Contrôle Assurance Maladie – 2026 sur séjours 2024

DIM-14/10/2026

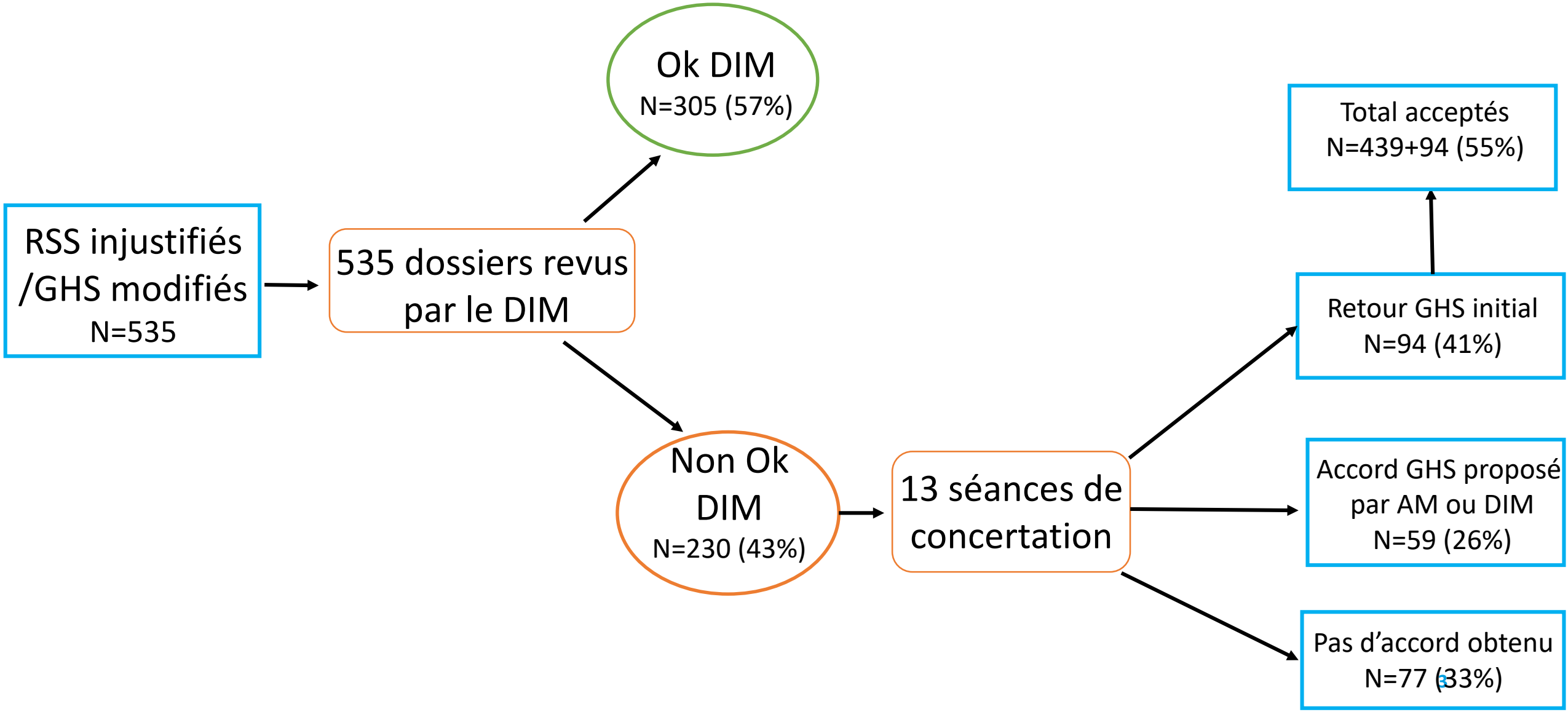


Phase initiale

- Revue par l'équipe de l'assurance maladie de 973 séjours : ciblage de séjours de moins de 12 jours sans suppléments de réanimation (ciblés sur le surcodage)
- Choix de la méthode classique (venue des médecins AM)
  - Ne pas revoir tous les dossier / Angle d'attaque AM pas toujours attendu / Niveau de fouille après refus AM >

	nb	acceptés d'emblée	% acceptés d'emblée
Champ 1 - PIE	48	6	13%
Champ 2 - Dénutrition	75	43	57%
Champ 3 - T81	100	49	49%
Champ 4 - N17	70	15	21%
Champ 5 - CMA 2	220	80	36%
Champ 6 - CMA 3	300	165	55%
Champ 7 - CMA 4	110	57	52%
Champ 8 - Cholecystectomies	50	24	48%
Total	973	439	45%

