



Extrait pour la psychiatrie du manuel de codage médical

Version 2017

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0** Bases statistiques et généralités
- 1** Population
- 2** Espace et environnement
- 3** Travail et rémunération
- 4** Economie nationale
- 5** Prix
- 6** Industrie et services
- 7** Agriculture et sylviculture
- 8** Energie
- 9** Construction et logement
- 10** Tourisme
- 11** Mobilité et transports
- 12** Monnaie, banques, assurances
- 13** Protection sociale
- 14** Santé
- 15** Education et science
- 16** Culture, médias, société de l'information, sport
- 17** Politique
- 18** Administration et finances publiques
- 19** Criminalité et droit pénal
- 20** Situation économique et sociale de la population
- 21** Développement durable et disparités régionales et internationales

Extrait pour la psychiatrie du manuel de codage médical

Version 2017

Rédaction Christiane Ricci, OFS
Chantal Violand, OFS
Sylvia Zihli, SwissDRG SA
Ursula Althaus
Annika List, Tarifsuisse SA

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: Secrétariat de codage OFS
codeinfo@bfs.admin.ch

Auteur: Office fédéral de la statistique

Réalisation: Christiane Ricci

Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch

Numéro OFS: 544-1701-05

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Page de couverture: OFS; concept: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com

Graphisme / Layout: Section DIAM, Prepress/Print

Copyright: OFS, Neuchâtel 2016
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14275-2

Table des matières

Remerciements	5	Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics PD00–PD15	37
Introduction de l'«Extrait pour la psychiatrie du manuel de codage Version 2017»	7	PD00a Résultats anormaux	37
Abréviations utilisées dans cet extrait pour la psychiatrie:	8	PD01a Symptômes	38
Généralités PG00–PG 56	11	PD03a Codes daguet+ – étoile*	39
PG00a Statistique médicale et codage médical	11	PD04a Codes avec point d'exclamation («!»)	40
PG01a Historique	11	PD05a Etat après / présence de / absence de	41
PG02a Organisation	12	PD06a Séquelles	42
PG03a Bases légales	12	PD09a Diagnostics présumés	43
PG04a Objectifs de la statistique médicale	13	PD10a Affections chroniques avec poussée aiguë	45
PG05a Anonymisation des données	13	PD11a Codes combinés	46
PG06a La série de données de la statistique médicale, définitions et variables	14	PD12a Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)	47
PG10a La statistique médicale et la structure tarifaire TARPSY	15	PD13a Syndromes	54
PG20a Les classifications (CIM-10-GM et CHOP)	16	PD14a Admission pour une procédure non effectuée	55
PG21a CIM-10-GM	16	PD15a Transferts	56
PG22a Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)	23	Règles générales de codage pour les procédures PP00–PP06	57
PG30a Procédé de codage correct	28	PP00a Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales	57
PG40a Documentation des diagnostics et des procédures	29	PP01a Procédures qui doivent être codées	58
PG50a Définitions	30	PP02a Procédures qui ne sont pas codées	59
PG51a Le cas de traitement	30	PP06a Procédures répétées plusieurs fois	60
PG52a Le diagnostic principal	31		
PG53a Le complément au diagnostic principal	33		
PG54a Les diagnostics supplémentaires	34		
PG55a Le traitement principal	35		
PG56a Les traitements supplémentaires	35		

Règles spéciales de codage**S0100–S2100**

S0100	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	61
S0200	Tumeurs	61
S0400	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	61
S0500	Troubles mentaux et du comportement	61
S0600	Maladies du système nerveux	61
S0700	Maladies de l'oeil et de ses annexes	61
S0800	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	61
S0900	Maladies de l'appareil circulatoire	61
S1000	Maladies de l'appareil respiratoire	61
S1100	Maladies de l'appareil digestif	61
S1200	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	62
S1400	Maladies de l'appareil génito-urinaire	62
S1500	Obstétrique	62
S1600	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	62
S1800	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, n.c.a.	62
S1900	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	62
S2000	Causes externes de morbidité et de mortalité	62
S2100	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	62

Règles spéciales de codage de psychiatrie**PS0500–PS2000**

PS0500	Troubles mentaux et du comportement	63
PS0501a	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine)	63
PS1900	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	65
PS1903a	Plaies/lésions ouvertes	65
PS1906a	Lésions multiples	67
PS1907a	Brûlures et corrosions	68
PS1908a	Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques	69
PS1909a	Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)	70
PS1910a	Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions)	71
PS2000	Causes externes de morbidité et de mortalité	72
Index alphabétique		73

Remerciements

Le présent manuel est le fruit d'un travail minutieux fourni par des expertes et des experts et d'une coopération étroite entre des spécialistes du codage en Suisse. L'Office fédéral de la statistique les remercie vivement de leur précieux engagement. Dans le cadre de l'introduction du système de facturation SwissDRG basé sur les forfaits par cas, la collaboration de SwissDRG SA est particulièrement précieuse.

Nous tenons spécialement à remercier aussi le groupe d'experts en classifications médicales de l'Office fédéral de la statistique.

L'actualisation des règles de codage, la vérification de leur compatibilité avec le système de forfaits par cas SwissDRG et la rédaction de la version 2017 ont bénéficié du soutien décisif du groupe de travail suivant:

- Ursula Althaus, médecin, experte en codage médical, Oberdorf
- Annika List, Tarifsuisse SA
- Christiane Ricci, experte en codage médical, brev. féd., Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
- Chantal Violand, médecin, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
- Sylvia Zihli, SwissDRG SA, Département médical, Berne

Introduction de l'«Extrait pour la psychiatrie du manuel de codage Version 2017»

Conformément à l'article 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, un système tarifaire national uniforme lié aux prestations doit être appliqué pour le remboursement des prestations stationnaires en psychiatrie. SwissDRG SA a été mandatée pour développer ce système tarifaire (projet TARPSY). L'introduction obligatoire de la structure tarifaire dans le domaine de la psychiatrie chez les adultes est prévue pour le 1er janvier 2018. En ce qui concerne la psychiatrie chez les enfants et adolescents, une structure tarifaire ne devrait être introduite qu'à une date ultérieure.

Dans le cadre de l'introduction du nouveau système tarifaire, différentes adaptations des instruments de codage (classifications et règles de codage, par exemple) sont nécessaires. C'est ainsi que les échelles HoNOS et HoNOSCA ont déjà été introduites dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) version 2017 (codes 94.A- HoNOS et HoNOSCA).

Un extrait pour la psychiatrie du manuel de codage médical version 2017 a été préparé. Ce document comprend un extrait des règles du manuel de codage médical actuel qui sont particulièrement pertinentes pour le codage des cas psychiatriques. Des exemples concrets relatifs aux diagnostics et aux traitements psychiatriques ont également été ajoutés. Les règles sont sinon celles décrites dans le manuel officiel des règles de codage en Suisse.

Cet extrait pour la psychiatrie contient les éléments suivants:

- Généralités: chapitre PG (P pour psychiatrie, G pour généralités)
- Règles de codage générales: PD (pour les diagnostics de psychiatrie) et PP (pour les procédures de psychiatrie)
- Règles de codage spéciales: chapitre PS (pour les règles spéciales de psychiatrie).

La numérotation des chapitres consacrés aux règles spéciales correspond à celle de la classification CIM-10. Ces règles spéciales décrivent des cas de figure particuliers, destinés à les définir concrètement ou pour lesquels la logique des DRG commande de s'écarter des règles de codage générales.

Les règles de codage spéciales priment sur les règles générales. Exception: les règles de facturation, qui priment sur les règles de codage générales comme sur les règles spéciales. En cas de divergence entre les présentes règles de codage et les instructions d'utilisation des classifications CIM-10 ou CHOP, ce sont les règles de codage qui s'appliquent.

Toutes les règles de codage sont associées à un code alphanumérique (p. ex. PD01, PS0501) suivi d'une lettre minuscule identifiant la version. Les règles de codage de cet extrait pour la psychiatrie du manuel de codage version 2017 portent la lettre «a», les règles de codage modifiées de la version de 2018 seront identifiées par la lettre «b», etc.

Abréviations utilisées dans cet extrait pour la psychiatrie:

CD	Complément au diagnostic principal
PD	Règles de codage des diagnostics Psychiatrie
DP	Diagnostic principal
DS	Diagnostic supplémentaire
PG	Généralités Psychiatrie
L	Latéralité
PP	Règles de codage des procédures Psychiatrie
PS	Règles de codage spéciales Psychiatrie
TP	Traitement principal
TS	Traitement supplémentaire

Pour d'autres informations concernant le relevé de données pour la statistique médicale et les règles de codage, voir aussi l'introduction du «Manuel de codage médical, le manuel officiel des règles de codage en Suisse» reprise intégralement à la page suivante.

Introduction du «Manuel de codage médical, le manuel officiel des règles de codage en Suisse, version 2017»

Le présent manuel est destiné à toutes les personnes qui, dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux et du système de forfaits par cas SwissDRG, sont chargées du codage des diagnostics et des traitements des patients hospitalisés. Cela concerne tous les établissements de médecine somatique aiguë, ainsi que les hôpitaux psychiatriques, les établissements de rééducation et les divers hôpitaux spécialisés. Les participants au relevé (c.-à-d. les hôpitaux) ont par conséquent l'obligation légale d'utiliser les classifications et le manuel de codage en vigueur selon les directives de l'OFS. D'autres règles de codage provenant d'autres manuels de codage (p. ex. le manuel de codage allemand ou des manuels de codage édités à l'interne) ne sont pas valides.

L'utilisation des données de la statistique médicale des hôpitaux dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG est étendue de manière uniforme à toute la Suisse depuis 2012, raison pour laquelle les règles de codage ont dû être actualisées. Ces nouvelles règles de codage répondent aux besoins de la statistique médicale en matière d'épidémiologie, ainsi qu'aux nécessités du système de facturation SwissDRG basé sur les forfaits par cas.

Outre les règles de codage, ce manuel contient des informations relatives aux principales variables de la statistique médicale utilisées dans la série de données, ainsi qu'un bref historique de la classification CIM-10. Même si, de nos jours, le travail de codage se fait souvent à l'aide de programmes informatiques, il nous a paru important de présenter aussi la structure de la classification CHOP utilisée en Suisse.

Les règles de codage se divisent en trois parties, comme suit:

- Généralités: Chapitre G
- Règles de codage générales: D pour diagnostics et P pour procédures
- Règles de codage spéciales: Chapitre S

La numérotation des chapitres consacrés aux règles spéciales correspond à celle de la classification CIM-10. Ces règles spéciales décrivent des cas de figure particuliers, destinés à les définir concrètement ou pour lesquels la logique des DRG commande de s'écarter des règles de codage générales.

Les règles de codage spéciales priment sur les règles générales. Exception: les règles de facturation, qui priment sur les règles de codage générales comme sur les règles spéciales. En cas de divergence entre les présentes règles de codage et les instructions d'utilisation des classifications CIM-10 ou CHOP, ce sont les règles de codage qui s'appliquent.

Les règles de codage présentent une structure alphanumérique (p. ex. D01, S0103) suivie d'une lettre minuscule qui en désigne la version. Les règles de codage de la version 2012 sont désignées par la lettre «a», les règles de codage modifiées de la version 2013 par la lettre «b», de la version 2014 par la lettre «c» ... etc. Les changements apportés au contenu des règles de codage 2017 sont désignés par la lettre «f» et le paragraphe concerné est marqué en vert. Les autres modifications sont également signalées en vert, les corrections orthographiques ou typographiques ne sont pas signalées.

Les exemples donnés dans le présent manuel servent à illustrer les règles de codage. Les codes indiqués dans les exemples sont corrects, mais ils ne présentent pas nécessairement de manière complète le codage des cas médicaux en question.

Les règles de codage publiées dans le présent manuel doivent obligatoirement être appliquées à toutes les données codées par les hôpitaux et transmises pour la statistique médicale à l'Office fédéral de la statistique et dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG.

Le Manuel de codage médical 2017 entre en vigueur le 1.1.2017 et remplace les versions précédentes.

Les classifications CIM-10-GM 2016 et CHOP 2016 ont servi de base à ce manuel. Pour coder tous les cas stationnaires avec date de sortie à partir du 1.1.2017, les codes de la CIM-10-GM version 2016 et les codes de la CHOP version 2017 sont à utiliser.

S'il y a des différences entre les versions linguistiques du manuel de codage et des ouvrages de classification, c'est la version originale en allemand qui fait foi.

La publication par FAQ n'existera plus dès 2017, les FAQ publiées jusqu'à présent seront disponibles en format PDF sur notre site internet. Des informations et précisions seront diffusées en cours d'année dans des circulaires. Ce sont là des instruments de codage officiels de l'OFS dont il faut tenir compte pour les cas avec sortie dès le 1er du mois qui suit leur publication (le 1.1.2017, le cas échéant le 1.7.2017).

Abréviations utilisées dans le manuel de codage

CD	Complément au diagnostic principal
D	Règles de codage des diagnostics
DP	Diagnostic principal
DS	Diagnostic supplémentaire
G	Généralités
L	Latéralité
P	Règles de codage des procédures
S	Règles de codage spéciales
TP	Traitement principal
TS	Traitement supplémentaire

Généralités PG00–PG56

PG00a Statistique médicale et codage médical

PG01a Historique

La VESKA (aujourd'hui H+), l'association faîtière des hôpitaux suisses, collectait depuis 1969 des données dans le cadre d'un projet de statistique hospitalière. Les diagnostics et les traitements étaient codés à l'aide de codes VESKA, définis à partir de la CIM-9. Une statistique des hôpitaux a ainsi pu être établie. La collecte des données n'étant alors obligatoire que dans quelques cantons, les informations recueillies ne représentaient toutefois que 45% des hospitalisations et n'étaient par conséquent pas représentatives à l'échelle nationale.

En 1997/1998, sur la base de la loi sur la statistique fédérale (LSF, RS 431.01) du 9 octobre 1992 et de son ordonnance sur les relevés statistiques (RS 431.012.1) du 30 juin 1993, une série de statistiques sur les établissements de soins intra-muros a été mise en place pour l'ensemble de la Suisse. Depuis, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte et publie des données de la statistique médicale des hôpitaux, statistique qui fournit des informations sur les patients traités dans les hôpitaux suisses.

