle T2] – le traitement de la douleur chronique rebelle : dans le cas d'un séjour dont le motif principal a été une prise en charge spécifiquement algologique, indépendante du traitement de la cause, le DP est codé R52.1 ».

Dans le cas présent il s'agit d'un traitement répétitif puisque le compte rendu de la consultation du 11 avril 2011 mentionne : « nous avons convenu de programmer trois blocs intraveineux sympathiques ». La douleur est chronique et rebelle puisque la demande de consultation indique : « Ce patient continue à avoir des douleurs assez importantes [...] malgré le traitement antalgique et la rééducation ». La prise en charge est de nature algologique car la demande est conclue par « Merci de le prendre en charge pour avis spécialisé de la douleur ». Les comptes rendus des blocs sont, quant à eux, rédigés sous l'intitulé « Consultation de la douleur ».

Dans son argumentaire l'établissement fait référence à une réponse dans la *foire aux questions* (FAQ) *Agora* de l'ATIH mais celle-ci, faite en août 2012, ne peut pas être appelée à l'appui du codage d'une hospitalisation de 2011¹¹. Elle n'existait pas alors et seul le *Guide méthodologique de production des informations* doit être pris en considération.

Rien, dans le *Guide méthodologique de production des informations* de référence, n'autorise à ne pas respecter la règle T2. Le diagnostic principal des 6 séjours est en conséquence R52.1 *Douleur chronique irréductible*

I.3 La situation clinique de surveillance

I.3.1. Ajustement thérapeutique pour diabète décompensé

Le dossier concerne une patiente diabétique hospitalisée pour « décompensation de son diabète ». Les diagnostics discutés sont :

- **établissement** : E11.9 *Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication*
- **contrôleur** : Z09.7 *Examens de contrôle après traitements combinés pour d'autres affections*, complété par le diagnostic relié E11.9
- **ATIH** : Z09.7 *Examens de contrôle après traitements combinés pour d'autres affections* complété par le diagnostic relié E11.9 *Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication*

Argumentaire de l'établissement : Il ne s'agit pas d'une situation de surveillance dans laquelle le patient serait asymptomatique mais d'une décompensation.

¹¹ Question et réponse ont été supprimées en novembre 2012. L'intention exprimée de créer dans la version du *Guide méthodologique de production des informations* applicable en 2013 une exception au bénéfice de l'algodystrophie n'a pas été concrétisée car finalement estimée injustifiée.

Argumentaire du contrôleur : Il s'agit d'une surveillance négative d'une maladie chronique, même si l'absence d'évolution de la maladie chronique impose une hospitalisation sans délai pour bilan et adaptation du traitement.

L'ATIH constate que le diabète de la patiente est connu depuis 2007. Il est traité oralement, par Daonil®, et Januvia® et metformine. La patiente est hospitalisée en raison d'une « décompensation diabétique avec Hb1C à 7,8 % en juillet 2010. ». L'hospitalisation voit l'abandon du Januvia au profit d'un autre antidiabétique oral, le Victoza®. On ne peut pas parler ici de poussée aigüe puisque le diagnostic de « décompensation diabétique » s'appuie sur un constat datant de juillet 2010. Il n'apparaît pas non plus dans les pièces communiquées de mesures thérapeutiques spéciales transitoires visant à juguler une « poussée aigüe ». C'est le traitement de fond, le traitement au long cours qui est modifié, par changement des médicaments oraux et ajout d'insuline. Le *Guide méthodologique de production des informations* souligne : « la modification, l'adaptation au terme du séjour, du traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée, antérieurement traitée ou en cours de traitement, ne transforme pas une situation de surveillance négative en situation de traitement et n'autorise pas à coder l'affection surveillée comme DP [diagnostic principal] ». Selon le *guide des situations cliniques* il s'agit d'une situation de *surveillance négative*. La règle S1 s'applique. Le diagnostic principal Z09.7 *Examens de contrôle après traitements combinés pour d'autres affections* complété par le diagnostic relié E11.9 *Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication* est seul conforme au *Guide méthodologique de production des informations*.

II. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP – ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR –, et constituant :

- un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ;
- ou une complication de la morbidité principale ;
- ou une complication du traitement de la morbidité principale.

Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. »

Les notions de prise en charge diagnostique, thérapeutique et de majoration de la prise en charge sont définies avec des exemples (chapitre IV, point 3.1).

II.1. Abscès de paroi dans les suites d'une intervention

Le dossier concerne une patiente hospitalisée pour la reprise d'une intervention de Nissen en raison de la récurrence d'un reflux gastro-œsophagien. Le séjour se déroule dans trois unités médicales successives, le différend concerne le séjour dans la deuxième unité.

