

Rapport annuel relatif à la campagne de contrôle 2010
portant sur les données d'activité de l'année 2009

*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*

Octobre 2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL.....	3
I.1 La situation clinique de <i>DIAGNOSTIC</i>	3
I.2 La situation clinique de <i>traitement</i>	6
II. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS	8
III. LE CODAGE AVEC LA CIM-10	10
IV. LE CODAGE DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES.....	13
ANNEXE	15

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, ainsi que la gestion technique du dispositif de financement des établissements de santé et 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 ainsi que sa version modifiée (mettre référence en NBP) prévoient 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 de 2009 est le *Bulletin officiel* spécial n° 2009/5 bis. 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 nomenclatures à utiliser pour produire un *résumé d'unité médicale* (RUM) conforme au contenu du dossier médical du patient.

¹ Décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000 portant création de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et modifiant le code de la santé publique.

² Décret n° 2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

³ Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale et Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011.

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 Annexe II de l'arrêté du 22 février 2008 modifié par l'arrêté du 20 janvier 2009 (arrêtés « PMSI-MCO »). *Bulletin officiel* spécial n° 2009/5 bis. Ce guide est désigné dans ce rapport par « le guide méthodologique ».

⁶ *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision. OMS. Genève, 1993.

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 paragraphe V.2 de la deuxième partie du *Guide du contrôle externe MCO*⁷.

L'année 2011 est la quatrième qui voit mettre en œuvre les saisines dans le cadre défini par la circulaire du 31 juillet 2007 précitée. La procédure de réponse continue de reposer sur un dispositif d'avis collégial des médecins experts du service *Classification, information médicale et modèles de financement* de l'agence.

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, 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.

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 quatrième. Il porte sur les saisines soumises à l'ATIH en 2011, issues de la campagne de contrôle de 2010 relatives à l'activité de l'année 2009. Dans ce cadre, 65 dossiers provenant de 14 régions ont été étudiés par l'ATIH en 2011.

Ce rapport a principalement deux objectifs :

- informer sur les divergences qui ont motivé des saisines, à l'initiative de l'UCR ou du directeur 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.

Le rapport est structuré en quatre points permettant d'illustrer les problématiques liées aux choix du diagnostic principal, aux diagnostics associés significatifs et reliés, le codage avec la CIM-10 et le codage des actes médicotechniques.

⁷ [Guide du contrôle externe régional](#). Version 1.3. 1^{er} août 2007, applicable aux saisines de la campagne 2010.

I. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Avec 40 avis, il reste à l'origine du plus grand nombre de différends soumis à l'ATIH⁸.

L'année 2009 a été marquée par le changement de la définition du diagnostic principal (DP). 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 ». La modification a engendré bien des craintes par anticipation de la part des établissements de santé mais n'a finalement pas révolutionné le choix du DP. Deux critères essentiels sont en effet restés inchangés : d'une part, le DP est déterminé à la fin du séjour dans l'unité médicale (il était et est resté rétrospectif), d'autre part, il l'est conformément à un *guide des situations cliniques* resté stable. Les situations cliniques touchées par ce changement de définition du DP sont essentiellement les suivantes :

- complication survenant pendant l'hospitalisation ; même si la prise en charge de cette complication s'avère plus lourde que le problème de santé qui a motivé l'admission, elle ne peut pas être retenue au titre du DP
- diagnostic d'une affection nouvelle à l'occasion d'une prise en charge motivée par la *surveillance* d'une autre pathologie connue ; cette affection nouvellement diagnostiquée ne peut être considérée comme le DP que si elle est 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. Elle concerne des patients hospitalisés en raison d'une symptomatologie – signe clinique ou résultat anormal d'examen complémentaire – appelant d'abord un diagnostic. Ce diagnostic étant établi, un traitement peut être mis en œuvre, immédiatement (c'est le cas le plus fréquent), ou de façon différée⁹. Que le diagnostic soit suivi ou non d'un traitement au cours du séjour, le guide méthodologique précise que la règle est la même. La situation clinique de *diagnostic* est en effet 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 établi à l'occasion de la prise en charge, il doit être mentionné en DP (règle D1)¹⁰ ; si ce n'est pas le cas, le DP est la symptomatologie explorée (règle D2)¹¹.

⁸ La somme des avis rendus par thème est supérieure à 65 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 programmée, à distance de celle du diagnostic.

¹⁰ [Règle D1] Lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale, elle est le DP.

¹¹ [Règle D2] Lorsqu'il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie, elle est le DP.

Le chapitre IV du *Bulletin officiel* spécial n° 2009/5 *bis* a vu apparaître une numérotation des règles à appliquer dans les différentes situations 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.

1. Le dossier concerne une patiente hospitalisée pour une rétention aigue d'urine après une infection urinaire à *Escherichia coli*. Elle est par ailleurs traitée pour un syndrome dépressif depuis 1992. Les diagnostics principaux discutés sont : établissement : état anxieux (F41.8 *Autres troubles anxieux précisés*) ;

- contrôleur : rétention aigue d'urine (R33 *Rétention d'urine*) ;
- ATIH : confirmation du choix du contrôleur.

Argumentaire du médecin contrôleur : « Patiente hospitalisée pour rétention d'urine. La pathologie psychiatrique n'a pas motivé l'admission de la patiente dans l'unité médicale et ne peut donc pas être notée en DP. »

Argumentaire de l'établissement : « À son admission en médecine la rétention aiguë d'urine n'est plus présente (cf. compte rendu de sortie "À son admission, [la] patiente est apyrétique et ne présente pas de douleur en fosses lombaires. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique associé. La bandelette urinaire et l'ECBU sont négatifs. Nous ne retrouvons donc pas d'argument en faveur d'une pyélonéphrite et décidons de retirer la sonde urinaire et de surveiller la diurèse qui s'avèrera strictement normale". Par contre la patiente présente un état anxio-dépressif décompensé qui a justifié véritablement son hospitalisation et sa prise en charge (cf. compte rendu de sortie) [...] ».

Dans les pièces du dossier communiquées l'ATIH constate que la patiente est adressée aux urgences pour rétention aiguë d'urine. L'interrogatoire recueille la notion d'une anurie depuis le matin 11 heures. La rétention est confirmée par l'examen clinique d'entrée qui constate un globe vésical, par un *bladder scan* qui évalue le contenu vésical à 500 cc et par un cathétérisme urétrovésical qui permet d'évacuer 2040 cc d'urine pendant la durée du passage aux urgences. Au terme de celui-ci la patiente est hospitalisée avec pour motif d'entrée « rétention aiguë d'urine au décours d'une infection urinaire à *Escherichia coli* ». L'ATIH conclut que la symptomatologie d'entrée est la rétention. L'infection évoquée n'est pas confirmée. Il n'est pas trouvé de cause. C'est donc la règle D2 du guide des situations cliniques qui s'applique : le diagnostic principal est la symptomatologie explorée, la rétention d'urine.

Le syndrome dépressif qui justifie un avis psychiatrique et une adaptation du traitement est un diagnostic associé significatif.

L'argumentaire de l'établissement montre que le choix du problème psychiatrique pour DP correspond à l'ancienne définition de ce dernier qui n'a alors plus cours. Il a été tenu compte de ce qui est estimé avoir finalement mobilisé l'essentiel des soins, non du problème de santé motif de l'admission.

