

Mise au point
Valorisation comptable de l'activité allergologique en établissements de soins

Recovery of the allergic activity in health facilities

N. Petit ^{a,*}, E. Beaudouin ^b, J. Flabbee ^c

^a Centre hospitalier Saint-Nicolas, 2, rue d'Anthouard, BP 20713, 55107 Verdun cedex, France

^b Centre hospitalier Jean-Monet, 88000 Épinal, France

^c Réseau Allergolor, 54000 Nancy, France

Reçu le 5 mai 2011 ; accepté le 6 mai 2011

Disponible sur Internet le 11 juin 2011

Résumé

L'évolution du mode de financement des établissements de soins, avec notamment le passage à la tarification à l'activité, a brutalement confronté les médecins à une dure réalité économique. Si la mise en place de cette T2A associée à la création de la CCAM a permis une meilleure description de l'activité d'Allergologie, la valorisation de cette activité reste limitée car elle se déroule le plus souvent pendant des séjours de moins de trois jours. L'objet de cet article est de rappeler les règles du codage pour le recueil de l'activité dans le cadre du PMSI, de préciser le contenu possible d'une hospitalisation de jour. L'accent est mis sur les bonnes pratiques de tenue du dossier médical afin que des séjours ne soient pas « retoqués » lors des contrôles externes de qualité, ce qui constitue un manque à gagner pour les services.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Activité allergologique ; Établissement de soins ; Tarification à l'activité ; Hospitalisation de jour ; Valorisation

Abstract

The evolution of the financing of health facilities, including the transition to the pricing per activity, brutally confronted physicians to harsh economic reality. If the establishment of the T2A associated with the creation of the CCAM has a better description of the activity of Allergology, recovery of this activity is limited because it occurs most often for stays of less than three days. The purpose of this paper is to recall the rules of coding for the collection of activity under the PMSI to clarify the possible content of a day care. The emphasis is on good medical record keeping so that stays are not admitted in external quality control, which is a shortfall for unit.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Allergy activity; Health facilities; Pricing per activity; Day care; Recovery

1. Introduction

Depuis le début de l'année 2007, les allergologues praticiens hospitaliers publics ou privés ont constaté le rejet de la prise en charge par l'assurance maladie des prestations correspondant aux Groupes homogènes de séjours (GHS) rattachés à certaines prises en charge allergologiques, c'est-à-dire que ces séjours n'étaient pas payés aux services. Ont été évoqués des

« incompatibilités d'actes » ou des « dysfonctionnements » de la nouvelle Tarification A l'activité (T2A). Il nous est apparu utile de faire le point sur les règles de codage et de prise en charge en hospitalisation des séjours dédiés à l'allergologie.

Ce travail a également pour but d'aider à optimiser le codage en vue d'une meilleure valorisation en hospitalisation privée et publique, et d'une meilleure visibilité de l'allergologie, afin de permettre aux services hospitaliers ou unités fonctionnelles dédiés de défendre leur part dans la nouvelle gestion par pôles dans le secteur hospitalier public.

Ce guide de codage est issu d'un travail initialisé par le groupe Programme de médicalisation des systèmes

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : npetit@ch-verdun.fr (N. Petit).

d'information (PMSI) du réseau Allergolor, réseau des Allergologues de Lorraine et Champagne Ardenne.

La description de l'activité médicale d'hospitalisation dans le PMSI repose sur le recueil systématique des données médico-administratives sous forme d'informations standardisées décrivant chaque séjour d'un patient hospitalisé. Ces données sont contenues dans le Résumé de séjour standardisé (RSS) dont le traitement automatisé permet le groupage des séjours dans des groupes homogènes de maladies (GHM, selon la onzième version groupage utilisée actuellement), puis des groupes homogènes de séjours (GHS). Ce groupage permet la valorisation financière des séjours [1,2].

Une sous-évaluation d'un séjour dans le PMSI se traduit de facto par une perte financière pour l'établissement, pour le pôle, le département ou l'unité fonctionnelle concerné.

Toute hospitalisation fait donc l'objet d'un RSS, formé d'un ou plusieurs Résumé d'unité médical (RUM) qui sont produits par les services ou unités médicales. Dès lors, la part d'activité relevant de l'allergologie dans un établissement est difficile à quantifier s'il n'y a pas d'unité fonctionnelle correspondante administrativement individualisée.

La dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du RUM [3].

2. Règles actuelles de codage

2.1. Règle générale primordiale

Le meilleur code est le plus précis au regard de l'information à coder.

Le praticien responsable du codage n'est pas forcément celui responsable des soins. Il est déterminé par le règlement intérieur du DIM, approuvé par la Commission médicale d'établissement (CME) [4].

2.2. Diagnostic principal (DP)

Au sens du PMSI, le DP est le motif de prise en charge ou bien une maladie présente au début du séjour, même si elle n'était pas envisagée à j0. Par exemple, un cancer découvert fortuitement en cours du séjour pour un autre motif (« la tumeur était présente à l'entrée ») mais qui a finalement mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour.

Le DP peut être une maladie, un bilan pré-thérapeutique, un symptôme non élucidé (par exemple une toux toujours inexplicée à la fin du séjour), la surveillance d'un traitement, etc. Le motif d'hospitalisation est retenu d'après le compte rendu réalisé en fin de séjour, compte-rendu auquel il faut porter un soin attentif en pensant aussi à sa dimension économique pour le PMSI.

Le choix du DP détermine l'orientation vers un GHS. Il dépend de règles clairement précisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui s'imposent aux « codeurs ». Toutefois, dans certaines circonstances, ces règles peuvent être sujettes à interprétation que le praticien doit connaître pour valoriser au mieux son activité :

- cas des hospitalisations pour diagnostic : si le séjour a permis de poser un diagnostic étiologique des symptômes ayant motivé le séjour, celui-ci est le DP. S'il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie, celle-ci est le DP. Attention ! Le terme « dépistage » est inapproprié en allergologie, c'est le motif des explorations qui doit être codé, symptôme ou antécédent (catégorie Z80 et suivantes). Si un séjour se conclut par la non-confirmation d'une affection suspectée, celle-ci ne peut être codée ;
- cas des hospitalisations pour traitement d'une affection connue, antérieurement diagnostiquée : s'il s'agit d'un traitement unique (ex : chirurgie), la maladie est le DP ; s'il s'agit d'un traitement répétitif, le DP est Z512 (chimiothérapie pour une affection non tumorale – par exemple, injection de gammaglobulines), et dans ce cas, la maladie chronique est codée en diagnostic relié (DR). Il ne faut pas confondre la situation de traitement répétitif (Z512) avec celle de prise en charge d'une affection chronique « en poussée » (DP = la maladie). Exemple : ultra rush sur un seul séjour = traitement unique ; rush sur plusieurs séjours, DP = Z512 (et DR = maladie allergique ;
- malade hospitalisé pour surveillance : affection connue, antérieurement diagnostiquée, éventuellement déjà traitée, et hospitalisation pour faire le point sur l'affection ou son traitement (« bilan évolutif »). Au terme du séjour, des investigations ultérieures peuvent être programmées ou des décisions thérapeutiques prises (institution, poursuite ou modification d'un traitement). S'il n'y a pas d'affection nouvelle, on parle de surveillance négative, le DP est un code en Z (cf. infra) ;
- maladies chroniques et de longue durée : s'il y a acutisation ou apparition d'une affection intercurrente, présente à l'admission, alors elle devient le DP dès lors qu'elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours du séjour dans l'unité médicale.

Pour les malades présentant plusieurs problèmes de « lourdeur comparable », il se peut qu'aucune hiérarchisation (dont la réalité doit être vérifiable dans le dossier médical) n'apparaisse évidente. Le choix du DP est alors laissé à la discrétion des unités médicales qui peuvent retenir le DP en rapport avec leur spécialité ou le mieux valorisé en matière de GHS.

Un problème fréquent dans le choix du DP est celui de l'utilisation des codes du chapitre XXI de la CIM (codes en Z). Ce type de code est très souvent requis en allergologie, notamment lors des hospitalisations de jour pour un bilan de surveillance.

