

23^e blog DRG: diagnostics psychiatriques

Partie 1: diagnostics psychiatriques en hôpital de soins aigus

Dans le système SwissDRG, de nombreux diagnostics psychiatriques ont une influence sur les DRG, et donc une incidence sur les coûts. La plupart des diagnostics F¹ ont une valeur CCL² et peuvent, en tant que diagnostic secondaire, influencer le degré de gravité du patient. La classification médicale actuelle des diagnostics psychiatriques dans le catalogue CIM-10 peut toutefois être obsolète. C'est pourquoi de nombreux établissements psychiatriques utilisent d'ores et déjà la CIM-11 ainsi que le système de classification DSM-5³. Comme le système SwissDRG continue de se baser sur la CIM-10 pour le codage des diagnostics, il peut être utile de transposer les diagnostics cliniques dans cette classification.

Par exemple, le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme a été approfondi et élargi ces dernières années, mais il reste insuffisamment pris en compte dans le chapitre CIM F84.- *Troubles envahissants du développement*. La CIM-11 et le DSM-5 se sont détachés de cette classification catégorielle au profit de la notion de spectre.

CIM-10	CIM-11	Description clinique
F84.0 Autisme infantile	6A02 – Trouble du spectre de l'autisme (TSA) La CIM-11 fait en outre la distinction suivante: - avec/sans déficience intellectuelle - avec/sans altération du langage fonctionnel	«Autisme classique» Autisme de Kanner
F84.1 Autisme atypique	6A02 – Trouble du spectre de l'autisme, plus de catégorie distincte	Début après l'âge de 3 ans ou ne remplit pas tous les critères diagnostiques essentiels. Obsolète. Aujourd'hui: intégré dans le spectre de l'autisme
F84.2 Syndrome de Rett	LD90.4 Syndrome de Rett (trouble neurodéveloppemental d'origine génétique)	N'est plus classifié aujourd'hui comme autisme, mais comme trouble du développement d'origine génétique (mutation du gène MECP2).
F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance	6A02 – Trouble du spectre de l'autisme	Forme sévère au sein du spectre de l'autisme, ne constitue plus une catégorie distincte
F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés	CIM-11: pas d'équivalent direct → généralement classé sous: 6A05 Trouble du développement intellectuel éventuellement associé à 6A02 (TSA) ou 6A06 (TDAH)	Est aujourd'hui généralement considéré comme une combinaison de plusieurs troubles neurodéveloppementaux

¹ Dans le système CIM-10, diagnostics commençant par la lettre F, correspondant au chapitre V: Troubles mentaux et du comportement (F00 à F99)

² Niveau de complication et de comorbidité: <https://www.sgaim.ch/fr/themes/swissdrg-blog/18-multimorbidite>

³ DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, <https://www.psychiatry.org/dsm5>

F84.5 Syndrome d'Asperger	6A02 – Trouble du spectre de l'autisme Le terme «Asperger» n'est plus utilisé dans la CIM-11	Correspond aujourd'hui à: «Autisme sans déficience intellectuelle ni retard de langage»
F84.8 Autres troubles envahissants du développement	6A02 – Trouble du spectre de l'autisme (non spécifié)	Symptômes autistiques ne pouvant pas être clairement classés
F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision	6A02.Z – Trouble du spectre de l'autisme, sans précision	Diagnostic d'autisme non spécifique Souvent utilisé en cas de diagnostic incomplet

En résumé: la description clinique psychiatrique est généralement beaucoup plus détaillée que dans le catalogue CIM-10. Les troubles du spectre de l'autisme sont le plus souvent représentés par le code non spécifique **F84.8 Autres troubles envahissants du développement**, bien que, selon la fréquence de l'étiologie, la plupart pourraient certainement être codés avec la forme désormais obsolète de F84.5 Syndrome d'Asperger.