2. Le dossier concerne un patient de 80 ans hospitalisé en raison de la découverte de métastases osseuses par son médecin traitant. Des métastases hépatiques sont diagnostiquées mais la tumeur primitive n'est pas décelée. Les diagnostics principaux discutés sont : établissement : soins palliatifs (Z51.5 *Soins palliatifs*) ;

- contrôleur : chimiothérapie antitumorale (Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*) ;
- UCR : métastases hépatiques (C78.7 *Tumeur maligne secondaire du foie et des voies intrahépatiques*) ;
- ATIH : tumeur maligne primitive de localisation inconnue (C80.+0 *Tumeur maligne primitive de siège inconnu*).

L'argumentaire de l'établissement se limite à l'affirmation : « Désaccord. Soins palliatifs délivrés. » Pour sa part le contrôleur constate : « Pas de prise en charge multidisciplinaire au

sens des circulaires DHOS du 19/02/2002 et du 25/03/2008. ». L'UCR enfin observe que « Au vu des pièces du dossier médico-infirmier, il semble à l'UCR que le DP ne peut être ni "soins palliatifs" (du fait, notamment, de l'absence de prise en charge multidisciplinaire), ni séance de chimiothérapie pour tumeur. »

L'ATIH constate que le compte rendu d'hospitalisation évoque des soins palliatifs (« soins purement symptomatiques et palliatifs ») mais que les pièces transmises, qui incluent les transmissions infirmières, ne mentionnent pas les critères qui les définissent (guide méthodologique, chapitre IV) et que l'argumentaire de l'établissement est limité à l'affirmation précitée sans élément justificatif.

Il n'est pas mentionné de séance de chimiothérapie, ni dans le compte rendu d'hospitalisation ni dans le dossier infirmier. Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* n'est pas un diagnostic pour ce séjour.

Le diagnostic principal est le problème de santé qui a motivé l'admission, déterminé à la sortie selon le *guide des situations cliniques*. La situation est celle d'un patient chez lequel vient d'être découverte une maladie cancéreuse (des douleurs ayant conduit à la découverte des lésions osseuses) hospitalisé pour la recherche de la tumeur primitive ; le compte rendu d'hospitalisation indique : « ni par l'interrogatoire de Mr... ou l'interrogatoire de sa femme, ni par le scanner corps entier nous n'avons pu découvrir de primitif ». Une ou des métastases hépatiques sont découvertes. La situation clinique est celle du bilan initial d'extension d'un cancer, ici découvert sous la forme de métastases osseuses. Le « protocole thérapeutique » en est déduit, il est l'abstention (compte rendu d'hospitalisation : « nous restons sur des soins purement symptomatiques et palliatifs »). C'est la règle D9¹² qui s'applique, le diagnostic principal est le caractère inconnu de la localisation de la tumeur maligne primitive (C80.+0 *Tumeur maligne primitive de siège inconnu*). La métastase hépatique (C78.7 *Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques*), inconnue à l'admission, diagnostiquée pendant le séjour, est un diagnostic associé significatif.

3. Le dossier concerne une patiente de 42 ans hospitalisée en raison d'une diarrhée et d'une dénutrition. Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre la diarrhée (K52.9 *Gastroentérite et colite non infectieuse* ou K59.1 *Diarrhée fonctionnelle*) et une surveillance diététique (Z71.3 *Surveillance et conseils diététiques*). Les diagnostics principaux discutés sont :

- établissement : diarrhée (K52.9 *Gastroentérite et colite non infectieuse*) ;
- contrôleur : surveillance diététique (Z71.3 *Surveillance et conseils diététiques*) ;
- UCR : diarrhée fonctionnelle (K59.1 *Diarrhée fonctionnelle*) ;
- ATIH : confirmation du choix de l'établissement.

L'ATIH observe que la patiente a été hospitalisée à l'initiative d'un médecin nutritionniste pour rechercher une étiologie à la diarrhée. La *situation clinique* est donc de diagnostic. Les pièces transmises n'énoncent pas de diagnostic étiologique. Celui de diarrhée fonctionnelle est absent. C'est la règle D2 qui s'applique : le diagnostic principal est la symptomatologie explorée restée sans diagnostic causal, la diarrhée. Il ne s'agit pas d'une diarrhée aiguë, récente ; le paragraphe « Histoire de la maladie » du compte rendu d'hospitalisation date son début de 4 mois avant l'hospitalisation. Conformément à la CIM-10 son code est K52.9

¹² [Règle D9] On désigne par « bilan initial d'extension d'un cancer » le séjour au cours duquel sont effectuées les investigations suivant la découverte – le diagnostic positif – d'une maladie maligne, investigations notamment nécessaires pour déterminer son stade (par exemple selon la classification TNM) et pour décider du protocole thérapeutique qui sera appliqué, (bilan dit de « stadification » préthérapeutique). Au terme du séjour le DP est la tumeur maligne.

Gastroentérite et colite non infectieuse ; c'est le code donné par l'index alphabétique aux entrées « Diarrhée, chronique (non infectieuse) » et « Diarrhée, non infectieuse » ; il est conforme à la note de la catégorie A09 dans le volume 1.

I.2 4. LA SITUATION CLINIQUE DE *TRAITEMENT*

Les demandes d'avis relevant de ce thème sont peu nombreuses.

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 en 2009 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 déjà fait lors 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).

Cinq dossiers d'un même établissement de santé concernent des lipomodélages de symétrisation mammaire après tumorectomie ou mastectomie suivie de reconstruction par lambeau. Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre une chirurgie réparatrice (Z42.1 Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein) et une chirurgie dite de confort (Z41.80 Intervention de confort). Ce sont ainsi les règles T5¹³ et T6¹⁴ du guide méthodologique qui sont concernées. Le différend porte aussi sur le codage des actes entre, d'une part QZEA045 *Autogreffe souscutanée susfasciale de tissu celluloadipeux pour comblement de dépression cutanée, par abord direct*, d'autre part QZLB001 *Injection souscutanée susfasciale de tissu adipeux*. L'une des demandes et l'avis rendu sont reproduits *in extenso* en annexe.

Les autres saisines relatives à la situation de traitement portent sur 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). Les médecins contrôleurs de l'assurance maladie utilisent en outre des critères et un arbre de décision élaboré en 2008. Les points saillants des avis rendus relatifs à ces situations sont présentés ci-dessous.

1. Le dossier concerne une patiente âgée 35 ans, atteinte d'un cancer du sein métastatique, hospitalisée pour des dorsalgies rebelles et une mycose buccale.

- établissement : soins palliatifs (Z51.5 *Soins palliatifs*) ;
- contrôleur : dorsalgies (R52.9 *Douleur sans précision* ou R52.1 *Douleur chronique irréductible*) ;

¹³[Règle T5] Le DP doit être codé avec un code des chapitres I à XIX ou un code de la catégorie Z42

¹⁴[Règle T6] Le DP de ces séjours doit être codé Z41.8 Intervention de confort, à l'exclusion de tout autre code.

- UCR : dorsalgies (R52.1 *Douleur chronique irréductible*) ;
- ATIH : confirmation du choix de l'UCR.

L'étude des pièces communiquées apprend que la patiente reçoit au cours du séjour un traitement antalgique et anticandidosique. Une scanographie rachidienne montre les métastases osseuses connues, déjà irradiées quelques mois plus tôt.

Le compte rendu d'hospitalisation ne mentionne pas de soins palliatifs. L'argumentaire de l'établissement est : « le kiné est passé, a vu la patiente ». La kinésithérapeute mentionne une « reprise de contact ». Un massage demandé par la patiente n'est pas effectué car il est contraindiqué. Cet échange verbal à la veille de la sortie ne permet pas de considérer que de la kinésithérapie ait été effectuée. Les éléments du dossier transmis ne mentionnent pas de prise en charge multidisciplinaire. L'essentiel de l'effort de soins du séjour n'est pas une prise en charge correspondant à la définition des soins palliatifs.