2.2.1. Catégories Z03 et Z04 – mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies et pour d'autres raisons

La catégorie Z03 est celle des « suspicions non confirmées », elle sert comme DP de séjours dont le bilan programmé est négatif. Cependant, en respectant les règles de hiérarchisation de la morbidité dans le RUM, on peut choisir l'alternative de coder le symptôme qui a motivé le bilan. Le meilleur codage

étant celui qui utilise le code le plus précis, les cas dans lesquels l'emploi de la catégorie Z03 est inévitable sont très rares, c'est pourquoi ces codes ne doivent plus être utilisés en DP. La suspicion trouve en général son origine dans un symptôme, un résultat anormal d'examen complémentaire ou un antécédent personnel ou familial, donc cela permet souvent d'utiliser le chapitre XVIII (codes R) de la CIM qui est en règle générale bien mieux valorisé.

La catégorie Z04 nous intéresse par le code Z04.880 qui est recommandé pour le codage des séjours courts (0 ou 1 jour) pour des investigations diverses, notamment paracliniques, volontiers programmées, au terme desquelles il n'est pas découvert d'affection (sinon c'est elle qui serait codée). Les bilans d'allergologie lors de séjours courts d'un ou deux jours peuvent être particulièrement concernés par un tel code en DP. Cependant, le séjour est alors classé dans un GHM « fourre tout » (« autres motifs de recours de la CMD 23 ») qui ne permet pas une bonne identification des séjours d'allergologie. Il est conseillé d'éviter chaque fois que possible un tel DP. Les autres codes en Z04 ne doivent plus être utilisés en DP.

En pratique, si un test de provocation programmé pour démontrer une étiologie allergique d'une maladie est positif (ex : quelques lésions urticariennes ou une chute du DEP), on peut coder le motif du bilan qui se voit alors confirmé en tant que diagnostic positif (ex. T78.2 choc anaphylactique, sans précision).

Pour un bilan programmé consistant essentiellement en la réalisation de tests cutanés (sous conditions d'éligibilité à une hospitalisation), la confirmation de l'origine allergique de la pathologie permet alors de coder en DP cette pathologie en apportant une meilleure précision (ex : asthme allergique J45.0, pour une crise d'asthme par anaphylaxie médicamenteuse).

2.2.2. Catégorie Z09 – séjours pour bilan de contrôle négatif après traitement

Le code Z09.2 (« contrôle après traitement médicamenteux pour d'autres affections que les tumeurs malignes ») est bien adapté en allergologie.

2.2.3. Catégories Z11 à Z13 – examen spécial de dépistage

Elles ne doivent être employées que dans le cadre de bilans systématiques en collectivités. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un sujet par un antécédent personnel ou familial, un facteur de risque, un signe clinique ou para clinique ; il faut alors utiliser pour le DP (si le bilan est négatif bien sûr) des codes Z80 à Z92 ou R. Le code Z13.8 « examen spécial de dépistage d'autres maladies précisées » ne doit pas être utilisé en DP en allergologie.

2.2.4. Catégories Z80 à Z92 – antécédents personnels et familiaux

Ils sont très peu utiles pour les allergologues car nos bilans prédictifs sont rares. Ces codes peuvent être notamment utilisés pour le codage du DP, dans des situations de surveillance négative (absence de récurrence et patient ne présentant aucun symptôme).

Le choix du DP a une influence nette sur la valorisation du séjour, que l'on peut illustrer sur l'exemple suivant : cas d'un patient hospitalisé pour la prise en charge ou le bilan d'une anaphylaxie de grade 3 comportant des symptômes cliniques hémodynamiques, d'asthme et d'urticaire. On utilisera dans l'exemple l'échelle des coûts du secteur public :

- hospitalisation de 0 ou un jour (très court séjour), tarif au 01 janvier 2011 :
 - si DP = Z04.880 examen et mise en observation, alors GHS = 511,01 €,
 - si DP = L50.0 urticaire allergique, alors GHS = 533,91 €,
 - si DP = J45.0 asthme allergique, alors GHS = 813,75 €,
 - si DP = T78.0 choc anaphylactique, alors GHS = 691,83 € ;
- hospitalisation de plus de deux nuits :
 - si DP = T78.0, GHS = 691,83 € (tarif fixe quelle que soit la durée de séjour), l'ATIH considère que cette pathologie doit toujours être prise en charge en séjour de courte durée. Pour les séjours de plus de deux nuits en médecine ou réanimation, il vaut mieux coder en DP l'asthme, l'urticaire ou l'angioedème plutôt que le choc anaphylactique, donc il faut « détailler les symptômes du choc »,
 - si DP = Z04.880, quel que soit le DR, GHS = 2637,55 €,
 - si DP = J45.0, GHS = 1558,80 €,
 - si DP = J45.0 avec comorbidité permettant un niveau supérieur ou égal à deux ou âge supérieur à 69 ans, GHS = 2862,80 €,
 - si DP = L50.0, GHS = 1094,24 €,
 - si DP = L50.0 avec comorbidité permettant un niveau supérieur ou égal à deux ou âge supérieur à 69 ans, GHS = 2994,04 €.

