

Introduction Choix du Diagnostic Principal (DP)

Le choix du Diagnostic Principal (DP) constitue l'étape fondamentale du codage PMSI en MCO. Selon le Guide méthodologique MCO, le DP correspond au problème de santé qui a motivé l'admission et qui a mobilisé l'essentiel des ressources diagnostiques ou thérapeutiques pendant le séjour. Les situations cliniques se répartissent principalement en trois grandes catégories :

- Hospitalisation pour diagnostic (règles D)
- Hospitalisation pour traitement (règles T)
- Situations particulières de surveillance ou de multiples diagnostics (règles SD et M)

Voici trois cas cliniques simples illustrant ces situations :

1. Cas clinique Règle D (Hospitalisation pour diagnostic)

Un patient de 68 ans est hospitalisé pour douleurs abdominales intenses apparues brutalement. Les examens mettent en évidence une pancréatite aiguë lithiasique. DP : Pancréatite aiguë (règle D1 affection causale diagnostiquée au cours du séjour).

2. Cas clinique Règle T (Hospitalisation pour traitement)

Une patiente de 55 ans, connue pour un cancer du sein traité par chirurgie, est hospitalisée pour chimiothérapie adjuvante programmée. DP : Chimiothérapie antitumorale (Z51.1) règle T1 (traitement répétitif).

3. Cas clinique Règle M (Choix en cas de multiples diagnostics)

Un patient de 82 ans est admis pour décompensation cardiaque sur insuffisance cardiaque chronique et pneumopathie infectieuse concomitante. Les deux pathologies ont nécessité des soins intensifs équivalents (diurétiques IV + oxygénothérapie + antibiothérapie). Après analyse, les deux prises en charge sont jugées équivalentes application de la règle M2 : le choix du DP (décompensation cardiaque ou pneumopathie) est laissé à l'établissement et doit être documenté dans le dossier.

Liste des situations cliniques

Sur la page suivante, nous avons l'ensemble des règles du choix du diagnostic principal en court séjour. Ce choix se fait en fin de séjour à la lecture des éléments qui composent le dossier du patient. Tous les éléments doivent se trouver dans la lettre de liaison rédigée et remise au patient le jour de sa sortie.

Règle	Situation clinique	Choix du Diagnostic Principal	Exemples
D1	Diag de l'affection causale	L'affection causale diagnostiquée	Confusion tumeur céréb; Douleurs tho angine de poitrine
D2	Sympto, cause étiologique trouvée	Symptomatologie ou suspicion	Céphalées sans cause; État de choc sans diag
D3	Explorations spécifiques	Code Z imposé	EEG Z04.800; Polysomno Z04.801; Allergo Z01.5; Préop Z04.802
D4	Bilan atcd perso/famil, fact de risq	Le motif : atcd, fact. risq, signe	Bilan pour atcd de K ou élévation PSA
D5	Poussée aiguë maladie chro ou ALD	Maladie chro en poussée aiguë	Poussée Crohn; Poussée HTA; Exacerbation BPCO
D6	CIM-10 code spécif pour l'état aigu	Le code spécifique aigu	Acidocétose diab E10.1; Angor I20.0
D7	Complic de maladie chron ou du trt	La complication	FA sur cardiopathie; Méta cérébrale
D8	Affection, lésion intercurrente	L'affection intercurrente	Fract col du fém chez un diabé chute
D9	Stadification préthérap d'un K	La tumeur maligne primitive	K bronchique bilan d'ext Le K
Règle	Situation clinique	Choix du Diagnostic Principal	Exemples / Remarques
SD1	Surveil positive (découverte d'une affection nouvelle)	Complication ou récurrence	VIH : sarcome de Kaposi; Post-cancer : métastase
SD2	Récidive de K après rémission complète	La tumeur récidivante	Atcd de cancer avec récurrence découverte lors du bilan
M1	Plusieurs problèmes avec efforts de soins	L'essentiel des ressources	Cas rare privilégier le problème principal
M2	Prises en charge équivalentes (ex aequo)	Choix laissé à l'établissement	Deux affections avec ressources comparables
Règle	Situation clinique	Choix du Diagnostic Principal	Exemples
T1	Trt répété / séances	Code Z de la séance (chap. XXI)	Chimio Z51.1; Radio Z51.0; Dialyse Z49.1
T2	Cas particuliers trt répétitif	Codes spécifiques (pas toujours Z)	Douleur chro R52.10; Ascite R18
T3	Trt chir unique	La maladie qui motive l'intervention	Cholécyst K80.; Adénom prostat N40
T4	Chir esthétique pure (non PEC AMO)	Z41.0 ou Z41.1	Aug mammaire esthé Z41.1
T5	Chir plasti réparatrice (PEC AMO)	Code I-XIX ou Z42	Post-mastectomie Z42.1; Rhinoplastie J34.2
T6	Interv de confort (non PEC AMO)	Z41.80 Interv de confort	Actes de confort non remboursés
T7	Soins spécif : stomies, prothè, appareil	Z43 à Z47 et Z49.0	Fermeture colost Z43.3; Chgmt stimu Z45.0
T8	Acte interv unique (endosco, radiolo...)	La maladie ...	Polypectomie code de la lésion
T9	Trt unique médical	L'affection traitée	Infarctus du myoc traité code de l'infarctus
T10	Cas particuliers de trt spécifiques	Code Z imposé	Curiéthé Z51.01; Inj unique de fer Z51.2
T11	Soins pall structurés	Z51.5 Soins palliatifs	Phase palliative avancée
T12	Accouchement normal	O80.0 Accouchement spontané présent du sommet	Accouchement physio
T13	Naissance enfant séjour en mat	Z38. (Enfants nés vivants selon lieu)	Nouveau-né sain en maternité
T14	Traitement unique en deux temps	La pathologie principale (nature du traitement)	Deuxième tps de mastectomie code du cancer
T15	Opération prophylactique	Catégorie Z40	Mastectomie prophylactique Z40.00