Selon le compte rendu d'hospitalisation les dorsalgies sont bien un des deux problèmes de santé qui a motivé l'hospitalisation. La prise en charge algologique respecte la définition du diagnostic principal et le *guide des situations cliniques* (règle T2¹⁵) Les éléments communiqués décrivent en effet des douleurs rebelles, déjà irradiées 3 mois plus tôt.

Entre les codes R52.9 *douleur, sans précision* et R52.1 *douleur chronique irréductible* c'est le second qui correspond le plus précisément à l'information du dossier.

2. Deux dossiers d'une même région concernent des patients atteints d'affections dégénératives du système nerveux central (une sclérose latérale amyotrophique, une sclérose en plaques) responsables de troubles de la déglutition dont l'aggravation nécessite la mise en place d'une gastrostomie. Les diagnostics principaux discutés sont :

- établissement : atteinte nerveuse (G52.1 *Affection du nerf glossopharyngien*, G52.3 *Affection du nerf grand hypoglosse*).
- contrôleur : Z43.1 *Surveillance de gastrostomie*
- ATIH : Z43.1 *Surveillance de gastrostomie*

En ce qui concerne G52.1 et G52.3 on constate en effet que l'atteinte nerveuse correspondante n'est pas mentionnée dans les pièces du dossier. Dans l'esprit d'un codage étiopathogénique on aurait mieux compris un diagnostic principal correspondant à la maladie neurologique puisque l'indication, au contraire des atteintes du glossopharyngien ou du grand hypoglosse, en est présente dans le compte rendu d'hospitalisation.

Quoi qu'il en soit, la maladie neurologique ou l'atteinte nerveuse crânienne qui en procède, est une affection chronique. Il découle des consignes du *guide des situations cliniques* qu'une affection chronique ou de longue durée ne peut être le diagnostic principal d'une hospitalisation que dans les circonstances de son diagnostic initial, de *traitement unique*, de *poussée aiguë*, éventuellement de décès. Que l'on considère la maladie neurologique dégénérative dans sa globalité ou sous l'angle de l'atteinte d'un nerf crânien particulier, le séjour objet du différend n'est concerné par aucune de ces situations cliniques. Le diagnostic positif de la maladie neurologique dégénérative a été antérieurement établi.

¹⁵ [Règle T2] Dans les situations de traitement répétitif le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (codes « Z »), il fait mentionner l'affection traitée comme diagnostic relié (DR) toutes les fois qu'elle respecte sa définition ; il existe des exceptions : – le traitement de la douleur chronique rebelle R52.1 – L'évacuation d'ascite R18–. Dans les 2 cas le DP n'est pas un code « Z », il ne doit pas être mentionné de DR dans le RUM.

Les situations de *poussée aiguë* et le décès sont hors sujet. L'atteinte d'un nerf crânien n'est donc pas le diagnostic principal du séjour.

Les troubles de la déglutition sont connus. L'indication de la gastrostomie résulte de leur aggravation progressive. L'admission a pour objectif la réalisation de la gastrostomie. La situation clinique est de *traitement unique*. Le diagnostic principal est la gastrostomie (Z43.1 *Surveillance de gastrostomie*) conformément à la règle T7¹⁶. L'emploi de Z43.1 en ce sens respecte l'alinéa a) figurant en tête du chapitre XXI du volume 1 de la CIM-10, à l'égal de l'emploi des codes de *surveillance de stomie* comme diagnostic principal des séjours dévolus à leur fermeture (*Guide méthodologique de production des informations*).

II. LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

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

Par rapport à 2008 leur définition a été précisée dans le guide méthodologique de 2009 à la demande du comité technique de médecine, chirurgie et obstétrique. En 2009 « 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).

1. Un dossier concerne une patiente âgée de 82 ans, hospitalisée pour une suspicion d'accident vasculaire cérébral. L'examen clinique ne constate que des séquelles d'AVC anciens. La scanographie ne montre pas de lésion récente.

Le désaccord porte sur le caractère significatif de diagnostics associés : un trouble du rythme cardiaque, fibrillation auriculaire (I48 *Fibrillation et flutter auriculaires*) ou tachycardie supraventriculaire (I47.1 *Tachycardie supraventriculaire*), la présence de prothèses de hanche (Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques*), une œsophagite (K20 *Œsophagite*), une anomalie métabolique (LDL cholestérol élevé ?) (E78.9 *Anomalies du métabolisme des lipoprotéines, sans précision*), des séquelles d'infarctus cérébral (I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*), une insuffisance rénale chronique (N18.9 *Insuffisance rénale chronique, sans précision*), la prise d'anticoagulant (Z92.1 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants*) et la prise d'autre(s) médicament(s) (Z92.2 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'autres médicaments*).

- établissement : I47.1, Z96.6, K20, E78.9 ;
- contrôleur : I47.1, E78.9 ;
- UCR : I48, Z96.6, N18.9, I69.3, Z92.1, Z92.2 ;
- ATIH : I48, E78.9, I69.3, N18.9, Z92.1.

¹⁶ [Règle T7] Une intervention motivant une prise en charge dont le codage fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z48.

Les choix de l'ATIH étaient expliqués comme suit :

Tenant compte de la définition d'une prise en charge diagnostique donnée par le guide méthodologique — « Par *prise en charge diagnostique* on entend la mise en œuvre des moyens nécessaires au diagnostic d'une affection nouvelle (par exemple, une affection aiguë intercurrente) ou au « bilan » d'une affection préexistante [...] » — l'ATIH constate que les diagnostics suivants respectent la définition d'un DAS :

- la fibrillation auriculaire (I48) car son diagnostic par un électrocardiogramme est mentionné dans le dossier ;
- l'anomalie lipoprotéique (E78.9) du fait du bilan lipidique effectué ;
- les séquelles d'accident vasculaire cérébral (I69.3) parce qu'elles ont justifié un bilan (scanographie, électroencéphalogramme) ;
- l'insuffisance rénale connue (N18.9), le dosage de la créatininémie pouvant être rattaché à la notion de bilan de celle-ci.

La définition d'une prise en charge thérapeutique donnée par le guide méthodologique est : « Par *prise en charge thérapeutique* on entend la réalisation d'un traitement :

- traitement médicamenteux quelles qu'en soient la posologie et la voie d'administration, y compris la simple poursuite d'un traitement suivi à domicile [...] »

En conséquence le traitement par antivitamine K justifie le code Z92.1 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants* comme DAS.

En revanche, l'ATIH observe que les prothèses de hanche (Z96.6) ne sont citées qu'à titre d'antécédent. Elles ne motivent aucune prise en charge propre. Les pièces transmises n'indiquent pas de majoration de l'effort de soins qui leur soit due. Le codage de leur présence ne respecte donc pas la définition d'un DAS. L'œsophagite (K20) n'est aussi qu'un antécédent.

Quant au code Z92.2 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'autres médicaments* il est observé qu'il pose moins la question du respect de la définition d'un DAS que de son opportunité. Son sens — prise de médicament(s) autre(s) qu'anticoagulant — l'autorise *a priori* dans tous les dossiers de patients hospitalisés.