Ce relevé est complété par une statistique administrative des hôpitaux (statistique des hôpitaux). Une statistique des institutions médico-sociales fournit en outre des données administratives sur les clients des homes pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux, des institutions pour handicapés, pour personnes dépendantes et pour personnes présentant des troubles psycho-sociaux, complétant ainsi l'offre dans le domaine des établissements de soins intra-muros.

De manière générale, les statistiques sanitaires ont pour but de répondre aux questions suivantes:

- Quel est l'état de santé de la population, quels problèmes de santé rencontre-t-elle et quelle est leur gravité?
- Quels segments de la population sont touchés par l'un ou l'autre problème (selon l'âge, le sexe et d'autres facteurs – formation, origine migratoire, etc. – qui, d'après les connaissances actuelles, créent des disparités)?
- Quelle est l'influence du cadre de vie et du mode de vie sur la santé?
- A quelles prestations de santé la population a-t-elle recours? Comment la demande se répartit-elle entre les divers segments de la population?
- Comment les coûts et les moyens de financement évoluent-ils?
- De quelles ressources le système de santé dispose-t-il (infrastructures, personnel, finances) et quelles prestations offre-t-il?
- Quels sont les besoins (actuels et futurs) dans le secteur de la santé?
- Quelles sont les incidences des mesures prises sur le plan politique?

Le codage des diagnostics et des traitements hospitaliers fournit des éléments essentiels pour répondre à ces questions.

PG02a Organisation

L'Office fédéral de la statistique (OFS) est responsable de l'établissement de la statistique médicale. Les offices cantonaux de statistique, les services statistiques des directions cantonales de la santé publique et, pour certains cantons, l'association H+ coordonnent la collecte des données des hôpitaux au niveau cantonal. Ils informent notamment les hôpitaux des délais de livraison des données et vérifient que ces délais sont respectés. Ils sont chargés de contrôler la qualité des données et de les valider, puis de les transmettre à l'OFS.

Les hôpitaux centralisent la collecte des données des patients. Ils établissent le fichier de données comprenant les codes des diagnostics et des traitements. Ils ont l'obligation légale de fournir ces données pour la statistique médicale. L'OFS précise aux services cantonaux quelles sont les données à livrer, le format et le mode de transmission, en les priant de communiquer ces informations aux hôpitaux. Ces prescriptions figurent sur le site Internet de l'OFS.

PG03a Bases légales

La statistique médicale est régie par la loi sur la statistique fédérale, ainsi que par l'ordonnance sur les relevés statistiques, qui comprend des règlements relatifs à la réalisation de relevés statistiques de la confédération, et par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). Dans le cadre de la révision LAMal, de nouveaux règlements sont entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2009 dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049, FF 2004 5551), lesquels ont également des répercussions sur la statistique médicale.

En vertu de la loi sur la statistique fédérale, l'établissement de statistiques sanitaires est une tâche de portée nationale (art. 3, al. 2b), qui exige la coopération des cantons, des communes et d'autres partenaires impliqués. Conformément à l'article 6 (al. 4), le Conseil fédéral peut rendre obligatoire la participation à un relevé.

Les organes responsables des divers relevés statistiques sont désignés en annexe de l'ordonnance sur les relevés statistiques. Chaque relevé statistique national est décrit en détail dans l'annexe. Dans le cas de la statistique médicale des hôpitaux, c'est l'OFS qui est désigné comme organe responsable de l'enquête. L'ordonnance précise aussi les conditions de réalisation, notamment le caractère obligatoire de la participation. Elle spécifie également que les classifications CIM-10 et CHOP (classification suisse des opérations) doivent être utilisées pour saisir respectivement les diagnostics et les traitements.

La LAMal contient elle aussi des dispositions concernant les relevés pour l'établissement de la statistique médicale. En vertu de cette loi, les hôpitaux et les maisons de naissance «doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations» (art. 22a, al. 1). Les données sont collectées par l'OFS au nom de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et doivent être mises gratuitement à disposition par les fournisseurs de prestations (art. 22a, al. 2 et 3).

Le système de facturation basé sur les forfaits par cas SwissDRG est entré en vigueur le 1.1.2012. Les données de la statistique médicale sont utilisées dans ce cadre. La loi révisée prévoit en outre que l'OFS mettra ces données à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant des prix et de l'Office fédéral de la justice, ainsi que des cantons, des assureurs et de quelques autres organes selon le fournisseur de prestations art. 22a, al.3 LAMal). Ces données seront ensuite publiées par l'OFSP par catégorie ou par fournisseur de prestations (hôpital). Les résultats concernant les patients ne seront publiés que sous forme anonyme, rendant impossible toute déduction sur l'identité des personnes concernées.

PG04a Objectifs de la statistique médicale

- Garantir la surveillance épidémiologique de la population (population hospitalisée). Les données fournissent de précieuses informations sur la fréquence des principales maladies à l'origine d'une hospitalisation, permettant ainsi de planifier et, le cas échéant, d'appliquer des mesures préventives ou thérapeutiques.
- La saisie homogène des prestations a permis l'introduction d'un système de classification des patients et l'adaptation du financement des hôpitaux. Les données de la statistique médicale seront utilisées pour perfectionner le système dans le cadre de révisions annuelles.
- Les données relevées permettront aussi de procéder à une analyse générale des prestations fournies par les hôpitaux et de leur qualité, par exemple à partir de la fréquence de certaines opérations ou de la fréquence des réhospitalisations dans le cas de certains diagnostics ou traitements.
- Ces données permettent en outre de se faire une idée de la situation dans le domaine de la prise en charge hospitalière. Les zones d'attraction des divers hôpitaux peuvent ainsi être visualisées. Les données de la statistique médicale peuvent servir dès lors à la planification hospitalière à l'échelon cantonal et intercantonal.

Elles peuvent également être utilisées pour la recherche et être diffusées à l'intention d'un public intéressé.

PG05a Anonymisation des données

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD, RS 235.1) stipule que les données doivent être transmises à l'OFS sous forme anonyme. Un code de liaison anonyme, généré à partir du nom, du prénom, de la date de naissance complète et du sexe, est ainsi associé à chaque patient. Ce code est crypté (produit par hachage et codage des données) de manière à rendre impossible toute identification de la personne.

PG06a La série de données de la statistique médicale, définitions et variables

Les données de la statistique médicale sont réparties en plusieurs séries de données, considérées du point de vue de leur transmission (interfaces): une série de données minimales, une série de données supplémentaires sur les nouveau-nés, une série de données sur les patients en psychiatrie et une série de données sur des groupes de patients.

Le service d'enquête cantonal peut demander la production d'autres séries de données, en particulier une série de données cantonales. Les prescriptions en la matière ne sont pas édictées par l'OFS et ne sont par conséquent pas mentionnées ci-après.

Les variables de toutes les séries de données sont décrites sur le site Internet de l'OFS:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

Série de données minimales (MB)

La série de données minimales de la statistique médicale comprend les variables dont la transmission a toujours été obligatoire, comme p. ex. les caractéristiques à l'admission et à la sortie, l'âge, la nationalité, les diagnostics et les traitements.

Série de données supplémentaires

La série de données minimales de la statistique médicale est complétée par des données supplémentaires. Ces séries supplémentaires constituent un système modulaire dont les données se complètent. Elles peuvent être ajoutées selon la situation des patients.

Série de données sur les nouveaux-nés (MN)

Une série spécifique de données doit être saisie pour les nouveau-nés. Elle permet de collecter des informations épidémiologiques et médicales supplémentaires sur les naissances ayant eu lieu à l'hôpital et dans les maisons de naissance. Ces informations portent notamment sur la parité des sexes, la durée de la grossesse, le poids à la naissance et les transferts.

Série de données sur les patients en psychiatrie (MP)

En collaboration avec la Société suisse de psychiatrie et l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie, une liste de données supplémentaires a été mise au point pour répondre aux besoins dans le domaine psychiatrique. Ces données portent sur des caractères sociodémographiques ainsi que sur les traitements et le suivi après la sortie. L'obligation de renseigner ne s'applique pas à ces données.

Série de données sur des groupes de patients (MD)

La statistique médicale a été adaptée au 1.1.2009 aux besoins du financement des hôpitaux lié aux prestations selon SwissDRG. Pour assurer la compatibilité du système suisse avec le modèle allemand qui a été retenu, il est nécessaire de collecter des informations plus détaillées qu'auparavant. Cette nouvelle série de données sur des groupes de patients permet de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements. Elle contient aussi d'autres informations utiles à la facturation, par exemple des variables sur la médecine intensive, des données sur le poids à l'entrée des nourrissons, sur les réadmissions, etc. Des champs sont également prévus pour la saisie de médicaments très coûteux et de produits sanguins (voir liste des médicaments de SwissDRG).

PG10a La statistique médicale et la structure tarifaire TARPSY

En 2018, la structure tarifaire TARPSY sera introduite dans les hôpitaux au niveau suisse pour le financement des prestations relevant de la psychiatrie. Avec l'application de la structure tarifaire TARPSY, chaque séjour hospitalier sera affecté à un groupe de coûts psychiatriques (GCP) à l'aide de critères déterminés, tels que le diagnostic principal, les diagnostics secondaires, les scores HoNOS et HoNOSCA, l'âge et rémunéré en fonction de coûts pondérés par jour. C'est pourquoi la documentation des soins médicaux et le codage revêtent une importance directe pour la rémunération des hôpitaux. Ils constituent par ailleurs la base du développement de la structure tarifaire TARPSY.

Sous TARPSY, on n'a pas le droit de forcer un GCP; le cas doit être entièrement codé. Il est par exemple interdit d'omettre ou de rajouter des diagnostics pour influencer le GCP. Dans le cadre de la maintenance et du développement de la structure tarifaire TARPSY, les classifications et les règles de codage seront régulièrement adaptées et précisées. La structure tarifaire TARPSY et les définitions exactes des GCP sont décrites dans le manuel de définition en vigueur.

PG20a Les classifications (CIM-10-GM et CHOP)

PG21a CIM-10-GM

Introduction

Le but premier d'une classification, dans le domaine médical, est de coder les diagnostics ou les traitements afin de permettre l'analyse statistique des données collectées au travers de cette généralisation. Une classification statistique des maladies doit permettre à la fois d'identifier des entités pathologiques spécifiques et d'établir une présentation statistique des données pour de plus grands groupes de maladies afin d'obtenir ainsi des informations utiles et compréhensibles (CIM-10 OMS, volume 2, chapitre 2.3).

Une classification, méthode de généralisation comme l'affirmait William Farr, doit limiter son nombre de rubriques tout en incluant toutes les maladies connues, ce qui implique nécessairement une perte d'information. Elle ne peut par conséquent pas représenter fidèlement la réalité médicale.

La classification CIM-10 a été conçue pour permettre d'analyser et de comparer les données sur la mortalité et la morbidité. Un outil de codage des diagnostics est indispensable à l'interprétation de telles données. La version de la CIM-10 qui sera utilisée en Suisse à partir du 1.1.2017 pour le codage des diagnostics est la CIM-10-GM 2016 (German Modification).

Historique

William Farr, responsable du service statistique de l'Angleterre et du Pays de Galles, et Marc d'Espine, de Genève, se sont fortement investis en leur temps dans le développement d'une classification uniforme des causes de mortalité. Le modèle proposé par Farr, une classification des maladies en cinq groupes (maladies épidémiques, maladies générales, maladies classées selon leur localisation, maladies du développement et conséquences de traumatismes) est à la base de la structure de la CIM-10. En 1893, Jacques Bertillon, chef du service statistique de la ville de Paris, présenta à la réunion de l'Institut International de Statistique sa classification «Nomenclature internationale des causes de décès». Celle-ci fut adoptée, puis révisée tous les dix ans. En 1948, cette classification fut adoptée par l'Organisation mondiale de la santé.

En 1975, un cinquième caractère et le système dague/étoile ont été introduits dans la classification lors de sa 9^e révision (CIM-9). En 1993, la 10^e révision de la classification a été validée. Celle-ci a introduit la structure alphanumérique des codes. Plusieurs pays ont apporté des modifications à la CIM-10, principalement à des fins comptables. En Suisse, la version utilisée depuis le 1.1.2009, respectivement depuis le 1.1.2010, est la CIM-10-GM (German Modification).

Structure

Les codes de la classification CIM-10-GM présentent une structure alphanumérique dont le premier caractère est une lettre, suivie de deux chiffres, d'un point et d'une ou deux décimales (p. ex.: F60.8, F03).

La CIM-10-GM se compose de deux volumes: l'index **systématique** et l'index **alphabétique**.

Index systématique

L'index systématique est divisé en 22 chapitres. Les dix-sept premiers décrivent les maladies, le chapitre XVIII les symptômes et les résultats anormaux des examens cliniques et de laboratoire, le chapitre XIX les lésions traumatiques et les empoisonnements, le chapitre XX (étroitement lié au chapitre XIX, comme nous le verrons plus loin) les causes externes de morbidité et de mortalité. Le chapitre XXI concerne principalement des facteurs qui conduisent à recourir aux services de santé. Le chapitre XXII contient des codes réservés à une utilisation particulière. Il s'agit de codes supplémentaires permettant de spécifier plus précisément des maladies classées sous une autre rubrique ou de classer des limitations fonctionnelles, etc.

Tableau des chapitres et des catégories correspondantes:

Chapitre	Titre	Catégories
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	<i>A00–B99</i>
II	Tumeurs	<i>C00–D48</i>
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	<i>D50–D90</i>
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	<i>E00–E90</i>
V	Troubles mentaux et du comportement	<i>F00–F99</i>
VI	Maladies du système nerveux	<i>G00–G99</i>
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	<i>H00–H59</i>
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	<i>H60–H95</i>
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	<i>I00–I99</i>
X	Maladies de l'appareil respiratoire	<i>J00–J99</i>
XI	Maladies de l'appareil digestif	<i>K00–K93</i>
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	<i>L00–L99</i>
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	<i>M00–M99</i>
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	<i>N00–N99</i>
XV	Grossesse, accouchement et puerpéralité	<i>O00–O99</i>
XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	<i>P00–P96</i>
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	<i>Q00–Q99</i>
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	<i>R00–R99</i>
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	<i>S00–T98</i>
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité	<i>V01!–Y84!</i>
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	<i>Z00–Z99</i>
XXII	Codes d'utilisation particulière	<i>U00–U99</i>

Chaque chapitre est divisé en blocs constitués par des **catégories à trois caractères** (une lettre et deux chiffres). Un bloc est donc un groupe de catégories. Ces dernières correspondent à des affections particulières ou à des groupes de maladies ayant des caractères communs.