Revue des dossiers par le DIM et concertation



Au total

- 533 dossiers avec GHS non modifiés
- 77 GHS en désaccord entre AM et DIM (14% des GHS refusés)
  - PIE: 5/42 (12%)
  - Dénutrition: 11/40 (27%)
  - T81: 4/40 (10%)
  - N17: 7/31 (23%)
  - CMA 2: 19/112 (17%)
  - CMA 3: 22/115 (19%)
  - CMA 4: 8/42 (19%)
  - Cholécystectomies 1/25 (4%)
- Total de **610 dossiers (63%)** justifiés selon DIM

Détails par champ

- Champ 1 : PIE
  - Erreurs mode entrée et/ou mode de sortie

    Pas d'information dans le DPI pour 5 d'entre eux=> contestés

- Champ 2: dénutrition (26/75 déclassés dont 11 contestés)
  - 3 modifications DP (dont 2 mieux valorisés)
  - Pourquoi refusés? : critères incomplets (3 critères obligatoires=% perte de poids + étiologie + mention dans le dossier par médecin ou diététicienne; le plus souvent ce dernier critère est le manquant)
  - Argumentaires pour contestés:
    - il manque un critère mais PEC intégralement liée à la dénutrition
    - délégation à l'AS de la mention dénutrition
    - Dénutrition avérée mais avec reprise de poids depuis la dernière hospitalisation
    - perte de poids anormale (niv 2) demandée par le DIM (après discussion avec le médecin responsable de la nutrition) mais refusée par AM

Détails par champ

- Champ 3 : T81 - Complications d'actes (40/100 déclassés dont 4 contestés)
  - Changement DP: 5
  - Pourquoi déclassés?
    - Pas de complication retrouvée
    - Etat attendu en post-opératoire immédiat (saignement, douleurs, PF, …)
      - Ex :notion d'hématome « léger », « petit », anémie PEC mais « suites simples » notées dans CRH
    - Constatations par IDE mais sans action corrective
    - Eléments morbides sans lien établi avec l'intervention ou minimisés (« suites simples »)
  - Argumentaires sur contestés
    - 1 changement de DP: Z512 sur un sevrage médicamenteux d'une migraine
    - Désaccords sur l'importance de la complication et de sa prise en charge
    - 1 cas considéré comme échec par AM/complication par DIM
    - douleur intense après un acte inhabituelle dans ce type de prise en charge
    - hématurie post-intervention et prise en charge (refusée par AM car n'a pas retardé la sortie)

Détails par champ

- Champ 4 : Insuffisance rénale aigüe (32/70 déclassés dont 7 contestés)
  - Contexte: 2 codages possible
    - Urémie extra-rénale (R39.2) sans niveau de sévérité
    - Insuffisance rénale aigüe (N17*) en niveau 3 ou 4 de sévérité

    AGORA-ATIH insuffisance rénale fonctionnelle sur IRC peut être coder en N17 + N18

  - Pourquoi déclassés?
    - 12 cas surcodage
    - 5 changements de DP
    - 1 suppression acte classant
    - 1 RSS injustifié : 2 venues créées au lieu d'une
    - autres cas liés à consignes codage basées sur une consigne AGORA

    Réunion avec médecin néphrologue => on revoit nos règles de codage
  - Argumentaires sur contestés: cinétique de la créatinine (retour à la normale > 72h)