À propos des diagnostics associés significatifs il est nécessaire d'attirer l'attention sur deux faits :

- la définition d'un DAS n'impose pas une prise en charge thérapeutique ; le guide parle de prise en charge diagnostique ou thérapeutique, c'est-à-dire de prise en charge diagnostique seule, ou de prise en charge thérapeutique seule, ou des deux ;
- un DAS ne doit pas être confondu avec une complication ou morbidité associée (CMA) ; ainsi, parmi les DAS sujets du différend I47.1, Z96.6, E78.9, I69.3, N18.9, Z92.1 et Z92.2 ne sont pas des CMA ; seul I48 l'est.

2. Le dossier concerne une femme hospitalisée pour un accouchement avec présentation du siège décomplété. L'accouchement est eutocique. Le désaccord porte sur l'association au diagnostic principal d'accouchement (O80.1 *Accouchement spontané par présentation du siège*) d'un diagnostic de soins maternels (O32.1 *Soins maternels pour présentation du siège*).

- établissement : O80.1 *Accouchement spontané par présentation du siège* ; O32.1 *Soins maternels pour présentation du siège* ;

- contrôleur : O80.1 *Accouchement spontané par présentation du siège* ;
- ATIH : O80.1 *Accouchement spontané par présentation du siège*.

L'établissement justifie l'association de O32.1 par la réalisation de manœuvres obstétricales. Le contrôleur fait valoir que l'accouchement est précisé eutocique dans le dossier médical et que les manœuvres obstétricales sont constantes dans les accouchements par le siège.

L'ATIH constate que les éléments du dossier décrivent un accouchement spontané par le siège, les manœuvres de Lovset et de Moriceau permettant une extraction sans difficulté. En l'absence de dystocie, le diagnostic principal est un accouchement par le siège avec manœuvres dont le code est O80.1 *Accouchement spontané par présentation du siège*. Il inclut l'épisiotomie (voir la note d'inclusion relative à la catégorie O80).

Au vu des pièces communiquées, aucune autre prise en charge de la mère pendant le séjour ne justifie l'association de O32.1 *Soins maternels pour présentation du siège*. La rupture des membranes s'est produite spontanément à 1 heure, le travail a débuté au moment de l'admission. O32.1 *Soins maternels pour présentation du siège*, conformément à la note d'inclusion figurant sous le titre de sa catégorie (et commune à toutes les catégories O32–O35 intitulées *Soins maternels pour...*), est à réserver aux séjours de l'*ante partum*.

3. Le dossier concerne un patient de 71 ans souffrant de coxarthrose hospitalisé pour la mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite. Une rétention urinaire postopératoire justifie un sondage vésical et une échographie postmictionnelle.

Le désaccord porte sur la mention de la rétention (R33 *Rétention d'urine*) par l'établissement en tant que diagnostic associé significatif. L'argumentation du médecin contrôleur s'appuie entre autres sur l'absence de mention de la rétention dans le compte rendu d'hospitalisation.

L'ATIH confirme le choix de l'établissement au motif que la rétention a été diagnostiquée, a motivé la mise en place d'une sonde urinaire pendant 3 jours ; par ailleurs, une échographie de contrôle du résidu postmictionnel a été réalisée 2 jours après l'ablation de cette sonde.. Il y a ainsi eu prise en charge diagnostique et thérapeutique. L'absence de mention de la rétention dans le compte rendu d'hospitalisation n'est pas synonyme d'absence dans le dossier médical du patient qui ne se limite pas à ce compte rendu (art. R1112-2 du code de la santé publique). La rétention est mentionnée dans le compte rendu de l'échographie postmictionnelle.

III. LE CODAGE AVEC LA CIM–10

L'ATIH a émis 11 avis relevant de ce thème.

1. Le dossier du paragraphe relatif aux diagnostics associés significatifs (femme hospitalisée pour un accouchement avec présentation du siège décomplété) donne l'occasion de rappeler une règle de la CIM–10 d'usage fréquent qui est illustrée par la note figurant en tête du groupe concerné : « Les catégories O80–O84 [...] ne doivent être utilisées pour le codage de la cause principale que si aucune autre condition du chapitre XV n'est mentionnée ». Dans le dossier examiné, si la « condition » O32.1 avait été justifiée, ce code aurait dû être considéré comme le diagnostic principal, et le, code O80.1 n'aurait alors plus eu de justification.

2. Le dossier concerne une patiente âgée de 92 ans hospitalisée en raison d'une fièvre. Un foyer pulmonaire et un épanchement pleural droits sont diagnostiqués. Le désaccord porte sur le code du diagnostic principal entre J18.0 *Bronchopneumopathie, sans précision*, choix de l'établissement, et J18.8 *Autres pneumopathies, microorganisme non précisé* choix du contrôleur.

L'ATIH ne retient aucun des deux codes proposés et donne le choix entre J18.1 *Pneumopathie lobaire, sans précision* ou J18.9 *Pneumopathie, sans précision*. Elle constate en effet que le compte rendu d'hospitalisation mentionne explicitement une pneumopathie, non une bronchopneumopathie. J18.0 *Bronchopneumopathie, sans précision* est ainsi inapproprié. Le sens de J18.8 *Autres pneumopathies, microorganisme non précisé*, par construction de la CIM-10, est « autres pneumopathies **précisées** que celles classées de J18.0 à J18.2 ». J18.8 est donc aussi erroné. Le code approprié pour la pneumopathie est J18.9 *Pneumopathie, sans précision*, éventuellement J18.1 *Pneumopathie lobaire, sans précision* si, dans le compte rendu de la radiographie des poumons on comprend « foyer postérobasal » comme « foyer lobaire ».

3. Le dossier concerne un patient atteint de cirrhose alcoolique hospitalisé pour hémorragie digestive. Une insuffisance rénale fonctionnelle est par ailleurs constatée. Le désaccord porte sur le codage de l'insuffisance rénale fonctionnelle, entre N17.9 *Insuffisance rénale aiguë, sans précision* selon l'établissement, et R39.2 *Urémie extrarénale* pour le contrôleur.

Les argumentaires de l'établissement et du contrôleur citent une consigne de codage présente dans la version du *Guide méthodologique de production des informations* publiée en tant que *BO spécial n° 2010/5 bis*. L : l'établissement souligne que cette consigne ne s'appliquait pas en 2009, et justifie ainsi son codage ; . Le le contrôleur justifie quant à lui son choix par l'application de ladite consigne.

L'ATIH confirme le choix de l'établissement. La consigne de codage de l'insuffisance rénale fonctionnelle utilisant la catégorie N17 de la CIM-10 figurait dans un *Thesaurus de néphrologie* (P. Landais et coll.) rédigé en collaboration avec la Société de néphrologie et publié en 1998. Le thesaurus avait reçu l'agrément du Pôle d'expertise et référence des nomenclatures de santé (PERNNS). En l'absence d'entrée *insuffisance rénale fonctionnelle* dans l'index alphabétique de la CIM-10 et d'autre consigne de codage, les établissements étaient fondés à respecter le thesaurus jusqu'au 28 février 2010 puisque le *Guide méthodologique de production des informations (BO spécial n° 2010/5 bis)* a imposé à partir du 1^{er} mars 2010 l'abandon du codage antérieur et l'emploi de R39.2 *Urémie extrarénale*. Le *Guide méthodologique* et le document *Évolution du codage des diagnostics entre la version 10 et la version 11 des GHM* qualifient de consigne le codage de l'insuffisance rénale fonctionnelle avec la catégorie N17 selon le thesaurus¹⁷. En conséquence, le codage de l'insuffisance rénale fonctionnelle avec la catégorie N17 est licite.