Sous-catégories: les catégories sont subdivisées en **sous-catégories à quatre caractères**. Elles permettent de coder les localisations ou les variétés (si la catégorie concerne une affection particulière) ou des maladies particulières si la catégorie désigne un groupe d'affections.

Codes à cinq caractères: des codes à cinq caractères sont utilisés dans certains chapitres pour préciser le codage.

Remarque importante: seuls sont valables les codes terminaux, c.-à-d. les codes qui ne se subdivisent plus.

Exemple tiré de la CIM-10-GM, chapitre V:

Bloc/Groupe	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40 – F48)	
Catégorie à 3 caractères	F40.–	Troubles anxieux phobiques
Codes à 5 caractères	F40.0–	Agarophobie
	F40.00	Sans mention de trouble panique
	F40.01	Avec trouble panique
Sous-catégories à 4 caractères	F40.1	Phobies sociales
	F40.2	Phobies spécifiques (isolées)

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CIM-10 reprend les codes de l'index systématique. Les conventions formelles utilisées dans l'index alphabétique y sont décrites. L'index systématique fait toujours foi pour le codage. Lorsque l'index alphabétique mène à un code non spécifique, il convient par conséquent de vérifier dans l'index systématique si un codage plus spécifique est possible. L'index alphabétique répertorie les termes désignant les maladies, les syndromes, les traumatismes et les symptômes. Le terme principal désignant une maladie ou un état pathologique se trouve à l'extrême gauche de la colonne. Il est suivi par les modificateurs ou qualificateurs, qui sont décalés sur la droite selon un ordre hiérarchique.

Dépression] Terme principal
– agitée F32.2] Modificateurs
– – épisode léger F32.2	
– – ménopause, épisode, isolé F32.2	

Les modificateurs sont des précisions indiquant des variantes, des localisations ou des spécificités du terme principal.

Conventions typographiques et abréviations

Parenthèses () :

Elles incluent des termes qui complètent le terme principal en le précisant:

F40.2	Phobies spécifiques (isolées)
--------------	--------------------------------------

Elles sont utilisées pour indiquer le code auquel correspond un terme d'exclusion:

F20.0	Schizophrénie paranoïde <i>Excl.:</i> Paranoïa (F22.0)
--------------	--

Elles sont aussi utilisées dans le titre du bloc pour inclure les codes à trois caractères des catégories comprises dans le bloc:

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60–F69)

Elles incluent le code dague d'une catégorie avec étoile et inversement:

F00.0*	Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce (G30.–†)
---------------	--

G30.0†	Maladie d'Alzheimer à début précoce (F00.0*)
---------------	---

Ces précisions n'impliquent aucune modification du code.

Crochets [] :

Les crochets sont utilisés dans le volume 1 pour:

- Inclure des synonymes ou des phrases explicatives, p. ex.:

F41.0	Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]
--------------	--

- Renvoyer à des remarques faites précédemment, p. ex.:

F16.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes [4 ^e position voir début de ce groupe de maladies]
--------------	---

Deux points:

Les deux points sont utilisés pour énumérer des termes lorsque le terme précédent n'est pas suffisamment complet:

F32.3	Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques Dépression: <ul style="list-style-type: none"> • majeure avec symptômes psychotiques • psychotique
--------------	---

Trait vertical:

Le trait vertical est utilisé pour énumérer des termes inclus ou exclus, aucun des termes précédant ou suivant le trait vertical n'étant complet et ne pouvant donc être attribué à la rubrique en question sans cet ajout.

G82.– Paraplégie et tétraplégie	
Incl.: Paraplégie Quadriplégie Tétraplégie	chronique

Point tiret .–:

Est utilisé dans le volume 1. Le tiret est mis à la place d'un caractère supplémentaire du code, p. ex.:

F90.– Troubles hyperkinétiques

Ce signe prévient le codeur qu'il doit chercher le code plus détaillé dans la catégorie appropriée.

Excl. / à l'exclusion de:

Ces termes n'appartiennent pas au code choisi:

F63.0 Jeu pathologique Jeu compulsif
Excl.: Jeu chez des personnalités dissociales (F60.2) Jeu et pari SAI (Z72.8) Jeu excessif chez des patients maniaques (F30.–)

L'«Excl.» d'un code signifie que le code cité sous cette exclusion décrit une autre pathologie, respectivement un état précis, classable ailleurs et qui n'appartient pas au code en question. On peut donc utiliser les deux codes simultanément, si ces affections sont toutes deux présentes et diagnostiquement différenciées chez le patient.

P. ex.: patient présentant une hypertension portale et une cirrhose du foie d'origine alcoolique, traitées toutes les deux. Il s'agit là d'une constellation telle que décrite ci-dessus: les deux états sont diagnostiquement différenciables l'un de l'autre, une hypertension portale n'étant pas nécessairement présente lors d'une cirrhose alcoolique du foie.

Incl. / à l'inclusion de:

Ces termes sont inclus dans le code choisi:

F30.– Episode maniaque
Incl.: Trouble bipolaire, épisode maniaque isolé

SAI:

Cette abréviation signifie «sans autre indication» et équivaut à «non précisé». Les codes dotés de ce modificateur sont attribués à des diagnostics qui ne sont pas spécifiés plus précisément:

F81.9 Trouble du développement des acquisitions scolaires, sans précision Incapacité d'apprentissage SAI Incapacité concernant l'acquisition des connaissances SAI Trouble de l'apprentissage SAI

NCA / non classé ailleurs:

Elle indique que certaines variétés précisées des affections énumérées peuvent se trouver dans d'autres parties de la classification. Cette abréviation est ajoutée:

- à des termes classés dans des catégories résiduelles ou non spécifiées
- à des termes mal définis.

F53.1	Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
--------------	---

Autres:

La classe résiduelle «autre» doit être utilisée pour le codage d'une maladie précisée, mais pour laquelle il n'existe aucune classe spécifique dans la CIM-10-GM.

F93.8	Autres troubles émotionnels de l'enfance
--------------	---

SAP / sans autre précision:

La classe résiduelle «sans précision» doit être utilisée pour le codage d'une maladie décrite uniquement par son terme générique (p.ex. cataracte), et/ou qu'il est impossible de mieux différencier sur la base des critères de classification à l'endroit correspondant de la CIM-10-GM.

F63.9	Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision
--------------	--

Voir, voir aussi:

(Se trouvent dans l'index alphabétique)

- «Voir» renvoie au terme spécifique auquel on se réfère.
- «Voir aussi» renvoie aux termes principaux sous lesquels chercher

Chronique – voir nature de la maladie
--

Délire – voir aussi delirium F22.0

Et:

Signifie, dans le titre des catégories, «et/ou»:

F55.5	Stéroïdes et hormones
--------------	------------------------------

Doivent être classées dans cette catégorie les stéroïdes et les hormones.

PG22a Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

Généralités

La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) contient la liste des codes des opérations, des procédures et des mesures thérapeutiques et diagnostiques. Elle est basée à l'origine sur l'ICD-9-CM, une version américaine de la CIM-9 créée par les CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) à Baltimore (USA) qui l'ont entretenue jusqu'en 2007. La CHOP est réadaptée chaque année; la version 2017 comprend les extensions et modifications issues des procédures de demande jusqu'en 2015.

Structure

La CHOP est constituée de deux parties séparées: l'index alphabétique et l'index systématique. La structure des codes est en principe alphanumérique; mais, pour des raisons historiques, la plupart des codes sont en réalité des codes numériques, composés en règle générale de deux chiffres suivis d'un point, puis d'un à quatre chiffres (p.ex. 03.1; 45.50, 93.38.10; 94.A1.12).

Attention: seuls des codes terminaux peuvent être utilisés pour le codage.

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CHOP est basé sur son index systématique. Ont servi de textes sources les termes médicaux originaux présents dans l'index systématique, sans ajout de glossaires médicaux supplémentaires ni de thésaurus.

Depuis la version 2011, cet index alphabétique a été généré automatiquement par permutation de texte et son aspect visuel diffère ainsi de l'aspect classique habituel (voir l'introduction de la CHOP pour de plus amples détails).

Index systématique

Il convient de prendre en compte les informations figurant dans l'introduction de la CHOP, en particulier les remarques techniques relatives à la structure et aux classes résiduelles.

Structure de la classification

Conçue sur un axe, la classification suisse des interventions chirurgicales comprend des codes alphanumériques constitués de 2 à 6 chiffres. L'utilisation d'un codage alphanumérique et de trois méthodes de décimalisation (cf. tableau 1) offre une plus grande flexibilité à la CHOP.

Décimalisation en une centaine continue (1 × 100), c'est-à-dire sans segments intermédiaires formellement distingués:	Décimalisation en une centaine segmentée (1 × 100), c'est-à-dire avec des segments intermédiaires:	Décimalisation en dizaines (10 × 10):
Znn.nn.0	Znn.nn.0	Znn.nn.0
Znn.nn.00 → SAP	Znn.nn.00 → SAP	Znn.nn.00 → SAP
Znn.nn.01 (réservé)	Znn.nn.01 (réservé)	Znn.nn.01 (réservé)
Znn.nn.02 (réservé)	Znn.nn.02 (réservé)	Znn.nn.02 (réservé)
...
Znn.nn.09 (réservé)	Znn.nn.09 (réservé)	Znn.nn.09 → autre
Znn.nn.10 → Début de la série	Znn.nn.10 → Début du 1 ^{er} segment	Znn.nn.1
Znn.nn.11	Znn.nn.11	Znn.nn.10 → SAP
Znn.nn.12	Znn.nn.12	Znn.nn.11
...
Znn.nn.88	Znn.nn.20 → Début du segment suivant	Znn.nn.19 → autre
Znn.nn.89 → Fin de la série	Znn.nn.21	Znn.nn.2

Znn.nn.97 (réservé)	Znn.nn.40 → Au besoin segment suivant	Znn.nn.9
Znn.nn.98 (réservé)	Znn.nn.41	Znn.nn.90 → SAP
Znn.nn.99 → autre	...	Znn.nn.91
	Znn.nn.97 (réservé)	...
	Znn.nn.98 (réservé)	Znn.nn.99 → autre
	Znn.nn.99 → autre	
Dans une centaine continue, la numérotation est continue de Znn.nn.10 à Znn.nn.89.	Dans une centaine segmentée, la numérotation peut contenir des segments par dizaines (10, 20, etc.), p.ex. pour les différents types d'intervention: incision, excision, destruction ou reconstruction, etc. La variation de l'unité est destinée à des variantes p.ex. de technique opératoire, de voie d'abord ou autre.	Dans une décimalisation en dix dizaines, on réserve respectivement dans chaque dizaine les positions Znn.nn.n0 et Znn.nn.n9 aux éléments résiduels «SAP» et «autre». Il y a donc potentiellement 20 éléments résiduels dans une décimalisation en dix dizaines. Le code Znn.nn.09 est la catégorie résiduelle «autre» de la sous-catégorie. Elle est formée du titre de la sous-catégorie suivi de «autre».

Classes résiduelles

En règle générale, les positions 00 ou n0, ou les positions 99 ou n9, en fonction de la méthode de décimalisation choisie, sont réservées dans les catégories aux classes résiduelles «sans autre précision» et «autre».

Le code Znn.nn.00 ou Znn.nn.n0 est la catégorie résiduelle «sans autre précision», formée par le titre de la sous-catégorie ou du groupe d'éléments suivi de l'abréviation «SAP». Si les interventions indiquées dans le rapport opératoire n'ont pas été spécifiées, elles doivent être portées dans la catégorie résiduelle «sans autre précision».

Le code Znn.nn.99 ou Znn.nn.n9 est la catégorie résiduelle «autre». Elle est formée par le titre de la sous-catégorie ou du groupe d'éléments suivi de «autre». Si l'intervention indiquée dans le rapport opératoire est spécifiée, mais n'est pas représentée par les éléments de codage du groupe d'éléments ou de la sous-catégorie correspondant(e), l'intervention est portée dans la catégorie résiduelle «autre».

La séquence Znn.nn.01 à Znn.nn.08 est réservée à d'éventuelles autres variantes des catégories résiduelles.

L'index systématique de la CHOP se subdivise en 17 chapitres. Les chapitres 1 à 15 sont structurés d'après l'anatomie.

Chapitre	Titre	Catégories
0	Procédures et interventions, non classées ailleurs	00
1	Opérations du système nerveux	01–05
2	Opérations du système endocrinien	06–07
3	Opérations des yeux	08–16
4	Opérations des oreilles	18–20
5	Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	21–29
6	Opérations du système respiratoire	30–34
7	Opérations du système cardio-vasculaire	35–39
8	Opérations du système hématopoïétique et lymphatique	40–41
9	Opérations du système digestif	42–54
10	Opérations du système urinaire	55–59
11	Opérations des organes génitaux masculins	60–64
12	Opérations des organes génitaux féminins	65–71
13	Techniques obstétricales	72–75
14	Opérations du système musculo-squelettique	76–84
15	Opérations du système tégumentaire et du sein	85–86
16	Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses	87–99

Les axes de classification présentent pour la plupart un degré croissant de complexité. Les interventions les plus simples figurent au début de chaque catégorie, et les plus complexes à la fin.

Elles se succèdent en principe dans l'ordre suivant:

1. Incision, ponction
2. Biopsie ou autre intervention diagnostique
3. Excision ou suppression partielle de lésion ou de tissu
4. Excision ou suppression totale de lésion ou de tissu
5. Suture, plastie et reconstruction
6. Autres interventions

Remarque: suite à l'introduction de nouveaux codes, l'ordre initial ne peut plus être respecté partout.

