

## 03 Diagnostic principal et diagnostic supplémentaire

### Le diagnostic principal

Selon l'OMS, le diagnostic principal est défini comme «l'affection qui, au terme du séjour hospitalier, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits».

Ainsi, il arrive souvent que le diagnostic d'entrée ne coïncide pas avec le diagnostic figurant en premier dans le rapport de sortie.

En présence de plusieurs diagnostics pouvant être considérés comme diagnostic principal, le médecin traitant doit s'orienter en fonction des ressources médicales les plus importantes sur la base des prestations médicales fournies (médecins, soins, opérations, produits médicaux, etc.)

En cas de transferts internes et de traitement dans plusieurs cliniques, la dernière clinique doit s'orienter en fonction des ressources médicales engagées pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Exemple:

*Un patient est hospitalisé pendant 12 jours pour le traitement d'un diabète décompensé. Il est opéré d'un phimosis un jour avant sa sortie.*

*Le diabète sucré qui a nécessité 12 jours d'hospitalisation a demandé le plus de ressources médicales et est codé en diagnostic principal (une opération ne détermine pas automatiquement le diagnostic principal).*

Plus de 80% des réclamations en matière d'assurance en Suisse portent sur le choix du diagnostic principal, il est donc bon de documenter soigneusement les diagnostics et l'engagement de ressources médicales.

### Le diagnostic supplémentaire

Le diagnostic supplémentaire est défini comme «une maladie ou une lésion, concomitante avec le diagnostic principal ou qui apparaît pendant l'hospitalisation».

Seuls sont codés les diagnostics supplémentaires qui influent sur la prise en charge du patient durant son hospitalisation de telle manière qu'ils nécessitent:

- des mesures thérapeutiques
- des mesures diagnostiques
- des moyens accrus (suivi, soins et/ou surveillance)

En résumé, tout peut être codé lorsque l'**effort de soins** > 0. La condition ici est qu'un diagnostic soit documenté par un médecin et que les ressources médicales engagées se rapportent clairement aux diagnostics. Plus ce lien est décrit clairement, mieux le codeur peut représenter le cas.

**Exemple:**

*Une patiente est traitée par un bêtabloquant pour les diagnostics suivants: maladie coronaire, hypertension artérielle et insuffisance cardiaque. Les trois diagnostics sont codés:*

- *Maladie cardiaque coronaire*
- *Hypertension artérielle*
- *Insuffisance cardiaque*

Le manuel de codage stipule clairement que l'hôpital/le médecin traitant doit pouvoir justifier les efforts de soins >0 à l'aide de la documentation.

Les diagnostics supplémentaires pertinents pour les DRG sont traités dans [l'article 02 du blog](#).