4. Deux dossiers concernent des patients hospitalisés à la suite d'un traumatisme. Il s'agit dans un cas d'une contusion lombaire, dans l'autre de douleurs de la hanche après une chute. Le premier patient est en état d'ivresse avec une alcoolémie à 2,4 g/l. Pour le second il n'est pas mentionné d'état d'ivresse mais l'alcoolémie est à 2,5 g/l.

Le désaccord porte sur le codage du diagnostic principal.

¹⁷ Toutefois ce n'était pas N17.9 *Insuffisance rénale aiguë, sans précision* qu'indiquait celui-ci mais N17.8 *Autres insuffisances rénales aiguës*.

- établissement :
 - dossier 1 : G54.4 *Affections radiculaires lombosacrées, non classées ailleurs*,
 - dossier 2 : S42.30 *Fracture fermée de la diaphyse humérale* ;
- contrôleur : F10.01 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë, avec traumatismes ou autres blessures physiques* pour les deux dossiers,

La lésion traumatique est enregistrée comme diagnostic associé significatif ;
dossier 1 : contusion lombaire (S30.0 *Contusions des lombes et du bassin*) ;
dossier 2 : contusions de la hanche (S70.0 *Contusion de la hanche*) ;

- ATIH :
 - dossier 1 : contusion lombaire (S30.0 *Contusions des lombes et du bassin*) ;
 - dossier 2 : douleurs de la hanche (M25.55 *Douleur articulaire, hanche*).

Au titre de diagnostic associé significatif l'ATIH choisit F10.0 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë* pour le dossier 1, R78.0 *Présence d'alcool dans le sang* pour le dossier 2.

En termes de situation clinique :

Dossier 1 : la *situation clinique* est de *diagnostic*. Le problème ayant motivé l'admission est la douleur lombaire secondaire à la chute. Les examens, dont l'imagerie (prescription de « radios »), font conclure à une contusion lombaire. C'est la règle D1 qui s'applique, le diagnostic principal est la maladie diagnostiquée. Son code est S30.0 *Contusions des lombes et du bassin*. Les pièces transmises ne contiennent pas d'information justifiant le codage d'une affection radiculaire lombosacrée (G54.4). Si la chute avait été responsable de lésions radiculaires, leur codage aurait de toute manière utilisé le chapitre XIX de la CIM-10 (cf. la note d'exclusion placée en tête de la catégorie G54 et l'entrée « Traumatisme, nerf » de l'index alphabétique).

Outre la contusion lombaire il est conclu à une ivresse aiguë et un prélèvement sanguin révèle une alcoolémie à 2,5 g/l. L'ivresse (F10.0 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë*) est un diagnostic associé significatif.

Dossier 2 : la *situation clinique* est aussi de *diagnostic*. Le problème ayant motivé l'admission est la douleur de la hanche secondaire à une chute. Il n'est pas mis en évidence de lésion osseuse. Il est conclu à une douleur de la hanche. C'est la règle D2 qui s'applique ici, le diagnostic principal est le problème qui a motivé les examens, M25.55 *Douleur articulaire, hanche*. Le codage d'une fracture humérale n'est pas justifié car le dossier montre qu'il s'agit d'un antécédent à l'égard duquel il n'est indiqué aucun soin.

Le code pour l'alcoolémie (2,4 g/l) est R78.0 *Présence d'alcool dans le sang*. Les pièces transmises ne mentionnent pas de trouble du comportement justifiant le codage d'un état d'ivresse (F10.0 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë*), au contraire : à l'entrée la chute est dite avoir la maladresse pour cause et, hors la douleur de la hanche, l'examen clinique est dit « sans particularité ».

Les deux dossiers, plus qu'une question de choix du diagnostic principal, posent une question de choix de codes de diagnostics.

Dans ces situations il faut retenir deux notions :

- l'importance des consignes relatives à l'emploi des extensions du chapitre V de la CIM-10 publiées depuis 2007 par l'ATIH sur son site Internet et dans les différents guides ou manuels ;

- une alcoolémie élevée ne doit pas être systématiquement codée F10.0 ; en l'absence de mention de troubles du comportement (d'ivresse, d'ébriété...) c'est R78.0 *Présence d'alcool dans le sang* qui s'impose.

IV. LE CODAGE DES ACTES MÉDICOTECHNIQUES

Une seule saisine a été à l'origine d'une question sur un acte. Elle concerne le séjour d'un patient hospitalisé pour rétablissement de la continuité iléale 3 mois après résection rectale avec anastomose colorectale protégée par une iléostomie.

- établissement : HGFA007 *Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie* ;
- contrôleur : HGMA005 *Rétablissement secondaire de la continuité digestive après résection de l'intestin grêle, par laparotomie* ;
- ATIH : HGSA001 *Fermeture d'entérostomie cutanée, par abord direct*.

Selon l'ATIH, HGMA005 ne convient pas car l'intervention à l'origine de l'iléostomie n'est pas une résection du grêle mais une résection colorectale. L'iléostomie réalisée est une iléostomie de protection d'une anastomose colorectale d'aval, elle ne résulte pas d'une résection du grêle sans rétablissement de la continuité.

HGFA007 ne convient pas non plus car l'intervention réalisée ne consiste pas en une résection iléale achevée par un rétablissement de la continuité intestinale. Le patient étant porteur d'une iléostomie du fait d'une intervention antérieure, l'intervention consiste en la fermeture de celle-ci. La « courte résection de l'iléon » (lettre du 7 aout) effectuée n'est qu'un temps du rétablissement de la continuité. Elle a pour rôle, s'agissant d'une iléostomie latérale (*ib.*), de préparer deux extrémités iléales (anse afférente et anse efférente) pour l'anastomose.

Le code approprié est HGSA001 *Fermeture d'entérostomie cutanée, par abord direct*.

Il convient de noter par ailleurs que l'usage du HJAD001 *Dilatation ou incision de sténose anorectale* fait par l'établissement et le contrôleur est erroné : l'acte réellement réalisé est une dilatation d'une sténose anastomotique iléorectale.

Conclusion

Les saisines de l'année 2011 (résultant de la campagne de contrôles de 2010 portant sur l'activité de 2009 des établissements de santé) confirment le mouvement déjà observé l'année précédente d'une diminution de leur nombre : 65 dossiers ont ainsi été soumis à l'avis de l'ATIH dans le cadre de la campagne de contrôle considérée. À l'origine de l'inversion de la courbe que l'on connaissait depuis les premières saisines se trouve la circulaire N°DHOS/F1/ATIH/ 2009/324 du 26 octobre 2009, dont une annexe, qui fixait un nombre maximal de dossiers à soumettre par région, dans les suites d'une année où l'ATIH avait traité 600 saisines.

65 dossiers ont été traités dans le cadre de cette campagne de contrôles. Parmi ces dossiers, 45 ont été transmis par les responsables des unités de coordination régionale (UCR), 9 par les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et 9 sont sans indication relative à l'origine de la demande de saisine.

L'ATIH souligne l'importance de la présence 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. La non disponibilité de ces pièces peut conduire à une absence d'avis de l'ATIH.

