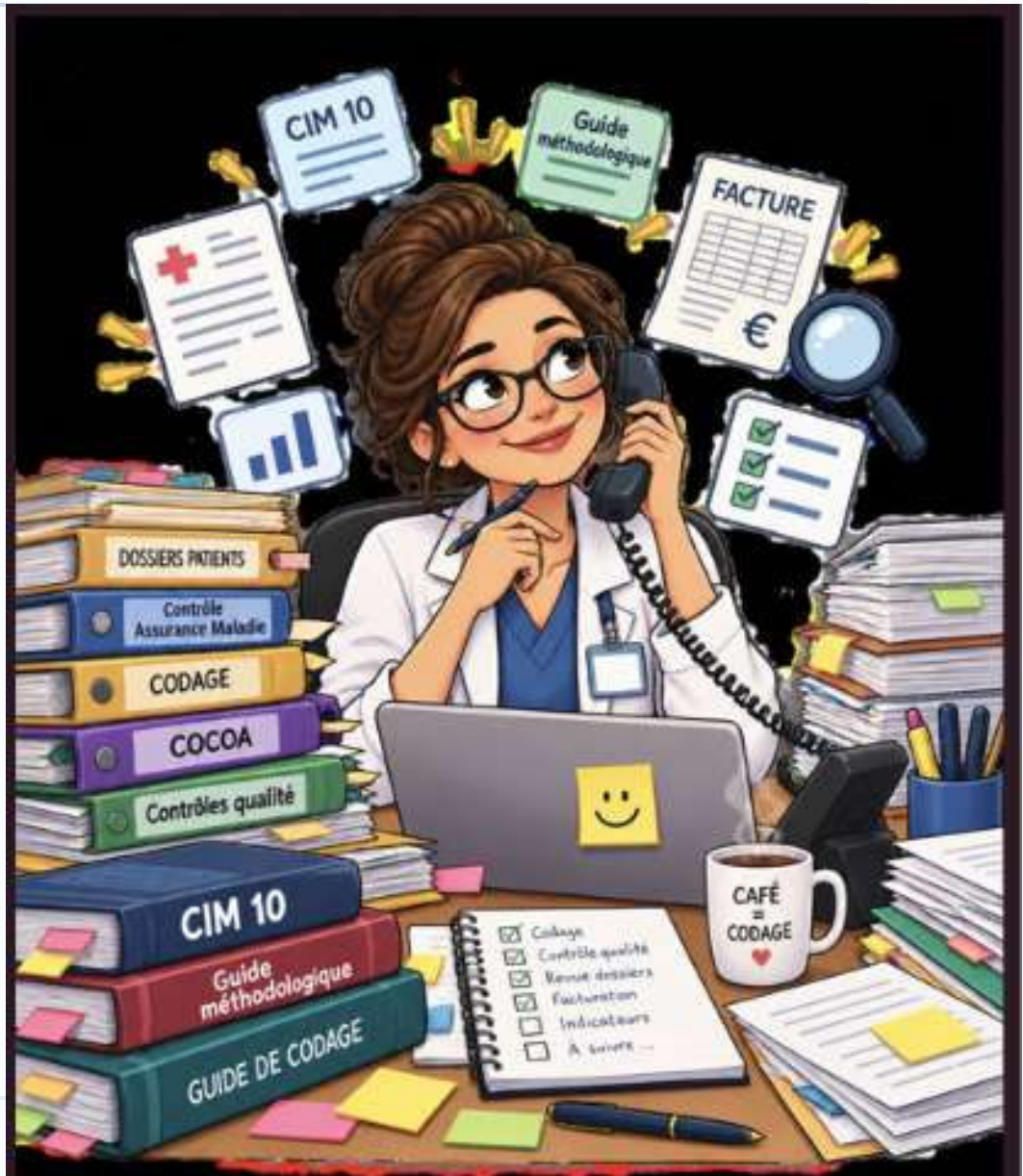
Retour d’expérience d’un contrôle externe T2A

Le regard du médecin responsable du DIM : le recours à l’UCR.

Dr Isabelle AMINOT

Médecin responsable de DIM · Clinique Trenel



Conseils pour gérer un contrôle T2A externe

Préparer le terrain : anticiper, documenter, maîtriser les règles

1 Anticiper le contrôle

Organiser le travail dès la notification

Identifier champs contrôlés, séjours, délais et interlocuteurs

Associer direction, TIM et praticiens concernés …

2 Vérifier l'exhaustivité des dossiers

Ne pas se limiter au CRH ou au CRO

Colliger les observations, prescriptions, biologie, soins, imagerie médicale

Sécuriser les éléments de preuves du séjour

3 Maîtriser les référentiels

Revenir aux textes applicables à l'année contrôlée : CIM-10, CCAM, guide méthodologique, règles de facturation

Surveiller les exclusions et ses conséquences de groupage

4 Défendre d'abord le raisonnement médical

Montrer en quoi le problème de santé est significatif au regard du guide méthodologique : arguments à développer sur chaque fiche.

