

2023



14

Santé

Neuchâtel 2022

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2023



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Domaine «Santé»

Publications actuelles sur des thèmes apparentés

Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, veuillez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).

Santé – Statistique de poche 2022, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2022, numéro OFS: 1541-2200, 36 pages

Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2022, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 660-2200, 474 pages

Statistique médicale des hôpitaux: Tableaux standard 2020, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: su-b-14.04.01.02-MKS-2020

Statistique des causes de décès: La mortalité en Suisse et les principales causes de décès, en 2018, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 1258-1800, 8 pages

Enquête suisse sur la santé 2017 - Tableaux standard, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019, www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/

Enquête suisse sur la santé 1992-2017, La contraception en Suisse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS : 213-1721, 8 pages

Le cancer en Suisse, rapport 2021 - Etat des lieux et évolutions, Office fédéral de la statistique, Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC), Registre du Cancer de l'Enfant (RCdE), Neuchâtel 2021, numéro OFS: 1178-2100, 148 pages

Statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS): Les revenus des médecins indépendants dans les cabinets médicaux en 2019, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 1804-1900, 36 pages

Domaine «Santé» sur Internet

www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – santé
www.health-stat.admin.ch

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2023

Rédaction
Éditeur

Domaine Classifications médicales
Office fédéral de la statistique (OFS)

Neuchâtel 2022

Éditeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Renseignements: Secrétariat de codage OFS
codeinfo@bfs.admin.ch

Rédaction: Domaine classifications médicales

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Mise en page: Domaine classifications médicale
section DIAM, Prepress/Print

En ligne: www.statistique.ch

Imprimés: www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright: OFS, Neuchâtel 2022
La reproduction est autorisée, sauf à des fins
commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS: 544-2300

ISBN: 978-3-303-14355-1

Table des matières

Remerciements	7	Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics D00 – D16	37
Introduction version 2023	9	D00l Résultats anormaux	37
Abréviations utilisées dans ce manuel	10	D01g Symptômes	38
Généralités G00 – G56	11	D02c Diagnostics unilatéraux et bilatéraux Diagnostics de localisations multiples	39
G00a Statistique médicale et codage médical	11	D03k Codes daguet - étoile*	40
G01a Historique	11	D04c Codes avec point d'exclamation («!»)	42
G02a Organisation	12	D05l État après / présence de / absence de	43
G03g Bases légales	12	D06c Séquelles	45
G04a Objectifs de la statistique médicale	13	D07l Suivi interventionnel planifié (suivi planifié)	46
G05a Anonymisation des données	13	D08a Maladie imminente, menace de maladie	48
G06a La série de données de la statistique médicale, définitions et variables	14	D09l Diagnostics présumés	49
G10i La statistique médicale, les systèmes de classification des patients SwissDRG et TARPSY	15	D10g Affections chroniques avec poussée aiguë	50
G20a Les classifications (CIM-10-GM et CHOP)	16	D11i Codes combinés	51
G21a CIM-10-GM	16	D12k Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)	52
G22l Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)	22	D13a Syndromes	59
G30a Procédé de codage correct	27	D14g Admission pour une opération/procédure non effectuée	60
G40l Documentation des diagnostics et des procédures	28	D15j Transferts	61
G50g Définitions	29	D16i Choix du diagnostic principal en cas de réhospitalisation dans les 18 jours due à des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	65
G51k Le cas de traitement	29		
G52h Le diagnostic principal	30		
G53g Le complément au diagnostic principal	32		
G54g Les diagnostics supplémentaires	33		
G55a Le traitement principal	35		
G56a Les traitements supplémentaires	35		

Règles générales de codage pour les procédures P00 – P11	67	SD0212a	Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie	116
P00g Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales	67	SD0213a	Lymphangiose carcinomateuse	116
P01l Procédures qui doivent être codées	68	SD0214g	Lymphomes	116
P02k Procédures qui ne sont pas codées	69	SD0215a	Chimiothérapie et radiothérapie	117
P03c Endoscopie et interventions endoscopiques	70	SD0216k	Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques	117
P04i Interventions combinées/Opérations complexes	71	SD0217k	Traitement palliatif	118
P05a Interventions interrompues	72	SD0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		119
P06k Procédures répétées plusieurs fois	73	SD0401c	Généralités	119
P07a Opérations bilatérales	77	SD0402a	Règles de codage du diabète sucré	120
P08j Révisions d'une région opérée/réopérations	78	SD0403a	Complications spécifiques du diabète sucré	123
P09i Prélèvement d'organe et transplantation	79	SD0404a	Syndrome métabolique	125
P10j Adhésiolyse	82	SD0405a	Anomalies de la sécrétion pancréatique interne	125
P11h Lacération de la séreuse avec suture	85	SD0406a	Fibrose kystique (Mucoviscidose)	126
Règles spéciales de codage les diagnostics SD0100 – SD2200	87	SD0407e	Malnutrition chez les adultes	126
SD0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires	87	SD0408e	Malnutrition chez les enfants	127
SD0101a Bactériémie	87	SD0500 Troubles mentaux et du comportement		128
SD0102l Sepsis	88	SD0501K	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants, médicaments, nicotine)	128
SD0103l SIRS	96	SD0600 Maladies du système nerveux		130
SD0104d VIH/SIDA	97	SD0601l	«Accident vasculaire cérébral aigu, etc.», hémorragie sous-arachnoïdienne, autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques	130
SD0105a Vrai croup – pseudo croup – syndrome du croup	99	SD0602k	Conséquences d'un/état après: «Accident vasculaire cérébral etc.», une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique	132
SD0200k Tumeurs	100	SD0603a	Paraplégie et tétraplégie, non traumatique	133
SD0202k Choix et ordre des diagnostics	101	SD0604i	Troubles de la conscience	134
SD0203k Excision étendue dans la région tumorale	109	SD0605e	Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes(-test)	135
SD0204k Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement	109	SD0606e	Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes(-test)	135
SD0205k Maladies (aiguës, chroniques), troubles après et/ou conséquences d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique dans le contexte de traitements de néoformations malignes (solides, hématologiques)	110	SD0607h	Codage des stades de la maladie de Parkinson (G20.-)	135
SD0206a Suspicion de tumeur ou de métastases	113	SD0700 Maladies de l'œil et de ses annexes		136
SD0207a Examen de contrôle	113	SD0701a	Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil	136
SD0208a Récidives	113	SD0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		137
SD0209a Tumeurs avec activité endocrine	113	SD0801a	Hypoacousie et surdité	137
SD0210l Localisations multiples	114	SD0802d	Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée	137
SD0211a Localisations contiguës	115	SD0900 Maladies de l'appareil circulatoire		138
		SD0901a	Hypertension et maladies hypertensives	138
		SD0902e	Maladie cardiaque ischémique	139
		SD0903k	Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire	141

SD0904d	Affections des valvules cardiaques	143	SD1607c	Syndrome de détresse respiratoire lors de maladie des membranes hyalines/carence en surfactant	183
SD0905a	Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques	144	SD1608c	Syndrome de détresse respiratoire lors de syndrome néonatal d'aspiration aigu, wet lung ou tachypnée transitoire du nouveau-né	183
SD0906a	Examen de contrôle après transplantation cardiaque	144	SD1609j	Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)	183
SD0907a	Oedème pulmonaire aigu	144	SD1610h	Asphyxie obstétricale	184
SD0908k	Arrêt cardiaque	145	SD1611j	Insuffisance respiratoire du nouveau-né	185
SD0910j	Saisie de la durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire	146			
SD1000	Maladies de l'appareil respiratoire	148	SD1800	Symptômes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	186
SD1001l	Respiration artificielle	148	SD1801a	Incontinence	186
SD1002j	Insuffisance respiratoire	152	SD1802a	Dysphagie	186
SD1100	Maladies de l'appareil digestif	153	SD1803a	Convulsions fébriles	186
SD1101j	L'appendicite comme diagnostic clinique	153	SD1804k	Diagnostics traitements de la douleur	187
SD1103a	Ulcère de l'estomac avec gastrite	153	SD1805e	Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes (-test)	193
SD1104i	Hémorragie gastro-intestinale	153	SD1806e	Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes (-test)	193
SD1105a	Déshydratation lors d'une gastroentérite	154	SD1807l	Choc	193
SD1200	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	155	SD1900	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	194
SD1201g	Chirurgie plastique	155	SD1901a	Lésions superficielles	194
SD1202j	Phlyctènes	155	SD1902a	Fracture et luxation	194
SD1400	Maladies de l'appareil génito-urinaire	156	SD1903c	Plaies/lésions ouvertes	195
SD1401d	Dialyse	156	SD1904j	Perte de connaissance	197
SD1402a	Verrues anogénitales	156	SD1905c	Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique)	198
SD1404l	Insuffisance rénale	157	SD1906a	Lésions multiples	200
SD1405l	Hospitalisation pour pose de cathéter péritonéal de dialyse	157	SD1907j	Brûlures et corrosions	201
SD1406d	Hospitalisation pour ablation de cathéter péritonéal de dialyse	157	SD1908b	Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques	202
SD1407l	Hospitalisation pour pose de fistule AV ou pose de shunt AV	157	SD1909j	Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)	203
SD1408a	Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV	157	SD1910b	Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions)	205
SD1500	Obstétrique	158	SD2000	Causes externes de morbidité et de mortalité	206
SD1501b	Définitions	158	SD 2100	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	207
SD1502a	Interruption précoce de grossesse	159	SD2200	Codes d'utilisation particulière	208
SD1503l	Affections pendant la grossesse	160			
SD1504e	Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant	162			
SD1505l	Règles spéciales pour l'accouchement	163			
SD1506l	Maladies du post-partum (puerpérales)	178			
SD1600	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	180			
SD1601a	Série de données de la statistique médicale	180			
SD1602a	Définitions	180			
SD1603i	Nouveau-nés	180			
SD1604g	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	181			
SD1605a	Enfant mort-né	182			
SD1606j	Mesures particulières pour le nouveau-né (malade)	182			

**Règles spéciales de codage pour les procédures
et traitements SP0100-SP0400** 209

SP0100 Traitements complexes 209
SP0101k Désignations des professions dans la CHOP 209

**SP0200 La réadaptation précoce, réadaptation
en paraplégie, réadaptation aiguë** 210
SP0201k Réadaptation précoce 210
SP0202k Réadaptation en paraplégie 212
SP0203k Réadaptation aiguë 216

**SP0300 Règle de codage pour le chapitre 9 de la CHOP
«Opérations du système digestif»** 217
SP0301k Fundoplicature pour hernie hiatale:
saisie supplémentaire code CHOP
44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac 217

**SP0400 Règle de codage pour le chapitre 11
de la CHOP «Opérations des organes
génitaux masculins»** 218
SP0401k Transformation de sexe 218

Directives de codage de la réadaptation 219

Règles de codages 220
Diagnostics selon la CIM-10-GM 220
Procédures 221

Annexe 229

Diabète sucré décompensé 229

VIH/ SIDA: Classification CDC (1993) 231
Les catégories de laboratoire 1 à 3 231
Les catégories cliniques A à C 231

Malnutrition 232
Définition des stades de la malnutrition chez les adultes 232
Définition des stades de la malnutrition chez les enfants 233

Index alphabétique 235

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 2023 ont bénéficié du soutien décisif des experts du groupe de travail du manuel de codage médical et du domaine des classifications médicales.