Chez un patient ayant présenté asthme et urticaire allergique en cas de séjour inférieur ou égal à une nuit (présence à minuit) ou supérieur ou égal à deux nuits sans comorbidité, il faut mettre en avant l'asthme, mais en cas de séjour supérieur ou égal à deux nuits avec comorbidité il faut mettre en DP l'urticaire.

On le voit, le choix du DP peut aboutir à une différence de valorisation du séjour substantielle.

2.3. Diagnostic relié

Le DR doit être utilisé quand le DP est un code en Z. Par exemple, dans la CIM, le mot chimiothérapie n'a pas le sens implicite de « chimiothérapie anti-tumorale » ; il garde son sens premier de « traitement par des moyens chimiques ». On utilisera le code Z512 « autre forme de chimiothérapie » pour tous les séjours pour « chimiothérapie », dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur maligne. Dans ce cas, en pratique, nous devons coder la maladie concernée en DR.

2.4. Diagnostic associé significatif (DAS)

Le DAS concerne tout problème médical justifiant des soins en plus de ceux justifiés par le DP. Il est essentiel que le résumé

de séjour décrive le plus exactement possible le séjour du malade, notamment sans oublier aucun DAS (cf. tarifs supra). Ils sont susceptibles d'intervenir dans le groupage vers un GHS mieux valorisé.

Est considéré comme significatif tout problème médical associé au DP, ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire (investigation ou traitement : ex : pour un asthme, EFR de contrôle ou délivrance du traitement de fond) du fait d'une affection nouvelle, intercurrente ou préexistante (affection chronique en cours de traitement) ou ayant justifié une prise en charge particulière identifiable dans le dossier médical (ex : sociale) susceptible d'avoir allongé le séjour. Le fait, par exemple, de délivrer au patient diabétique de type 1 son insuline, fourni réglementairement par la pharmacie hospitalière, permet de coder E10.x en DAS, qui sera une comorbidité intéressante financièrement. Il y a donc un intérêt évident, médical et financier, de voir figurer dans le dossier médical les pathologies ayant un traitement de fond. Un cas fréquent et exemplaire dans le contrôle du PMSI est celui des patients suivant un traitement de fond par anti-vitamine K. Chez un patient ayant des antécédents de phlébites à répétition on code Z92.1 (antécédents personnels d'utilisation – actuelle – à long terme d'anticoagulants) qui n'est pas une CMA, mais s'il s'agit d'un patient présentant une ACFA on code I48 fibrillation et flutter auriculaires qui est une CMA dans de nombreux GHS et permet une meilleure valorisation des séjours.

Dans le chapitre XX de la CIM, par convention les codes en Y (descriptif d'un médicament en cause dans une allergie par exemple) sont toujours classés en DAS. Parmi les priorités de santé publique, la CIM donne la possibilité de signaler le caractère professionnel d'une affection au moyen du code Y96 : facteurs liés aux conditions de travail.

Pour les séjours en allergologie, les DAS n'ont d'intérêt économique que lorsqu'ils sont considérés pour un GHM donné, comme des co-morbidités associées (CMA) alourdissant la prise en charge du séjour. Or le niveau 2 de « gravité » ne peut être accordé que pour des séjours d'une durée supérieure ou égale à trois jours, ce qui est rarement le cas en allergologie.

Attention au codage des antécédents : sont des antécédents au sens du PMSI des affections anciennes qui n'existent plus et qui ne sont pas cause de troubles résiduels au moment du séjour concerné par le recueil d'information, ils sont codés de Z80 à Z92. Dans le cas contraire, on parle de séquelles (codes spécifiques) ou de maladie en cours d'évolution.

2.5. Diagnostic associé documentaire (DAD)

Les DAD ne sont pas pris en compte dans les RSA. Ils n'ont donc qu'une utilité statistique interne à l'établissement ou pour transmettre par établissement des données à l'intention de sociétés savantes.