ANNEXE



Fiche de saisine de l'ATH pour demande d'expertise
dans le cadre des contrôles de la T2A

Saisine initiée par : l'UCR
Région :
Année et période des données concernées :

le DARS
Responsable de l'UCR :
de mars 2009 à décembre 2009 FG v11
(préciser la version de la classification)

Dossier n° : 143

Thème : chirurgie du sein : lipomodelage

Résumé du cas clinique : patiente de 54 ans, ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire différée gauche par lambeau myo-cutané-graisseux du grand dorsal et lambeau d'avancement abdominal. Un lipomodelage du sein reconstruit associé à une symétrisation a été réalisé lors d'un deuxième temps opératoire. À l'examen il existe une petite asymétrie de volume avec un sein gauche reconstruit légèrement plus petit que le sein droit et en particulier au niveau du décolleté. La patiente demande une correction de cette asymétrie.
Hospitalisation pour réalisation d'un lipomodelage complémentaire du sein gauche sous anesthésie générale, par transfert de graisse prélevée sur les régions trochantériennes et la face postérieure des cuisses et lipoaspiration des contours mammaires.

Codage de l'établissement

(codes et libellés)

DP : Z42.1

DR : Z90.1

DAS :

Actes : QZEA045

QZJB003

ZZLP030

Codage du contrôleur ou de l'UCR

(codes et libellés)

DP : Z41.80

DR : Z90.1

DAS :

Actes : QZLB001 – 1

QZLB001 – 4

QZJB003

Argumentaire de l'établissement

...La greffe de tissu gras, que nous appelons lipomodelage pour la chirurgie du sein (technique mise au point et développée depuis 1998 [...]), est une autogreffe sous-cutanée sus-faciale de tissu cellulo-adipeux. Elle consiste à prélever le tissu gras en excès sur le ventre ou les cuisses par des incisions cutanées, puis à transférer ce tissu gras dans les zones en dépression et qui manquent de volume. Le code utilisé est le code QZEA045 dont l'intitulé est dans la CCAM : autogreffe sous-cutanée sus faciale de tissu cellulo-adipeux, pour comblement de dépression cutanée, ce qui est exactement ce qui est réalisé dans les cas qui nous concernent,, Dans tous les cas où nous avons facturé la greffe de tissu cellulo-adipeux à l'assurance maladie, il s'agissait bien d'une greffe de tissu cellulo-adipeux en région sus-faciale, et il s'agissait dans tous les cas d'interventions de chirurgie réparatrice...

Cf. argumentaire complet, joint en annexe A.



Argumentaire du contrôleur ou de l'UCR

Désaccord DP Z42.1 et acte QZEA045, remplacés par DP Z41.80 et acte QZLB001 : patiente de 54 ans, ayant bénéficié d'une chirurgie pour cancer mammaire gauche, hospitalisée pour lipomodélage du sein gauche + lipoaspiration, La technique décrite dans le CRO est :

– prélèvement de graisse (350cc) au niveau région trochantérienne et cuisses – Centrifugation : obtention de 243 cc de graisse utile – transfert des 160 cc par des incisions cutanées multiples au niveau des zones déprimées afin de remodeler et augmenter le sein reconstruit, puis lipoaspiration de 80 cc pour définir les contours mammaires. Cet acte est une lipostructure selon la technique de Coleman, telle que décrite dans l'EMC (A.MOJALLAL – P.BRETON – E.DELAY – J-L FOYATIER. Greffe d'adipocyte : application en chirurgie plastique et esthétique. EMC 4512512004. Elle consiste, après purification par centrifugation de la graisse prélevée par lipoaspiration, en un transfert par injections croisées du tissu adipeux au moyen de fines canules par de ponctuelles incisions transpariétales faites à distance du site d'injection. Cette technique correspond au code CCAM QZLB001 soumis à EP et non remboursable dans cette indication. Pour rappel, l'acte QZEA045 désigne une autogreffe du tissu adipeux à "ciel ouvert" utilisée avant la pratique de la lipoaspiration. Par ailleurs, l'acte QZJB003 n'est pas pris en charge à la CCAM.

De plus, même si on admettait la cotation de l'acte QZEA045, on ne serait pas dans une indication prise en charge, car il ne s'agit pas d'une séquelle chirurgicale sévère, au vu du compte rendu opératoire.

La CCAM n'autorise pas les assimilations, et son évolution relève des seules propositions des sociétés savantes auprès des instances compétentes.

Dans ce cas, tout acte médico-technique non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire est une intervention de confort au sens de la règle T6 du Guide méthodologique de production des résumés de séjours du PMSI en MCO (Annexe II de l'arrêté du 20 janvier 2009), le DP est alors Z41.80.

Cf. argumentaire détaillé joint en annexe B.

Synthèse de la demande : conformément au guide méthodologique de production des résumés de séjours du PMSI en MCO, il s'agit d'un acte de chirurgie dite "de confort", car cette intervention chirurgicale n'est pas remboursée par l'Assurance maladie et est distincte de la chirurgie esthétique. Le DP doit être codé 241.80 intervention de confort à l'exclusion de tout autre code. Demande de confirmation du code 241.80 pour le DP de ce séjour.

Tel que décrit au compte rendu opératoire (lipomodélage, pour la chirurgie reconstructrice du sein, avec lipoaspiration, centrifugation et transfert), il s'agit bien du code CCAM QZLB001, mais qui ne peut être pris en charge en dehors du visage suite à une trithérapie ce qui n'est pas le cas dans ce dossier. Même si non facturable, demande de confirmation du code QZLB001.

Ci-joint la fiche n° 6 du rapport de contrôle et toutes les photocopies rendues anonymes du dossier médical.

Annexe A

Argumentaire développé par l'établissement

Je voudrais apporter des précisions concernant les greffes de tissu graisseux qui ont fait l'objet d'un contrôle par l'assurance maladie, dans le cadre de l'ACA.

L'autogreffe sous-cutanée sus-faciale de tissu graisseux est une technique qui a permis de modifier profondément la chirurgie réparatrice du sein en améliorant ses résultats et en réduisant les séquelles, les contraintes et également les durées d'intervention et d'hospitalisation.

La greffe de tissu graisseux, que nous appelons lipomodelage pour la chirurgie du sein (technique mise au point et développée depuis 1998 dans mon service

est une autogreffe sous-cutanée sus-faciale de tissu cellulo-adipeux. Elle consiste à prélever le tissu graisseux en excès sur le ventre ou sur les cuisses par des incisions cutanées. Puis à transférer ce tissu graisseux dans les zones en dépression et qui manquent de volume. Le code utilisé est le code QZEA045 dont l'intitulé est dans la CCAM : **autogreffe sous-cutanée susfaciale de tissu cellulo-adipeux, pour comblement de dépression cutanée, ce qui est exactement ce qui est réalisé dans les cas qui nous concernent**. Ce geste est peu remboursé par l'assurance maladie (167 €). C'est pourquoi un code spécifique a été demandé depuis 6 ans au niveau national par le Syndicat National de Chirurgie Plastique Reconstructrice et

Esthétique afin de permettre un remboursement par l'assurance maladie à la hauteur du temps opératoire et de la technicité nécessaire.

Cette démarche n'a pas encore aboutie, et en attendant le Syndicat National nous a conseillé de continuer à utiliser le code QZEA045. Une démarche a été relancée il y a quelques mois, en collaboration avec la Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et

Esthétique, et semble avancer favorablement, ce qui permettra de sortir de cette sous-cotation actuelle et de l'ambiguïté supposée, qui peut laisser une place à des interprétations divergentes de la CCAM.