- **établissement :**
 - L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*
 - T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé ailleurs*
 - Y83.8 *[Autre intervention chirurgicale] à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures*
- **contrôleur** : refusé
- **ATIH** : accepté

Argumentaire établissement : abcès de paroi à J5, drainage de l'abcès noté dans le dossier infirmier, épisode ayant donné lieu à une fiche d'événement indésirable en temps que ISO ; l'établissement reprend la définition d'un diagnostic associé significatif tel que dans le guide de production des RSS. Dans ce dossier, l'ISO a motivé des soins supplémentaires et a ainsi majoré la prise en charge. Le diagnostic T81.4 semble donc justifié tant au point de vue de la prise en charge que de la déclaration ISO.

Argumentaire contrôleur : on retrouve au niveau du dossier infirmier « petit abcès de paroi » le xx, protocole bétadine et pansement sec le xx soit à J+1 ; Aucune mention de cette complication dans les observations médicales. Le code retenu est alors granulome dû à un corps étranger puisque ce sont 2 agrafes qui ont été retirées. Il n'est pas retrouvé de prélèvement, ni méchage, ni antibiothérapie correspondant à la prise en charge d'un abcès. Le compte rendu d'hospitalisation ne fait pas état d'un abcès de paroi. Il y a bien eu un petit incident mais qui ne correspond pas au code T81.4.

ATIH : Un abcès de paroi est mentionné dans le dossier de soins infirmiers (feuilles « Planification et traçabilité des pansements » et « Résumé soins infirmiers chir » de la feuille répertoriant les items de soins infirmiers). Sa mention dans les observations médicales ou dans la lettre de sortie n'est pas nécessaire pour le prendre en considération. Le dossier de soins infirmiers est en effet partie intégrante du dossier médical (article R. 1112-2 du code de la santé publique). En revanche, le diagnostic de granulome à corps étranger n'est pas conforme au contenu du dossier médical de la patiente. L'abcès a bénéficié de soins locaux. Il respecte la définition d'un diagnostic associé significatif. Son codage est indiqué dans le *Bulletin officiel spécial n° 2010/5 bis* (chapitre V, point 3 *Complications des actes médicaux et chirurgicaux*) ; il associe L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*, T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé ailleurs* et Y83.8 *[Autre intervention chirurgicale] à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures [...]*

L'abcès de paroi est un diagnostic associé significatif. Son codage associe L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*, T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé ailleurs* et Y83.8 *[Autre intervention chirurgicale] à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures [...]*.

II.1.2. Fibrillation auriculaire

Le dossier concerne un patient, souffrant d'une arthrose talocrurale, hospitalisé du 30 août au 10 septembre 2010 pour une arthrodèse de la cheville gauche. Il recevrait par ailleurs un traitement antiagrégant plaquettaire en raison d'une fibrillation auriculaire.

Le désaccord porte sur la présence de la fibrillation auriculaire (I48 *Fibrillation et flutter auriculaire*) comme diagnostic associé du résumé d'unité médicale.

- **établissement** : I48 *Fibrillation et flutter auriculaire*)
- **contrôleur** : refusé
- **ATIH** : refusé

Argumentaire établissement : « Le patient est suivi par un cardiologue. Il n'est pas sous anti-arythmique pour sa FA [fibrillation auriculaire] à mailles larges mais seulement sous antiagrégants. La pathologie arythmique est indéniable et visualisée par l'ECG ainsi que dans la période per-opératoire. Le traitement de sa FA est donc bien réalisé pendant le séjour ».

Argumentaire contrôleur : « Au vu des pièces du dossier, la fibrillation auriculaire n'a pas été diagnostiquée ni traitée durant le séjour ».

ATIH : Les pièces du dossier transmises ne font pas état d'une fibrillation auriculaire ou de son traitement. Au vu de ces pièces, un code de fibrillation auriculaire n'a pas lieu d'être présent dans le résumé d'unité médicale.

II.1.3. Malnutrition protéino-énergétique modérée ou légère

Le dossier concerne une patiente, âgée de 94 ans, hospitalisée du 22 au 31 décembre 2013 pour décompensation cardiaque globale dans le cadre d'une fibrillation auriculaire permanente. Une dénutrition est suppléementée.

- **Etablissement** : E44.0 *Malnutrition protéino-énergétique modérée*
- **contrôleur** : E44.1 *Malnutrition protéino-énergétique légère* proposé par le contrôleur
- **ATIH** : E44.0 *Malnutrition protéino-énergétique modérée*

Argumentaire établissement : la dénutrition est prise en charge, il s'agit d'une dénutrition modérée.

Argumentaire contrôleur : Dans le cas présent, en l'absence des critères de poids, le dosage de l'albuminémie est retenu comme marqueur de dénutrition : l'âge étant > 70 ans, l'albumine doit être < 35 ; en dessous de 30 elle sera considérée comme dénutrition sévère.

Elle est ici mesurée à 33,9, en l'absence de syndrome inflammatoire biologique donc plus proche de la borne > (35) qu' < (30), l'UCR est d'avis de coder E441 dénutrition légère.

