

5.2 QUELLES SONT LES MARGES DE MANŒUVRE EN MATIÈRE « D’OPTIMISATION » DU CODAGE ?

Le codage médicalisé des séjours représenté par le PMSI est devenu avec la T2A une donnée stratégique pour un établissement de santé. C’est par ce biais que sont calculées la plupart de ses recettes, et il convient d’y porter une attention soutenue. Il est encore étonnant de constater que certains établissements n’ont pas pris la mesure de ce problème et n’ont pas renforcé le département d’information médicale (DIM) de façon suffisante.

C’est en effet le DIM qui a en charge le recueil du PMSI, même si ce recueil est décentralisé dans les services cliniques, *via* le dialogue constant avec les services, la supervision et le contrôle du codage, l’identification des possibilités « d’optimisation » du codage, dans le cadre des règles diffusées par l’ATIH. C’est aussi lui qui est au premier plan en cas de contrôle par les médecins de l’assurance maladie.

Il ne s’agit pas, en parlant « d’optimisation », de pervertir les règles ou de tenter de biaiser le codage en sa faveur, mais simplement de coder le RSS correctement et surtout de façon exhaustive. Ceci est devenu encore plus important avec la version 11 de la classification des GHM puisque de la présence de certaines co-morbidités, dépend le niveau de sévérité du séjour et donc la valorisation de celui-ci.

On peut donner quelques exemples de codes CIM-10 conduisant au niveau de sévérité 3 : malnutrition, obésité avec indice de masse corporelle > 50, troubles psychotiques liés à l’alcool, œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire aiguë, infarctus aigu du myocarde, abcès cutané, furoncle et anthrax d’un membre, mycoses opportunistes, chutes à répétition, état grabataire, soins palliatifs...

Pour le niveau 4, on a par exemple : anorexie mentale, état de grand mal épileptique, méningites bactériennes, ulcère du duodénum avec hémorragie, ostéomyélite, surveillance de trachéostomie...

À noter qu’il existe aussi des listes d’exclusion : ces codes ne conduisent pas à ces niveaux de sévérité dans tous les GHM (ainsi, l’infarctus n’induit pas un niveau de sévérité supplémentaire quand on est dans un GHM d’infarctus...).

On conçoit que dans plusieurs de ces situations, avant la version 11, des codes diagnostiques pouvaient être omis ; ils n’avaient pas de conséquences sur le groupage. Mais il en va différemment maintenant.

Ainsi, on a pu assister à une relative épidémie de dénutrition dans les établissements de santé, ce diagnostic ouvrant la possibilité de grouper le séjour dans le niveau de sévérité 3 (sous réserve de respecter le seuil de durée de séjour). Précisément, il s’agit des codes CIM-10 suivants :

- E43 : malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision.
- E44.0 : malnutrition protéino-énergétique modérée.

Ce phénomène a même conduit l’ATIH à préciser dans le *Guide méthodologique de production des informations médicales* quelles étaient les règles d’utilisation de ces codes de malnutrition, se basant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Critères de la HAS pour l'évaluation de la dénutrition protéino-énergétique

1) Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'au moins un des critères suivants.

Chez les patients âgés de moins de 70 ans :

- Perte de poids égale ou supérieure à 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent.

- Perte de poids égale ou supérieure à 5 % en un mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent.

- Indice de masse corporelle (IMC) inférieur ou égal à 17 kg/m².

- Si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire :

- albuminémie inférieure à 30 g/l ;

- préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 110 mg/l.

Chez les patients âgés de 70 ans et plus :

- Perte de poids égale ou supérieure à 5 % en un mois, ou égale ou supérieure à 10 % en six mois.

- IMC inférieur à 21 kg/m².

- Albuminémie inférieure à 35 g/l.

2) Le diagnostic de dénutrition sévère repose sur la présence d'au moins un des critères suivants.