Conventions typographiques et abréviations

NCA	Non classable ailleurs: il n'existe aucun autre sous-code pour cette intervention spécifique.
SAP	Sans autre précision: il manque des indications précisant la nature de l'intervention.
()	Les parenthèses contiennent des indications complémentaires ou des explications concernant une intervention. Elles n'ont aucun impact sur le codage.
[]	Les crochets contiennent des synonymes et d'autres graphies pour l'expression située immédiatement avant ou après.
EXCLUS	Ces interventions doivent être classées sous le code qui leur est assigné.
INCLUS	Ces interventions sont classées sous le même code.
Coder aussi	Ces interventions doivent être codées en plus, si elles sont réalisées.
Omettre le code	Ces interventions sont déjà comprises dans un autre code.
et	Le terme «et» est employé au sens de et/ou.
*	L'astérisque désigne un complément suisse au texte original américain.
[L]	Latéralité (le côté doit être codé pour cette procédure).

PG30a Procédé de codage correct

Pour trouver un code, il faut commencer par chercher le terme clé du diagnostic ou de la procédure dans l'index alphabétique, puis vérifier son exactitude dans l'index systématique. En résumé:

Etape 1: Chercher le terme clé dans l'index alphabétique.

Etape 2: Vérifier le code trouvé dans l'index systématique.

CIM-10-GM: tenir compte impérativement des exclusions, des inclusions, des remarques à tous les niveaux et des règles de codage.

CHOP: tenir compte impérativement des mentions «coder aussi», «omettre le code», des exclusions et des inclusions, ainsi que des règles de codage.

Principe: tous les codages doivent être aussi spécifiques que possible et utiliser des codes **terminaux**. Il peut s'agir de codes de 3, 4 ou 5 caractères de la CIM-10-GM et de codes jusqu'à 6 caractères de la CHOP.

PG40a Documentation des diagnostics et des procédures

L'établissement des diagnostics ainsi que la documentation des diagnostics et/ou des procédures pendant toute la durée de l'hospitalisation relèvent de la responsabilité du médecin traitant. On ne répètera jamais assez combien il est important que le dossier du patient soit cohérent et complet. A défaut, il est difficile, voire impossible d'appliquer les règles de codage.

Le classement par la personne chargée de la gestion du cas à l'aide de l'échelle HoNOS/HoNOSCA doit être clair et vérifiable sur la base de la documentation.

Les résultats des examens et interventions réalisés pendant l'hospitalisation font partie de la documentation, même s'ils ne sont disponibles qu'après la sortie du patient.

Vu que les diagnostics différentiels ne peuvent pas être codés, le médecin traitant doit déterminer le diagnostic ou le symptôme qui lui paraît le plus probable.

Afin de choisir un code CIM précis et terminal pour un diagnostic posé par le médecin, la codeuse ou le codeur est cependant autorisé(e) à rechercher la précision nécessaire dans toute la documentation.

Exemples:

- Pour un diagnostic médical d'insuffisance rénale **chronique**, la documentation décrit un débit de filtration glomérulaire (DFG) de 30. Avec cette information, la codeuse ou le codeur choisit le code *N18.3 Insuffisance rénale chronique, stade 3*.
- Le diagnostic «Insuffisance ventriculaire gauche» associé à une documentation indiquant «avec symptôme au repos» doit être codé par *I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche NYHA IV*, même si le stade NYHA 4 ne figure pas explicitement dans le diagnostic.

C'est sur ces données que se base le personnel chargé du codage pour une description conforme du cas.

La codeuse ou le codeur ne pose pas de diagnostics. Elle/il n'interprète ni les listes de médicaments, ni les résultats de laboratoire, ni la documentation des soins infirmiers sans en référer au préalable au médecin traitant de manière documentée.

Le codage définitif du cas est sous la responsabilité de l'hôpital.

PG50a Définitions

PG51a Le cas de traitement

On applique les règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY.

La connaissance de ce document est nécessaire pour la compréhension de la définition d'un cas de traitement (âge du patient, durée de séjour, transferts, réadmissions, etc.).

Le cas commence à l'admission et prend fin avec la sortie, le transfert ou le décès du patient.

PG52a Le diagnostic principal

La définition du diagnostic principal est celle de l'OMS. Le diagnostic principal est défini comme

«l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits».

C'est l'analyse du dossier à la sortie de la patiente/du patient qui permet de déterminer quelle affection doit être indiquée comme diagnostic principal (celle qui est à l'origine de l'hospitalisation ou celle qui a été diagnostiquée pendant le séjour). Le diagnostic inscrit en premier dans le rapport de sortie ne coïncide pas toujours avec le diagnostic à coder en diagnostic principal. Cela signifie que ce n'est qu'à la fin du séjour hospitalier que l'on détermine la maladie ou l'affection qui a entraîné le plus de ressources médicales pendant le séjour stationnaire. Le diagnostic à l'admission (cause de l'hospitalisation) ne coïncide pas nécessairement avec le diagnostic principal.

Choix du diagnostic principal en présence de plusieurs diagnostics qui répondent à la définition du DP

En présence de deux ou plusieurs affections répondant à la définition du diagnostic principal ci-dessus, celle qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales sera choisie comme diagnostic principal. L'engagement le plus élevé est déterminé sur la base des prestations médicales (travail des médecins et infirmiers, opérations, produits médicaux, etc.) et non sur celle de l'attribution du groupeur dans le système tarifaire, qui dépend encore d'autres facteurs. En cas de doute du codeur quant au choix du diagnostic principal, la décision est prise par le médecin traitant de l'hôpital, qui doit motiver et documenter son choix sur la base des prestations médicales et des produits médicaux dispensés.

Exemple 1

Un patient se présente au service des urgences parce qu'il souffre d'une humeur dépressive depuis plusieurs semaines. Lors de l'examen, il mentionne également une baisse de motivation et d'activité, des difficultés de concentration, une grande fatigue accompagnée de troubles de l'endormissement et du sommeil et une perte sensible de l'appétit. Le patient exprime également de fortes pensées de dévalorisation de soi. Il n'arrive pas à éloigner les pensées suicidaires. Le patient a été hospitalisé pour un épisode dépressif sévère. Au cours du traitement, le patient parle d'une consommation dangereuse d'alcool. Un diabète sucré lui a également été diagnostiqué.

Durant le séjour hospitalier et jusqu'à la sortie, les diagnostics suivants furent posés:

Épisode dépressif sévère

Utilisation nocive d'alcool

Diabète sucré

L'épisode dépressif sévère a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales et est de ce fait le diagnostic principal.

Exemple 2

Une patiente souffre d'insuffisance cardiaque décompensée avec défaut septal auriculaire préexistant et d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec ulcération. Traitement de l'insuffisance cardiaque, traitement des membres inférieurs par VAC pendant 1 semaine. La 2^e semaine, on procède à une occlusion percutanée du septum auriculaire à l'aide d'un dispositif d'occlusion vasculaire Amplatzer.

En raison des coûts élevés de l'opération cardiaque avec implant, le défaut septal auriculaire est codé comme diagnostic principal.

Exemple 3

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 entraîné le plus de ressources médicales et est codé en diagnostic principal (une opération ne détermine pas automatiquement le diagnostic principal).

Exemple 4

Hospitalisation pour ulcère gastrique avec forte hémorragie. Contrôle d'hémorragie gastrique.

Transfusions sanguines pour anémie hémorragique.

Le traitement de l'ulcère gastrique avec contrôle d'hémorragie a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales et est de ce fait le diagnostic principal.

PG53a Le complément au diagnostic principal

Le champ «Complément au diagnostic principal» (CD) n'est prévu que pour deux catégories de codes:

- les codes étoile (*), voir 1.
- les codes des causes externes (V–Y), voir 2.

1. Le diagnostic principal est codé avec un code dague (†) auquel il faut ajouter, sous la rubrique «Complément au diagnostic principal», le code étoile (*) correspondant, pour autant qu'aucune autre règle de codage ne s'y oppose (voir aussi PD03).

Exemple 1

Patient de 61 ans avec une démence sur maladie d'Alzheimer.

DP G30.0† Maladie d'Alzheimer, à début précoce

CD F00.0* Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce

2. Le diagnostic principal est un code pour une maladie, un traumatisme, une intoxication ou une maladie/trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, auquel il faut ajouter, sous «Complément au diagnostic principal», le code correspondant à la cause externe, pour autant qu'aucune autre règle de codage ne s'y oppose ou que l'information est déjà contenue dans le code ICD-10 (p. ex. I95.2 Hypotension médicamenteuse).

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour intoxication volontaire par somnifères.

DP T42.7 Intoxication par somnifères

CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

Exemple 3

Patient ayant une gastrite aiguë provoquée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

DP K29.1 Autres gastrites aiguës

CD Y57.9! Complications dues à des médicaments ou des drogues

PG54a Les diagnostics supplémentaires

Le diagnostic supplémentaire est défini comme

«une maladie ou une lésion, concomitante avec le diagnostic principal ou qui apparaît pendant l'hospitalisation».

Lors du codage, il est tenu compte des diagnostics supplémentaires qui influent sur la prise en charge du patient de telle manière qu'ils nécessitent, selon le cas:

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

Les diagnostics anamnestiques qui n'ont pas influencé le traitement du patient selon la définition ci-dessus ne sont pas codés (p. ex. pneumonie guérie depuis 6 mois ou ulcère guéri).

En résumé:

Codage, si effort de soins > 0

L'hôpital / le médecin traitant doit pouvoir justifier à l'aide de la documentation les efforts de soins > 0.

Voir également précisions sous PG40.

Dans le cas de patients chez lesquels l'un des trois critères susmentionnés se rapporte à plusieurs diagnostics, tous les diagnostics concernés sont codés.

Exemple 1

Un patient reçoit un traitement de motivation en raison d'une dépendance à l'alcool et aux médicaments. Les deux diagnostics sont codés:

DS Dépendance à l'alcool

DS Dépendance aux médicaments

Exemple 2

Une patiente hospitalisée en raison d'une dépression grave, reçoit également un traitement pour son hypertension.

DP Dépression

DS Hypertension

Exemple 3

Un patient hospitalisé pour une pneumonie présente en plus un diabète sucré. Le personnel infirmier mesure chaque jour la glycémie et le patient reçoit un régime pour diabétique.

DP Pneumonie

DS Diabète sucré

Ordre des diagnostics supplémentaires

Il n'y a pas de règle prescrivant l'ordre dans lequel les diagnostics supplémentaires doivent être codés. Il y a lieu toutefois de mentionner en premier les diagnostics supplémentaires les plus importants.

PG55a Le traitement principal

Selon la définition de l'OFS, est codée comme **traitement principal** la procédure chirurgicale, médicale ou diagnostique la plus importante pour le processus thérapeutique dans le **cadre du diagnostic principal**.

PG56a Les traitements supplémentaires

Les autres mesures sont codées en tant que traitements supplémentaires.

En règle générale, toute procédure suppose qu'un diagnostic lui soit attribué, mais tout diagnostic n'entraîne pas nécessairement un traitement.

Ordre des traitements supplémentaires

Il n'y a pas de règle prescrivant l'ordre dans lequel les traitements supplémentaires doivent être codés. Il y a lieu toutefois de mentionner en premier les traitements supplémentaires les plus importants.

Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics PD00–PD15

PD00a Résultats anormaux

Les résultats anormaux (laboratoire, radiologie, pathologie et autres examens diagnostiques) ne sont pas codés, sauf s'ils ont une importance clinique dans le sens d'une conséquence thérapeutique ou d'un examen diagnostique plus poussé). Les remarques au début du chapitre XVIII de la CIM-10-GM aident à définir dans quels cas on indiquera néanmoins des codes des catégories R00–R99.

Attention: le contrôle d'une valeur anormale n'est pas considéré comme un traitement.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour un trouble dépressif récurrent. Le test de laboratoire fait apparaître un taux de gamma-GT légèrement élevé. Un deuxième test montre une valeur normale.

DP Trouble dépressif récurrent

Le taux plus élevé de gamma-GT ne correspond pas à la définition d'un diagnostic supplémentaire (voir règle PG54) et n'est par conséquent pas codé. Il est toutefois important pour la documentation médicale et la communication entre médecins.

PD01a Symptômes

Les symptômes sont des signes de maladies; ils peuvent être indiqués dans la CIM-10-GM au chapitre XVIII (R00–R99), ainsi que dans les chapitres spécifiques aux organes.

Symptôme codé comme diagnostic principal

Les codes de symptômes ne sont indiqués comme diagnostic principal que si aucun diagnostic définitif n'a été posé au terme de l'hospitalisation. Dans tous les autres cas, le diagnostic définitif est le diagnostic principal. (Voir aussi PD09, paragraphe 2).

Exception: si un patient est traité **exclusivement à cause d'un symptôme d'une maladie déjà connue**, le symptôme doit être codé comme diagnostic principal et la maladie sous-jacente comme diagnostic supplémentaire.

Symptôme codé comme diagnostic supplémentaire

Un symptôme n'est pas codé s'il est assimilé à une conséquence directe et manifeste de la maladie sous-jacente. Si un symptôme (une manifestation) constitue néanmoins à lui seul un problème important pour le suivi médical, il est indiqué comme diagnostic supplémentaire à condition d'en remplir la définition (voir règle PG54).

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour douleurs thoraciques et palpitations. On diagnostique des troubles paniques que l'on traite.

DP Trouble panique

DS Aucun (les symptômes douleurs thoraciques et palpitations sont inclus dans le diagnostic)

PD03a Codes daguet – étoile*

Ce système de codage permet d'associer l'étiologie d'une maladie à sa manifestation. Le code daguet, utilisé pour la maladie initiale (ou l'étiologie de la maladie), est prioritaire par rapport au code étoile* qui décrit la manifestation de la maladie. On fera donc suivre immédiatement le code daguet d'un code étoile*. Ne jamais utiliser un code étoile* sans un code daguet. Les codes daguet peuvent être codés seuls.

