



Circulaire pour les codeuses et codeurs

A) La ventilation mécanique : règle valable au 1.1.2011

En vue de l'établissement des règles de la ventilation invasive pour 2012, nous avons rédigé une règle pour la période de transition de 2011. Cette nouvelle règle suit la logique de calcul du futur système 2012 et permettra aux unités concernées (Unités de soins intensifs reconnues par la SSMI et non reconnues) de s'y adapter, tout en restant compatible avec le système APDRG.

Cette règle est à suivre dès le 1.1.2011, mais l'ancienne règle sera acceptée jusqu'au 1.2.2011.

Définition

La ventilation mécanique (ventilation ou respiration «artificielle») est un processus au cours duquel des gaz sont acheminés dans les poumons par un dispositif mécanique. Elle soutient la respiration du patient en renforçant ou en se substituant à sa capacité respiratoire. Dans la ventilation artificielle, le patient est généralement intubé ou trachéotomisé et ventilé en continu. **Chez les patients en soins intensifs**, la ventilation mécanique peut aussi s'effectuer à l'aide d'un système de masque qui s'utilise **en lieu et place de l'intubation ou de la trachéotomie habituelles**.

La prise en charge en soins intensifs doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et requiert des locaux adéquatement équipés et un personnel qualifié. Il peut s'agir **d'unités de soins intensifs reconnues par la SSMI ou non reconnues** (les salles de réveil en sont exclues dans tous les cas). Ne sont pas concernés les patients qui ne nécessitent pas de soins intensifs (p. ex. ceux qui reçoivent déjà une ventilation à domicile et qui sont admis pour une thérapie planifiée).

Calcul de la durée de ventilation

Dans toutes les unités de soins intensifs, les temps de ventilation sont comptés comme suit.

Le temps de ventilation est le nombre d'heures de soins avec ventilation (= au min. 2 heures de ventilation par horaire de soins dans le cas de 3 horaires par jour; au min. 3 heures dans le cas de 2 horaires par jour) multiplié par la durée de l'horaire de soin.

Le temps pendant lequel la ventilation est assurée par l'équipe de l'unité de soins intensifs (médecins / infirmiers) en dehors de l'unité, durant le transport et les examens, est additionné au temps de ventilation total de l'unité. En revanche, une ventilation mécanique commencée en vue d'une opération ou en cours



d'intervention n'est pas comptée dans le temps de ventilation total. Autrement dit, la ventilation mécanique dans le cadre de l'anesthésie opératoire est considérée comme partie intégrante de l'intervention chirurgicale et non du traitement en unité de soins intensifs.

Début

Le compte de la durée de ventilation débute à l'un des événements suivants:

- **Intubation endotrachéale**

Chez les patients intubés pour une ventilation artificielle, la durée de ventilation se compte à partir du raccordement au respirateur.

Le tube endotrachéal doit parfois être remplacé en raison de problèmes mécaniques. La durée du retrait et du remplacement immédiat du tube endotrachéal doit être considérée dans ce cas comme partie de la durée de ventilation, dont le compte se poursuit sans interruption.

Chez les patients ventilés d'abord par intubation endotrachéale suivie plus tard d'une trachéotomie, la durée de ventilation se compte à partir de l'intubation et on lui additionne le temps de ventilation par trachéostomie.

- **Ventilation au masque**

La durée de ventilation artificielle se compte à partir du début de la ventilation mécanique.

- **Trachéotomie (suivie du début de la ventilation artificielle)**

La durée de ventilation artificielle se compte à partir du début de la ventilation mécanique.

Le temps de ventilation pendant la trachéotomie est compté dans la durée de ventilation si la trachéotomie a lieu en unité de soins intensifs

- **Admission d'un patient ventilé**

Chez les patients **sous ventilation mécanique à l'admission**, la durée de ventilation se compte à partir de leur admission.

- **Admission postopératoire d'un patient ventilé**

L'entrée en soins intensifs est déterminante.

N.B. la règle des 24 heures post-opératoires ne s'applique plus.