5 Piloter avec un tableau de suivi

OGC, codes initiaux/proposés, GHS, montants, pièces disponibles

statut du désaccord, décision de recours, échéances

ne laisser aucun dossier sortir du radar !

Conseils pour gérer un contrôle T2A externe

Pendant et après le contrôle : concertation, recours, amélioration continue

6 Conduire une concertation

Ecouter, faire préciser, exposer calmement les éléments du dossier

Reconnaître les erreurs établies mais maintenir un désaccord solide quand il est fondé

7 Rédiger des argumentaires courts

Présenter le litige, la règle applicable et les pièces de preuve

Eviter les redondances et aller à l'essentiel

chaque affirmation importante doit être objectivable

8 Sélectionner les recours utiles

Tous les désaccords ne méritent pas la même énergie

Evaluer la solidité de la preuve, l'enjeu et la chance de succès

9 Transformer le contrôle en progrès

Analyser les erreurs récurrentes

Améliorer modèles de CR, consignes de codage et circuits qualité

Faire du contrôle un levier d'amélioration PMSI

Quatre verbes pour conclure : ANTICIPER – DOCUMENTER – ARGUMENTER – CAPITALISER

FICHE MEDICALE DE CONCERTATION

Etablissement : **CLINIQUE TRENEL**	FINESS : **690780663**	N° OGC : **259**
N° Champ : **5**	Libellé du champ de contrôle : **Sejours de niveau 2 avec une seule CMA valorisante**	

Document couvert par le secret médical
Ne peut pas être produit aux services administratifs de l'établissement et des organismes de sécurité sociale

Nom du praticien-conseil : Dr Sabine PASQUINELLI (NS)	**Nom du médecin du DIM : Dr Isabelle AMINOT**
Patient 77 ans **DP : accord**. Hospitalisé pour prise en charge d'un adénome prostatique. CRO présent concordant avec l'acte codé. **DAS : refus**. Les documents médicaux fournis ne comportent aucune notion de rétention urinaire ni globe vésical. Le CR d'hospitalisation dit : « suites post opératoires : mictions reprises sans difficultés dès le désondage à J2, les urines sont claires. Vidange vésicale satisfaisante. » et aucune information en ce sens dans le CRO. Changement de GHM	**DAS** Conformément au Guide méthodologique MCO, un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection coexistante ou une complication qui est prise en charge à titre diagnostique ou thérapeutique et/ou qui majore l'effort de soins ; la justification doit être retrouvée dans le dossier médical. En l'espèce, la prise en charge a été objectivement majorée par la survenue d'urines sanglantes le 7 mars : • la sortie initialement envisagée le 8 mars a été retardée ; • le désondage n'a pas été réalisé comme prévu et n'a pu être effectué que le 8 mars (J3) ; • le patient n'est sorti que le 9 mars après-midi (J4), durée inhabituellement longue dans l'établissement pour ce type de prise en charge. Cette prolongation du séjour et le maintien de la sonde traduisent une complication post-interventionnelle hémorragique ayant entraîné une surveillance et une organisation de soins supplémentaires. Le codage T81.0 est donc justifié en DAS, car il décrit précisément une hémorragie/hématurie postopératoire compliquant l'acte.

Enfin, le fait que cette information ne figure pas dans le CRO (logiquement centré sur l'acte) ni dans le CRH n'invalide pas le codage : le guide s'appuie sur le dossier médical dans son ensemble (observations médicales, transmissions IDE, feuilles de surveillance, prescriptions).

De plus, l'absence de mention dans le compte rendu d'hospitalisation ne vaut pas absence dans le dossier médical, lequel ne se limite pas au CRH (art. R1112-2 CSP ; rappel doctrinal ATIH lors d'une saisine publiée en octobre 2013).

(*L'absence de mention de ..... 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) – Saisine ATIH publiée en octobre 2013*).

Ainsi, la complication hémorragique est documentée, a majoré la prise en charge et a prolongé l'hospitalisation : le maintien de T81.0 en DAS est conforme aux règles du guide.