- Si le code daguet figure comme diagnostic principal, le code étoile* correspondant doit être mentionné en complément au diagnostic principal (CD), pour autant que cette manifestation corresponde à la définition du diagnostic supplémentaire (règle PG54) (voir exemple 1).
- Dans les cas où le code daguet est un diagnostic supplémentaire, il doit précéder le code étoile* qui lui est associé, pour autant que la définition du diagnostic supplémentaire soit remplie (règle PG54).
- Certains codes ne sont pas d'emblée des codes daguet, mais le deviennent par leur association avec un code étoile* (voir exemple 2).
- Un code daguet peut être suivi de plusieurs codes étoile* (voir exemple 3).

L'ordre des codes pour l'étiologie/la manifestation d'une maladie ne vaut que pour le système du code daguet-étoile*. En-dehors de ce système, la règle du diagnostic principal PG52 ne subit aucune restriction quant à l'ordre des codes étiologie/manifestation.

Exemple 1

Patient de 61 ans avec une démence sur maladie d'Alzheimer.

DP G30.0† Maladie d'Alzheimer, à début précoce

CD F00.0* Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une anémie rénale.

DP N18.–† Néphropathie chronique

CD D63.8* Anémie au cours d'autres maladies chroniques non classées ailleurs

Le code N18.– Insuffisance rénale chronique devient un code daguet avec le code étoile D63.8* Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs.

Exemple 3

Un patient souffrant de diabète sucré de type 1, avec complications multiples (athérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisé pour cause de grave décompensation métabolique. Toutes les complications sont traitées.

DP E10.73† Diabète sucré, type 1, avec complications multiples, désigné comme décompensé

CD I79.2* Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

DS H36.0* Rétinopathie diabétique

DS N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Note: Le code E10.73 fait office de code étiologique, d'où l'ajout de la daguet. Selon les règles de codage, le code indiquant l'étiologie de la maladie doit précéder les codes indiquant ses manifestations. Il précède ainsi tous les codes étoile correspondants (manifestations) jusqu'à ce qu'un nouveau code† ou un code sans signe distinctif soit utilisé. Ainsi, l'étiologie des manifestations I79.2*, H36.0* et N08.3* est codée avec E10.73†.

PD04a Codes avec point d'exclamation («!»)

Ils servent à spécifier un code qui précède non marqué d'un point d'exclamation ou à décrire les circonstances d'une maladie, d'une blessure, d'une intoxication ou d'une complication. Ils ne doivent pas être codés seuls, mais doivent suivre ce code. Les codes avec point d'exclamation désignés comme facultatifs dans la CIM-10-GM doivent tous être obligatoirement indiqués s'ils sont **pertinents**. Pertinent signifie que la précision que donne le code avec point d'exclamation, n'est pas déjà comprise dans le code qui précède.

Une liste de codes «!» figure au début de chaque chapitre de la CIM-10-GM.

Exemple 1

Infection des voies urinaires par Escherichia Coli.

DP N39.0 Infection des voies urinaires, siège non précisé

CD –

DS B96.2! *Escherichia Coli et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*

Le code avec point d'exclamation est pertinent ici: précision du germe.

Exemple 2

Plaie ouverte de la plante du pied gauche chez un patient ayant trébuché sur un objet métallique dans la forêt.

DP S91.3 Plaie ouverte d'autres parties du pied

L 2

CD W49.9! *Accident dû à l'exposition à des forces mécaniques d'objets inanimés*

Le code avec point d'exclamation est pertinent ici: précision de la circonstance.

Exemple 3

Pneumonie diagnostiquée à Klebsiella pneumoniae et à Escherichia coli avec résistance ESBL objectivée (une suspicion ne suffit pas).

Pneumonie diagnostiquée à Klebsiella pneumoniae et à Escherichia Coli avec résistance ESBL.

DP J15.0 Pneumonie due à Klebsiella pneumoniae

CD –

DS J15.5 Pneumonie due à Escherichia Coli

DS U80.4! *Résistance ESBL*

Les codes avec point d'exclamation B95.1! et B96.2! ne sont pas pertinents ici: le germe est déjà précisé dans les codes de la pneumonie.

Il peut arriver qu'un code suivi d'un point d'exclamation puisse être attribué, du point de vue clinique, à plusieurs codes diagnostics. En pareil cas, le code avec point d'exclamation doit être mentionné une seule fois à la fin des codes diagnostics.

Pour les codes des causes externes (V–Y), voir également le chapitre PS2000.

PD05a Etat après/présence de/absence de

Ces diagnostics ne seront indiqués **que s'ils ont une influence sur le traitement actuel** (voir la définition du diagnostic supplémentaire, règle PG54).

Pour trouver un code correspondant à un «status après», il faut chercher dans l'index alphabétique de la CIM-10-GM sous les mots clés suivants:

- Absence de, perte de, amputation de, p. ex. *Z89.6 Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou*
- Tumeur, antécédents personnels, p. ex. *Z85.0 Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs*
- Greffe (état post-transplantation), p. ex. *Z94.4 Greffe de foie¹*
- Présence (de), p. ex. *Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire*

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour une schizophrénie paranoïde; son traitement est compliqué parce qu'il a subi antérieurement une greffe du foie.

DP F20.0 Schizophrénie paranoïde

DS Z94.4 Greffe de foie

Les diagnostics «état après» ne sont pas indiqués par un code de maladie aiguë. Dans le cas d'une réhospitalisation en soins aigus (retransfert du patient en cours de rééducation ou nouvelle hospitalisation), la maladie aiguë du premier séjour n'est plus codée en tant que telle, mais à l'aide d'un code «état après», indépendamment de l'écart temporel entre les deux séjours à l'hôpital.

Exemple 2

Un status post embolie pulmonaire est traité chez un patient.

Z86.7 Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire

Z92.1 Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants

¹ Z94.– Greffe d'organe et de tissu n'est à coder qu'après transplantation d'organes solides (Z94.0–Z94.4) ou de cellules-souche hématopoïétiques (Z94.80, Z94.81).

Ne sont pas codés:

Z94.5 Greffe de peau (inclus greffe de muscle)

Z94.6 Greffe d'os (inclus greffe de cartilage)

Z94.7 Greffe de cornée

Z94.9 Greffe d'organe et de tissu, sans précision

Z94.88 Etat consécutif à la transplantation d'autres organes ou tissus se code **seulement** pour un état consécutif à la transplantation d'intestin ou de pancréas.

P.ex.: une néovessie/vessie iléale/conduit iléal n'est pas une greffe d'organe ou de tissu, mais un remplacement de la vessie dans le sens d'une transposition de tissu.

PD06a Séquelles

Par séquelles ou suites d'une maladie, on entend un état pathologique **actuel** qui est la conséquence d'une maladie antérieure. Le codage s'effectue à l'aide de deux codes: un code pour l'état résiduel actuel ou les séquelles actuelles, et un autre code «Séquelles de...» qui exprime que cet état est la conséquence d'une maladie antérieure. L'état résiduel actuel ou la nature des séquelles actuelles sont indiqués en premier lieu, suivis du code «Séquelles de...».

Il n'y a pas de restriction générale qui limite dans le temps l'utilisation des codes prévus pour les séquelles. La séquelle peut se révéler dès le stade précoce du processus pathologique, p. ex. sous forme de déficits neurologiques suite à un infarctus cérébral, ou se manifester des années plus tard, p. ex. sous la forme d'une insuffisance rénale chronique consécutive à une tuberculose rénale antérieure.

Codes spéciaux pour les séquelles:

B90.–	Séquelles de tuberculose
B91	Séquelles de poliomyélite
B92	Séquelles de lèpre
B94.–	Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires, autres et non précisées
E64.–	Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles
E68	Séquelles d'excès d'apport
G09	Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central
I69.–	Séquelles de maladies cérébrovasculaires
O94	Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité
T90–T98	Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes

Remarque: aucun code de cause externe (V–Y) ne doit être indiqué ici.

Les diagnostics de séquelles ne sont pas traduits par un code de la maladie aiguë initiale. Ainsi, p. ex. les séquelles de poliomyélite sont codées B91 *Séquelles de poliomyélite*, et non A80.- *Poliomyélite aiguë*.

Exemple 1

Traitement d'une dysphasie à la suite d'un infarctus cérébral.

R47.0 *Dysphasie et aphasie*

I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*

Exemple 2

Traitement d'une hémiplégie spastique suite à une embolie cérébrale.

G81.1 *Hémiplégie spastique*

I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*

PD09a Diagnostics présumés

Les diagnostics présumés au sens de ces règles de codage sont des diagnostics qui ne sont **ni confirmés avec certitude, ni exclus avec certitude** à la fin d'une hospitalisation.

Trois cas de figure peuvent se présenter:

1. Diagnostic présumé probable

Dans les cas où le diagnostic suspecté reste probable à la fin de l'hospitalisation et **est traité comme tel**, il convient de le coder comme s'il avait été confirmé.

Exemple 1

Un enfant en âge préscolaire est admis avec une suspicion de TDAH. Les critères de diagnostic n'ont pas pu être suffisamment confirmés par la suite. Un traitement psychothérapeutique et pédagogique du TDAH a cependant été entrepris.

DP F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

2. Aucun diagnostic établi

Le diagnostic d'entrée présumé n'est pas confirmé par les investigations et **n'est pas traité comme tel**, les symptômes ne sont pas spécifiques et, à la fin du séjour, aucun diagnostic définitif n'est posé. Dans ces cas, il convient de coder les symptômes.

Exemple 2

Un enfant a été admis pour des douleurs abdominales à droite avec suspicion d'appendicite. Les examens effectués durant l'hospitalisation n'ont pas confirmé le diagnostic d'appendicite. L'enfant n'a pas reçu de traitement spécifique d'appendicite.

DP R10.3 Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen

3. Diagnostic présumé exclu

Dans les cas où le diagnostic présumé à l'admission du patient est exclu par les investigations, où **il n'y a pas de symptômes** et où aucun autre diagnostic n'a été établi, un code de la catégorie Z03.– *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies* doit être indiqué.

Exemple 3

Dans une situation de crise, après un accident de la route, un patient est décrit par un tiers comme souffrant de troubles psychiques. Il est décrit comme confus et incohérent dans ses propos. Dans une telle situation d'urgence, un examen précis des faits est impossible. Le patient accepte d'être hospitalisé pour observation et examen complémentaire. Par la suite, aucun signe de réaction aiguë au stress, d'une autre maladie psychique ou de trouble comportemental ne se manifeste.

DP Z03.2 Mise en observation pour suspicion de troubles mentaux et du comportement

DS Aucun

Codage d'un diagnostic présumé lors de transfert dans un autre hôpital

Lorsqu'un patient est transféré avec un diagnostic présumé, l'hôpital qui transfère le patient doit coder le diagnostic comme «probable et traité comme tel» (voir point 1). Pour le codage, l'hôpital qui a transféré le patient ne doit utiliser que les informations disponibles au moment du transfert. Les informations émanant ultérieurement de l'hôpital dans lequel le patient a été transféré ne doivent pas influencer a posteriori le choix du codage.

Si par exemple un patient est transféré avec un diagnostic présumé de trouble bipolaire et que le cas est codé en tant que trouble bipolaire par l'hôpital qui le transfère, ce code de trouble bipolaire ne doit pas être modifié ultérieurement par l'hôpital qui transfère. Cela vaut également lorsque le deuxième hôpital envoie la lettre de sortie qui montre que, d'après les examens, le patient ne souffrait pas de trouble bipolaire.

PD10a Affections chroniques avec poussée aiguë

Si un patient souffre simultanément de la forme chronique et d'une forme aiguë de la même maladie, comme p.ex. l'exacerbation aiguë d'une maladie chronique, la forme aiguë de la maladie doit être codée avant la forme chronique, s'il existe des codes différents pour la forme aiguë et la forme chronique de cette maladie (valable pour le diagnostic principal et/ou les diagnostics supplémentaires).

Exemple 1

Intoxication alcoolique aiguë sur alcoolisme.

F10.0 Intoxication alcoolique aiguë

F10.2 Syndrome de dépendance lié à l'alcool

Exceptions:

Ce critère ne doit pas être utilisé si:

- la CIM-10-GM prévoit un code propre pour cette association, p.ex.:
*J44.1– Maladie pulmonaire obstructive **chronique** avec épisodes **aigus**, sans précision*
- la CIM-10-GM donne une instruction contraire, p.ex.:
*C92.0– leucémie myéloïde **aiguë***
*Excl.: exacerbation **aiguë** de leucémie myéloïde **chronique** (C92.1–)*
- la CIM-10-GM indique qu'un seul code est nécessaire. Pour le codage de la «poussée aiguë de lymphadénite mésentérique chronique» par exemple, l'index alphabétique indique que la maladie **aiguë** ne doit pas être codée séparément, car elle figure entre parenthèses (c.-à-d. comme modificateur non essentiel) après le terme principal:
*I88.0 Lymphadénite mésentérique (**aiguë**) (**chronique**)*

PD11a Codes combinés

Un code unique utilisé pour la classification de deux diagnostics, d'un diagnostic et de sa manifestation ou d'un diagnostic et de la complication qui lui est associée, est appelé «code combiné».

Dans l'index alphabétique, il faut vérifier si des modificateurs précisent le terme principal et rechercher dans l'index systématique les termes inclus ou exclus du code en question.

Le code combiné ne doit être utilisé que s'il restitue intégralement l'information sur le diagnostic et si l'index alphabétique donne l'indication correspondante. Les codages multiples ne sont pas autorisés si la classification prévoit un code combiné spécifique.

Exemple 1

Athérosclérose des extrémités avec gangrène.

I70.25 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène

Le codage séparé:

I70.2– Athérosclérose des artères distales

avec

R02 Gangrène, non classée ailleurs.

serait incorrect.

PD12a Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

Les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications) sont codés uniquement s'ils sont décrits et documentés comme tels par le médecin et s'ils remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (PG54).