Fin

Le compte de la durée de ventilation prend fin à l'un des événements suivants:

- **Extubation**

- **Arrêt de la ventilation** au terme d'une période de sevrage.

Remarque valable pour les patients porteurs d'une trachéostomie (après une période de sevrage) :

chez les patients ventilés, le tube endotrachéal est laissé en place pendant quelques jours (ou plus longtemps, p. ex. dans le cas de maladies neuromusculaires) après l'arrêt de la ventilation artificielle. Dans ce cas, la durée se compte jusqu'à l'arrêt de la ventilation mécanique.



- **Sortie, décès ou transfert** d'un patient sous ventilation artificielle.

Sevrage

La méthode de sevrage (p. ex. CPAP, SIMV, PSV) de la ventilation artificielle **n'est pas codée**.

La durée du sevrage est entièrement ajoutée (y compris les intervalles sans ventilation pendant le sevrage) au compte de la durée de ventilation du patient. Le sevrage ventilatoire du patient peut se faire en plusieurs tentatives.

La **fin du sevrage** ne peut être déterminée que rétrospectivement après l'installation d'un état respiratoire stable.

L'état respiratoire est réputé stable si le patient respire complètement et spontanément, sans soutien mécanique, sur une période prolongée.

Cette période est définie comme suit:

- patients ventilés **jusqu'à 7 jours** (sevrage compris): **24 heures**
- patients ventilés **plus de 7 jours** (sevrage compris): **36 heures**.

Dans ce cas, la durée de ventilation est comptée jusqu'à l'arrêt de la dernière ventilation mécanique, considéré comme la fin du sevrage.

Codage

Lorsqu'une ventilation mécanique répond à la définition ci-dessus :

- 1) on consignera d'abord **la durée en heures** de la ventilation artificielle. On dispose pour cela de la variable 4.4.V01, un champ de données pour la statistique médicale. **La durée de ventilation est calculée par l'unité de soins intensifs.**

Elle est traduite par le codeur dans les codes CHOP 96.7- *Autre ventilation mécanique continue*

- 2) puis on indiquera **en plus**:

le code suivant: 96.04 *Intubation endotrachéale*

et/ou

selon ce qui convient, le code 31.1 *Trachéostomie temporaire ou*

 31.29 *Trachéostomie permanente*

dans les cas où un **trachéostome** a été réalisé pour la ventilation artificielle.

NB : CPAP :

- Une CPAP qui est faite pour un sevrage de ventilation **ne se code pas** avec le 93.90.1- *Continuous Positive Airway Pressure CPAP*, mais est seulement intégrée dans le calcul de la durée de ventilation.



- Toute autre CPAP se code par le 93.90.1- *Continuous Positive Airway Pressure CPAP*, sans mention de durée

B) Codage avec l'ICD 10 GM 2010

Depuis le 01.01.2011, le codage de la statistique médicale s'effectue au moyen de la CIM-10-GM 2010. Le manuel de codage 3.0 restant en vigueur, certaines règles, codes et exemples doivent être reconsidérés avec la nouvelle CIM-10-GM 2010.

S01.g.1 Nouveautés

U69.-! a désormais des codes à 4 et 5 positions.

S01.d.3 Septicémie

Le choc septique est codé avec le nouveau code *R57.2 Choc septique*.

S01.d.4 Maladies dues au VIH

Nouveau code à O98.-:

O98.7 *Maladie due au virus HIV et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
Etats sous B20-B24

S01.d.6 Gastroentérite infectieuse

Le code A09 a été subdivisé en A09.0 et A09.9

S02.d.8B Localisations multiples

Le code C97! «Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) » a une nouvelle note.

Note : Les tumeurs doivent être codées séparément. Le code C97 ! peut être utilisé même quand les différentes tumeurs primitives ne sont définies que par un seul code (p. ex. C43.5 Mélanome malin du tronc).