Recours UCR – Champ 2 : PDFA001 / PDFA003

Exérèses profondes fasciales / sous-fasciales • 66 dossiers

Impact tarifaire

SE (58) / GHS (8)

Séjours : 66 dossiers sans nuitée

Actes contestés : PDFA001 / PDFA003
Recodage : QZFA002 / FSD

Deux actes, deux conséquences



GHS initial 3600 → 9999
8 OGC spécifiques : 25, 48, 49, 57, 63, 70, 81, 98

Pourquoi maintenir les codes PDFAxxx ?

1. **58 dossiers : PDFA001**
   Exérèses de lésions profondes hors sites exclus. Les contrôleurs proposent QZFA002, acte superficiel.

2. **8 dossiers : PDFA003**
   Racines de membres, aisselles, plis inguinaux et creux poplités : sites exclus de PDFA001, relevant de PDFA003.

3. **Une même question anatomique**
   Le CRO décrit une exérèse jusqu'au plan fascial. La CCAM distingue profondeur fasciale et exérèse sus-fasciale.

4. **Enjeu de facturation majeur**
   PDFA001 : régularisation vers SE ; PDFA003 : acte classant, maintien du GHS plein. Le contrôle retient FSD.

Recours UCR : PDFA001 (58) → SE ; PDFA003 (8) → GHS plein. Recodage QZFA002 contesté.

Recours UCR – Champ 2 : mémoire en défense

Notes CCAM • fascia superficiel vs fascia profond • exclusions

Référentiel CCAM

Chapitre 16

Repères anatomiques

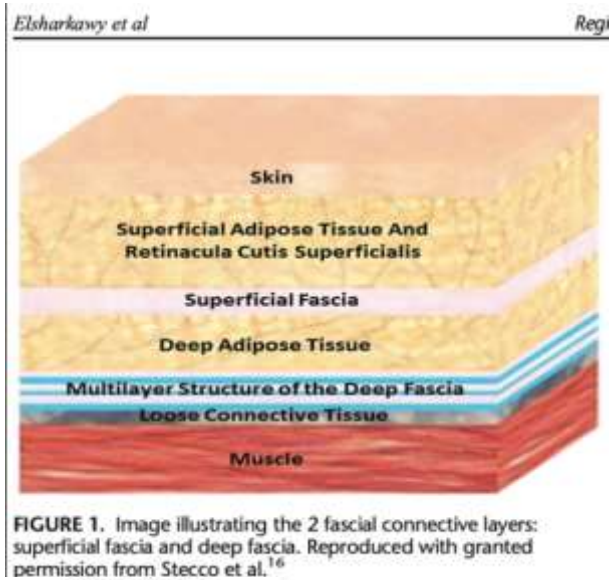


FIGURE 1. Image illustrating the 2 fascial connective layers: superficial fascia and deep fascia. Reproduced with granted permission from Stecco et al.[16]



Kystes / lipomes : développement hypodermique profond possible.

La note CCAM et les exclusions

CCAM : l'atteinte « profonde » atteint ou dépasse le fascia superficiel.

16	SYSTÈME TÉGUMENTAIRE - GLANDE MAMMAIRE
	À l'exclusion de : actes spécifiques sur *- la paupière et le sourcil (cf chapitre 02)* *- l'auricule (cf chapitre 03)* *- le nez (cf chapitre 06)* *- la lèvre (cf chapitre 07)* *- la région périanale (cf chapitre 07)* *- les organes génitaux externes et le périnée (cf chapitre 08)* *Par atteinte superficielle [susfasciale] de la peau, on entend : toute atteinte de l'épiderme, du derme et/ou du tissu cellulaire souscutané ne dépassant pas le fascia superficiel.* *Par atteinte profonde de la peau et des tissus mous, on entend : atteinte pluritissulaire de la peau et des tissus mous, atteignant le fascia superficiel [fasciale] ou le dépassant [sousfasciale].*

PDFA001 : exclusion des racines de membres → renvoi à PDFA003

16.03.07.02	Exérèse de lésion profonde de la peau et des tissus mous
PDFA001 [F, J, K, T, P, S, U]	**Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux** *À l'exclusion de : · exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous* *- de la racine d'un membre, du pli du coude ou du creux poplité (PDFA003)* *- de la paume de la main (MJFA008)* *- de la plante du pied (NJFA002)* *· exérèse de tumeur de la paroi abdominale antérieure avec fermeture par suture, par abord direct (LMFA001, LMFA002)* *(ZZHA001, ZZLP025)*

Recours UCR : Le seuil CCAM est le fascia superficiel ; aux sites exclus de PDFA001, utiliser PDFA003.

