

## 05 L' tat confusionnel aigu dans le système SwissDRG

Le 13 mars est le World Delirium Awareness Day<sup>1</sup>, qui vise chaque année à sensibiliser à l'état confusionnel aigu (ECA) ou trouble délirant. C'est donc l'occasion pour le blog DRG d'aborder le sujet. L' tat confusionnel aigu est pertinent non seulement sur le plan clinique, mais aussi pour les DRG.

Le trouble délirant est une maladie fréquente et potentiellement grave qui peut toucher essentiellement les personnes âgées, fragiles, malades et atteintes de troubles cognitifs. Cet  tat de confusion aiguë peut menacer le pronostic vital et doit donc être décelé. Sur le plan clinique, ce n'est pas toujours simple; c'est la raison pour laquelle la SSMIG recommande d'élaborer dans chaque clinique un concept interprofessionnel sur l'ECA<sup>2</sup>. La pose du diagnostic est favorisée par la standardisation et les formations régulières afin de pouvoir proposer aux patients des mesures et traitements adéquats et essentiels.

La **voie vers le diagnostic** est mise en avant car dans de nombreux hôpitaux suisses, le taux d'ECA saisis est inférieur à l'incidence attendue (voir également l'article dans la littérature complémentaire ci-dessous). Selon les chiffres actuels, un ECA est document  chez seulement 6% de tous les patients médicaux. Chez les patients de plus de 65 ans, la moyenne est de 7%, ce qui est bien en dessous de l'incidence attendue. Même pour les DRG spécifiques comme la gériatrie aiguë, un taux d'ECA moyen de seulement est 20% document .

### Distinction entre état confusionnel aigu, dépression et démence

Il n'est souvent pas facile de définir si les patients atteints de démence ont un ECA ou non. La liste des caractéristiques suivantes peut être utile.

	�tat confusionnel aigu	Dépression	Démence
<b>Apparition</b>	Soudaine	En quelques semaines	Insidieuse
<b>Durée</b>	Heures/semaines	Mois	Années
<b>Vigilance</b>	Fluctuante	Normale	Normale
<b>Repères</b>	Changeants	«Je ne sais pas»	Hors sujet
<b>Humeur</b>	Variable	Morose	Instable
<b>Fluctuations au cours de la journée</b>	Souvent la nuit	Baisse fréquente le matin	Aggravation fréquente le soir

Tableau: diagnostic différentiel de l'état confusionnel aigu, de la dépression et de la démence<sup>3</sup>

Si un patient atteint de démence passe une «mauvaise journée» dans un hôpital de soins aigus, cela peut indiquer qu'il a développé un ECA en plus de la démence (vigilance fluctuante, repères changeants).

### Diagnostics d'ECA pertinents pour les DRG

Comme l'ECA est associé à une charge de travail supplémentaire sur le plan thérapeutique et des soins, les diagnostics spécifiques présentent une valeur CCL (voir blog 02). Dans le catalogue CIM, les troubles délirants ne sont pas différenciés selon l'hypoactivité ou l'hyperactivité, mais plutôt selon l'étiologie. Cela signifie que les ECA peuvent être présentés dans le cadre d'un syndrome de sevrage, en cas de démence ou dans un contexte post-interventionnel. Il est donc important de décrire l'origine probable, surtout quand différentes étiologies sont possibles (elles peuvent toutes être saisies séparément).

<sup>1</sup> <https://www.deliriumday.com/>

<sup>2</sup> <https://www.sgaim.ch/fr/themen/qualite/translate-to-franzoesisch-guidelines>

<sup>3</sup> PZM Magazin Psychiatriezentrum Münsingen AG – Brosch re Demenzstation 2021

## Exemple de codage

Un patient est admis avec insuffisance cardiaque biventriculaire décompensée. À l'admission, un ulcère de décubitus, une dénutrition et une infection des voies urinaires E. coli sont diagnostiqués et traités. Dans le cadre de l'infection des voies urinaires, le patient a développé dans la nuit un état confusionnel aigu qui a été traité par des mesures d'orientation et des tranquillisants.

DP	I50.14	Insuffisance ventriculaire gauche NYHA IV	
DS	I50.01	Insuffisance cardiaque droite secondaire	
DS	E87.1	Hypo-osmolarité et hyponatrémie	CCL 2
DS	E44.0	Malnutrition protéino-énergétique modérée	CCL 2
DS	N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé	
DS	B96.2!	E. coli	CCL 3
ND	F05.8	Autres formes de delirium	CCL 3

	Cas tel que codé	Cas sans F05.8
<b>DRG</b>	F62B Insuffisance cardiaque et choc avec CC extrêmement sévère ou procédure particulière ou évaluation en vue d'une transplantation cardiaque	F62C Insuffisance cardiaque et choc avec CC sévères
<b>CW</b>	1 733	1 243
<b>Recettes avec base rate CHF 10 000.–</b>	CHF 17 330	CHF 12 430

Cas sans codage du trouble délirant: **différence de CHF 4 990.**

### Attention:

- Un ECA dans le diagnostic supplémentaire n'est **pas toujours pertinent pour les DRG** mais a généralement une valeur CCL et peut donc avoir un impact multiple sur les DRG.
- En particulier chez les patients multimorbides, il est important de pouvoir évaluer sur la base de la documentation médicale les **efforts de soins générés par les différents diagnostics** afin de pouvoir identifier le diagnostic ayant demandé le plus de ressources médicales.
- **L'étiologie, les liens et les processus** sont importants pour le codage. La règle de codage «Maladies/troubles après mesures médicales/complications» indique que la pathologie initiale fait office de diagnostic principal, même si des complications ont généré plus d'efforts de soins. Les liens doivent toutefois être décrits comme tels. Si les liens ne sont pas clairs ou s'ils sont multifactoriels, il convient aussi de le décrire.
- **Remarque:** si une démence est diagnostiquée en plus, il convient de la décrire de la manière la plus précise possible (p. ex. vasculaire, Alzheimer, etc.).

### Littérature complémentaire:

- MSD Manual Différences entre trouble délirant et démence (en allemand)  
<https://www.msmanuals.com/de/profi/multimedia/table/unterschiede-zwischen-delir-und-demenz>
- L'état confusionnel aigu durant l'hospitalisation aiguë  
<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2021.08626/>

## **Pour les personnes intéressées:**

Les codeurs peuvent choisir les diagnostics suivants dans le catalogue CIM-10 (extrait CIM-10):

---

### **F05.-Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives**

Syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et d'au moins deux des troubles suivants: de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions ou du rythme veille-sommeil. La durée est très aléatoire et le degré de gravité varie de léger à très sévère.

#### ***Inclus:***

aigu(ë) ou subaigu(ë):

- Réaction organique
- Syndrome cérébral organique
- Syndrome psycho-organique
- Psychose infectieuse
- État confusionnel (non alcoolique)

#### **F05.0 Delirium non surajouté à une démence**

#### **F05.1 Delirium surajouté à une démence**

#### **F05.8 Autres formes de delirium**

Delirium d'origine mixte

Delirium post-interventionnel

### **F10-19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, autres stimulants, y compris la caféine, hallucinogènes, tabac, solvants volatils, drogues multiples et autres substances psycho-actives)**

#### **.4 Syndrome de sevrage avec delirium**

État dans lequel le syndrome de sevrage se complique d'un delirium. Cet état peut également comporter des convulsions. Lorsque des facteurs organiques jouent également un rôle dans cette étiologie, l'état doit être classé en F05.8.

Delirium tremens (lié à l'alcool)