Introduction version 2023

Le présent manuel est destiné à toutes les personnes qui, dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux et des systèmes tarifaires basés sur les forfaits par cas SwissDRG, TARPSY et ST Reha, 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 réadaptation 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, le manuel de codage, les circulaires et les communications officielles.

Les règles de codage provenant d'autres manuels (p. ex. le manuel de codage d'Allemagne ou des manuels de codage édités à l'interne) ne sont pas valides en Suisse.

Les données de la statistique médicale des hôpitaux sont saisies de manière uniforme dans toute la Suisse et utilisées depuis le 1er janvier 2012 dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG, depuis le 1er janvier 2018 dans le cadre de la structure tarifaire TARPSY pour les adultes, depuis le 1er janvier 2019 dans le cadre de la structure tarifaire TARPSY pour les enfants et les adolescents et depuis le 1er janvier 2020 pour la psychiatrie médico-légale.

Depuis le 1er janvier 2022, les données sont saisies et utilisées de manière uniforme dans toute la Suisse dans le cadre de la ST Reha (structure tarifaire pour la réadaptation) pour les traitements dans un contexte de réadaptation.

En raison des finalités indiquées, les règles de codage ont dû être actualisées et doivent l'être en continu. Les dispositions figurant dans la présente publication répondent aux besoins de la statistique médicale en matière d'épidémiologie, ainsi qu'aux nécessités des systèmes tarifaires basés sur les forfaits par cas.

Selon l'article 49 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, (LAMal), des forfaits liés aux prestations et reposant sur une structure uniforme dans toute la Suisse, doivent être utilisés pour la rémunération des traitements hospitaliers. SwissDRG SA est responsable de l'élaboration et du perfectionnement ainsi que de l'adaptation et l'entretien des structures tarifaires SwissDRG, TARPSY et ST Reha.

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 le plus souvent à l'aide de programmes informatiques, il est important de présenter aussi la structure de la classification CHOP utilisée en Suisse.

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

- Généralités: Chapitre G
- Règles de codage générales: D pour diagnostics et P pour procédures
- Règles de codage spéciales pour les diagnostics: chapitre SD
- Règles de codage spéciales pour les procédures et les traitements: chapitre SP

Les règles de codage spéciales pour les diagnostics (SD) et pour les procédures et traitements (SP) décrivent des cas de figure particuliers destinés à les définir concrètement ou pour lesquels la logique des systèmes tarifaires commande de s'écarter des règles de codage générales.

La numérotation des chapitres consacrés aux règles spéciales pour les diagnostics correspond à celle de la classification CIM-10. Le chapitre sur les règles de codage spéciales pour les procédures et traitements a été introduit dans le manuel de codage 2022.

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-GM ou CHOP, ce sont les règles de codage qui s'appliquent.

Les règles de codage présentent une structure alphanumérique (p. ex. D01, SD0103) 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 2023 sont désignés par la lettre «l» 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, système tarifaire TARPSY et ST Reha.

Le Manuel de codage médical 2023 entre en vigueur le 1er janvier 2023 et remplace les versions précédentes.

Les classifications CIM-10-GM 2022 et CHOP 2023 ont servi de base à ce manuel. Pour coder tous les cas stationnaires avec date de sortie à partir du 1er janvier 2023, les codes de la CIM-10-GM version 2022 et les codes de la CHOP version 2023 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'existe plus dès 2017, les FAQ publiées jusqu'à présent sont 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 1.1.2023, le cas échéant le 1.7.2023) ou en fonction de la date de validité publiée.

Abréviations utilisées dans ce manuel

G	Généralités
D	Règles de codage des diagnostics
P	Règles de codage des procédures
SD	Règles spéciales de codage les diagnostics
SP	Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements

DP	Diagnostic principal
CD	Complément au diagnostic principal
DS	Diagnostic supplémentaire
TP	Traitement principal
TS	Traitement supplémentaire
L	Latéralité

Généralités G00 – G56

G00a Statistique médicale et codage médical

G01a 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.

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 stationnaires a été mise en place en 1997/1998 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 stationnaires.

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.

G02a 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.

G03g 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 1er 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.

A côté de la loi sur la statistique fédérale, 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. 59a, 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. 59a, 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. 59a, 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.

G04a 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 au système de forfaits par cas SwissDRG. Les données de la statistique médicale seront utilisées pour perfectionner le système de forfaits par cas dans le cadre de révisions annuelles.
- Les données relevées permettent 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.

G05a 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.

G06a 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, depuis 2009, 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 cantonales 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, 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 psychothérapie et l'Association suisse des médecins-chefes et 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).

G10i La statistique médicale, les systèmes de classification des patients SwissDRG et TARPSY

Depuis 2012, le financement des hôpitaux pour les prestations hospitalières en soins aigus est fondé sur le système SwissDRG au niveau fédéral. Dans le système de forfaits par cas SwissDRG, chaque hospitalisation est classée en fonction de critères définis, p.ex. le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements, l'âge et le sexe du patient etc. dans un groupe de cas (DRG) auquel correspond un forfait qui détermine la rémunération des hôpitaux. Cette rémunération est donc en rapport direct avec la documentation et le codage des prestations médicales et des soins. Les perfectionnements annuels du système DRG s'effectuent sur la même base.

Le codage doit être réalisé selon les instruments de codage en vigueur (manuel de codage, classification CHOP et CIM-10-GM, circulaires et communications officielles).

Le forçage manuel n'est plus admis dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque cas doit être codé entièrement. Il est interdit d'omettre ou d'ajouter des diagnostics ou des procédures pour influencer le classement d'un cas dans tel ou tel DRG, pour utiliser des DRG spéciaux dans l'objectif d'atteindre des revenus plus élevés et/ou une affectation dans un groupe spécial de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Voir également le point 1.4 des «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG».

Dans le cadre de l'entretien et du perfectionnement de la structure tarifaire les classifications et les règles de codage sont périodiquement réadaptées et précisées.

Le système de classification DRG, ainsi que les définitions exactes des différents DRG sont décrits dans l'édition en vigueur du manuel SwissDRG. Le document «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» décrit les domaines d'utilisation et les définitions pour la facturation selon SwissDRG (nommé règles de facturation).

En 2018, on a introduit la structure tarifaire TARPSY dans les hôpitaux de toute la Confédération 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 (PCG) à l'aide de critères définis, tels que le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les échelles HoNOS, HoNOSCA, l'âge, et sera rémunéré en fonction de coûts pondérés par jour. C'est pourquoi la documentation médicale, des soins 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.

Il n'y a pas de forçage dans le système TARPSY, chaque cas doit être codé entièrement. Il est par ex. interdit d'omettre ou d'ajouter un diagnostic pour influencer le classement dans tel ou tel PCG. Dans le cadre de l'entretien et du développement de la structure tarifaire TARPSY, les classifications et les règles de codage sont régulièrement adaptées et précisées.

La structure tarifaire TARPSY ainsi que les définitions exactes des différents PCG sont décrites dans le manuel de définition en vigueur. Le document «Règles et définitions pour la facturation des cas sous TARPSY» («Règles de facturation») décrit le domaine d'utilisation et les définitions pour la facturation selon la structure tarifaire TARPSY.

G20a Les classifications (CIM-10-GM et CHOP)

G21a 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 est utilisée en Suisse depuis le 1er janvier 2022 pour le codage des diagnostics est la CIM-10-GM 2022 (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 décès. 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, et devait être 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 de facturation. 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.: *K38.1*, *S53.10*).

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

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 pour le codage: seuls sont valables les codes terminaux, c.-à-d. les codes qui ne se subdivisent plus.

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

Bloc/Groupe	Maladies de l'appendice (K35–K38)
Catégorie à 3 caractères	K35.– Appendicite aiguë
Sous-catégorie à 4 caractères	K35.2 Appendicite aiguë avec péritonite généralisée Appendicite (aiguë) avec péritonite généralisée (diffuse) après perforation ou rupture
	K35.3– Appendicite aiguë avec péritonite localisée
Codes à 5 caractères	K35.30 Appendicite aiguë avec péritonite localisée sans perforation ni rupture K35.31 Appendicite aiguë avec péritonite localisée avec perforation ou rupture K35.32 Appendicite aiguë avec abcès péritonéal
	K35.8 Appendicite aiguë, sans précision Appendicite aiguë, sans mention de péritonite localisée ou généralisée
Catégorie à 3 caractères	K36 Autres formes d'appendicite Incl.: Appendicite: • chronique • récidivante
	K37 Appendicite, sans précision
Sous-catégories à 4 caractères	K38.– Autres maladies de l'appendice
	K38.0 Hyperplasie de l'appendice
	K38.1 Concrétions appendiculaires Fécalome Sterco- lithes de l'appendice
	K38.2 Diverticule de l'appendice
	K38.3 Fistule de l'appendice
	K38.8 Autres maladies précisées de l'appendice Invagination de l'appendice
	K38.9 Maladies de l'appendice, sans précision

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CIM-10 soutient le codage selon 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 qualificatifs, qui sont décalés sur la droite selon un ordre hiérarchique.

Fluorose	] Terme principal
– dentaire K00.3	
– – chronique K00.3	] Modificateurs
– squelette M85.19	

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 :

I10.–	Hypertension essentielle (primitive)
	Incl. : Hypertension (artérielle) (essentielle) (primitive) (systémique)
	Tension artérielle élevée

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

H01.0	Blépharite
	Excl. : Blépharo-conjunctivite (H10.5)

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

Maladies de l'appendice
(K35 – K38)

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

N74.2*	Affection inflammatoire pelvienne syphilitique de la femme (A51.4†, A52.7)
---------------	---

B57.0†	Forme aiguë de la maladie de Chagas, avec atteinte cardiaque (I41.2*, I98.1*)
---------------	--

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.:

A30.–	Lèpre [maladie de Hansen]
--------------	----------------------------------

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

C00.8	Lésion à localisations contiguës de la lèvre [voir note 5 au début de ce chapitre]
--------------	--

Deux points:

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

L08.0	Pyodermite
--------------	-------------------

Dermite:

- gangréneuse
- purulente
- septique
- suppurée

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:

H50.3	Hétérotropie intermittente
--------------	-----------------------------------

Esotropie [strabisme convergent]

Exotropie [strabisme divergens]

intermittente (alternante) (monoculaire)

Point tiret .–:

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

J43.–	Emphysème
--------------	------------------

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

Excl. / à l'exclusion de:

Ces termes n'appartiennent pas au code choisi:

K60.4	Fistule rectale
--------------	------------------------

Fistule recto-cutanée

Excl.: recto-vaginale (N82.3)

vésico-rectale (N32.1)

L'«Excl.» d'un code signifie que le code cité sous cette exclusion décrit une pathologie d'une autre origine, 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 cirrhose alcoolique du foie n'étant pas nécessairement associée à une hypertension portale.

Incl. / à l'inclusion de:

Ces termes sont inclus dans le code choisi:

J15.– Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs

Incl.: Bronchopneumopathie due à des bactéries autres que *S. pneumoniae* et *H. influenzae*

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:

N85.9 Affection non inflammatoire de l'utérus, sans précision

Affection de l'utérus 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.

T45.2 Vitamines, non classées 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.

E16.1 Autres hypoglycémies**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.