ATI : D'après le guide méthodologique le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'au moins un des critères suivants « Chez les patients âgés de 70 ans et plus :

- perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois ;
- IMC inférieur à 21 kg/m² ;
- albuminémie inférieure à 35 g/l.

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

Le dossier transmis ne donne aucune indication sur une éventuelle perte de poids ou sur la valeur de l'IMC. Il n'est pas noté d'état inflammatoire dans les pièces transmises. Le critère d'albuminémie peut être retenu en l'état soit 33,9 g/l, en conséquence au vu de l'albuminémie la patiente présentait une dénutrition mais pas une dénutrition sévère (albuminémie < 30 g/l). Cependant le seul taux d'albuminémie ne permet pas de distinguer le caractère modéré ou léger de la dénutrition.

En l'absence de critères HAS pour distinguer la dénutrition légère de la dénutrition modérée, seul le praticien responsable ayant dispensé les soins est garant de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement (article R. 6113-4 du code de la santé publique). Dans la mesure où le clinicien indique une dénutrition modérée dans le compte rendu d'hospitalisation et que les éléments du dossier ne permettent pas de récuser ce diagnostic. Le code à retenir est donc E44.0 *Malnutrition protéino-énergétique modérée*.

III. LE CODAGE AVEC LA CIM-10

III.1. Ventilation nocturne pour syndrome d'apnée du sommeil

Le dossier concerne un patient hospitalisé pour l'implantation d'une prothèse de hanche. Il est atteint d'un syndrome d'apnées du sommeil appareillé.

Le code de la ventilation nocturne est Z99.8 *Dépendance envers d'autres machines et appareils auxiliaires*. Z99.1+1 *Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal* n'est pas approprié car il concerne un respirateur

III.2. Infection urinaire dans les suites de l'ablation d'une sonde urétrovésicale

Le dossier transmis, représentatif de cinq cas de désaccord, concerne une patiente, hospitalisée pour l'ablation d'un anneau de gastroplastie et la réalisation d'un court-circuit (*bypass*) gastrique. Une sonde urétrovésicale est mise en place ; à la suite de son ablation apparaît une gêne à uriner qui conduit à la découverte d'une infection à colibacille.

Le désaccord porte sur la mention du code du groupe T80–T88 à enregistrer en sus du code de l'infection urinaire, entre T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs* et T83.5 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire*.

Selon le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie*, « le codage d'une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique peut être décrit comme suit au regard du volume 1 de la CIM-10 :

- avec un code du groupe T80–T88 lorsque le code le plus précis pour la complication appartient à ce groupe ;
- sinon avec un code d'une catégorie « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée... » lorsque la complication y figure, ce qui exclut les sous-catégories .8 ;
- dans les autres cas avec un code « habituel » de la CIM-10.

Lorsque le codage utilise un code « habituel » de la CIM–10 il est complété par le code du groupe T80–T88 correspondant à la nature de la complication.

Dans tous les cas le codage est complété par le ou les codes *ad hoc* du chapitre XX (Y60-Y84, Y88, Y95). »

T83.5 est le code approprié. C'est lui, en effet, que la CIM–10 mentionne à l'entrée « Prothèse, implant, greffe, appareil, urinaire, infection, inflammation »

IV. LE CODAGE DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES

Aucune saisine concernant les actes medicotechniques n'a été soumise à l'ATIH pour les années présentées dans ce rapport.

Conclusion

Le présent rapport des saisines ATIH concerne les réponses de l'Agence aux saisines traitées à l'occasion des campagnes de contrôle 2011 à 2015 qui portent sur l'activité PMSI MCO des années 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014.

Trois rapports avaient été précédemment produits, sous forme de rapports annuels, relatifs aux campagnes de contrôle 2006, 2008 et 2009.

L'objectif de ces rapports est de fournir aux acteurs du dispositif de contrôle T2A (établissements et assurance maladie), des éléments de référence concernant le codage de certaines situations cliniques documentées, et fréquemment observées, dans un objectif pédagogique, et de partage d'expérience.

En phase de montée en charge du dispositif de contrôle, les situations observées étaient nombreuses, et suffisamment variées pour permettre une publication annuelle.

Dès 2010, une diminution du nombre de saisines transmises à l'ATIH a été observée, probablement en lien avec l'introduction de quotas par région définis dans la [circulaire N°DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009](#) applicable dès la campagne de contrôle 2009. Cette diminution a conduit à différer la publication d'un nouveau rapport annuel, avant de décider de compiler plusieurs années de contrôle afin de produire un document suffisamment informatif et documenté.

L'évaluation du présent rapport permettra de se réinterroger sur la forme des prochaines publications (format annuel ou non, format de la présentation, etc). A cette fin, les remarques des lecteurs et utilisateurs peuvent être transmises à l'ATIH à l'adresse rapport.saisine@atih.sante.fr

Il est souhaité qu'à ce stade, et sous cette forme, la présente publication rende le service attendu de références de codage pour des situations complexes, justifiant le recours à la saisine ATIH.