2.6. Actes

Les actes (CCAM) à recueillir sont au minimum les actes classant en regard de la classification des GHM et les actes utilisés comme repères pour le financement de certaines

activités. Des erreurs d'interprétation dans les motifs de rejet ont été faites, notamment à propos des « actes groupables ». Aucun acte d'allergologie ne dirige un séjour vers un GHM descriptif du type de séjour, qui correspond à un GHS pour la valorisation. Les actes dits classant sont essentiellement les actes réalisés au bloc opératoire et les fibroscopies pour les séjours de moins de deux jours.

2.7. Cas de l'hospitalisation de jour (HDJ)

Ces hospitalisations ont été particulièrement ciblées lors des premiers contrôles externes de qualité « nouvelle formule », menés dans le cadre de l'instauration de la T2A. Faute de règles officielles préexistantes sur la définition de l'hospitalisation de jour, de nombreux séjours ont posé problème lors des contrôles. Certaines « règles » issues des premiers contrôles peuvent être considérées :

- sont exclus du champ du PMSI les consultations externes et les actes réalisés à titre externe : prestations réalisables en soins externes « de façon habituelle », avec ou sans forfait de sécurité environnementale (ex : GEQE007 fibroscopie bronchique : doivent être facturés en consultation externe l'acte et le forfait SE1). Cependant, « le principe du cas habituel en consultation externe peut être nuancé en regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée en externe peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée ». On trouve ici des cas très intéressants en allergologie. Par exemple, les batteries de tests médicamenteux en échelles d>IDR ne sont pas réalisées de façon habituelle en consultation externe. De plus, ces batteries peuvent contenir des médicaments qui sont réservés à l'usage hospitalier, ne pouvant être délivrés que pour des patients hospitalisés (curares, certains antibiotiques, etc. – liste disponible sur le site Theriaque.org – inscription gratuite) [4]. Un bilan cutané peut justifier d'une hospitalisation par la nécessité d'une surveillance clinique particulière dont on doit retrouver la justification médicale dans le dossier et la trace sur une feuille de surveillance (IDR chez un patient ayant présenté un choc anaphylactique sévère) ;
- un bilan comportant plusieurs actes ne relevant pas d'une hospitalisation peut être codé en HDJ si deux spécialistes différents, médecin ou non (diététicienne), appartenant à deux services différents, sont intervenus pour « des soins coordonnés et programmés ». Par exemple, un bilan réalisé par un pédiatre allergologue comportant des tests cutanés, une EFR réalisée et interprétée en pneumologie et/ou l'intervention d'une diététicienne du service d'endocrinologie peut relever d'une hospitalisation de jour ;
- tous les tests de provocation, hormis le test de provocation labiale, qui peuvent potentiellement provoquer une réaction systémique, doivent être réalisés en hospitalisation.

Si un médecin conseil, à l'occasion du contrôle externe de qualité, réfute l'indication de l'acte, alors il sort du domaine du contrôle externe de qualité et reprend son rôle de médecin

contrôleur de CPAM soumis à la possibilité de demander une contre-expertise.

3. Contrôle externe de qualité

Le passage à la T2A pour le financement des établissements de santé exerçant une activité MCO a logiquement amené les tutelles à adapter leurs méthodes de contrôle des prestations économiques versées aux établissements. Dorénavant le contrôle se fait essentiellement sur le versant financier, le respect des règles de codage est vérifié, mais aussi les règles de facturation et la justification médicale du séjour. C'est pourquoi les séjours contrôlés ne sont plus tirés au sort mais sont choisis par une procédure de ciblage sur des anomalies détectées par un logiciel spécifique des tutelles appelé DATIM. En 2007, le choix des tutelles a été de contrôler spécifiquement les hospitalisations de moins de 48 heures, type d'hospitalisation particulièrement usité en allergologie. Le second ciblage en 2009 était plus varié mais revenait encore fortement sur les séjours de très courte durée comportant moins de deux actes [5].

Le contrôle est fait « sur pièces et sur site », une bonne tenue du dossier médical est indispensable. Depuis 2007, des séjours ont été annulés, non sur une contestation d'ordre médical, mais sur l'absence manifeste de documents justificatifs nécessaires dans le dossier du patient. La composition minimale du dossier médical est définie par le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 qui reprend l'article R.III2-2 du code de Santé publique.