D'autres formes de comportement observées au sein du spectre peuvent, par exemple, correspondre à la désignation plus récente de **PDA (Pathological Demand Avoidance ou syndrome d'évitement pathologique des demandes)**⁴. Dans le jargon spécialisé, cela est souvent décrit comme suit: trouble du spectre de l'autisme (CIM-11 6A02.0), correspondant à un syndrome d'Asperger (CIM-10 F84.5), sans trouble du développement intellectuel ni altération du langage fonctionnel (DSM-5 299,0), «avec évitement marqué des demandes» ou «avec profil PDA». Le code utilisé est alors CIM-10: F84.5. Même si la charge de travail est plus importante en présence de comportements oppositionnels, il convient d'éviter le codage additionnel F91.3 (trouble oppositionnel), non seulement en raison de la règle d'exclusion entre F91.- et F84.-, mais aussi parce que, dans le cas du PDA, ce comportement est étroitement lié au trouble du spectre de l'autisme dans des conditions sociales difficiles ou dysfonctionnelles, et ne constitue pas un trouble oppositionnel en soi. Dans le domaine clinique, la CIM-11 offre en outre la possibilité de prendre en compte le masking (camouflage social) ou l'évitement des demandes dans les troubles du spectre de l'autisme, ce qui permet également de mieux représenter des profils moins classiques, comme le phénotype féminin de l'autisme, souvent associé à une motivation sociale plus élevée, ainsi que le PDA. Plus rarement, un évitement des demandes peut également être observé dans l'autisme infantile avec déficience intellectuelle, ce qui montre que la classification CIM-11 des TSA présente aussi certaines limites. Il n'existe donc pas de classification idéale, mais plutôt des systèmes complémentaires.

⁴ <https://pda-autismus-verein.org/was-ist-pda/> (en allemand)

Pertinence pour les DRG

La plupart des diagnostics psychiatriques (codes commençant par F dans la CIM-10) présentent une valeur CCL et sont donc pertinents pour tous les DRG comportant une pondération liée à la morbidité. En outre, certains diagnostics F peuvent agir comme critère de split et entraîner directement l'attribution à un DRG de niveau supérieur. C'est le cas, par exemple, de tous les codes d'autisme F84.- utilisés comme diagnostic secondaire lors de **césariennes, de prises en charge hospitalières prénatales, d'accouchements par voie basse ou encore lors de séjours stationnaires en cas de troubles alimentaires, de troubles obsessionnels compulsifs ou de troubles de la personnalité** en hôpital de soins aigus.

Charge de travail

La charge de travail générée par les patientes et patients présentant des diagnostics psychiatriques peut être variée et souvent difficile à attribuer directement à des centres de coûts. Une saisie des prestations correcte et adaptée à chaque patient est donc ici aussi nécessaire. En milieu hospitalier, la charge clinique liée aux troubles du spectre de l'autisme peut nécessiter une information approfondie de la patiente ou du patient (entretiens plus longs/supplémentaires), ainsi que la mise en place d'une organisation avec des routines quotidiennes constantes afin d'apporter structure, confiance et soutien:

Entretiens:

- Anamnèse plus détaillée (y compris style de communication, déclencheurs, stratégies d'adaptation, particularités sensorielles)
- Explications concrètes et littérales (éviter les métaphores/informations implicites)
- Plus de temps pour les entretiens de consentement; s'assurer de la compréhension (méthode teach-back)
- Implication des personnes de référence (avec leur accord)
- Besoin de coordination accru en cas de comorbidités (p. ex. anxiété, TDAH, dépression, épilepsie)

Particularités sensorielles – adaptation de l'environnement

- Chambre individuelle ou environnement calme.
- Baisse de la lumière, regroupement des interruptions nocturnes.
- Bouchons d'oreilles, masque pour les yeux, routines fixes.
- Davantage de coordination avec le personnel soignant/le service (nettoyage, heures de visite).

Structure et prévisibilité – charge d'organisation accrue

- Structure visuelle de la journée (tableau blanc/feuille de planification).
- Boucles d'information supplémentaires en cas de modifications du programme.
- Coordination renforcée entre l'unité de soins, le service de diagnostic et la planification opératoire.

Examens, soins, interventions – besoin accru d'accompagnement

- Explication étape par étape avant chaque intervention.
- Temps de préparation plus long (p. ex. avant une prise de sang).

- Utilisation d'outils d'adaptation (balle anti-stress, pauses).
- Le cas échéant, mise en place d'une prémédication/anxiolyse après évaluation des risques.
- Mobilisation accrue du personnel dans les situations critiques.

Comportement et prévention des crises – efforts de désescalade

- Plan de crise individuel (déclencheurs, signes précurseurs, stratégies).
- Formation de l'équipe à une communication adaptée aux TSA.
- Possibilités de retrait, réduction des stimuli plutôt que confrontation.