S04 Codification du diabète mellitus avec la CIM-10-GM 2010

Sous E10-E14.7, il y a une nouvelle règle pour la 5^e position :

.70 n'est plus valable

.71 n'est plus valable

.72 *Diabète mellitus avec complications multiples, non désigné comme décompensé*

.73 *Diabète mellitus avec complications multiples, désigné comme décompensé*

Le diagnostic „Pied diabétique“ est codé par:

E10-E14 avec les 4^{ème} et 5^{ème} position:



.74 *Diabète mellitus avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, non désigné comme décompensé*

.75 *Diabète mellitus avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, désigné comme décompensé*

Les codes pour les manifestations présentes, p.ex.:

G63.2* *Polynévrite diabétique*

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

sont à indiquer ensuite.

S15.d.5A Syndrome de HELLP

Nouveau code: *O14.2 Syndrome de HELLP*

La liste d'actualisation pour la CIM-10-GM 2009, ainsi que la liste des différences pour la CIM-10-GM 2010 se trouvent sur le site DIMDI sous les liens suivants:

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2010/aktualisierung/>

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2009/aktualisierung/>

C) Codage des procédures CHOP

1) règle générale :

Toutes les **procédures significatives** effectuées pendant l'hospitalisation doivent être codées. Cela englobe les mesures **chirurgicales, diagnostiques, thérapeutiques et curatives**.

Une procédure significative est définie par un des critères suivants:

- est de nature chirurgicale
- représente une intervention à risque
- représente un risque d'anesthésie
- nécessite un appareillage spécial, des machines ou une formation spéciale

Seuls les actes de routine (p.ex. RX, labo, ECG) ne sont pas à coder.

Attention :- les règles s'appliquent indépendamment que le code soit à 4 ou 6 caractères.

- tous les chapitres sont considérés de la même manière (chapitre 16 y compris).

L'OFS est conscient de la zone grise résultant de la définition d'une procédure dite de routine. Les nouveaux codes de la CHOP ayant été demandés par les médecins spécialistes, il faut considérer en principe qu'ils sont à coder. L'OFS va essayer avec les différents partenaires du système de trouver une solution à moyen terme à cette problématique.



2) règles spécifiques :

Information sur les plasties de peaux, le débridement ou la destruction de lésions cutanées

Pour plusieurs procédures cutanées, la CHOP fait la différence entre plastie étendue et non étendue. Pour ce type d'intervention. La plastie sera considérée comme non étendue si le traitement ne dépasse pas 4 cm carré. Si plusieurs traitements sont faits sur la même région anatomique (par exemple la main), il faut additionner les différentes surfaces. Cela n'est pas le cas pour des interventions multiples sur des régions différentes.

Code spécifié et codes SAP identiques :

Plusieurs sous-catégories contiennent des codes qui diffèrent uniquement par un SAP. Dans ces cas, il convient de coder celui qui ne contient pas le SAP. (31.5X.10 et 37.81.10 dans les exemples ci-dessous)

31.5X.00	T	Excision ou destruction locale de lésion ou de tissu de la trachée, SAP
31.5X.10	T	Excision ou destruction locale de lésion ou de tissu de la trachée
ou		
37.81.00	T	Première insertion de pace-maker à chambre unique, non spécifié comme sensible à la fréquence, SAP
37.81.10	T	Première insertion de pace-maker à chambre unique, non spécifié comme sensible à la fréquence

Codes complexes sans critères minimaux :

Pour le moment certains codes complexes ne sont pas soumis à des critères minimaux. Des discussions sont en cours avec les sociétés médicales. En attendant les compléments d'informations, c'est au médecin spécialiste de décider si le code est à appliquer. Notamment :

93.59.5	T	Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants)
93.59.6	T	Traitement complexe spécial de la main

Informations générales :

De nombreux codes très spécifiques ont été incorporés suites aux demandes des différentes sociétés médicales de médecins spécialistes. Il incombe aux médecins d'informer les codeurs des différentes techniques utilisées durant leurs interventions. La documentation médicale doit contenir les procédures complètes et détaillées afin de rendre possible un codage, un groupage et une révision corrects.

Nous joignons la liste des nouveaux codes du chapitre 16, qui permettra aux codeurs de prendre plus facilement connaissance des nouveautés.

Contact et questions: Codeinfo@BFS.admin.ch