Détails par champ

- Champs 5,6,7 : CMA unique (140/630 dont 49 contestés)
  - Changement DP: n=70
  - Pourquoi déclassés?
    - Diagnostic compris dans le DP (ex hallucinations niv 2 dans le cadre d'une psychose)
    - Pas de preuve du lien entre la confusion et le problème organique (Niv 3)
    - Escarre décrit mais avec stade non explicitement précisé (Niv 3 ou 4) ou mention « escarre » manquante
    - Absence ou défaillance de l'aidant à domicile (Niv 3) : parfois noyé dans le dossier, et AM attend traçabilité plus évidente
    - Isolement dans le cadre psychiatrique : désaccord AM sur le fait de coder en Z29.0 (Niv 2) car prescription médicale non retrouvée/ OU isolement noté dans le CRH mais non confirmé dans la pancarte/prescription
    - Pas d'effort tracé de prise en charge supplémentaire d'une pathologie indiquée comme terrain ou antécédent (ex: obésité, tumeur, démence)
    - Prélèvement bactério réalisé à l'extérieur et germe non rementionné dans l'hospitalisation actuelle alors que infection prise en charge par ATB
    - 2 modifications actes CCAM

  - Argumentaires sur contestés
    - Escarres: photo / description /stade escarre mentionné lors de la mutation le jour même en SMR
    - Z290 en psychiatrie ou contexte infectieux / Contentions comme moyen d'isolement
    - Confusion organique quand lien entre pathologie et confusion est probable
    - Défaillance aidant : quand précisé dans le dossier
    - Maladie chronique ou tumeur : quelques discordances sur DP

Détails par champ

- Champ 8 : cholecystectomie (25/50 déclassés)
  - Le contrôle porte sur séjours courts, choix du DP entre cholecystite aigüe et cholecystite chronique
  - Donne 2 GHM donc 2 GHS différents : si chronique=> GHS moins valorisé

  - Conclusion : surcodage des TIMs en 2024
    - Révision des consignes et contrôle qualité spécifique mise en place en 2025
      - Patients opérés en urgence avec CRO-CRH cholécystite aigue, vésicule très inflammatoire ➔ 07C13
      - Patients opérés « à froid », dans le CRO vésicule normale ou atrophique ➔ 07C14

      Le diagnostic de cholécystite aigue ou non est uniquement basé sur la clinique et les constatations per-opératoires, pas sur l'anapath

Impact Valorisation

	nb	% surcodage/ erreurs codage ou administratives	% accords finaux	impact valorisation T2A
Champ 1 - PIE	48	69%	90%	-40 221 €
Champ 2 - Dénutrition	75	20%	85%	-69 238 €
Champ 3 - T81	100	36%	96%	-80 474 €
Champ 4 - N17	70	49%	90%	-117 693 €
Champ 5 - CMA 2	220	42%	91%	-171 682 €
Champ 6 - CMA 3	300	31%	93%	-359 310 €
Champ 7 - CMA 4	110	31%	93%	-201 379 €
Champ 8 - Cholecystectomies	50	48%	98%	-21 333 €
Ajout 1 GHS	1	0%		
Total	974	37%	92%	-1 061 330 €
			indus contestés	183 343 €
			indus non contestés	877 987 €

Impacts futurs sur le codage et PAQ

- Au sein du DIM
  - Modification de la consigne codage pour IRA
  - Contrôle qualité des CMA 3 et CMA 4 unique
    - Demande de justification du codage aux TIMs
    - Revue des dossiers suspects

- Au sein du BDE ou des services
  - Améliorer la saisie des modes d'entrée et modes de sortie

- Besoin de la communauté médicale et paramédicale
  - Améliorer la traçabilité dans les dossiers
  - Diminuer les parts d'incertitude : employer les termes attendus (stadification des escarres, dénutrition, IRA organique, perte de poids anormale, décrire les résultats bactériologiques ou biologiques, sortie prolongée car besoins d'aide supplémentaire à domicile)
  - Eviter « suites simples » si prise en charge particulière en post-opératoire de chirurgie

➡ Proposition de séances périodiques de formation dans les services

1er employeur du bassin grenoblois
avec plus de **9 500** professionnels

Plus de **2 100** lits et places

Le **1er** *trauma center* de France

Plus de **2 400** patients accueillis par jour

9 instituts de formation d'excellence
avec **1200** élèves formés par an

1 300 études cliniques en cours

12e Délégation à la Recherche Clinique
et à l'innovation (DRCI) en France

www.chu-grenoble.fr

04 76 76 75 75
CHU Grenoble Alpes, Bd de la Chantourne, 38700 La Tronche