I67.9 Maladie cérébrovasculaire, 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.

Acanthome – voir aussi Tumeur selon localisation D36.9

Interruption grossesse - voir aussi Avortement O06.9

Et:

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

I74.– Embolie et thrombose artérielles

Doivent être classées dans cette catégorie les embolies, les thromboses et les thromboembolies.

G22I 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 2023 comprend les extensions et modifications issues des procédures de demande jusqu'en 2021.

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. 06.4; 45.76; 93.38.10; 99.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 est 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 caractères. L'utilisation d'un codage alphanumérique et de trois méthodes de décimalisation (cf. tableau 1) offre une plus grande capacité de saisie à la CHOP.

Décimalisation en une centaine continue (1 × 100), c'est-à-dire sans segments intermédiaires formellement distingués:

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → SAP

Znn.nn.01 (réservé)

Znn.nn.02 (réservé)

...

Znn.nn.09 (réservé)

Znn.nn.10 → Début de la série

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.88

Znn.nn.89 → Fin de la série

Znn.nn.97 (réservé)

Znn.nn.98 (réservé)

Znn.nn.99 → autre

Dans une centaine continue, la numérotation est continue de Znn.nn.10 à Znn.nn.89.

Décimalisation en une centaine segmentée (1 × 100), c'est-à-dire avec des segments intermédiaires:

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → SAP

Znn.nn.01 (réservé)

Znn.nn.02 (réservé)

...

Znn.nn.09 (réservé)

Znn.nn.10 → Début du 1^{er} segment

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.20 → Début du segment suivant

Znn.nn.21

...

Znn.nn.40 → Au besoin segment suivant

Znn.nn.41

...

Znn.nn.97 (réservé)

Znn.nn.98 (réservé)

Znn.nn.99 → autre

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.

Décimalisation en dizaines (10 × 10):

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → SAP

Znn.nn.01 (réservé)

Znn.nn.02 (réservé)

...

Znn.nn.09 → autre

Znn.nn.1

Znn.nn.10 → SAP

Znn.nn.11

...

Znn.nn.19 → autre

Znn.nn.2

...

Znn.nn.9

Znn.nn.90 → SAP

Znn.nn.91

...

Znn.nn.99 → 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 19 chapitres. Les chapitres 1 à 15 sont structurés d'après l'anatomie. Il y a également une annexe.

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
17	Instruments de mesure	AA
18	Réadaptation	BA – BB

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 destruction partielle de lésion ou de tissu
4. Excision ou destruction 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 pour la CHOP

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 sont utilisées dans les «titres de codes», les «descriptions complémentaires», les «titres de chapitres», les «Note», les «Coder aussi», les «Exclusion» et les «Inclusion». Parenthèses dans les «titres de codes», «Inclusion», «descriptions complémentaires» ainsi que dans les «Note»: Les parenthèses contiennent des mots, des descriptions ou des explications complémentaires concernant une intervention/une procédure/un traitement. Elles complètent le titre du code, l'inclusion, la description complémentaire ou la note sans avoir d'influence sur sa signification pour le codage. Les énumérations présentées entre parenthèses ne doivent pas être considérées comme exhaustives. Parenthèses dans le «titre de chapitre»: Dans les titres de chapitres, les numéros de chapitre sont entre parenthèses. Parenthèses dans «Coder aussi» et «Exclusion»: À la fin de «Coder aussi» et «Exclusion», des reports/références à d'autres codes sont indiqué(e)s entre parenthèses.
[]	Les crochets contiennent des synonymes, des désignations alternatives, des abréviations
EXCLUS	Une exclusion¹ indique qu'une intervention qui serait attendue dans une classe particulière est représentée dans une autre classe. Cela signifie que l'intervention mentionnée dans l'exclusion n'est pas représentée avec la classe sous laquelle se trouve l'exclusion. Les interventions énumérées dans l'exclusion doivent être classées sous le code qui y est indiqué. Toutefois, les codes ne s'excluent pas strictement les uns des autres. Ils peuvent, le cas échéant, être utilisés ensemble. Exemple: <i>67.62 Réparation de fistule du col utérin</i> <i>Fistulectomie cervico-sigmoïde</i> <i>EXCL. Réparation de fistule cervico-vésicale (57.84.-)</i> Un utilisateur de la classification pourrait s'attendre à ce que la «fistulectomie cervico-vésicale» soit représentée dans la sous-catégorie 67.62 «Réparation de fistule du col utérin». Dans la classification, l'exclusion renvoie à la sous-catégorie 57.84.-, avec laquelle la «réparation d'autre fistule vésicale» est représentée.
EXCL. -	
Omettre le code	Une «Exclusion - Omettre le code» à l'inverse, exclut le codage simultané de deux codes au moment X pour la localisation Y. Exemple: une résection du rectum faisant déjà partie d'une proctocolectomie totale, la catégorie à 3 positions 48.6- «Autre résection du rectum» comprend une «Exclusion - Omettre le code» EXCL. «Omettre le code - Colectomie et proctocolectomie (45.8-)».
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.
INCLUS	Ces interventions sont classées sous le même code.

Ainsi que	Le terme «ainsi que» est utilisé au sens d'une relation obligatoire: «aussi bien A que B». «Ainsi que» exprime par conséquent la condition selon laquelle les deux éléments en relation doivent obligatoirement être présents/réalisés (A plus B). L'exemple suivant illustre comment le terme «ainsi que» doit être utilisé au sens d'une relation obligatoire «aussi bien A que B.» Exemple: 32.31.14 «Résection pulmonaire segmentaire anatomique, par voie thoracoscopique, avec élargissement par bronchoplastie^(A) ainsi que par angioplastie^(B)» Le code 32.31.14 désigne une résection pulmonaire avec élargissement (A) «par bronchoplastie» plus (B) «par angioplastie» (aussi bien par angioplastie que par bronchoplastie).
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).
Remarque	Les «Descriptions complémentaires», «Inclusions» et «Coder aussi» ne doivent pas être considérés comme des listes exhaustives.

G30a Procédé de codage correct

Pour trouver un code, il faut commencer par chercher le terme clé du diagnostic ou de l'opération 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.

G40I 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. 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. C'est sur ces données que se base le personnel chargé du codage pour une description conforme du cas.

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.

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

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.

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 médicale.

Exemples:

- Pour un diagnostic médical documenté d'insuffisance rénale chronique (N18.-), la documentation médicale 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*.
- Lors d'un diagnostic de «diabète sucré» posé par un médecin, il est permis au personnel en charge du codage de préciser ce diagnostic avec le terme «décompensé» si les critères sont remplis (voir annexe sous «Diabète sucré décompensé»).
- Le diagnostic médical «insuffisance ventriculaire gauche» en cas de documentation indiquant «avec symptôme au repos» doit être codé par *I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche NYHA IV*, n'est pas précisé comme tel dans le diagnostic.
- Pour le diagnostic «agranulocytose», la phase critique est codée avec la durée exacte si les données correspondantes figurent dans le dossier médical du patient.

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

G50g Définitions

G51k Le cas de traitement

On applique les «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG», TARPSY et ST Reha respectivement.

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

A prendre en considération pour le codage:

- **Le cas** commence à l'admission et prend fin avec la sortie, le transfert ou le moment du décès déterminé et documenté par le médecin traitant du patient.
- **Patient en attente de placement**: lors d'une prolongation de séjour parce que le patient est en attente de placement, on ouvre un nouveau cas administratif. En diagnostic principal, on code *Z75.8 Autres difficultés liées aux installations médicales et d'autres soins de santé*. Le cas n'est pas facturé par DRG (variable 4.8.V0 = 0).
- Lors de **regroupement de cas** selon les «Règles et définitions pour la facturation des cas par SwissDRG» ou selon TARPSY, seul le cas regroupé (un codage) est transmis (pour marquer les réadmissions, les variables 4.7.V01 – 4.7.V41 sont à saisir).

G52h 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 séjour hospitalier, 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 (médecins, soins, opérations, produits médicaux, etc.) et non sur celle du cost-weight des DRG, 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. Le choix du diagnostic principal doit être motivé et documenté sur la base des prestations médicales et des produits médicaux dispensés.

Exemple 1

Une patiente est admise pour une kératoplastie et opérée. Le 2^e jour, elle est transférée aux soins intensifs pour un infarctus du myocarde et on procède à une coronarographie avec pose de stent.

L'infarctus du myocarde 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 sur 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 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.

Exemple 5 - Psychiatrie

Un patient se présente au service des urgences parce qu'il souffre d'une humeur dépressive depuis plusieurs semaines. Lors de l'examen, il rapporte également une baisse de motivation et d'activité, des difficultés de concentration, une fatigue marquée accompagnée de troubles de l'endormissement et du sommeil, et une perte sensible de l'appétit. Le patient fait part de fortes pensées de dévalorisation de soi. Il n'arrive pas à éloigner les pensées suicidaires. Le patient est hospitalisé pour un épisode dépressif sévère. Au cours du traitement, il évoque une consommation nocive d'alcool. Un diabète sucré lui est par ailleurs diagnostiqué, lequel est contrôlé sans problème en quelques jours par un traitement oral. Durant le séjour hospitalier et jusqu'à la sortie ont été posés les diagnostics suivants:

Episode dépressif sévère

Utilisation nocive d'alcool

Diabète sucré

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

Les diagnostics non admis comme diagnostics principaux selon le grouper figurent dans le «Manuel de définition SwissDRG, volume 5, annexe D, Plausibilités, D5: Diagnostic principal non admis» ou dans le «Manuel de définition TARPSY, Diagnostics principaux non admis».

Choix du diagnostic principal lors de traitements palliatifs

En diagnostic principal est codée la maladie motivant le traitement palliatif. *Z51.5 Soins palliatifs* n'est jamais codé en tant que diagnostic principal et en tant que diagnostic supplémentaire uniquement lorsqu'aucun code CHOP n'est codable ou que le patient a été transféré pour les soins palliatifs (cf. SD0200 Tumeurs et D15 Transferts).

G53g 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 D03).

Exemple 1

Un patient avec un diabète de type 2 est hospitalisé pour le traitement d'une rétinopathie diabétique.

DP E11.30† Diabète sucré, type 2, avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé

CD H36.0* Rétinopathie diabétique

Exemple 2 - Psychiatrie

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 3

Un patient est hospitalisé pour une fracture de l'avant-bras droit (radius et cubitus) suite à une chute à ski.

DP S52.4 Fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale

L droit

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

Exemple 4

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

Exemple 5 - Psychiatrie

Une patiente est hospitalisée pour intoxication volontaire par somnifères.

DP T42.7 Intoxication par somnifères

CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

G54g 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)

Une maladie diagnostiquée nécessitant des mesures prophylactiques remplit les critères pour le codage même si ces mesures ne traitent pas l'étiologie de cette maladie en tant que telle. C'est le cas par exemple de l'administration prophylactique de vitamine B1 pour l'abus d'alcool ou de l'anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire.

Les maladies qui ont été documentées p. ex. par l'anesthésiste pendant l'évaluation préopératoire, ne sont codées que si elles remplissent l'un des trois critères susmentionnés. Si une maladie concomitante influence la procédure standard d'une anesthésie ou d'une opération, cette maladie ou ce «status après» sera codé comme diagnostic supplémentaire. 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 G40.