Nous ne retenons que les items intéressants pour les dossiers d'allergologie.

Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

- les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour en établissement de santé, et notamment :
 - la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,
 - les motifs d'hospitalisation,
 - la recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
 - les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
 - le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
 - la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
 - les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para cliniques, notamment d'imagerie,
 - le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
 - les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
 - les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie,
- la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie.

4. Conclusion

Nous disposons d'ores et déjà des outils nécessaires pour une bonne valorisation comptable de l'allergologie hospitalière. Il nous faut avoir des pratiques de codages cohérentes et partagées par tous afin d'éviter des interprétations locales de la part des médecins contrôleurs des CPAM.

La Société française d'allergologie, en éditant des référentiels tels que les recommandations pour la pratique allergo-anesthésique [6] ou pour la pratique des tests de provocation [7], permet les avis d'expert pré établis opposables lors des contrôles externes de qualité.

Dans les rares cas d'établissements qui ont identifié des services d'allergologie [8], il est clair que la rentabilité de cette activité en matière de T2A est faible, hors MERRI (budgets attribués dans le cadre des missions d'enseignement, recherche, référence, innovation). Cependant, il nous paraît important de faire remarquer aux décideurs hospitaliers qu'il s'agit d'une activité intéressant une grande partie de la population, qui draine vers les établissements de nombreux patients et leur famille, donc participe de l'activité globale de l'établissement.

Au niveau des établissements, le meilleur moyen de faire une comptabilité analytique pour l'activité d'allergologie serait de faire apparaître dans leur nomenclature des codes UF spécifiques. Dans les grands établissements dans lesquels plusieurs services ont une activité allergologique, on pourrait réfléchir à l'opportunité de créer une fédération.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous remercions P. Demoly et F. Rancé pour leur aide et la relecture de cet article.

Annexe 1. Médicaments réservés à l'usage hospitalier.

Art R5121-82. Le classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier intervient notamment quand des restrictions sont apportées à l'administration du médicament, contraintes techniques d'utilisation, raisons de sécurité d'utilisation, nécessitant que le traitement s'effectue sous hospitalisation.

Art R5121-83 modifié par le décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007-art.4 () : le classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier a les effets suivants :

- la prescription est réservée à une personne autorisée à la prescription exerçant dans un établissement de santé public

ou privé ainsi que dans un syndicat inter-hospitalier ou un groupement de coopération sanitaire autorisé à assurer les missions d'un établissement de santé ;

- la dispensation du médicament est réservée aux pharmacies à usage intérieur des établissements précédemment mentionnés ;
- l'administration du médicament ne peut être effectuée qu'au cours d'une hospitalisation dans un établissement énuméré.

Références

- [1] Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique. Annexe III de l'Arrêté du 31-12-2003.(modifié par l'Arrêté du 28-02-2006).
- [2] Arrêté du 22 février 2008 (JO du 29 février) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement et des conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. Annexe I : mise à jour du guide de lecture et de codage de la classification commune des actes médicaux, fascicule spécial n° 2007/3 bis du Bulletin Officiel. Annexe II : mise à jour du guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique, fascicule spécial n° 2007/4 bis du Bulletin Officiel. Annexe III : mise à jour de la classification des groupes homogènes de malades, version 10b, fascicule spécial n° 2007/5 bis du Bulletin Officiel.
- [3] Guide du contrôle externe régional de la production des informations médico-administratives utilisées pour la tarification à l'activité en MCO. (Version 1.3, 1er août 2007).
- [4] Rapport octobre 2007 du Service classification et information médicale, études complémentaires V11.
- [5] Instruction de la DHOS aux ARH d'avril 2007 autorisant l'administration des médicaments de la Réserve hospitalière en hospitalisation de jour.
- [6] Sfar. Prévention du risque allergique peranesthésique. Texte court. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30:212–22.
- [7] Bousquet PJ, Rance F, Deschildre F, de Blay F, Lefranc J-Y, Demoly P. Les conditions de sécurité pour la réalisation des tests de provocation en allergologie. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2007;47:323–32.
- [8] Demoly P, Bosse I, Bouteloup F, De Blay F, Didier A, Dumur JP, et al. L'offre de soins en allergologie en 2011. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2011;51:64–72.