Codes disponibles pour les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique:

1. Des codes destinés au codage spécifique de maladies ou de troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique se trouvent dans la plupart des chapitres de la CIM-10-GM (p.ex. *L58.0 Radiodermite aiguë*). (Dans le tableau des exemples (pages suivantes) sous: Code de l'organe **avec** notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»).
2. A la fin de certains chapitres consacrés aux organes, on trouve aussi les catégories suivantes:
 - E89.– Anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - G97.– Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - H59.– Maladies de l'œil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - H95.– Affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - I97.– Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - J95.– Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - K91.– Atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - M96.– Affections du système ostéo-articulaire et des muscles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
 - N99.– Affections de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
3. Le chapitre XIX répertorie les catégories *T80–T88 Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*.
4. Codes habituels des chapitres sans lien spécifique avec une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique. (Dans le tableau des exemples (pages suivantes) sous: Code de l'organe **sans** notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»).

Sélection du bon code

Il faut toujours examiner les 4 possibilités des paragraphes ci-dessus et choisir le code avec le texte le plus précis. Les codes non spécifiques doivent être évités. Les codes «non classés ailleurs» (NCA) ou «autres» doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique pour la maladie ou si celui-ci est exclu par une exclusion de la CIM-10-GM. La complication doit être codée en se référant le plus possible à un organe et de manière aussi spécifique que possible, c'est-à-dire que le code indique la pathologie, l'organe et la complication (du paragraphe 1, 2 ou 3). Dans la mesure du possible, le recours au paragraphe 4 doit rester réservé aux cas ne permettant pas une description plus précise selon les paragraphes 1 à 3.

Les codes des chapitres consacrés aux organes (paragraphes 1 et 2) seront préférés aux codes T80–T88 (paragraphe 3) si ces derniers ne décrivent pas la complication de manière plus spécifique. Certains codes T font clairement référence à un organe et sont décrits de manière spécifique, p. ex. T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque *électro-nique* renvoie aux «Maladies et troubles de l'appareil circulatoire».

Pour trouver le code correct, on peut chercher dans l'index alphabétique sous «Complications (de) (dus à) (après) (au cours de)», puis vérifier son exactitude dans l'index systématique.

Pour documenter que l'on a affaire à une maladie ou à un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, on indique en plus un code du chapitre XX (Y57!–Y84!), à moins qu'une autre règle de codage s'y oppose ou que l'information soit déjà contenue dans le code CIM-10.

Divers exemples sont listés dans la table ci-dessous.

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80–T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Proctite suite à une radiothérapie pour carcinome de la vessie				
K62.7 Rectite due à une irradiation	K91.88 Autres atteintes de l'app. digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA	T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, NCA	K62.8 Autres maladies précisées de l'anus et du rectum Rectite SAI	K62.7
Dans le code K62.7, la pathologie précise et sa cause sont comprises dans un seul code.				
Hypotension médicamenteuse				
I95.2 Hypotension médicamenteuse	I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, NCA	I95.8 Autres hypotensions	I95.2
Dans I95.2, la pathologie précise et sa cause sont comprises dans un seul code.				
Embolie pulmonaire post-opératoire après ostéosynthèse de la cheville				
I26.– Embolie pulmonaire Incl. Embolie pulmonaire post-opératoire	I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	T84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes (Douleur, embolie, fibrose, etc.)	I26.– Embolie pulmonaire Incl. Embolie pulmonaire post-opératoire	I26.– + Y
Sous le code I26.– il y a une inclusion concernant l'embolie pulmonaire post-opératoire + Y décrit la cause.				
Thrombose veineuse profonde après implantation de prothèse de genou				
Ø	I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	T84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes (Douleur, embolie, fibrose, etc.)	I80.28 Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs	I80.28 + Y
I97.8 décrit d'«autres» complications circulatoires. NCA. T84.8 décrit différentes complications (hémorragie, embolie, fibrose, etc.). I80.28 décrit la pathologie précise avec la localisation + Y décrit la cause.				
Déhiscence de plaie opératoire suite à une césarienne				
O90.0 Rupture d'une suture de césarienne	Ø	T81.3 Désunion d'une plaie opératoire, NCA Excl: Rupture d'une suture de césarienne (O90.0)		O90.0
Le code O90.0 décrit la pathologie et la cause. T81.3 a une exclusion pour O90.0.				

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80– T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Perforation iatrogène du côlon descendant				
Ø	K91.88 Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA	T81.2 Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	K63.1 Perforation de l'intestin (non traumatique) ou S36.53 Lésion traumatique du côlon, côlon descendant	S36.53 + Y
K91.88 décrit d'«autres» complications de l'appareil digestif. T81.2 décrit des perforations ou déchirures per-opératoires involontaires, NCA, sans localisation. K63.1 est précisé comme perforation non traumatique. S36.53 décrit la blessure et la localisation + Y décrit la cause.				
Abcès cutané de la plaie opératoire après appendectomie				
Ø	K91.88 Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA	T81.4 Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	L02.2 Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc	L02.2 + Y
K91.88 décrit d'«autres» complications de l'appareil digestif. T81.4 décrit une infection, NCA, sans référence à l'organe. L02.2 décrit la pathologie, l'organe + Y décrit la cause.				
Delirium dû à une anesthésie				
F05.8 Autres formes de delirium Délire post-opératoire	G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	T88.5 Autres complications consécutives à une anesthésie	F05.8 Autres formes de delirium Délire post-opératoire	F05.8 + Y
Sous le code F05.8 figure le delirium post-opératoire + Y décrit la cause.				
Occlusion intestinale post-opératoire				
Ø	K91.3 Occlusion intestinale post-opératoire	T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, NCA	K56.– Ileus paralytique et occlusion intestinale sans hernie Excl.: Occlusion intestinale post-opératoire (K91.3)	K91.3
K91.3 décrit précisément la complication et la cause. T88.8 décrit d'«autres» complications de soins médicaux et chirurgicaux, NCA. K56.– a une exclusion pour K91.3. Remarque: une constipation post-opératoire n'est pas codée par K91.3 Occlusion intestinale post-opératoire, mais par K59.0 Autres troubles fonctionnels de l'intestin, constipation.				
Pneumothorax iatrogène				
Ø	J95.80 Pneumothorax iatrogène	T81.2 Perforation et déchirure accidentelle au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	J93.9 Pneumothorax, sans précision ou S27.0 Pneumothorax traumatique	J95.80
J95.80 décrit précisément la pathologie et la cause.				

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de « consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique »	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80–T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de « consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique »	Codage précis
Luxation d'une prothèse de hanche au lever (p. ex. du lit ou d'une chaise)				
Ø	M96.88 Autres affections du système ostéoarticulaire et des muscles après un acte à visée thérapeutique	T84.0 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne (Déplacement, fuite, malposition, etc.)	M24.45 Luxation et subluxation articulaire récidivante, hanche ou S73.0– Luxation de la hanche	T84.0 + Y
M96.88 décrit d'« autres » maladies du système ostéo-articulaire et des muscles. T84.0 décrit une complication mécanique de prothèse articulaire. M24.45 décrit une pathologie d'une articulation. S73.0– décrit une luxation traumatique, un accident.				
Mais: luxation d'une prothèse de hanche due à une chute p. ex. d'une échelle (= accident)				
Ø	Ø	T84.0 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne (Déplacement, fuite, malposition, etc.)	S73.0– Luxation de la hanche	S73.0– + X
S73.0– décrit une luxation traumatique, due à un accident (+ X59.9! pour la chute + Z96.64 pour la présence de prothèse).				
Hématome profond dans l'articulation après implantation de prothèse de genou				
Ø	M96.88 Autres affections du système ostéoarticulaire et des muscles après un acte à visée thérapeutique	T81.0 Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA Excl.: Hémorragies dues aux prothèses (T84.8)	M25.06 Hémarthrose, articulation du genou ou S80.0 Contusion du genou	T84.8 + Y
M96.88 décrit d'« autres » maladies du système ostéo-articulaire et des muscles. T81.0 décrit une hémorragie, NCA et présente une exclusion pour T84.8. M25.06 décrit une pathologie de l'articulation du genou. S80.0 décrit un traumatisme, un accident.				
Stimulateur cardiaque déplacé				
Ø	I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique	Ø	T82.1 + Y
I97.8 décrit d'« autres » complications circulatoires, NCA. T82.1 décrit une complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique.				
Péritonite due à un cathéter de dialyse péritonéale				
Ø	K91.88 Autres atteintes de l'app. digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA	T85.71 Infection et réaction inflammatoire due à un cathéter de dialyse péritonéale	K65.0 Péritonite aiguë	T85.71 + Y
K91.88 décrit d'« autres » complications de l'appareil digestif. T85.71 décrit la pathologie (infection) et le cathéter comme la cause. K65.0 décrit seulement l'infection, un Y ne décrit pas la mesure médicale périsé (= le cathéter).				

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80– T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Hémorragie après prostatectomie				
Ø	N99.8 Autres affections de l'app. génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	T81.0 Hémorragie et hématome complicant un acte à visée diagnos- tique et thérapeutique, NCA	N42.1 Congestion et hémorragie prostatiques	T81.0 + Y
N99.8 décrit d'«autres» maladies de l'appareil génito-urinaire. T81.0 décrit une hémorragie post-opératoire, NCA, mais est tout de même le code le plus précis, car N42.1 décrit une hémorragie de la prostate, mais qui a été excisée. Ce codage vaut également pour une hémorragie après résection partielle de la prostate.				
Phlébite à l'avant-bras due à une perfusion par canule intraveineuse à demeure				
Ø	I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée dia- gnostique et thérapeutique, NCA	T80.1 Complications vasculaires consécutives à une injection théra- peutique, une perfusion et une trans- fusion (phlébite, thromboembolie, thrombophlébite)	I80.80 Thrombose, phlébite et throm- bophlébite des veines superficielles des membres supérieurs	T80.1 + Y
I97.8 décrit d'«autres» complications circulatoires, NCA. T80.1 décrit précisément en un code la complication vasculaire et la cause. I80.80 décrit uniquement la pathologie.				
Infection des voies urinaires sans précision de localisation en raison d'un cathéter à demeure				
Ø	N99.8 Autres affections de l'app. génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	T83.5 Infection et réaction inflamma- toire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire	N39.0 Infection des voies urinaires, siège non précisé	T83.5 + Y
N99.8 décrit d'«autres» maladies de l'appareil génito-urinaire. T83.5 décrit précisément l'infection, la localisation (app. Urinaire) et la cause. N39.0 décrit uniquement la pathologie.				
Déchirure peropératoire de la dure-mère avec suture immédiate				
Ø	G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnos- tique et thérapeutique	T81.2 Perforation et déchirure acci- dentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	S-Code: Ø G96.0 Ecoulement de liquide céphalo-rachidien	T81.2 + Y
G97.88 décrit d'«autres» maladies du système nerveux. T81.2 décrit une perforation ou une déchirure involontaire pendant une intervention, NCA. Il n'existe pas de code S. G96.0 décrit un tableau clinique, un syndrome d'hypotension sans lien avec une opération.				

Choix du diagnostic principal ou supplémentaire

En dérogation à la définition du diagnostic principal, une maladie ou trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique survenu pendant le séjour hospitalier sera toujours codé comme **diagnostic supplémentaire**, même s'il s'avère finalement plus grave que la pathologie initiale.

Exemple 11

Un patient qui a subi une colectomie droite en raison d'un carcinome au niveau du caecum, et chez qui une déhiscence de plaie est constatée trois jours après cette intervention.

DP C18.0 Tumeur maligne du côlon, caecum

DS T81.3 Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs

DS Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Une complication sera indiquée comme **diagnostic principal** uniquement si le patient a été hospitalisé expressément pour cette complication.

PD13a Syndromes

S'il existe un code spécifique pour un syndrome, il faut l'utiliser. Conformément à la définition du diagnostic principal, c'est la manifestation principale du syndrome, celle pour laquelle le patient est traité, qui doit être codée comme diagnostic principal.

S'il n'existe pas de code spécifique pour un syndrome, ce sont ses diverses manifestations qui sont codées.

Syndrome comme diagnostic supplémentaire

En cas d'hospitalisation pour une maladie indépendante d'un syndrome (p. ex. appendicite), le syndrome est seulement codé dans les diagnostics supplémentaires s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (règle PG54).

Pour les syndromes sans code spécifique, seules les manifestations qui remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (règle PG54) sont codées.

PD14a Admission pour une procédure non effectuée

Si un patient est hospitalisé pour une intervention/procédure/thérapie et que cette intervention n'a pas lieu, on procédera ainsi, selon la situation:

- Si la procédure/la thérapie n'est pas effectuée pour des raisons techniques:

Exemple 1

Un patient a été admis pour subir une électroconvulsothérapie. L'intervention a été repoussée pour des raisons techniques.

DP	F33.3	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
DS	Z53	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués

- Si la procédure/la thérapie n'est pas effectuée en raison d'une autre maladie:

Exemple 2

Une patiente a été admise pour une psychothérapie stationnaire en raison d'un trouble dépressif récidivant, actuellement en épisode sévère. En raison d'une appendicite aiguë, la psychothérapie stationnaire n'a pas pu être instaurée. La patiente a été transférée en chirurgie.

DP	F33.2	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
DS	Z53	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués
DS	K35.8	Appendicite aiguë, sans précision

PD15a Transferts

Lors de transferts entre l'hôpital de soins aigus et la psychiatrie, les règles suivantes sont à respecter:

- Lors d'un transfert de patient, chaque hôpital code un cas distinct.
- Lors d'un transfert de patient de psychiatrie en soins aigus, la pathologie à l'origine du transfert est indiquée en tant que diagnostic supplémentaire en psychiatrie.

Exemple 1

Un patient est traité en psychiatrie pour une schizophrénie. Pendant son séjour, le patient développe un abdomen aigu. Il est transféré dans un hôpital de soins aigus où le diagnostic de cholécystite aiguë est posé sur la base de ces symptômes. Le traitement de la schizophrénie se poursuit.

La clinique psychiatrique code:

DP F20.– Schizophrénie

DS R10.0 Abdomen aigu

L'hôpital de soins aigus code:

DP K81.0 Cholécystite aiguë

DS F20.– Schizophrénie

- Lorsqu'un patient est transféré des soins aigus en psychiatrie, la clinique psychiatrique code un cas indépendant en codant comme diagnostic principal le motif principal de transfert et les diagnostics supplémentaires selon la définition des diagnostics supplémentaires PG54.