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

Une patiente est traitée par un bêta-bloquant pour les diagnostics suivants: maladie coronaire, hypertension artérielle et insuffisance cardiaque. Les trois diagnostics sont codés:

- Maladie cardiaque coronaire
- Hypertension artérielle
- Insuffisance cardiaque

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une leucémie myéloïde chronique (LMC). Dix ans auparavant, elle a été opérée d'une lésion au ménisque et n'en a plus souffert depuis. Elle souffre par ailleurs d'une affection coronarienne, pour laquelle elle reçoit un traitement médicamenteux durant son hospitalisation.

L'examen échographique visant à contrôler les ganglions lymphatiques abdominaux ne révèle aucune autre pathologie qu'un myome utérin, déjà connu.

Ce myome ne nécessite pas d'autre investigation ni de traitement. Pendant son hospitalisation, la patiente a une réaction dépressive, qui est traitée avec des antidépresseurs. Elle bénéficie aussi d'une physiothérapie pour la soulager d'une lombalgie persistante.

DP Leucémie myéloïde chronique (LMC)

DS Maladie cardiaque coronaire

DS Réaction dépressive

DS Lombalgies

Les autres diagnostics (myome utérin et status après l'opération du ménisque) ne remplissent pas les conditions nécessaires conformes aux règles de codage et ne sont par conséquent pas codés. Ils sont toutefois importants pour la documentation et la communication médicales.

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

Exemple 4

Un patient de 60 ans atteint de maladie variqueuse est hospitalisé pour le traitement d'un ulcère à la jambe droite. Le patient nécessite une assistance accrue par le personnel infirmier, ayant subi antérieurement une amputation de la jambe gauche.

DP Ulcère variqueux à la jambe

L droite

DS Antécédent personnel d'amputation de la jambe

L gauche

Exemple 5 - Psychiatrie

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

DS Dépendance à l'alcool

DS Dépendance aux médicaments

Exemple 6 - Psychiatrie

Une patiente est hospitalisée en raison d'une grave dépression. Elle présente également une hypertension sous traitement.

DP Dépression

DS Hypertension

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.

G55a 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**.

G56a 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 D00 – D16

D00I Résultats anormaux

Un résultat anormal est un état constaté fortuitement (laboratoire, radiologie, pathologie et autres examens diagnostiques). Il n'est pas codé, sauf s'il a une importance clinique dans le sens d'une conséquence thérapeutique ou d'un examen diagnostique plus poussé.

Attention: le seul contrôle ou suivi de l'évolution d'une valeur anormale, sans adaptation de la prise en charge du patient, ne justifie pas un codage.

Exemple 1

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

DP Pneumonie

Le seul contrôle du taux plus élevé de gamma-GT ne remplit pas le critère de l'examen diagnostique plus poussé et n'est par conséquent pas codé. Il est toutefois important pour la documentation médicale et la communication entre médecins.

Exemple 2

Un patient est hospitalisé pour une pneumonie. Le test de laboratoire fait apparaître un taux de gamma-GT légèrement élevé. Pour cette raison, le dosage de l'antibiotique est corrigé. Un deuxième test montre des valeurs normales.

DP J18.9 Pneumonies, sans précision.

DS R74.8 Anomalies d'autres taux d'enzymes sériques

L'ajustement du dosage de l'antibiotique en raison du taux élevé de la gamma-GT remplit le critère de la conséquence thérapeutique. C'est pourquoi l'augmentation de gamma-GT est codée.

Les codes pour les résultats anormaux se trouvent aussi bien dans le chapitre XVIII «Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs» de la CIM-10-GM que dans les chapitres spécifiques aux organes. Les remarques au début du chapitre XVIII aident à définir dans quels cas on indiquera des codes des catégories R00 – R99.

Exemple 3

Une échocardiographie transthoracique est réalisée chez une patiente présentant une insuffisance ventriculaire gauche NYHA 3. Cet examen fait apparaître une sténose aortique sévère comme étant à l'origine de l'insuffisance ventriculaire gauche ainsi que, parmi les autres résultats, une insuffisance tricuspидienne minime et une légère insuffisance mitrale. Aucune autre procédure diagnostique n'est entreprise concernant l'insuffisance tricuspидienne et mitrale et le schéma thérapeutique n'est pas modifié.

DP I50.13 Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme en cas d'effort léger

DS I35.0 Sténose (de la valvule) aortique

L'insuffisance tricuspидienne minime et la légère insuffisance mitrale sont des résultats anormaux de l'examen échocardiographique. Étant donné qu'ils n'ont pas de conséquences thérapeutiques et n'entraînent pas d'examen diagnostique plus poussé, ils ne sont pas codés.

D01g 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 D09, 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.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour une ascite due à une cirrhose du foie connue. Seule l'ascite est traitée par une ponction. Le patient continue de recevoir sa médication pour son hypertension.

DP	R18	Ascite
DS	K74.6	Cirrhoses du foie, autres et sans précision
DS	I10.90	Hypertension essentielle, non précisée, sans mention de crise hypertensive
TP	54.91	Drainage abdominal percutané (ponction)

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 G54).

Exemple 2 - Psychiatrie

Un patient est hospitalisé pour douleurs thoraciques et palpitations. On diagnostique un trouble panique que l'on traite.

DP	Trouble panique
DS	Aucun (les symptômes douleurs thoraciques et palpitations sont inclus dans le diagnostic trouble panique)

D02c Diagnostics unilatéraux et bilatéraux Diagnostics de localisations multiples

Lorsqu'une maladie peut se présenter aussi bien de manière unilatérale que de manière bilatérale, elle doit être documentée dans la série de données de la statistique médicale avec indication de la latéralité :

Variable 4.2.V011 pour le diagnostic principal, et variables 4.2.V021, 4.2.V031, 4.2.V041, etc. pour les diagnostics supplémentaires.

Les chiffres suivants sont saisis :

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

Si une maladie se présente **bilatéralement**, le diagnostic doit être codé comme suit :

- Si la CIM-10-GM prévoit un code spécifique pour une maladie bilatérale, c'est ce code qui doit être utilisé.
- Sinon, le code diagnostique n'est indiqué qu'une seule fois.
- Dans les deux cas, la bilatéralité est documentée dans la série de données de la statistique médicale.

Exception : Pour les cas qui doivent être regroupés, lors d'une réhospitalisation pour une même maladie mais touchant l'organe controlatéral, le codage définitif doit se faire séparément avec la latéralité.

Exemple : 1. séjour : calcul de l'uretère gauche
2. séjour : calcul de l'uretère droit

Codage définitif séjour regroupé : *N20.1 gauche + N20.1 droit* (et non *N20.1 bilatéral*).

Lorsqu'un diagnostic concerne des **localisations multiples**, chaque localisation est à coder séparément, pour autant que des codes précis existent. Dans la mesure du possible, les codes contenant l'indication de localisation multiple sont à éviter (exception faite de maladies systémiques, telles que p. ex. la polyarthrite ou l'ostéoporose).

Exemple 1

Patient avec hémorragies intracérébrales, une corticale dans le lobe frontal, l'autre intraventriculaire.

I61.1 Hémorragie intracérébrale hémisphérique, corticale

I61.5 Hémorragie intracérébrale intraventriculaire

Exemple 2

Patiente présentant une lésion ancienne du ménisque : corne antérieure du ménisque interne et corne antérieure du ménisque externe.

M23.21 Lésion du ménisque due à une déchirure ou à un traumatisme ancien, corne antérieure du ménisque interne

M23.24 Lésion du ménisque due à une déchirure ou à un traumatisme ancien, corne antérieure du ménisque externe

Exemple 3

Hystérectomie pour léiomyome de l'utérus. Le résultat histologique fait état de deux léiomyomes intramuraux et d'un léiomyome sous-séreux.

D25.1 Léiomyome intramural de l'utérus

D25.2 Léiomyome sous-séreux de l'utérus

D03k Codes dague† - étoile*

Ce système de codage permet d'associer la manifestation d'une maladie à son étiologie. Le code dague†, 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 dague† d'un code étoile*. Ne jamais utiliser un code étoile* sans un code dague†. Les codes dague† peuvent être codés seuls.

- Si le code dague† 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 G 54) (voir exemple 1).
- Dans les cas où le code dague† 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 G 54).
- Certains codes ne sont pas d'emblée des codes dague†, mais le deviennent par leur association avec un code étoile* (voir exemple 2).
- Un code dague† peut être suivi de plusieurs codes étoile* (voir exemple 4).

L'ordre des codes pour l'étiologie/la manifestation d'une maladie ne vaut que pour le système du code dague†-étoile*. En-dehors de ce système, la règle du diagnostic principal G 52 ne subit aucune restriction quant à l'ordre des codes étiologie/manifestation.

Exemple 1

Un patient est traité pour un lupus érythémateux disséminé avec atteinte pulmonaire.

DP M32.1† Lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes et d'appareils

CD J99.1* Troubles respiratoires au cours d'autres affections disséminées du tissu conjonctif

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 dague avec le code étoile D63.8* Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs.

Exemple 3 - Psychiatrie

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 4

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 dague†. 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†.

Exemple 5

Un patient est hospitalisé en raison d'une hernie discale lombaire avec radiculopathie pour un traitement.

DP M51.1† Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie (G55.1)*

CD G55.1 Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux (M50-M51†)*

Exemples de choix du diagnostic principal **en dehors** du système dague-étoile, c'est-à-dire selon G52 :

Exemple 6

Dorsalgies chroniques dues à une hypertrophie mammaire. Hospitalisation pour mammoplastie de réduction. Ici, il ne s'agit pas du système dague-étoile.

DP Hypertrophie mammaire

DS Dorsalgie (seulement si la règle G54 est remplie)

TP Mammoplastie de réduction

Exemple 7

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil sur hyperplasie des amygdales. Hospitalisation pour tonsillectomie. Ici, il ne s'agit pas du système dague-étoile.

DP Hyperplasie des amygdales

DS Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (seulement si la règle G54 est remplie)

TP Tonsillectomie

D04c 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 [E.coli] et autres entérobactériales, 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

Arthrite à streptocoques viridans.

DP M00.2– *Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques*

Un code supplémentaire avec point d'exclamation B95.48! n'est pas à indiquer ici, puisque ce code «autres streptocoques» n'ajoute aucune précision au texte du code d'arthrite M00.2– *Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques*.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée suite à un accident de la circulation avec plaie abdominale ouverte, déchirure complète du parenchyme rénal gauche, déchirure de la rate et petite déchirure à l'intestin grêle.

DP S37.03 *Rupture totale du parenchyme rénal*

L 2

CD V99! *Accident de transport*

DS S36.03 *Déchirure de la rate, avec atteinte du parenchyme*

DS S36.49 *Autres parties et parties multiples de l'intestin grêle*

DS S31.83! *Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale*

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 (code S31.83! dans l'exemple 4).

Pour les codes des causes externes (V-Y), voir également le chapitre SD2000.

D05I État 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 G54).

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 pneumonie à Klebsiella. Son traitement est compliqué par une greffe de foie réalisée antérieurement.

DP J15.0 Pneumopathie due à *Klebsiella pneumoniae*

DS Z94.4 Status post greffe de foie

Exemple 2 - Psychiatrie

Un patient est hospitalisé pour une schizophrénie paranoïde; son traitement est compliqué par une greffe de foie réalisée antérieurement.