Recours UCR – Champ 2 : réponse de l'ATIH

Réponse du 23 février 2026 • INFOMED-422

Expéditeur : Informations médicales <assistance@atih.sante.fr>

Date : 23/02/2026 11h49

Destinataire : Dr Isabelle AMINOT <iaminot@netcourrier.com>

Objet : INFOMED-422 De quel fascia parle-t-on dans le codage des actes PDFA001 et PDFA003 ?

Vous avez déjà transféré ce message — Voir les transferts

Yasmine MOKADDEM a mis à jour un commentaire :

Bonjour,

Pour les codes PDFA001 et PDFA003, les libellés concernent aussi bien les lésions fasciales que les sousfasciales des tissus mous.

Le fascia superficiel (obsolète en TA et appelé superficialis par certains auteurs) appartient au *système tégumentaire*, alors que le fascia profond appartient au *système musculo-aponévrotique* et entoure les tissus mous.

Bien cordialement

Recours UCR – OGC 329

DAS contesté : K56.0 – Iléus paralytique postopératoire

Impact groupage

GHS 2353 → 2351

Le dossier en 20 secondes

Séjour : 05/07/2024 → 09/07/2024

DP : K80.2 – Calcul vésiculaire (cholécystectomie)

Chronologie clinique



Séjour de 5 jours
DMS cholécystectomie Trenel 2024 : 1,09 j

Pourquoi défendre K56.0 ?

1. **Diagnostic documenté**
   Iléus constaté et tracé à J+2, avec douleurs abdominales : au-delà d'un simple retard immédiat de reprise du transit.

2. **Persistance objectivée**
   Surveillance répétée de la reprise du transit ; bruits hydro-aériques retrouvés seulement au jour de la sortie (J+5).

3. **Prise en charge spécifique**
   Surveillance clinique rapprochée, adaptation antalgique (Tramadol), mobilisation/déambulation et scanner pour éliminer une complication.

4. **Impact sur la durée de séjour**
   Sortie différée jusqu'au scanner rassurant ; hospitalisation nettement prolongée par rapport à la DMS habituelle de cholécystectomie.

Recours UCR : K56.0 répond aux critères d'un DAS significatif → maintien du diagnostic et retour au GHS 2353.

Pièces : compte rendu opératoire • lettre de liaison • observations médicales • prescriptions/traitements

Recours UCR – OGC 333

DAS contesté : F41.2 – Trouble anxieux et dépressif mixte

Impact groupage

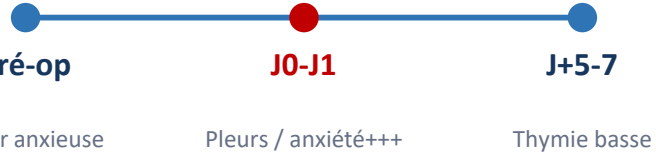
GHS 1941 → 1939

Le dossier en 20 secondes

Séjour : 05/08/2024 → 13/08/2024

DP : C18.7 – Tumeur maligne du côlon sigmoïde
(chirurgie colique)

Chronologie clinique



Séjour de 9 jours
Symptomatologie anxio-dépressive persistante

Pourquoi défendre F41.2 ?

1. **Trouble documenté**
   Anxiété mentionnée dès la consultation préanesthésique, puis pleurs et plaintes nombreuses au réveil.

2. **Persistance et retentissement**
   Préoccupations répétitives, insomnie, thymie basse puis humeur dépressive persistante ; impact relationnel nocturne.

3. **Prise en charge spécifique**
   Anxiolytiques injectables, relais alprazolam, miansérine, somnifère et demande d'avis psychologue.

4. **Majoration de l'effort de soins**
   Réévaluations médicales répétées, adaptation de l'analgésie et accompagnement soignant/familial renforcé.

Recours UCR : F41.2 répond aux critères d'un DAS significatif → maintien du diagnostic et retour au GHS 1941.

Pièces : consultation préanesthésique • observations/transmissions • prescriptions/administrations • lettre de liaison/CRH

Recours UCR – OGC 335

DAS contesté : U83.701 – BHRe, situation de portage sain

Impact groupage

GHS 2521 → 2520

Le dossier en 20 secondes

Séjour : 20/08/2024 → 26/08/2024

DP : K76.6 – Hypertension portale
Z29.0 – Isolement prophylactique maintenu

Chronologie du statut BHRe



Statut BHRe toujours actif
Levée prévue après 5 résultats négatifs

Pourquoi défendre U83.701 ?