Exemple 2

Suite à une tentative de suicide par veinosection, une patiente souffrant d'une dépression sévère accompagnée de symptômes psychotiques est traitée dans un centre hospitalier de soins aigus. Elle est transférée en psychiatrie pour le traitement de sa dépression après la guérison de ses plaies.

L'hôpital de soins aigus code:

DP S55.7 Lésion traumatique de multiples vaisseaux sanguins au niveau de l'avant-bras

CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

DS F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

TP Le traitement de la plaie

La clinique psychiatrique code:

DP F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Règles générales de codage pour les procédures PP00–PP06

PP00a Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Pour chaque procédure saisie, il faut indiquer:

- **Traitement principal:** la date du traitement + le début du traitement (heure) (Variable 4.3.V015).
- **Traitements supplémentaires:** les dates de traitement (Variables 4.3.V025, 4.3.V035, etc.).
- **Le côté/la latéralité** opéré lors d'une intervention faite sur un organe pair ou une partie du corps paire est à indiquer dans la série de données de la statistique médicale. Variable 4.3.V011 pour le diagnostic principal, et variables 4.3.V021, 4.3.V031, 4.3.V041, etc. pour les diagnostics supplémentaires.

Les chiffres suivants sont saisis:

- 0 = bilatéral
- 1 = unilatéral droit
- 2 = unilatéral gauche
- 9 = inconnu
- vide = la question ne se pose pas

Les codes nécessitant la précision de la latéralité **sont marqués d'un (L) dans la CHOP**. Cette information est une aide au codage, car le marquage n'est pas totalement exhaustif. De même, dans certaines situations, certains codes sont marqués d'un (L), mais ne nécessitent pas toujours l'indication de la latéralité. Dans ce cas, il faut laisser la variable 4.3.V0— vide. Cette situation est due au fait que certains codes englobent des procédures qui peuvent représenter des actes **avec latéralité ou non**.

- **Traitements ambulatoires externes:** lorsqu'un patient stationnaire reçoit des prestations ambulatoires externes (IRM, dialyse, chimiothérapie), ces prestations sont codées dans le cas stationnaire en utilisant l'item spécial «traitement ambulatoire à l'extérieur» (variables 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, etc.).

PP01a Procédures qui doivent être codées

- Toutes les **procédures significatives** effectuées pendant l'hospitalisation doivent être codées. Ceci inclut les procédures diagnostiques, thérapeutiques et curatives.

Par définition, une procédure significative:

- est de nature chirurgicale
- comporte un risque à l'intervention
- comporte un risque à l'anesthésie
- exige des installations ou des appareils (gros appareils ou équipements) spéciaux (p. ex. IRM) ou une formation particulière.

PP02a Procédures qui ne sont pas codées

- Ne sont pas codées les **procédures effectuées de manière routinière** chez la plupart des patients avec une pathologie donnée, vu que les moyens mis en œuvre pour ces procédures sont impliqués dans le diagnostic ou les autres procédures utilisées. Aucun code CHOP n'est requis si aucune procédure significative n'a été effectuée.

Exemples:

- Radiographie et plâtre en cas de fracture du radius (Colles)
 - Examens radiographiques conventionnels, p. ex. radiographies de routine du thorax
 - ECG (ECG au repos, de longue durée, d'effort)
 - Procédures de routine chez les nouveau-nés (p. ex. test acoustique, US crânien)
 - Prise de sang et examens de laboratoire
 - Examens à l'admission, examens de contrôle
 - Thérapies médicamenteuses à l'exception:
 - des thérapies médicamenteuses appliquées aux nouveau-nés, dans la mesure où il existe un code spécifique
 - des thérapies cytostatiques, immunothérapies, thrombolyses, facteurs de coagulation, produits sanguins
 - des médicaments onéreux, s'il existe un code CHOP spécifique
 - Certaines composantes d'une procédure: la préparation, l'installation du patient, l'anesthésie (intubation incluse) ou l'analgésie, la suture de plaie sont en règle générale comprises dans le code de l'opération.
- Les **procédures directement liées** à une autre procédure ne sont pas codées.

Exemple 1

Une anesthésie dans le cadre d'une électroconvulsothérapie est incluse dans le code et n'est pas codée séparément.

PP06a Procédures répétées plusieurs fois

Le codage des procédures doit refléter autant que possible les moyens mis en œuvre. C'est pourquoi il faut en général coder les procédures autant de fois qu'elles sont effectuées au cours du traitement, p.ex. l'ostéosynthèse sur plusieurs doigts ou la suture de tendons sur plusieurs doigts, l'ostéosynthèse du tibia et du péroné, etc.

Exceptions:

- Les excisions multiples de lésions cutanées, les biopsies multiples ou autres procédures multiples «mineures» de complexité similaire ne doivent être codées qu'une fois par séance opératoire lorsqu'elles sont de même localisation.
- Le code CHOP contient une indication relative au nombre de traitements, à la durée, aux quantités, etc.: le code n'est saisi qu'une seule fois par séjour/cas avec la quantité totale/le nombre total et la date de la première procédure (p.ex. transfusions, traitements complexes, coils (1 × le code pour tous les coils intracrâniens, extracrâniens et spinaux, 1 × le code pour tous les coils périphériques), stents, NEMS/SAPS).

Il en va de même pour les médicaments de la liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux (liste ATC) (ne saisir que la quantité administrée).

Il en est de même lors de regroupement de cas, on additionne et on saisit le code une seule fois.

Exemple 1

Un patient reçoit un traitement multimodal de la douleur, du 2^e au 8^e jour et du 12^e au 19^e jour de son hospitalisation.

93.A2.42 *Traitement multimodal de la douleur, de 15 à 21 jours*
(Total 7 + 8 = 15 jours)

Exemple 2

Un patient reçoit plusieurs concentrés érythrocytaires:

Jour 1: 3 UT, jour 3: 4 UT, jour 5: 4 UT, jour 6: 3 UT = 14 UT.

Les concentrés érythrocytaires sont additionnés et représentés par un seul code.

99.04.12 *Transfusion de globules rouges concentrés, 11 à 15 UT*

Règles spéciales de codage S0100–S2100

Pour le codage des autres maladies/pathologies, il faut recourir aux règles spéciales du manuel de codage d'origine.
Il contient les chapitres suivants (voir en particulier les chapitres S0500, S1900 et S2000):

S0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires

S0200 Tumeurs

S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

S0500 Troubles mentaux et du comportement

Concerne les règles de codage pour la psychiatrie (voir PS0500, pages suivantes).

S0600 Maladies du système nerveux

S0700 Maladies de l'oeil et de ses annexes

S0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

S0900 Maladies de l'appareil circulatoire

S1000 Maladies de l'appareil respiratoire

S1100 Maladies de l'appareil digestif

S1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire

S1500 Obstétrique

S1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

S1800 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, n.c.a.

S1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Pour les lésions traumatiques ou empoisonnement lors de tentatives de suicide par exemple, il faut recourir aux règles de ce chapitre (voir les plus importantes sous PS1900, pages suivantes).

S2000 Causes externes de morbidité et de mortalité

Pour la classification d'évènements comme causes de lésions, d'intoxications, de maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et d'autres effets nocifs (voir PS2000, pages suivantes).

S2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Dans l'annexe se trouvent des précisions pour:

Diabète sucré décompensé

Insuffisance rénale aiguë

Sepsis, critères diagnostiques

VIH/SIDA, Classification CDC

Malnutrition

Règles spéciales de codage de psychiatrie PS0500–PS2000

PS0500 Troubles mentaux et du comportement

PS0501a Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine)

Les remarques générales concernant les catégories *F10–F19* dans la CIM-10-GM doivent être prises en compte.

Intoxication aiguë non accidentelle (ivresse)

Dans le cas d'une intoxication aiguë (ivresse aiguë), un code de la catégorie *F10–F19* avec le 4e caractère «.0» est attribué, si nécessaire avec un autre code à 4 caractères des catégories *F10–F19*. Si l'intoxication aiguë est la raison de l'hospitalisation, elle doit être codée comme diagnostic principal.

Exemple 1

Un alcoolique connu est hospitalisé dans un état d'ébriété avancé (ivresse).

DP *F10.0* *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë*

DS *F10.2* *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance*

Exemple 2

Après une fête d'anniversaire, un adolescent est hospitalisé en raison d'un fort état d'ébriété.

DP *F10.0* *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*

Intoxication aiguë accidentelle

Voir chapitre PS1900.

Utilisation nocive

Un «.1» doit être saisi comme 4^e caractère s'il existe un lien entre une/des maladie(s) déterminée(s) et l'abus d'alcool ou de drogues. C'est notamment le cas des diagnostics dont on précise qu'ils sont liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

Exemple 3

Une œsophagite liée à l'alcool est diagnostiquée chez un patient.

DP K20 Oesophagite

*DS F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool,
 utilisation nocive pour la santé*

Il convient de noter que dans la définition ci-dessus, le code ne se voit pas attribuer de 4^e caractère «.1» en présence d'une maladie spécifiquement liée aux drogues/à l'alcool, et notamment d'un syndrome de dépendance ou d'un trouble psychotique.

PS1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Sauf mention contraire dans les règles de codage, les codes pour les causes externes (V01 – Y84) sont impérativement indiqués à la suite des codes S et T.

PS1903a Plaies/lésions ouvertes

Une catégorie ayant trait à des plaies ouvertes est prévue pour chaque région du corps.

Outre les codes «!» pour les lésions des tissus mous lors de fracture, on y trouve des codes «!» pour les blessures par pénétration cutanée dans des cavités corporelles (lésions intracrâniennes, intrathoraciques ou intraabdominales).

Dans ces cas, la plaie ouverte est codée en plus de la lésion (p.ex. la fracture).

Lésions ouvertes avec atteinte de vaisseaux, de nerfs et de tendons

En présence d'une lésion traumatique avec atteinte des vaisseaux sanguins, la séquence des codes dépend du risque d'amputation du membre concerné. Si tel est le cas, lors d'une lésion avec atteinte de l'artère et du nerf, il convient de coder:

- lésion artérielle d'abord
- suivie de la lésion du nerf
- puis, le cas échéant, la lésion du tendon, la fracture, la plaie ouverte.

Dans les cas où, malgré une atteinte des vaisseaux sanguins et des nerfs, la perte d'un membre est peu vraisemblable, l'ordre des codes est à mettre en relation avec la gravité de chaque atteinte.

Complications d'une plaie ouverte

Le codage d'une complication de plaie ouverte dépend de la possibilité de décrire cette complication plus précisément avec un code spécifique, p.ex. s'il s'agit d'une infection. S'il est possible de lui attribuer un code spécifique de la CIM-10-GM, il faut d'abord indiquer le code spécifique pour la complication (p. ex. infection telle qu'érysipèle, phlegmon, etc.), puis celui pour la plaie ouverte.

Remarque: Lors d'un sepsis comme complication d'une plaie ouverte, la règle S0102 est à prendre en considération.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour un phlegmon à la main gauche consécutif à une morsure de chat. On ignore la date de la morsure. A l'admission, l'éminence thénar présente deux plaies punctiformes dont le pourtour est rouge, la main et l'avant-bras sont fortement enflés. Le frottis révèle la présence de staphylocoques dorés. Une antibiothérapie intraveineuse est instaurée.

DP	L03.10	Phlegmon de membre(s) supérieur(s)
L	2	
DS	B95.6!	<i>Staphylococcus aureus</i> , cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	S61.0	Plaie ouverte de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle
L	2	
DS	W64.9!	Accident dû à l'exposition à des forces mécaniques d'objets animés

Si un codage spécifique de la complication d'une plaie ouverte n'est pas possible, le code pour la plaie ouverte doit être indiqué, suivi d'un code de

T89.0– Complications d'une plaie ouverte

Remarque: les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors, du premier séjour stationnaire.

PS1906a Lésions multiples

Diagnostiques

Dans la mesure du possible, les lésions doivent être codées chacune de manière très précise en fonction de leur localisation et de leur nature.

Les codes combinés *T00–T07 Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps pour des blessures multiples* ainsi que les codes *S00–S99*, prévus pour indiquer des lésions multiples avec un «.7» comme 4^e caractère, doivent être utilisés uniquement si le nombre des blessures à coder excède le nombre maximum de diagnostics à disposition.

Dans ces cas, les codes spécifiques (en fonction de la localisation/nature de la lésion) doivent être utilisés pour coder les lésions les plus graves, et les catégories multiples pour coder les lésions moins sévères (p.ex. blessures superficielles, plaies ouvertes, entorses et élongations).

Remarque: Pour coder des «lésions multiples» ou un «polytraumatisme», l'index alphabétique CIM-10-GM propose le code *T07 Lésions traumatiques multiples, sans précision*. Ce code est peu spécifique et ne doit, si possible, pas être utilisé.

Ordre de présentation des codes en cas de lésions multiples

Le choix du diagnostic principal se fait selon la règle PG52.

Exemple 1

Suite à un accident de voiture, une patiente est hospitalisée avec une contusion cérébrale focale, une amputation traumatique de l'oreille droite, 20 minutes de perte de connaissance, des contusions au larynx et à l'épaule droite ainsi que des coupures à la joue et à la cuisse.

DP	S06.31	Contusion cérébrale circonscrite
CD	V99I	Accident de transport
DS	S06.70!	Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes
DS	S08.1	Amputation traumatique de l'oreille
L	1	
DS	S01.41	Plaie ouverte de la joue
L	1	
DS	S71.1	Plaie ouverte de la cuisse
L	1	
DS	S10.0	Contusion de la gorge
DS	S40.0	Contusion de l'épaule et du bras
L	1	

Dans ce cas, les codes *S09.7 Lésions traumatiques multiples de la tête* et *T01.8 Plaies ouvertes avec d'autres associations de parties du corps* ne doivent pas être utilisés, vu que des codes individuels doivent être indiqués dans la mesure du possible.

PS1907a Brûlures et corrosions

Ordre de présentation des codes

Il faut indiquer en premier la région du corps présentant la brûlure/corrosion la plus grave. Il y a donc lieu d'indiquer une brûlure/corrosion du troisième degré avant une brûlure/corrosion du deuxième degré, même si cette dernière touche une plus grande surface du corps que la première.