DP F20.0 Schizophrénie paranoïde

DS Z94.4 Status post 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 de réhabilitation 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.

Les diagnostics «état après» ne sont pas indiqués avec un code pour la maladie aiguë. Dans le cas d'une réhospitalisation en soins aigus (retransfert du patient de réadaptation ou nouvelle hospitalisation), indépendamment de l'écart temporel entre les deux séjours à l'hôpital, l'affection est codée en tant que maladie aiguë si elle montre, pendant l'hospitalisation, (encore) un degré aigu/subaigu qui nécessite un traitement aigu ou la poursuite de celui-ci. Toutefois, si les ressources médicales engagées ne sont pas directement liées au degré aigu/subaigu du tableau clinique, la maladie doit être codée avec le diagnostic «état après» correspondant.

Exemple 3

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.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée en raison d'une dyspnée aiguë. La cause identifiée est une embolie pulmonaire aiguë, sans mention de cœur pulmonaire aigu. Un traitement thrombolytique local et une héparinisation sont réalisés en urgence. Au bout de quelques jours, cette dernière est remplacée par une anticoagulation à dose thérapeutique. L'évolution étant favorable, la patiente rentre chez elle. 1 semaine plus tard, elle est à nouveau hospitalisée, cette fois en raison d'une fracture de la diaphyse fémorale consécutive à une chute. Sa prise en charge opératoire a lieu le jour même. La patiente est toujours sous anticoagulant à dose thérapeutique en raison de l'embolie pulmonaire survenue 2 semaines auparavant.

Codage du 2e séjour :

DP	S72.3	Fracture de la diaphyse fémorale
CDP	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	I26.9	Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu
DS	Z92.1	Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants

Lors du deuxième séjour, la patiente est toujours sous anticoagulant à dose thérapeutique. Le traitement aigu direct de l'embolie pulmonaire survenue 2 semaines auparavant se poursuit toujours. Le code I26.9 est donc utilisé dans ce cas. Si l'administration d'anticoagulant est réduite à un dosage destiné à prévenir les récurrences, il ne s'agit plus de la poursuite du traitement aigu direct et le code Z86.7 doit être utilisé à la place de I26.9.

Exemple 5

Un patient est hospitalisé en raison d'une hémorragie gastro-intestinale haute. Huit semaines plus tôt, il avait chuté et s'était fait une fracture périprothétique du fémur qui, deux jours après l'accident, avait été ostéosynthétisée après réduction ouverte avec cerclages au fil métallique. En raison de ces antécédents, le patient doit continuer à suivre une physiothérapie de mobilisation pendant son hospitalisation actuelle.

DS	Z87.8	Antécédents personnels d'autres états précisés
----	-------	--

Ici, les séquelles de la fracture fémorale, telles que le déconditionnement et la mauvaise mobilité sont traitées pendant cette nouvelle hospitalisation, par exemple par des séances de physiothérapie. Il n'y a pas de mesure thérapeutique ou diagnostique pour la fracture du fémur en soi. Pour cette raison, c'est le code Z87.8 qui est utilisé ici.

Exemple 6

Un patient est hospitalisé pour une grippe avec infection aiguë des voies respiratoires supérieures. Des virus grippaux saisonniers sont identifiés à la culture. Pendant son séjour, il a des douleurs dans la région de l'aine depuis la prise en charge opératoire d'une hernie inguinale 14 jours plus tôt. Aucune lésion nerveuse ou autre n'est constatée. Il reçoit des analgésiques.

DP	J10.1	Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus d'influenza saisonnière identifié
DS	R10.3	Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Exemple 7

Un patient est hospitalisé pour une grippe avec infection aiguë des voies respiratoires supérieures. Des virus grippaux saisonniers sont identifiés à la culture. Pendant son séjour hospitalier, les fils de suture d'une plaie opératoire (traitement d'une hernie inguinale) datant d'une hospitalisation 14 jours plus tôt, lui sont retirés.

DP	J10.1	Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus d'influenza saisonnière identifié
DS	Z48.0	Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux

D06c 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 de cicatrices chéloïdes au thorax suite à des brûlures.

L91.0 Cicatrice chéloïde

T95.1 Séquelles de brûlure, corrosion et gelure du tronc

Exemple 3

Traitement d'une stérilité due à une salpingite tuberculeuse dix ans auparavant.

N97.1 Stérilité d'origine tubaire

B90.1 Séquelles de tuberculose génito-urinaire

Si par contre, un patient est admis par exemple pour l'opération d'un tendon de doigt suite à une rupture tendineuse remontant à deux semaines, ce cas ne doit pas être codé comme une «séquelle» car la rupture du tendon est toujours en traitement.

D07I Suivi interventionnel planifié (suivi planifié)

Lors d'une admission pour une 2^e opération ou toute autre opération supplémentaire suite à une opération initiale et faisant partie d'un traitement opératoire complet planifié, on code la maladie ou la blessure initiale, même si elle n'existe plus, suivie du code correspondant tiré du chapitre XXI (p. ex. un code de Z47.– *Autres soins de contrôle orthopédique* ou Z43.– *Surveillance de stomies*, etc) qui, accompagné du code pour la procédure nous indique qu'il s'agit d'un suivi interventionnel planifié.

Exemple 1

Un patient est admis pour le rétablissement planifié d'une colostomie faite lors d'une opération antérieure pour une diverticulite du sigmoïde actuellement guérie.

DP K57.32 Diverticulite du côlon sans perforation ni abcès, sans indication de saignement
DS Z43.3 Surveillance de colostomie

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée un an après une fracture du fémur droit pour l'enlèvement d'une plaque d'ostéosynthèse.

DP S72.3 Fracture de la diaphyse fémorale
L 1
DS Z47.0 Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation

Exemple 3

Status après fermeture de fente labio-palatine en 2002. Patient actuellement hospitalisé pour fermeture d'un orifice résiduel et correction d'une rhinolalie ouverte due à une insuffisance vélopharyngée.

DP Q37.0 Fente labiale bilatérale avec fente de la voûte du palais
L 0
DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

Exemple 4

Un patient est opéré pour une lésion de la coiffe des rotateurs à droite. On profite de l'occasion pour lui retirer le matériel d'ostéosynthèse posé une année auparavant pour la réduction d'une fracture de l'avant-bras droit.

DP M75.1 Lésion de la coiffe des rotateurs
L 1
DS S52.6 Fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale
L 1
DS Z47.0 Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation

On n'indique ici ni le code du degré de sévérité initial de la lésion des tissus mous, ni le code des causes externes pour la fracture du fémur (exemple 2) et la fracture cubitale et radiale (exemple 4), vu que ceux-ci ont déjà été codés lors de la première hospitalisation (voir également SD2000).

Exemple 5

Admission prévue à l'hôpital de soins aigus après réadaptation (durée 3 mois) pour un état après infarctus ischémique droit de l'artère cérébrale moyenne avec œdème cérébral/gonflement cérébral. La cause de l'infarctus cérébral (embolique) était une fibrillation auriculaire non détectée.

Une craniotomie (avec crâne laissé ouvert) a notamment été nécessaire lors de la phase de traitement aigu.

Les déficits/conséquences persistant(e)s sont une parésie faciale avec troubles de la mastication et de la déglutition, une hémiparésie résiduelle motrice et sensorielle du côté gauche avec trouble de la marche (dit démarche Wernicke-Mann) et une aphasie.

Une fermeture secondaire de la craniectomie est effectuée avec un volet osseux autologue. Les conséquences de l'infarctus cérébral sont toutes considérées comme traitées selon la règle de codage G54.

DP	I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
L	1	
DS	Z48.8	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS	I48.9	Fibrillation et flutter auriculaires, sans autre précision
DS	G83.6	Paralysie faciale centrale
L	2	
DS	R13.90	Dysphagies, autres et non précisés
DS	G81.9	Hémiparésie ou hémiplégie, sans précision
L	2	
DS	R26.1	Démarche paralytique
DS	R47.00	Dysphasie et aphasie
DS	I69.3	Séquelles d'infarctus cérébral
TP		Réinsertion d'un volet osseux autologue selon la documentation médicale

Se reporter également aux règles de codage SD0601 et SD0602 pour le codage dans le contexte d'un accident vasculaire cérébral, etc.

Remarque:

- 1) Il s'agit de bien faire la distinction entre le suivi planifié d'une maladie/blessure et le traitement d'une séquelle/complication de la maladie/blessure initiale ou de l'intervention initiale.

Exemple 6

Fermeture de fente labio-palatine il y a trois semaines. Patient hospitalisé actuellement pour le traitement d'une déhiscence de plaie opératoire.

DPT81.3 Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs

Exemple 7

En raison de douleurs, on procède après 4 mois à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras.

DPT84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

- 2) Une révision de cicatrice est codée selon la règle SD1201 «Chirurgie plastique» et la règle D06 «Séquelles» exemple 2.

D08a Maladie imminente, menace de maladie

Si une maladie imminente ou une menace de maladie est documentée dans le dossier du patient, mais ne s'est pas manifestée pendant l'hospitalisation, il faut vérifier dans les index CIM-10 si la maladie y est mentionnée comme «imminente» ou «menace de» sous le terme principal ou le terme subordonné.

S'il existe une telle entrée dans les index CIM-10, le code qui y correspond doit être indiqué. S'il n'existe pas de telle entrée, la maladie décrite comme «imminente» ou «menace de» ne sera pas codée.

Exemple 1

*Un patient est admis avec une menace de gangrène à la jambe droite, gangrène qui ne se manifeste **pas** pendant l'hospitalisation parce qu'immédiatement traitée, seule une ulcération s'est développée.*

Il n'existe pas d'entrée «Menace de gangrène ou gangrène imminente» dans les index CIM-10 ; par conséquent, ce cas doit être codé par la maladie de base, p. ex. comme une athérosclérose des artères distales avec ulcération.

DP I70.24 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération

L 1

Pour un petit nombre de diagnostics qui peuvent être qualifiés d'«imminents», la CIM-10-GM prescrit un codage ou les index CIM-10 donnent des indications correspondantes. Pour le diagnostic «menace d'avortement», par exemple, il existe *O20.0 Menace d'avortement*. Le diagnostic «menace d'infarctus du myocarde» est inclus dans le code *I20.0 Angine de poitrine instable*.

D09I Diagnostics présumés

Les diagnostics présumés au sens de ces règles de codage sont notamment 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 qu'il a entraîné en tant que tel une dépense médicale > 0 (au sens de la règle de codage G54), il convient de le coder comme s'il avait été confirmé. Le diagnostic principal est choisi selon la règle de codage G52.

Exemple 1 - Psychiatrie

Un enfant d'âge préscolaire est admis avec une suspicion de TDAH. Les critères diagnostiques 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, 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 basses avec suspicion d'appendicite. Les examens effectués durant l'hospitalisation n'ont pas confirmé le diagnostic d'appendicite. Il n'y a pas eu de traitement spécifique de l'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

Un jeune enfant a été retrouvé par sa mère avec une boîte de comprimés vide. On ignore ce qu'il est advenu du contenu. L'enfant, qui ne présente aucun symptôme, est néanmoins hospitalisé et gardé en observation pour suspicion d'ingestion médicamenteuse. Son évolution n'a montré aucun indice d'ingestion de comprimés.