1. **Portage documenté**
   Antécédent d'ERV/BHRe connu depuis 2022, explicitement repris dans l'observation IDE du 22/08.

2. **Statut toujours actif**
   Deux dépistages négatifs antérieurs ne suffisent pas à lever les précautions ; un nouveau dépistage est prescrit.

3. **Prise en charge spécifique**
   Prévention de la transmission croisée, isolement prophylactique Z29.0 et nouveau dépistage + contrôle microbiologique pendant le séjour.

4. **Cohérence du dossier**
   Le maintien de Z29.0 au recodage confirme l'isolement ; la mention « BMR/BHRe : non » est contredite par les éléments datés du dossier.

Recours UCR : U83.701 traduit un portage sain de BHRe ayant justifié une prise en charge spécifique → maintien du diagnostic et retour au GHS 2521.

Pièces : lettre de liaison • observation IDE du 22/08 • note EOH • prescription/résultat du dépistage • référentiel

Recours UCR – OGC 337

DAS contesté : F05.0 – Syndrome confusionnel d'origine organique

Impact groupage

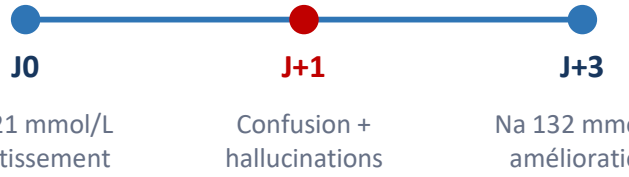
GHS 6179 → 6178

Le dossier en 20 secondes

Séjour : 06/09/2024 → 13/09/2024

DP : D61.1 – Aplasie médullaire médicamenteuse
Après 1re cure de FOLFIRINOX

Chronologie clinique



Hyponatrémie sévère : 121 mmol/L
Évolution clinique parallèle à la correction de la natrémie

Pourquoi défendre F05.0 ?

1. **Syndrome documenté**
   Ralentissement idéomoteur, confusion et hallucinations explicitement reliés à l'hyponatrémie sévère dans le compte rendu d'hospitalisation.

2. **Concordance clinico-biologique**
   Troubles persistants lorsque la natrémie reste à 121–122 mmol/L ; amélioration parallèlement à sa correction.

3. **Prise en charge spécifique**
   Hydratation IV, contrôles biologiques répétés et surveillance clinique jusqu'à correction du trouble hydro-électrolytique.

4. **Deux codes complémentaires**
   E87.18 décrit la cause – l'hyponatrémie ; F05.0 décrit la manifestation neuropsychiatrique aiguë réellement constatée et prise en charge.

Recours UCR : F05.0 complète E87.18 et restitue le syndrome confusionnel aigu → maintien du DAS et retour au GHS 6179.

Pièces : compte rendu d'hospitalisation • observations médicales • transmissions IDE • bilans de natrémie • hydratation IV

Recours UCR – OGC 393

DAS admis : M40.16 – Cyphose secondaire, région lombaire

Impact groupage

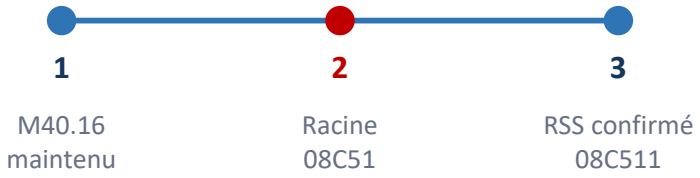
GHS 2901 → 2897

Le dossier en 20 secondes

Séjour : 2426654

DP : M51.8
M40.16 admis par le médecin-conseil

Logique de groupage



Séjour court < 3 jours
Confirmation réglementaire du RSS requise

Pourquoi contester le groupage ?

1. **Diagnostic déjà admis**
   Le médecin-conseil reconnaît M40.16, la correction de la cyphose ayant majoré la complexité de l'intervention.

2. **Racine 08C51 attendue**
   M40.16 associé à l'intervention rachidienne majeure conduit à la racine 08C51 ; le RSS regroupé aboutit à 08C511.

3. **Limite du groupeur de contrôle**
   Le groupeur utilisé pendant le contrôle ne permettait pas de renseigner la variable réglementaire de confirmation du RSS.

4. **Confirmation sans impact médical**
   La confirmation ne modifie ni le codage ni le contenu médical : elle valide le RSS court après vérification et permet le groupage complet.

Recours UCR : M40.16 étant admis et le RSS correctement confirmé → GHM 08C511 et retour au GHS 2901.

Pièce : fiche RSS regroupée après maintien de M40.16 et confirmation du RSS – GHM 08C511