Concernant l'utilisation en reconstruction mammaire de l'auto-greffe de tissu adipeux, elle permet de **se passer de prothèse dans la reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal, et d'éviter ainsi les coques sources de nombreux changements de prothèse qui représentent eux-mêmes des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie et des inconvénients et désagréments pour les patientes.**

Concernant l'utilisation de l'auto-greffe de tissu adipeux dans les séquelles de traitement conservateur, elle permet d'éviter d'avoir recours au lambeau de grand dorsal qui a ses contraintes propres, notamment en terme de douleurs et de cicatrices (cicatrice dorsale transversale). Elle permet de réduire le coût de l'intervention (coût d'un lambeau de grand dorsal 503€ selon la CCAM) et de réduire les coûts d'hospitalisation (durée d'hospitalisation de 5 à 6 jours pour la lambeau de grand dorsal contre un jour pour le lipomodelage).

Concernant l'utilisation de l'auto-greffe de tissu graisseux dans le syndrome de Poland, il s'agit d'un apport considérable qui permet d'éviter l'utilisation d'un lambeau de grand dorsal avec son coût (503€) et son hospitalisation importante (5 à 7 jours) et d'éviter la gêne et la cicatrice dorsale. Il permet aussi d'éviter de nombreux changements de prothèses, et des résultats pauvres des reconstructions mammaires dans cette situation difficile. Le

lipomodelage dans le syndrome de Poland est une avancée importante dans cette affection rare et orpheline (1 / 30000 naissances). L'utilisation de l'auto-greffe de tissu graisseux est également un progrès important dans les malformations sévères du sein avec hypotrophies mammaires unilatérales et dans certaines formes de seins tubéreux sévères.

Dans tous les cas où nous avons facturé la greffe de tissu cellulo-adipeux à l'assurance maladie, il s'agissait bien d'une greffe de tissu cellulo-adipeux en région sus-fasciale, et il



s'agissait dans tous les cas d'interventions de Chirurgie réparatrice. Le problème principal que pourrait retenir le est le faible remboursement de ce code, ce qui pourrait entraîner un manque à gagner par rapport à la durée opératoire et à la charge de travail. Il paraît surprenant que l'assurance maladie trouve à redire à ce code qui est peu favorable pour notre établissement. **Quand à considérer la Chirurgie réparatrice après cancer du sein comme une chirurgie esthétique non prise en charge par l'assurance maladie, cela apparaît pour le moins surprenant ; et apparaîtrait sans doute comme provocateur, voire injurieux pour les patientes ayant souffert de séquelles importantes après cancer du sein.**

Je pense que tout médecin aurait du mal à défendre le point de vue que la Chirurgie réparatrice après cancer du sein est une Chirurgie Esthétique; et notamment à défendre ce point de vue devant un tribunal ordinal, tant notre métier de médecin est de prendre en charge la détresse de nos patientes, surtout lorsqu'elles ont fait face à une maladie grave et perturbante comme le cancer du sein.

Je pense que la meilleure façon pour que les choses s'arrangent est que les médecins conseils comprennent ce point de vue. Dans le cas contraire, les associations de patientes seraient sans doute très remontées ; et cela engendrerait probablement des remous qui seraient préjudiciables à tout le monde, y compris à l'image de marque de l'assurance maladie.

En pratique je crois qu'il convient de revenir à la raison. Nous n'avons facturé aucune intervention de Chirurgie Esthétique (nous ne réalisons d'ailleurs aucune intervention de chirurgie esthétique au mais uniquement des cas relevant sans discussion de la chirurgie réparatrice). Nous devons traiter les patients avec les techniques les meilleures et actuelles. De plus, **cette technique de greffes de tissu graisseux va fournir une économie importante pour l'assurance maladie dans les années qui viennent, dans la mesure où elle permet d'éviter de nombreux changements de prothèses.**

J'espère que les choses pourront rentrer dans l'ordre à la suite de cette argumentation.

Annexe B

Avis de l'UCR et des médecins contrôleurs sur la cotation de l'acte et du DP

Les différentes étapes décrites dans le compte-rendu opératoire confirment qu'il s'agit d'une autogreffe d'adipocytes selon la méthode décrite par Sydney COLEMAN, un chirurgien américain qui a permis, pour la première fois, la purification de la graisse prélevée par le biais de la **centrifugation** qui élimine les éléments qui ne sont pas greffables (huile, sang). Quelques détails techniques peuvent varier, mais les principes de base de cette méthode sont communs et comportent 3 étapes:

- 1- Le prélèvement d'un tissu graisseux est effectué de façon atraumatique par des micro incisions à l'aide d'une fine canule d'aspiration.
- 2- La purification de la graisse prélevée par centrifugation.
- 3- Le transfert du tissu graisseux se fait à partir des micro incisions de 1 à 2 mm, par injections croisées à distance du site d'injection à l'aide de micro canules.

Cette technique publiée en 1994 et présentée par COLEMAN en Europe pour la première fois en 1998, est devenue depuis, une méthode de référence. Elle est détaillée dans l'encyclopédie médico chirurgicale (EMC) : " Greffe d'adipocytes: applications en chirurgie plastique et esthétique." cet article décrit aussi les autres techniques utilisées entre 1889 et 1994 avant la mise au point par Coleman de la centrifugation de la graisse. (cf Annexe 1)

Cette technique est présentée par La Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (SFCPRE) sur son site internet dans un document intitulé: "*Réinjection de graisse autologue ou lipo-filling ou lipostructure*" (cf Annexe 2). Elle est adoptée par le responsable du service dans sa pratique chirurgicale comme technique de lipomodélage des seins, comme en témoigne la technique opératoire du lipomodélage décrite sur son site internet. (cf annexe 3).

Selon la Classification Commune des Actes de l'Assurance maladie (CCAM), le comblement de dépression cutanée selon Coleman se code QZLB001, cet acte n'est pris en charge par l'Assurance maladie que dans l'indication de "*lipodystrophie iatrogène du visage secondaire à la bithérapie ou trithérapie antiretrovirale*"; ce qui n'est pas le cas ici.

D'après le **guide méthodologique** "*certaines situation de traitement unique imposent en effet pour le DP l'emploi de codes des catégories Z40 à Z 52 de la CIM*". ce qui est le cas pour toute intervention chirurgicale non prise en charge par l'assurance maladie. Le diagnostic principal de ces séjours est Z41.1 ou Z41.80.

Cette position est conforme à une décision prise par l'ATH au cours d'une saisine dans la région Rhône Alpes pour des séjours identiques. (cf annexe 4).

L'acte QZEA045 désigne une autogreffe du tissu adipeux à "ciel ouvert" utilisée avant la découverte de lipoaspiration.

Par ailleurs, la place et l'indication thérapeutique des autogreffes de tissu graisseux dans la chirurgie réparatrice après cancer du sein sont loin d'être démontrées. La SFCPRE publie sur son site internet (www.plasticiciens.org) une recommandation concernant les injections de



graisse dans le sein (cf annexe 5) qui est la suivante :

"Les autogreffes de tissu graisseux ont largement prouvé leur efficacité et leur innocuité au niveau de toutes les régions du corps avec un double effet remarquable de comblement et d'amélioration de la trophicité des tissus injectés.

***Au niveau de la glande mammaire** toutefois, et à ce niveau seulement, **les données scientifiques acquises sont encore actuellement insuffisantes** en ce qui concerne les éventuelles interactions du tissu graisseux injecté avec la glande mammaire.*

*Dans l'attente de données complémentaires, **la SFCPRE ne cautionne pas l'injection de tissu graisseux autologue dans la glande mammaire** en dehors du cadre de protocoles de recherche clinique, comportant en particulier un suivi des patientes à moyen et à long terme."*

Cet avis est basé sans doute sur le fait que le tissu lipidique injecté au niveau du sein a tendance à se scléroser, ce qui donne lieu à la formation des micro calcifications difficiles à distinguer des micro calcifications en relation avec un cancer du sein.