DP Z03.6 Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées

DS Aucun

Exemple 4 - Psychiatrie

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 examens complémentaires. 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 le diagnostic présumé de trouble bipolaire et que le cas est codé comme trouble bipolaire par l'hôpital qui opère le transfert, le code pour le trouble bipolaire ne doit pas être modifié ultérieurement par l'hôpital qui opère le transfert. Cela vaut également lorsque le rapport de sortie envoyé par le deuxième hôpital de traitement conclut après examen que le patient ne souffrait pas d'un trouble bipolaire.

D10g 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 les diagnostics supplémentaires).

Exemple 1

Poussée aiguë d'une pancréatite idiopathique chronique sans complications d'organe.

K85.00 Pancréatite aiguë idiopathique, sans indication de complication d'organe

K86.1 Autres pancréatites chroniques

Exemple 2 - Psychiatrie

Intoxication alcoolique aiguë sur dépendance alcoolique chronique.

F10.0 Intoxication 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**)*

D11i 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

R02.07 Gangrène, non classée ailleurs, région de la cheville, pied et orteils

serait incorrect.

D12k 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 dans la documentation médicale. La règle de codage sur les diagnostics supplémentaires (G54) s'applique.

L'énumération suivante donne un aperçu des codes disponibles pour coder les maladies ou troubles consécutifs à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.

a. La plupart des chapitres de la CIM-10-GM contiennent des codes qui décrivent spécifiquement les complications, c'est-à-dire qui incluent cette information.

p.ex. L58.0 *Radiodermite aiguë*, D61.1- *Anémies aplastiques médicamenteuse*, M81.4- *Ostéoporose médicamenteuse*, M87.1- *Ostéonécrose médicamenteuse*, P03.2 *Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps*, D90 *Immunocompromission après radiothérapie, chimiothérapie et autres mesures immunosuppressives*, G25.1 *Tremblement dû à des médicaments*, T85.53 *Complication mécanique de prothèses, implants ou greffes dans les voies biliaires* etc.

Remarque: Cette liste n'est pas exhaustive

b. A la fin de certains chapitres consacrés aux organes, on trouve aussi les catégories suivantes (exemples):

- 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*

c. Le chapitre XIX répertorie les catégories T80 – T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*, qui peuvent contenir une description précise du trouble et de l'organe/du système d'organes.

p.ex.: T80.5 *Choc anaphylactique dû au sérum*, T86.51 *Nécrose d'une greffe de peau*, T82.1 *Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique*.

Remarque: Cette liste n'est pas exhaustive

d. Les codes des chapitres de la CIM-10-GM sans indication spécifique qu'il s'agit d'une maladie ou d'un trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique. (Dans le tableau «Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)»: code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique», colonne 4).

Sélection du bon code:

- Les quatre possibilités énoncées ci-dessus doivent être examinées.
- Il faut choisir le code avec le texte le plus précis.
- Il faut éviter les codes non spécifiques.
- La maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique doit être codé en se référant le plus possible à un organe et de manière aussi spécifique que possible; autrement dit, le code retenu ou la combinaison de codes choisie devrait indiquer la pathologie, l'organe/le système d'organes concerné et la complication.

Lorsqu'il n'existe pas de code spécifique qui précise les trois paramètres (p.ex. L58.0 *Radiodermite* aiguë: pathologie «...ite aiguë» + organe «...derm...» + complication « après radiothérapie »), il faut procéder comme suit :

- Pour trouver le code correct, on peut chercher dans l'index alphabétique sous «Complications (de) (dues à) (après) (au cours de)», ou sous le code correspondant à la maladie de l'organe touché puis vérifier son exactitude dans l'index systématique.
- Les codes des chapitres consacrés aux organes seront préférés aux codes T80 – T88 sauf si ces derniers décrivent la maladie de manière plus spécifique et contiennent des informations précises sur la nature de la complication.
- Les codes «*non classés ailleurs*» (NCA) ou «*autres*» doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique pour la maladie/le trouble ou si ce code est exclu par une exclusion de la CIM-10-GM.
- 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.
- Le tableau «exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)» liste les complications les plus courantes.

Remarque: Le tableau n'est pas exhaustif

Note: Dans la CIM-10-GM, des notes ont été ajoutées aux codes suivants:

T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
M86.-	Ostéomyélite
M00.-	Arthrites à bactéries pyogènes

Pour les codes mentionnés ci-dessus, les règles suivantes doivent être respectées :

Exemple 1

Ostéomyélite liée à un implant due à une prothèse articulaire

DP	M86.-	Ostéomyélite
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne

Remarque: En raison de l'exclusion énoncée sous M86.- de la CIM-10-GM, les ostéomyélites vertébrales et les ostéomyélites de la mâchoire ne doivent pas être codées avec le code M86.-, mais avec le code M46.2- pour les premières et le code K10.2- pour les secondes.

Exemple 2

Ostéomyélite liée à un implant due à un appareil de fixation interne

DP	M86.-	Ostéomyélite
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]

Remarque: En raison de l'exclusion énoncée sous M86.- de la CIM-10-GM, les ostéomyélites vertébrales et les ostéomyélites de la mâchoire ne doivent pas être codées avec le code M86.-, mais avec le code M46.2- pour les premières et le code K10.2- pour les secondes.

Exemple 3

Ostéomyélite liée à un implant due à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

DP	M86.-	Ostéomyélite
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

Remarque: En raison de l'exclusion énoncée sous M86.- de la CIM-10-GM, les ostéomyélites vertébrales et les ostéomyélites de la mâchoire ne doivent pas être codées avec le code M86.-, mais avec le code M46.2- pour les premières et le code K10.2- pour les secondes.

Exemple 4

Arthrite à bactéries pyogènes liée à un implant **avec** mise en évidence de l'agent microbien

DP	M00.-/0-8	Arthrites à bactéries pyogènes
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
DS		Coder l'agent microbien en suivant la règle D04

Exemple 5

Arthrite à bactéries pyogènes liée à un implant **sans** mise en évidence de l'agent microbien

DP	M00.9-	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne

Exemple 6

Réaction inflammatoire ou infection périprothétique (avec ou sans mise en évidence de l'agent microbien), **en l'absence** d'ostéomyélite et/ou d'arthrite à bactéries pyogènes

DP	T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
ou	T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
ou	T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS		Coder l'agent microbien si connu

Exemple 7

Myosite liée à un implant après mise en place d'un dispositif de fixation externe

DP	M60.8-	Autres myosites
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
DS		Coder l'agent microbien si connu

La myosite est une maladie inflammatoire des muscles squelettiques. Elle peut être d'origine infectieuse (bactéries, virus, champignons) ou non (processus auto-immuns ou substances toxiques).

Une myosite infectieuse sans association avec un implant est codée au moyen de M60.0- «Myosite infectieuse».

Si l'agent infectieux doit être indiqué, un code supplémentaire (B95 - B98) doit être utilisé.

Une myosite associée à un implant est codée au moyen de M60.8 «Autres myosites selon» l'exemple 7, règle de codage D12j.

L'usure et/ou la «réaction à un corps étranger» peuvent entraîner le développement d'une myosite associée à l'implant, même en l'absence d'agents pathogènes.

En présence d'agents pathogènes, leur origine doit être comprise comme étant l'implant et également enregistrée en plus avec les codes des rubriques T84.- et B95 - B98.

D'autres exemples sont listés dans le tableau des pages suivantes «Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)».

Choix du diagnostic principal ou supplémentaire dans le cas de complication

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 8

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

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

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)	Ø	O90.0
Le code O90.0 décrit la pathologie et la cause. T81.3 a une exclusion pour O90.0.				

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

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 K59.09 Constipation, autre et sans précision.				
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.				

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

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 ostéo-articulaire et des muscles après un acte à visée thérapeutique	T84.04 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche (Déplacement, fuite, malposition, etc.)	M24.45 Luxation et subluxation articulaire récidivante, hanche ou S73.0– Luxation de la hanche	T84.04 + Y
M96.88 décrit d'autres» maladies du système ostéo-articulaire et des muscles. T84.04 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	T84.04 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche (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 ostéo-articulaire 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	K65.09 Péritonite aiguë, autres et sans précision	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. K65.09 Péritonite aiguë, autres et sans précision, un Y ne décrit pas la mesure médicale précise (= le cathéter).				

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

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 compliquant un acte à visée diagnostique 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 diagnostique et thérapeutique, NCA	T80.1 Complications vasculaires consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion (phlébite, thromboembolie, thrombophlébite)	I80.80 Thrombose, phlébite et thrombophlébite 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 inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire	N39.0 Infection des voies urinales, 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 en fonction de la hauteur de la lésion				
Ø	G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	T81.2 Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA	S19.80 Lésion traumatique des méninges rachidiennes cervicales S29.80 Lésion traumatique des méninges rachidiennes dorsales S39.81 Lésion traumatique des méninges rachidiennes lombosacrées G96.0 Ecoulement de liquide céphalorachidien	S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y 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. Lésion des méninges : cervicales S19.80, thoraciques S29.80, lombosacrées S39.81, cérébrales T81.2. G96.0 décrit un tableau clinique, un syndrome d'hypotension sans lien avec une opération.				
Ostéonécrose ou nécrose médullaire médicamenteuse				
M87.1-Ostéonécrose médicamenteuse	M96.88 Autres affections du système ostéo-articulaire et des muscles après des actes médicaux	T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, non classées ailleurs	M87.8- Autres ostéonécroses	M87.1-
Le code M87.1- contient la pathologie précise et la cause dans un seul code. Tenir compte de l'exclusion mentionnée sous M87.1-				

D13a 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.

Exemple 1

Un enfant dysmorphique est hospitalisé pour évaluation du syndrome. Les examens confirment le diagnostic de trisomie 21, non-disjonction méiotique (syndrome de Down).

DP Q90.0 Trisomie 21, non-disjonction méiotique

Exemple 2

Un enfant atteint de trisomie 21, non-disjonction méiotique (syndrome de Down) est hospitalisé pour être opéré du cœur en raison d'une communication interventriculaire congénitale.

DP Q21.0 Communication interventriculaire

DS Q90.0 Trisomie 21, non-disjonction méiotique

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

Si le syndrome est congénital, on utilisera un code supplémentaire de la catégorie Q87– *Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes* pour le coder comme diagnostic supplémentaire en plus des manifestations déjà codées. Ce code supplémentaire indique qu'il s'agit d'un syndrome congénital pour lequel il n'existe pas de code spécifique.

Exemple 3

Un enfant atteint du syndrome de Galloway-Mowat (combinaison de microcéphalie, hernie hiatale et syndrome néphrotique, congénitale autosomique récessive) est hospitalisé pour une biopsie rénale gauche. L'examen histologique met en évidence des lésions glomérulaires segmentaires et focales.

DP N04.1 Syndrome néphrotique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales

L 0

DS Q40.1 Hernie hiatale congénitale

DS Q02 Microcéphalie

DS Q87.8 Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs

TP 55.23 Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein

L 2

Dans ces cas exclusivement, les diagnostics supplémentaires qui décrivent ce syndrome sont codés, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54).

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 G54).

Pour les syndromes sans code spécifique, seules les manifestations qui remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54) sont codées.

D14g Admission pour une opération/procédure non effectuée

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

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

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour insertion de drains transtympaniques dans le contexte d'une otite sérumuqueuse chronique bilatérale. L'opération est différée pour raisons techniques.