Phénotypes

Il convient de noter que la classification CIM-10 est obsolète, tout comme de nombreux tableaux cliniques. Dans le spectre de l'autisme, par exemple, de nombreuses études et descriptions anciennes de tableaux cliniques ont été rédigées à partir de sujets masculins. Selon l'état actuel des connaissances, il existe toutefois des différences significatives entre les phénotypes masculins et féminins dans les profils d'autisme. En résumé, les différences principales sont les suivantes:

- Diagnostic: souvent plus tardif et «moins visible» chez les filles/femmes (diagnostics plus tardifs, plus de diagnostics erronés/alternatifs)
- «Female Autism Phenotype» (FAP) et camouflage social/masking (les patientes présentent un tableau différent/compensent davantage)
- Communication sociale: particularités souvent plus «subtiles» chez de nombreuses filles/femmes (stratégies sociales apparemment adaptées en surface, mais difficultés persistantes avec les règles sociales implicites (p. ex. ironie, sous-entendus, intentions))
- Intérêts restreints et comportements répétitifs: le contenu et la «forme» peuvent différer (les patientes ont plus souvent des intérêts spécifiques socialement plus acceptés (p. ex. animaux, culture pop, personnes) ou des schémas répétitifs davantage internalisés (p. ex. ritualisation mentale, routines proches du perfectionnisme))
- Comorbidités: d'autres profils sont fréquents (les patientes présentent p. ex. plus souvent des symptômes internalisés tels que anxiété et dépression), avec des parcours diagnostiques souvent plus complexes et davantage d'erreurs diagnostiques

Partie 2: diagnostics de médecine interne pertinents en psychiatrie

La MIG peut soutenir la psychiatrie en précisant autant que possible les diagnostics lors des adressages et (re)transferts en psychiatrie.

TARPSY est le système de facturation des cliniques psychiatriques en Suisse. Les forfaits par cas sont appelés PCG (Psychiatric Cost Groups). Selon le PCG, les groupes de cas se voient attribuer différents cost-weights journaliers issus du catalogue PCG⁵. Ces cost-weights journaliers sont des pondérations relatives déterminées empiriquement qui décrivent la charge de traitement moyenne par jour d'un groupe de patients donné. Ils sont généralement recalculés chaque année sur la base des données actualisées des coûts par cas transmises par les hôpitaux. Dans le cas d'un PCG, les coûts journaliers sont souvent plus élevés les premiers jours que les jours suivants, à l'instar de la répartition des coûts d'un séjour psychiatrique.

Les diagnostics médicaux suivants peuvent influencer le PCG (avec code CIM-10):

- Hypertension artérielle, **avec** mention de crise hypertensive (I10.01)
- Cirrhose alcoolique du foie (K70.3)
- Épisodes d'automutilation intentionnelle (X94.9!)
- Dénutrition modérée à sévère (E44.0/E43)
- Cystite aiguë/chronique (N30.0/N30.2) → **ne pas coder simplement «IVU»**
- Hypothyroïdie précisée (E03.8/E03.2) → **pas seulement «hypothyroïdie»**
- Maladie pulmonaire obstructive chronique **avec épisodes aigus/exacerbation aiguë** (J44.10/J44.11)
- Polynévrite alcoolique (G62.1) → **en lien avec une dépendance à l'alcool**
- Autres anémies par carence en acide folique (D52.8) → **pas seulement «carence en acide folique»**
- Autres anémies par carence en fer (D50.8) → **pas seulement «carence en fer»**
- Pneumonie due à des aliments et des vomissements (J69.0)
- Autres syndromes précisés extrapyramidaux et troubles de la motricité (G25.88), p. ex. akathisie, syndrome de la personne raide
- Sinusite aiguë (J01.0 – J01.8) → **pas «rhinopharyngite aiguë/rhume»**
- Autres malabsorptions intestinales, p. ex. maladie de Whipple (K90.8)
- Obésité de grade III et plus, due à un excès calorique, induite par des médicaments ou avec hypoventilation alvéolaire (E66.0*-E66.2*)
- Épilepsie et syndromes épileptiques généralisés idiopathiques (G40.3) → **pas seulement «épilepsie»**
- Néphropathie hypertensive avec insuffisance rénale, avec mention de crise hypertensive (I12.01)
- Plaies ouvertes multiples de l'avant-bras (S51.7)
- Fièvre due à des médicaments (R50.2) → **pas seulement «fièvre»**
- Phlegmon, avec localisation précise (L03.1*-L03.8*)
- Asthme bronchique, (non) allergique, (non) contrôlé/(non) sévère (J45*)

⁵ <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/systeme-tarpsy-6020262027/catalogue-pcg>