Des brûlures/corrosions de la même région mais de degrés différents, sont à coder comme brûlures/corrosions avec le degré le plus élevé.

Exemple 1

Brûlures du 2^e et 3^e degré de la cheville droite (<10%) par de l'eau bouillante.

DP T25.3 Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied

L 1

CD X19.9! Brûlure ou échaudage par la chaleur ou des substances bouillantes

DS T31.00! Brûlures sur moins de 10% de la surface totale du corps

Les brûlures/corrosions nécessitant une transplantation de peau doivent toujours être indiquées avant celles qui n'en nécessitent pas.

S'il y a plusieurs brûlures/corrosions de même degré, il faut alors indiquer en premier la région comptant la plus grande surface du corps touchée. Toutes les autres brûlures/corrosions doivent autant que possible être codées en précisant leur localisation.

Exemple 2

Brûlure de degré 2a de la paroi abdominale (15%) et du périnée (10%) par de l'eau bouillante.

DP T21.23 Brûlure du tronc, de la paroi abdominale de degré 2a

CD X19.9! Brûlure ou échaudage par la chaleur ou des substances bouillantes

DS T21.25 Brûlure du tronc, des parties génitales externes de degré 2a

DS T31.20 Brûlures sur 20 à 29% de la surface totale du corps

Lorsque le nombre de diagnostics à coder excède le nombre de diagnostics à disposition, il convient d'utiliser le code T29.– Brûlures et corrosions de parties du corps, multiples et non précisées.

Pour les brûlures/corrosions du troisième degré, il faut toujours utiliser les codes différenciés. Lorsque des codes multiples sont requis, ils sont utilisés pour des brûlures/corrosions du deuxième degré.

Surface du corps

Chaque cas de brûlure ou de corrosion doit recevoir **en plus** un code de la catégorie

T31.–! Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte

ou

T32.–! Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte

pour indiquer le pourcentage de la surface du corps atteinte.

Le quatrième caractère représente la somme de toutes les brûlures/corrosions en pourcentage de la surface du corps. Un code des catégories T31.–! et T32.–! doit être indiqué une seule fois après le dernier code représentant les régions atteintes.

PS1908a Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques

Le diagnostic «Intoxication par des médicaments/drogues» est posé dans les cas de prise **erronée** ou d'emploi **incorrect**, d'utilisation à des fins de suicide ou de meurtre et en cas d'effets secondaires de médicaments prescrits, pris en relation avec une automédication.

Les intoxications sont classées dans les catégoriesn

T36–T50 Intoxication par des médicaments et des substances biologiques

et

T51–T65 Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale.

Lors d'intoxication **avec manifestation(s)** (p.ex. coma, arythmie), on indiquera le code de cette manifestation comme diagnostic principal. Le code de l'intoxication (par un médicament, par une drogue ou par l'alcool) sont à coder comme diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé dans le coma pour avoir pris une surdose de codéine.

DP R40.2 Coma, sans précision

CD X49.9! Empoisonnement accidentel

DS T40.2 Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques, autres opioïdes

Exemple 2

Un patient est hospitalisé pour une hématurie due à la prise par erreur d'acide acétylsalicylique (non prescrit) en association avec la coumarine (prescrite).

DP K92.0 Hématurie

CD X49.9! Empoisonnement accidentel

DS T39.0 Intoxication par salicylés

DS T45.5 Intoxication par substances essentiellement systémiques et hématologiques, n.c.a., anticoagulants

Pour une intoxication **sans manifestation**, indiquer comme diagnostic principal un code des catégories suivantes

T36–T50 Intoxication par des médicaments et des substances biologiques

et

T51–T65 Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale.

Exemple 3

Une patiente se présente aux urgences déclarant avoir ingéré peu auparavant, dans un moment d'égarement, 20 tablettes de paracétamol. On effectue un lavage d'estomac, aucune manifestation ne se présente dans le suivi.

DP T39.1 Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatismants, dérivés du 4-aminophénol

CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

PS1909a Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)

Lorsque des médicaments répondant à des indications médicales et pris **conformément aux prescriptions** provoquent des effets indésirables, ces derniers sont codés comme suit:

- un ou plusieurs codes pour l'état morbide par lequel se manifestent les effets indésirables, complétés du code Y57.9! *Complications dues à des médicaments ou à des drogues* si cette mention n'est pas contenue dans le code.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une gastrite hémorragique aiguë due à de l'acide acétylsalicylique pris conformément aux prescriptions. Aucune autre cause de gastrite n'est identifiée.

DP K29.0 Gastrite hémorragique aiguë

CD Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues

Exemple 2

Un patient VIH-positif est hospitalisé pour le traitement d'une anémie hémolytique induite par la thérapie antirétrovirale.

DP D59.2 Anémie hémolytique non auto-immune, due à des médicaments

DS Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

- Un patient sous anticoagulation qui présente une hémorragie dans le cadre d'une administration des médicaments anticoagulants conforme aux prescriptions médicales est décrit par les codes D68.33 *Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)*, D68.34 *Troubles hémorragiques dus aux héparines*, D68.35 *Troubles hémorragiques dus à d'autres anticoagulants* + l'hémorragie, complété par le code Y57.9! *Complications dues à des médicaments ou à des drogues*, si cela n'est pas inclus dans le code du diagnostic (ordre des codes conformément à la règle PG52).

Exemple 3

Une patiente souffre d'un saignement de nez intarissable sous anticoagulation par un coumarinique qu'elle prend conformément aux prescriptions médicales; elle est traitée par tamponnement nasal, suspension transitoire du traitement et administration d'une préparation à base de vitamine K.

R04.0 Epistaxis

Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues

D68.33 Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)

Exemple 4

Un patient sous traitement coumarinique qu'il prend conformément aux prescriptions médicales est hospitalisé avec des symptômes d'accident vasculaire cérébral. Le scanner cérébral révèle une hémorragie intracérébrale. L'anticoagulation est suspendue transitoirement et du Konakion est administré au patient.

I61.0 Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale

Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues

D68.33 Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)

PS1910a Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions)

Intoxication par des médicaments en association avec de l'alcool

Tout effet indésirable d'un médicament pris **en association avec de l'alcool** doit être codé comme **une intoxication par les deux substances**.

Intoxication par des médicaments prescrits pris en association avec des médicaments non prescrits

Tout effet indésirable résultant de l'association d'un médicament **prescrit** et d'un médicament **non prescrit** doit être codé comme **une intoxication par les deux principes actifs**.

Voir aussi PS1908.

PS2000 Causes externes de morbidité et de mortalité

Ce chapitre permet de classer des événements environnementaux et des situations comme des causes de lésions, d'intoxications, des maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et d'autres effets nocifs. Leur saisie répond à des exigences épidémiologiques.

Sauf mention contraire dans les règles de codage, les codes pour les causes externes (V–Y) sont impérativement indiqués à la suite des codes pour les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs.

Un seul code de cause externe **par événement** suffit, celui-ci ne se code que lors du **premier séjour stationnaire**.

Au cas où le code pour les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs est indiqué en **diagnostic principal**, le code pour la cause externe (V–Y) doit être indiqué en **complément au diagnostic principal** (CD). Si les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs sont indiqués dans les **diagnostics supplémentaires**, le code des catégories V–Y suit ce code directement. Si le code de la cause externe se rapporte à plusieurs diagnostics secondaires, il n'est mentionné qu'une seule fois à la fin des codes concernés.

Exemple 1

Plaie ouverte de la cuisse due à un accident de bicyclette.

DP S71.1 Plaie ouverte de la cuisse

CD V99! Accident de transport

Exemple 2

Patient avec contusion cérébrale focale, 20 minutes de perte de connaissance et coupures sur la cuisse.

DP S06.31 Contusion cérébrale circonscrite

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

DS S06.70! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes

DS S71.1 Plaie ouverte de la cuisse

Exemple 3

Thrombose veineuse profonde suite au traitement d'une fracture du tibia.

DP I80.28 Thrombose, phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs

CD Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Exception: Lorsque la cause externe est incluse précisément dans le code du diagnostic.

Exemple 4

Anémie due à des médicaments.

D59.2 Anémie hémolytique non auto-immune, due à des médicaments

Y57.9! n'est pas indiqué dans ce cas, car il est inclus dans le code (contrairement à ce qu'indique la remarque de la CIM-10-GM, laquelle date encore de la version de l'OMS).

Index alphabétique

A

Abréviations	8, 10
Absence de	41
Affection	
– chroniques avec poussée aiguë	45

B

Brûlures	
– surface du corps	68

C

Cas de traitement	
– définition	30
Causes externes	72

CHOP

– abréviations	27
– classes résiduelles	25
– conventions typographiques	27
– généralités	23
– index alphabétique	23
– index systématique	24
– structure	23
– structure de la classification	24

CIM-10-GM

– abréviations	20
– conventions typographiques	20
– historique	16
– index alphabétique	19
– index systématique	17
– introduction	16
– structure	16

Classifications

– CHOP	23
– CIM-10-GM	16

Codage

– Procédé de codage correct	28
-----------------------------------	----

Code

– avec point d'exclamation	40
– combiné	46
– daguet – étoile*	39
– de cause externe	72

Complément au diagnostic principal

– définition	33
--------------------	----

Complications

– après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	47
– d'une plaie ouverte	66

Corrosions

– surface du corps	68
--------------------------	----

D

Daguet – étoile*	39
Date du traitement	57
Début du traitement (heure)	57

Définitions

– cas de traitement	30
– complément au diagnostic principal	33
– diagnostic principal	31
– diagnostics supplémentaires	34
– exclusion	21
– traitement principal	35
– traitements supplémentaires	35

Diagnostic

– différentiel	29
– présumé, aucun diagnostic établi	43
– présumé exclu	43
– présumé lors de transfert autre hôpital	44
– présumé probable	43
– principal, choix du diagnostic principal	31
– principal, définition	31
– supplémentaire, définition	34

E

Effets indésirables

– de substances prises en association (contre prescriptions)	71
– de substances thérapeutiques (selon prescription)	70

Empoisonnement

Etat après	41
------------------	----

G

Généralités G00–G56	11
---------------------------	----

I	
Intoxication	
– aiguë accidentelle	63
– aiguë non accidentelle	63
– ivresse	63
– par des médicaments, drogues et substances biologiques	69
– par des médicaments prescrits avec non prescrits	71
– par des substances prises en association (contre prescription)	71
Introduction version 2017	7, 9
Ivresse	63
L	
Latéralité	
– des procédures	57
Lésion	
– multiples	67
– ouverte	65
– ouverte avec atteinte de nerfs	65
– ouverte avec atteinte de tendons	65
– ouverte avec atteinte de vaisseaux	65
– traumatique	65
M	
Maladie	
– après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	47
– chronique avec poussée aiguë	45
O	
Opération	
– non effectuée	55
P	
Plaie	
– ouverte	65
– ouverte avec complications	66
Point d'exclamation («! »)	40
Poussée aiguë	
– d'une affection chronique	45
Présence de	41
Procédure	
– non effectuée	55
– répétée plusieurs fois	60
Procédures	
– bilatérales	57
– date du traitement	57
– début du traitement (heure)	57
– de routine	59
– documentation	29
– latéralité	57
– qui doivent être codées	58
– qui ne sont pas codées	59
– significatives	58
– unilatérales	57
R	
Règles générales de codage	
– pour les maladies/diagnostic PD00–PD16	37
– pour les procédures PP00–PP09	57
Règles spéciales de codage de psychiatrie PS0500–PS2000	63
Règles spéciales de codage S0100–S2100	61
Résultats anormaux	37
S	
Séquelles	42
Série de données	
– minimale	14
– supplémentaire	14
– sur des groupes de patients	14
– sur les nouveaux-nés	14
– sur les patients en psychiatrie	14
Statistique médicale et codage médical	
– anonymisation des données	13, 14
– bases légales	12
– historique	11
– objectifs	13
– organisation	12
– système de classification des patients SwissDRG	15
Status après	41
Symptôme	
– comme diagnostic principal	38
– comme diagnostic supplémentaire	38
Syndrome	
– comme diagnostic supplémentaire	54
T	
Traitement principal	
– définition	35
Traitement supplémentaire	
– définition	35
– ordre des traitements supplémentaires	35
Troubles	
– après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	47

Troubles mentaux et du comportement

- intoxication aiguë accidentelle 63
- intoxication aiguë non accidentelle 63
- liés à l'utilisation de substances psycho-actives 63
- liés à stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine .. 63
- utilisation nocive (alcool, drogues) 64

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide
concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie

Données interactives (banques de données,
accessibles en ligne)

Contact

058 463 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

058 463 60 60
order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse
www.statistique.admin.ch → Services → Les publications de Statistique suisse

Santé

Statistiques de la santé 2014 Neuchâtel 2014

Numéro OFS: 1291-1400, 96 pages, Fr. 22.– (excl. TVA)

Statistique médicale des hôpitaux 2014 – Tableaux standard

Résultats définitifs, Neuchâtel 2016, Numéro OFS: 532-1604-05, 60 pages,
Fr. 12.– (excl. TVA)

Statistique des hôpitaux 2014 – Tableaux standard

Résultats définitifs, Neuchâtel 2016, Numéro OFS: 532-1603-05, 40 pages,
Fr. 8.– (excl. TVA)

Toutes les hospitalisations sont saisies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux.

Ce relevé, effectué par tous les hôpitaux et cliniques, porte sur les données administratives, les informations sociodémographiques des patients, ainsi que les diagnostics et traitements. Pour saisir ces informations, deux classifications médicales sont utilisées. Il s'agit d'une part de la CIM-10 GM pour les diagnostics et d'autre part de la CHOP (basée sur l'ICD-9-CM, vol. 3) pour les traitements. L'indication des codes issus de ces classifications est soumise à des directives bien précises. Le secrétariat de codage de l'Office fédéral de la statistique (OFS) rédige, révisé et adapte au besoin ces directives, s'occupe de la maintenance des dites classifications et du soutien des personnes chargées du codage.

Le manuel de codage contient toutes les règles de codage publiées jusqu'à sa validation. Il est l'ouvrage de base du codage médical.