Par ailleurs aucun acte concernant les autogreffes de tissus graisseux n'est inclus dans l'étude menée par la Haute autorité de santé (HAS) sur demande de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) afin d'évaluer les nouvelles modalités de prise en charge de certains actes dans le cadre de la chirurgie réparatrice au décours d'une chirurgie carcinologique mammaire.

Il s'agit des actes: QEMA 012; QEMA 005; QEMA 003, QEDA 002; QEDA 001. Cf note de cadrage de juillet 2010 (cf annexe 6).



Avis
Dossier n° 143

Le dossier concerne le séjour d'une patiente âgée de 54 ans, aux antécédents de reconstruction mammaire par lambeaux après mastectomie pour cancer, hospitalisée le _____ pour lipomodelage de symétrisation.

Le désaccord porte sur le choix du diagnostic principal entre une chirurgie réparatrice (Z42.1 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein*) et une chirurgie dite de confort (Z41.80 *Intervention de confort*). Il porte aussi sur le codage des actes entre, d'une part, QZEA045 *Autogreffe souscutanée susfasciale de tissu celluloadipeux pour comblement de dépression cutanée, par abord direct* (associé à ZZLP030 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 2*), d'autre part QZLB001 *Injection souscutanée susfasciale de tissu adipeux* (avec les activités 1 et 4).

Pièces

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

- le compte rendu de la consultation d'anesthésie (non daté) ;
- le compte rendu de la visite préanesthésique du _____ ;
- le compte rendu opératoire du _____ ;
- le compte rendu de l'anesthésie du _____ ;
- une feuille datée du _____ résumant le traitement effectué et mentionnant l'absence d'infection par bactérie multirésistante (BMR) au cours du séjour.

Les documents annexes suivants ont été joints au dossier :

- l'argumentaire développé par l'établissement à l'appui de son codage (« annexe A ») ;
- l'avis de l'unité de coordination régionale (UCR) et des médecins contrôleurs sur la cotation (*sic*) de l'acte et du DP (« annexe B ») ;
- un article de l'*Encyclopédie médicochirurgicale* (EMC) : A. Mojallal et coll. Greffe d'adipocytes : applications en chirurgie plastique et esthétique. EMC 45-125 (2004) (« annexe 1 ») ;
- un document provenant du site Internet de la Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, intitulé *Réinjection de graisse autologue ou lipo-filling ou lipostructure* (« annexe 2 ») ;
- un document provenant du site Internet <http://www.emmanueldelay.fr> intitulé *Le lipomodelage : définition, objectifs et principes* avec mention de l'auteur Emmanuel Delay (« annexe 3 ») ;



- la copie d'un avis rendu par l'ATIHI suite à une saisine par l'UCR de Rhône-Alpes à propos d'un dossier (n° 120) contrôlé en 2007, relatif à la technique de Coleman (« annexe 4 ») ;
- une page du site Internet de la Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique exposant ses réserves à l'égard des autogreffes de tissu graisseux autologue dans la glande mammaire (« annexe 5 ») ;
- un document de juillet 2010 (publication par conséquent postérieure au séjour contrôlé) de la Haute autorité de Santé intitulé *Interventions sur le sein controlatéral pour symétrisation au décours d'une chirurgie carcinologique mammaire – Cadrage* (« annexe 6 »).

Discussion

Selon l'arrêté du 22 février 2008 modifié « les informations du résumé d'unité médicale doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient ».

La patiente est hospitalisée pour le traitement par réinjection souscutanée de tissu adipeux selon la méthode de Coleman, d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée : une asymétrie mammaire après reconstruction par lambeaux dans les suites d'une mastectomie pour cancer. Selon le *Guide méthodologique de production des informations* il s'agit d'une situation clinique de *traitement unique*. Dans la situation de *traitement unique* le diagnostic principal est la maladie traitée, sauf dans les cas où s'impose l'emploi des codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM-10, dont font partie la chirurgie reconstructrice et la chirurgie esthétique.

Le codage QZEA045 *Autogreffe souscutanée susfasciale de tissu celluloadipeux pour comblement de dépression cutanée, par abord direct* n'est pas conforme à l'acte réalisé. En effet, QZEA045 impose un abord direct, c'est-à-dire un abord ouvert selon la *Classification commune des actes médicaux (CCAM) (Guide de lecture et de codage p. 73)*. Le libellé de QZEA045 reproduit dans l'argumentaire de l'établissement est incomplet, il omet la précision significative de la voie d'abord. L'acte effectué, utilisant des micro-incisions, correspond en réalité à la définition de l'accès transpariétal (*ibid.*).

De plus, QZEA045 appartient au sous-chapitre 16.3 de la CCAM, au début duquel une note indique qu'il exclut les actes sur la glande mammaire.

Dans son argumentaire, l'établissement indique dans quel contexte est employé ce code : « Le code utilisé est QZEA045 [...] un code spécifique a été demandé [...] en attendant le syndicat national [de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique] nous a conseillé de continuer à utiliser le code QZEA045. Une démarche [de création d'un code adapté] a été relancée il y a quelques mois [...] ». Il s'agit donc d'une assimilation, procédé qu'interdisent les règles d'usage de la CCAM (*Guide de lecture et de codage* et livre I des dispositions générales de facturation).

L'argumentaire de l'établissement développe par ailleurs deux types d'objections, les unes relatives aux avantages de la technique pour les patients, les autres avançant des coûts moindres pour l'assurance maladie. Ces arguments valent à l'appui d'une procédure d'inscription d'un acte à la CCAM dans le cadre de la démarche précitée. Ils ne sauraient justifier des déviations locales ou de spécialité du codage.



QZLB001 *Injection souscutanée susfasciale de tissu adipeux* correspond à l'acte réalisé mais il appartient au même sous-chapitre 16.3 de la CCAM et n'est pris en charge par l'Assurance maladie que dans l'indication de « lipodystrophie iatrogène du visage secondaire à la bithérapie ou trithérapie antirétrovirale ». Dans une autre indication, l'emploi de ce code correspond donc :

- à une assimilation s'il est réalisé sur la glande mammaire ;
- à une intervention dite « de confort » dans les autres cas ; il ne peut alors qu'être associé à un diagnostic principal (DP) codé Z41.80 *Intervention de confort* (*Guide méthodologique*, règle T6).

Il n'existe donc pas d'acte dans la CCAM correspondant à l'intervention réalisée. Elle ne peut pas être codée.

Selon le *Guide méthodologique de production des informations*, ainsi qu'il a été dit *supra*, « certaines situations de *traitement unique* chirurgical imposent [...] pour le codage du DP l'emploi de codes des catégories Z40 à Z52 de la CIM-10 ». C'est le cas pour la chirurgie dite "de confort", ainsi définie : « On désigne par « *intervention de confort* » tout acte médicotechnique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autre que la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 *Intervention de confort*, à l'exclusion de tout autre code. [règle T6] ».

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 communiquées :

- QZEA045 *Autogreffe souscutanée susfasciale de tissu celluloadipeux pour comblement de dépression cutanée, par abord direct* ne correspond pas à l'acte réalisé ;
- le codage QZLB001 *Injection souscutanée susfasciale de tissu adipeux* est exclu dans le cas du sein et cet acte n'est facturable à l'assurance maladie que dans l'indication de la lipodystrophie iatrogène du visage due à la thérapie antirétrovirale ;
- l'acte réalisé par l'établissement n'étant pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, le diagnostic principal du séjour est Z41.80 *Intervention de confort*.