Chez les patients âgés de moins de 70 ans :

- Perte de poids égale ou supérieure à 15 % en six mois, ou égale ou supérieure à 10 % en un mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent.

- Si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire :

- albuminémie inférieure à 20 g/l ;

- préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 50 mg/l.

Chez les patients âgés de 70 ans et plus :

- Perte de poids égale ou supérieure à 10 % en un mois, ou égale ou supérieure à 15 % en six mois.

- IMC inférieur à 18 kg/m².

- Albuminémie inférieure à 30 g/l.

L'emploi des codes E40 à E46 doit se fonder sur ces critères.

Il y a de même des précisions données dans le guide sur l'insuffisance respiratoire, l'état grabataire, la cystite aiguë, les carences vitaminiques...

En pratique, il faut éviter à la fois le « sous-codage », à son détriment, en omettant des co-morbidités importantes, et le « surcodage », en détournant les règles en vigueur, ce qui risquerait de conduire à une sanction lors d'un contrôle de l'assurance maladie... ce que nous allons voir au point suivant.

5.3 QUELS SONT LES POINTS DE VIGILANCE EN MATIÈRE DE CODAGE POUR ÉVITER DES SANCTIONS EN CAS DE CONTRÔLE ?

Au regard des priorités de contrôle de l'assurance maladie ces dernières années et des domaines où ces contrôles ont montré le plus grand nombre d'infractions aux règles de codage du PMSI, il est aisé d'identifier sur quelles règles de codage il faut porter la plus grande attention pour éviter des sanctions sévères.

D'une manière générale, les priorités nationales de contrôle comprennent les éléments suivants (sources : Notice technique ATIH, mai 2011, et *Guide du contrôle externe régional de la T2A*, septembre 2012) :

- Vérification de l'adéquation des facturations et de leurs volumes aux autorisations ou reconnaissances détenues par les établissements (exemples : suppléments de réanimation, de soins intensifs, de néonatalogie... ; ATU dans les établissements privés lucratifs).
- Recherche de facturations de GHS pour des actes ne relevant pas habituellement d'une prise en charge en hospitalisation.
- Étude de l'évolution du nombre de séjours classés dans des GHM ciblés :
 - soins palliatifs en hospitalisation à temps complet ;
 - utilisation des co-morbidités qui classent dans les groupes avec niveaux de sévérité 2, 3 ou 4 : des tests repèrent les augmentations atypiques de ces niveaux, par racine.
- Non-respect de la nouvelle définition du diagnostic principal (depuis la version 11 de la classification des GHM) : une inversion de codage entre diagnostic principal et diagnostic associé peut conduire à survaloriser les séjours (exemple : codage d'une maladie chronique en diagnostic principal pour le séjour d'un patient hospitalisé pour une complication de cette maladie).
- Analyse des séjours contigus en hospitalisation à temps complet (séjours dont l'entrée du deuxième séjour a lieu moins de deux jours après la sortie du séjour précédent).
- Analyse du codage des prestations inter-établissement : contrôle de la règle en matière de mode d'entrée et de mode de sortie (par exemple, indication de 7 pour transfert au lieu de 0 pour prestation inter-établissement) ;
- Contrôle des établissements ayant utilisé le logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA) qui permet de corriger en année n+1 des données d'activité effectivement transmises en année n.
- Contrôle des structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

Sur ces domaines, si des atypies sont observées au niveau d'un établissement d'une région, une action de contrôle ciblée est entreprise.

À partir des priorités nationales, les ARS ont la possibilité d'établir un programme de contrôle régional ciblé sur les établissements et/ou les champs d'activité les plus atypiques. Il est prévu d'une manière générale que soient ciblés les établissements les plus atypiques, et ceux n'ayant encore jamais fait l'objet d'un contrôle externe.

Depuis le début de ces contrôles, c'est l'application de la circulaire « frontière » (le deuxième point de cette liste) qui a soulevé le plus de difficultés. Ont été