Objectif : Déterminer la situation clinique Choisir le bon DP Rédiger une lettre de liaison cohérente et traçable.

1. Quel était le motif principal d'admission ? (Question clé)

- Qu'est-ce qui a amené le patient à l'hôpital ?

2. Déterminer la situation clinique principale

- A. Hospitalisation pour DIAGNOSTIC (règles D)
 - Symptomatologie inexpliquée à l'entrée ?
 - Bilan aboutissant à un diagnostic étiologique ?
 - Poussée aiguë, complication ou affection intercurrente ?Appliquer les règles D1 à D9
- B. Hospitalisation pour TRAITEMENT (règles T)
 - Affection déjà connue avant l'admission ?
 - Objectif principal = traiter (chirurgie, médical, séance, interventionnel) ?
 - Traitement unique ou répétitif ?Appliquer les règles T1 à T15
- C. Hospitalisation pour SURVEILLANCE (règles S / SD)
 - Bilan / suivi d'une affection connue ?
 - Découverte d'une nouvelle affection pendant le séjour ? (surveillance positive)Appliquer S1/S2 ou SD1/SD2

3. Cas particulier : Plusieurs problèmes de santé

- Les différents problèmes ont-ils mobilisé des ressources équivalentes ?
 - Oui **Règle M2** (choix laissé à l'établissement, à documenter)
 - Non **Règle M1** (retenir celui qui a mobilisé l'essentiel des ressources)

4. Vérification finale

- Le DP correspond-il bien au problème qui a motivé l'admission + mobilisé le plus de ressources ?
- La lettre permet-elle au médecin traitant et au codeur PMSI de comprendre le raisonnement clinique ?

Structure d'une lettre de liaison à la sortie

En France, la **lettre de liaison** (ou document de sortie) est encadrée par le **décret Numéro 2016-995 du 20 juillet 2016**. Elle doit être rédigée le jour de la sortie et transmise au médecin traitant (et remise au patient). Les 2 critères **indispensables** (sinon score = 0) :

- Lettre retrouvée dans le dossier
- Datée du jour de la sortie

Structure standardisée et attendue pour l'indicateur QLS IQSS ¹ 2025

1. En-tête / Identification

- Nom de l'établissement et du service
- Nom et qualité du médecin signataire (avec RPPS si possible)
- Date de rédaction (doit être la date de sortie)
- Coordonnées du service (téléphone, mail, etc.)

2. Identification du patient

- Nom, prénom, date de naissance, sexe
- IPP / NIR si pertinent

3. Dates du séjour

- Date d'entrée et mode d'entrée
- Date de sortie et mode de sortie

4. Motif d'hospitalisation / Motif de recours

5. Synthèse médicale du séjour (point très important pour la qualité)

- Antécédents pertinents
- Évolution clinique
- Principaux examens complémentaires réalisés et résultats marquants
- Principaux actes réalisés (chirurgie, gestes, etc.)

6. Diagnostics

- Diagnostic principal
- Diagnostics associés (comorbidités, complications)

7. Traitements

- Traitement à l'entrée (habituel)

1. Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins en établissements de santé

- Modifications pendant le séjour
- **Traitement de sortie** (clair, avec posologie, durée, modifications expliquées)

8. Suites à donner / Recommandations

- Examens complémentaires à prévoir (avec dates si possible)
- Consultations de contrôle (spécialistes, dates)
- Soins paramédicaux (IDE, kiné, etc.)
- Mesures médico-sociales (HAD, SSIAD, EHPAD, etc.)
- Surveillance particulière (poids, tension, signes d'alerte, ...)
- Conduite à tenir en cas d'aggravation

9. Autres informations utiles

- Certificat d'arrêt de travail si nécessaire
- Prescription de transports
- Documents annexés (ordonnance, résultats en attente, etc.)

10. Conclusion / Message final

- Résumé synthétique
- Coordonnées pour contacter le service si besoin