DP H65.3 Otite moyenne mucoïde chronique

L 0

DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués

Exemple 2 - Psychiatrie

Un patient a été admis pour subir une électroconvulsivothérapie. 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 l'opération/la procédure n'est pas effectuée en raison d'une autre maladie :

Exemple 3

Une patiente souffrant d'une amygdalite est hospitalisée pour une tonsillectomie. L'opération est différée pour cause de sinusite frontale aiguë bilatérale, le patient rentre à domicile.

DP J35.0 Amygdalite chronique

DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués

DS J01.1 Sinusite frontale aiguë

L 0

Exemple 4

Un patient souffrant d'une amygdalite est hospitalisé pour une tonsillectomie. L'opération est annulée en raison d'une cholécystite, le patient reste hospitalisé pour le traitement de cette cholécystite.

DP K81.0 Cholécystite aiguë

DS –

Ici, la maladie qui motive l'hospitalisation devient diagnostic principal.

L'amygdalite chronique ne répond pas à la définition du diagnostic supplémentaire et n'est donc pas codée.

Exemple 5 - Psychiatrie

Une patiente a été admise pour une psychothérapie stationnaire en raison d'un trouble dépressif récurrent, 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

D15j Transferts

Transfert pour suite de soins

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour **suite de soins (suite de traitement)** (indépendamment du fait qu'il s'agit de **soins somatiques aigus**, de **réhabilitation / réadaptation / convalescence**, de **clinique psychiatrique ou autre clinique spécialisée**), chaque hôpital doit coder un cas séparé.

L'hôpital qui admet le patient code en diagnostic principal la maladie/blessure initiale qui est l'indication de la **suite de soins**, la raison principale du transfert. En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G52).

Le fait qu'il s'agit d'une prise en charge pour **suite de soins**, de traitement est indiqué par un des codes Z suivants comme premier diagnostic supplémentaire : Z47.– *Autres soins de contrôle orthopédiques*, Z48.– *Autres soins de contrôle chirurgicaux*, Z50.–! *Soins impliquant une rééducation*, Z51.– *Autres soins médicaux* ou Z54.–! *Convalescence*.

Pour le codage des autres diagnostics, les règles du manuel de codage sont à appliquer.

Remarque: les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors du premier séjour stationnaire (dans le premier hôpital).

Exemple 1

Transfert dans l'hôpital B après ostéosynthèse d'une fracture dans l'hôpital A.

L'hôpital B code:

DP	Code S	Fracture
DS	Z47.8	Autres soins de contrôle orthopédiques précisés

Exemple 2

Transfert dans l'hôpital B après le traitement primaire d'une maladie coronarienne par pontage AC dans l'hôpital A.

L'hôpital B code:

DP	I25.–	Cardiopathie ischémique chronique
DS	Z48.8	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS	Z95.1	Présence d'un pontage aorto-coronaire

Exemple 3

Transfert à la clinique de réadaptation après implantation d'une prothèse en raison d'une arthrose de hanche droite dans l'hôpital régional.

La clinique de réadaptation code:

DP	M16.1	Autres coxarthroses primaires
L	1	
DS	Z50.–!	Soins impliquant une rééducation
DS	Z96.64	Présence de prothèse de hanche
L	1	

Exemple 4

Transfert en réadaptation après révision d'une prothèse de hanche droite descellée dans l'hôpital régional.

La clinique de réadaptation code:

DP	T84.04	Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche
L	1	
DS	Z50.–!	Soins impliquant une rééducation

Exemple 5

Un patient est admis à l'hôpital central pour un remplacement percutané de valve mitrale. Après l'opération, il présente un infarctus cérébral avec **hémisynndrome**, probablement dû à une embolie péri-opératoire. Le patient est transféré à l'hôpital régional pour suite de soins de l'hémisynndrome. Le point d'abord fémoral du remplacement de valve mitrale est surveillé, l'ablation des fils est effectuée.

L'hôpital central code:

DP Insuffisance valvule mitrale
 DS Infarctus cérébral dû à une embolie
 DS Hémisynndrome
 DS Cause externe

L'hôpital régional code:

DP Infarctus cérébral dû à une embolie
 DS Hémisynndrome
 DS Z51.88 Autres traitements médicaux non précisés
 DS Insuffisance valvule mitrale
 DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
 DS Z95.2 Présence de prothèse d'une valvule cardiaque

Remarque: le transfert se fait pour la suite de soins de l'hémisynndrome sur infarctus cérébral (voir aussi SD0601).

Transfert pour traitement

Lorsqu'un patient est transféré pour **traitement** dans un autre hôpital (p. ex. parce qu'il n'existe pas de spécialiste dans le premier hôpital), chaque établissement code un cas séparé.

L'hôpital qui admet le patient code en diagnostic principal la maladie/blessure initiale qui est l'indication, la raison du **traitement**. En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G52).

Exemple 6

Un patient est admis à l'hôpital A pour une fracture du tibia et une fracture de vertèbre cervicale. La fracture du tibia est opérée, la fracture de vertèbre cervicale est stabilisée à l'aide d'une minerve (mesure provisoire, n'est pas le traitement «définitif»). Puis le patient est transféré à l'hôpital central **pour le traitement** (opération) de cette fracture de vertèbre cervicale.

L'hôpital A code:

DP Fracture du tibia
 CD Cause externe
 DS Fracture de vertèbre cervicale

L'hôpital central code:

DP Fracture de vertèbre cervicale (= traitement)
 DS Fracture du tibia (= suite de soins)
 DS Z47.8 Autres soins de contrôle orthopédiques précisés

Le code Z est indiqué pour la **suite du traitement** de la fracture du tibia et non pour le traitement de la fracture de vertèbre cervicale.

Exemple 7

Un patient est admis à l'hôpital A pour une fracture du tibia. Après pose d'une attelle plâtrée, il est immédiatement transféré à l'hôpital central.

L'hôpital A code:

DP Fracture du tibia
 CD Cause externe

L'hôpital central code:

DP Fracture du tibia

On n'utilise pas de code Z ici car il s'agit d'un **traitement** et non de la suite d'un traitement.

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

Lorsqu'un patient est transféré de psychiatrie en soins aigus, la pathologie à l'origine du transfert est indiquée en tant que diagnostic supplémentaire en psychiatrie.

Exemple 8 - Psychiatrie

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 comme la cause de ces symptômes. Le traitement de la schizophrénie se poursuit.

La clinique psychiatrique code:

DP F20.– Schizophrénie
DS R10.0 Syndrome abdominal 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 avec comme diagnostic principal le motif principal de transfert, pour autant qu'il soit conforme à la règle G52, et les diagnostics supplémentaires selon la définition des diagnostics supplémentaires G54.

Exemple 9 - Psychiatrie

Suite à une tentative de suicide par veinosection, une patiente souffrant d'une dépression sévère accompagnée de symptômes psychotiques est traitée dans un hôpital 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
TP 94.A1.24 HoNOS 2: Lésions auto-infligées non accidentelles: HoNOS2, degré 4

Transfert pour traitement au centre hospitalier avec retour dans le premier hôpital

Exemple de transfert en vue d'un diagnostic ou d'un traitement spécialisé:

Un patient victime d'infarctus aigu du myocarde hospitalisé dans un hôpital régional est transféré dans un centre hospitalier pour une coronarographie et la pose d'une endoprothèse vasculaire (stent). Le codage sera différent si le patient est **hospitalisé** (exemple 2) pour son traitement dans le centre hospitalier ou s'il le reçoit de manière **ambulatoire** (exemple 1).

Exemple 10

Un patient victime d'infarctus du myocarde est soumis à un examen **ambulatoire** avec PTCA (1 vaisseau/1 stent métallique) dans le centre hospitalier, puis est renvoyé après quelques heures dans le premier établissement hospitalier

Le premier hôpital utilisera les codes suivants:

DP I21.– Infarctus aigu du myocarde
TP 00.66.-- (externe¹) Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronaire
TS 00.40 (externe¹) Intervention sur un vaisseau
TS 36.08.11 (externe¹) Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire

Centre hospitalier: rien à coder²

¹ Les prestations fournies en externe sont saisies dans un champ supplémentaire dans la statistique médicale (variable 4.3.V016).

² Voir «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG».

Exemple 11

Un patient victime d'un infarctus du myocarde est **hospitalisé** pour 36 heures dans le centre hospitalier pour un examen et PTCA (1 vaisseau/1 stent métallique), avant d'être renvoyé dans le 1^{er} hôpital l'ayant accueilli.

Le premier hôpital code comme DP pour la première hospitalisation:

DP I21.- Infarctus aigu du myocarde

Le centre hospitalier code:

DP I21.- Infarctus aigu du myocarde

TP 00.66.-- Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronaire

TS 00.40 Intervention sur un vaisseau

TS 36.08.11 Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire

Le premier hôpital code comme DP pour la deuxième hospitalisation:

DP I21.- Infarctus aigu du myocarde

DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

DS Z95.5 Présence d'implant ou de greffe vasculaires coronaires

Si les deux séjours dans le premier hôpital sont facturés selon les forfaits par cas DRG ou à un groupe de coûts psychiatriques (PCG), les diagnostics et procédures des deux hospitalisations sont tout d'abord codés séparément.

Un éventuel regroupement de cas se fait selon les règles de facturation particulières de SwissDRG et TARPSY. Voir aussi sous: «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» ou selon TARPSY, et «Clarifications et exemples de cas concernant les règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» ou selon TARPSY.

Transfert d'un nouveau-né sain

Lors d'un transfert **d'une mère** et de son nouveau-né pour que la mère, **accompagnée** du nouveau-né sain, **reçoive un traitement** (nouveau traitement ou suites de soins), on ouvre un cas pour le nouveau-né dans le **deuxième** hôpital.

Le poids à l'admission dans le deuxième hôpital doit être inscrit sous la variable 4.5.V01.

En diagnostic principal, saisir pour le nouveau-né le code:

Z51.88 Autres traitements médicaux précisés

Remarque: Dans la situation décrite ci-dessus, il s'agit ici d'un **nouveau-né en bonne santé**, dans cette situation exceptionnelle, l'hôpital ou la maison de naissance qui transfère doit indiquer le chiffre «8 = autre» dans la **variable de sortie** 1.5.V03.

Le chiffre «6 = autre hôpital» **ne peut pas** être utilisé pour **une personne en bonne santé qui accompagne une personne malade** (dans l'exemple précédent: un nouveau-né en **bonne santé** qui n'a pas besoin de traitement).

Pour l'admission du nouveau-né sain, l'établissement vers lequel s'effectue le transfert indique 1.2.V02, chiffre «6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance», suivi par la variable correspondante 1.2.V03 (mode d'admission).

Lors d'un **transfert d'une mère et de son nouveau-né sain** de l'hôpital à une maison de naissance pour la poursuite de la prise en charge, on choisira les variables suivantes:

Hôpital depuis lequel est effectué le transfert:

Pour la mère: 1.5.V03, chiffre «6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance»

Pour le nouveau-né: 1.5.V03, chiffre «8 = Autre »

Hôpital ou maison de naissance vers lequel est effectué le transfert:

Pour la mère: 1.2.V02, chiffre «6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance»

Pour le nouveau-né: 1.2.V02, chiffre «6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance»

Pour les DRG possibles, voir également «règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG».

D16i Choix du diagnostic principal en cas de réhospitalisation dans les 18 jours due à des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Cette règle particulière de codage est une **règle de facturation** selon SwissDRG et **prime** par conséquent sur les règles de codage générales et spéciales du manuel de codage. Cette règle a pour but de favoriser aussi les regroupements lors de réhospitalisations en raison d'une complication du traitement du séjour précédent.

Si un patient est réadmis (réhospitalisation ou retransfert) dans le même hôpital dans **un délai de 18 jours** à compter de la sortie (voir règles de facturation) pour une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication) en relation avec la prestation fournie durant le séjour précédent, il faut prendre en compte: aussi bien le diagnostic principal qu'un diagnostic supplémentaire peut entraîner une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique et donner lieu à une réhospitalisation. La maladie/blessure primaire dont le traitement est à l'origine de cette maladie ou de ce trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique doit être codée comme diagnostic principal, la maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique comme diagnostic supplémentaire. Le codage est maintenu ainsi, même s'il n'y a pas de regroupement de cas.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une luxation de la prothèse de hanche droite qui lui a été implantée 20 jours auparavant en raison d'une coxarthrose (sortie d'hôpital il y a 10 jours).

DP	M16.1	Autres coxarthroses primaires
L	1	
DS	T84.04	Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche
L	1	
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Exemple 2

En raison d'une diverticulite du sigmoïde qui s'est déclarée 3 semaines auparavant, un patient a subi une sigmoïdectomie avec colostomie. Le patient est sorti de l'hôpital il y a 12 jours; il est aujourd'hui réadmis pour des problèmes fonctionnels de sa colostomie.

DP	K57.32	Diverticulite du côlon sans perforation ni abcès, sans indication de saignement
DS	K91.4	Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie ou d'une entérostomie

Exemple 3

Après ostéosynthèse d'une fracture du fémur droit (DP dans le premier séjour) et d'une fracture du pouce droit, le patient est réadmis après 2 semaines pour une infection du matériel d'ostéosynthèse du pouce.

DP	S62.5–	Fracture du pouce
L	1	
DS	T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne
L	1	
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Exemple 4

1^{re} hospitalisation:

Cholélithiase et cholécystectomie. Par la suite, complication avec un iléus post-opératoire, résection partielle de l'intestin et anastomose.

DP	K80.2–	Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite
DS	K91.3	Occlusion intestinale post-opératoire

2^e hospitalisation:

Insuffisance de l'anastomose intestinale.

Réhospitalisation dans les 18 jours pour traitement de la complication de l'opération de l'occlusion intestinale. L'insuffisance de l'anastomose est une «complication de la complication» de la 1^{ère} hospitalisation, c'est donc cette complication (K91.3) qui est la maladie de base à coder en tant que diagnostic principal.

DP	K91.3	Occlusion intestinale post-opératoire
DS	K91.83	Insuffisance d'anastomoses et sutures après opérations d'autres organes du système digestif

Dans cette situation, il n'y aura pas de regroupement de cas, puisque les deux séjours n'aboutissent pas dans le même MDC.

Règles générales de codage pour les procédures P00 – P11

P00g 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** 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 traitement principal, et variables 4.3.V021, 4.3.V031, 4.3.V041, etc. pour les traitements supplémentaires.

Les chiffres suivants sont saisis :

- 0 = bilatéral
- 1 = unilatéral droit
- 2 = unilatéral gauche
- 3 = unilatéral inconnu
- 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 les variables 4.3.V011, 4.3.V021, etc. vides. 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 hospitalisé bénéficie de 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.).

P011 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, CT etc.) ou une formation particulière.

Les **procédures qui ne sont pas directement liées** à une autre procédure sont codées séparément.

Exemple 1

Une angiographie coronaire préopératoire est réalisée la veille d'un pontage aortocoronaire sous circulation extracorporelle (machine cœur-poumon).

L'artériographie coronaire pré-opérative est codée ici en tant que traitement supplémentaire.

Remarque :

Si une césarienne primaire ou secondaire est effectuée sous **anesthésie générale**, le code CHOP correspondant de la catégorie 93.92.- *Anesthésie* doit obligatoirement être saisi en plus de la procédure correspondante de césarienne, contrairement à ce qu'indique la «Note» de la catégorie de code 93.92.-.

Il importe peu, ici, qu'une péridurale, un cathéter péridural ou une anesthésie rachidienne ait été utilisé(e) au cours de l'accouchement pour soulager la douleur.

La date de la césarienne doit être sélectionnée comme date de la procédure pour le code de l'anesthésie générale.

Des exemples correspondants sont disponibles sous SD1505 «Règles spéciales pour l'accouchement», césarienne primaire et secondaire.

P02k 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, thrombolyse, facteurs de coagulation, produits sanguins
 - Pour TARPSY et ST Reha: traitements anti-infectieux, par ex. administration d'antibiotiques par voie i.v. (code CHOP 99.22.1-Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement)

Remarque: la saisie du code CHOP *99.22.1- Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement* est facultative pour la somatique aiguë

- 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 opératoire ne sont pas codées.

Exemple 1

Une angiographie coronaire est réalisée dans le cadre d'une PTCA.

L'artériographie coronaire n'est pas codée dans ce cas.

Exemple 2 - Psychiatrie

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

Exceptions:

- **L'anesthésie** pour des procédures normalement effectuées sans anesthésie, p.ex. la narcose pour une IRM chez un enfant.
- Les **mesures diagnostiques** effectuées lors de la même séance et qui font en règle générale **partie intégrante** de l'opération, ne sont pas codées séparément (sauf disposition contraire dans la CHOP).
P.ex.: L'arthroscopie diagnostique effectuée avant une ménisectomie arthroscopique n'est pas codée séparément.
- Pour le codage **des traitements de la douleur dans le contexte d'opérations, d'interventions, d'actes diagnostiques et de traitements de la douleur**, se reporter à la règle de codage SD1804.
- Les **procédures post mortem** ne sont pas codées (le cas se termine avec le décès). Ceci vaut également pour les autopsies.

P03c Endoscopie et interventions endoscopiques

Les interventions endoscopiques (c-à-d. laparoscopiques, endoscopiques, arthroscopiques) doivent être codées avec le code endoscopique correspondant, pour autant qu'il existe. Un élargissement du point d'abord (mini-arthrotomie, mini-laparotomie, etc., p. ex. pour extraire l'endobag, un segment du côlon ou une souris articulaire) ne donne pas lieu à un code supplémentaire.

Exemple 1

Cholécystectomie laparoscopique.

51.23 Cholécystectomie laparoscopique

En l'absence d'un code spécifique pour une intervention laparoscopique, endoscopique, arthroscopique, on commencera par indiquer le code de l'intervention conventionnelle, en le faisant suivre de celui de l'endoscopie, sauf si l'endoscopie est déjà contenue dans un code de procédure associé.

Les panendoscopies (endoscopies de plusieurs localisations) sont codées d'après la région examinée la plus éloignée ou la plus profonde.

Exemple 2

Une œsophagogastroduodénoscopie avec biopsies d'un ou plusieurs sites impliquant l'œsophage, l'estomac ou le duodénum est codée avec le code

45.16 Œsophago-gastroduodénoscopie avec biopsie fermée

Exemple 3

Une bronchoscopie de la trachée et du pharynx est codée avec le code

33.22 Trachéo-bronchoscopie souple

Exemple 4

Une panendoscopie pour examen d'un carcinome de l'hypopharynx (endoscopie de deux systèmes d'organes) est codée par

33.22 Trachéo-bronchoscopie souple

42.23 Autre œsophagoscopie

P04i Interventions combinées/Opérations complexes

- On décrira si possible les interventions par un seul code (codage monocausal). Il existe des codes pour les interventions combinées, impliquant plusieurs actes isolés effectués lors de la même séance opératoire. Ces codes doivent être utilisés s'ils décrivent totalement l'intervention combinée et en l'absence d'autres règles de codage ou indications dans la CHOP.

Exemple 1

28.3.- Amygdalectomie, **avec** excision de végétations adénoïdes

Exemple 2

52.51.10 Pancréatectomie céphalique conservant le pyllore

ou

52.51.31 Résection pancréatico-duodénale avec résection partielle de l'estomac

Exemple 3

77.51 Exostosectomie d'hallux valgus et rigidus **avec** correction des tissus mous et ostéotomie du premier métatarsien

- S'il n'existe pas de code spécifique décrivant une opération complexe comportant différentes composantes, il convient d'indiquer chaque code décrivant les composantes correspondantes.

Exemple 4

Patient devant subir une gastrectomie totale avec résection du grand épiploon et des ganglions lymphatiques dans la région gastrique.

43.99.99 Autre gastrectomie totale, autre

40.3X.- Excision de ganglions lymphatiques régionaux

54.4X.- Excision ou destruction de tissu péritonéal

Les prélèvements de tissus (p. ex. os, muscle, tendon) d'autre localisation que celle de l'opération effectuée doivent être codés séparément, s'ils ne sont pas déjà compris dans le code de la procédure.

Exemples:

- Prélèvement d'os spongieux au niveau du bassin pour une ostéosynthèse du bras: coder en plus.
- Prélèvement de tendon compris dans le code: p. ex. 81.45.12 Réparation du ligament croisé antérieur avec tendon semi-tendineux et/ou gracilis sous arthroscopie.
- Prélèvement de lambeau compris dans le code: p. ex. 85.K4.11 Mammoplastie par Lambeau perforateur épigastrique inférieur profond [DIEP].

- La CHOP contient parfois des indications précisant que certaines composantes doivent être codées en plus («coder aussi»).

Exemple 5

39.75.- Intervention vasculaire percutanée transluminale, autres vaisseaux

Coder aussi: Localisation anatomique d'interventions transluminales percutanées par cathétérisme [ITPC] (00.4B)

- Les codes faisant partie d'un ensemble sont indiqués les uns à la suite des autres.
P. ex.: angioplastie coronaire + stents + nombre de vaisseaux, etc.

P05a Interventions interrompues

Une opération n'est codée comme telle que si elle est menée à terme ou effectuée presque complètement. Si une opération doit être interrompue, quelle qu'en soit la raison, ou si elle ne peut pas être menée à terme, les règles de codage suivantes seront appliquées :

- Si, lors d'une procédure laparoscopique/endoscopique/arthroscopique, l'intervention passe ou doit passer en technique chirurgicale ouverte, il faut uniquement coder la chirurgie ouverte.

Exemple 1

Cholécystectomie laparoscopique avec passage à la méthode chirurgicale ouverte.

51.22.- Cholécystectomie

- En cas d'interruption, seule la partie de l'opération qui a été effectuée est codée.

Exemple 2

Si, lors d'une appendectomie, l'intervention doit être interrompue après la laparotomie en raison d'un arrêt cardiaque, seule la laparotomie est codée.

54.11 Laparotomie exploratrice

Exemple 3

Si une œsophagectomie, en cas de carcinome de l'œsophage, doit être interrompue avant la préparation de l'œsophage pour cause d'inopérabilité, seule la thoracotomie est codée.

34.02 Thoracotomie exploratrice

P06k 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 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.

Exemple 1

Une patiente est admise pour l'excision de dix lésions : une lésion causée par un carcinome basocellulaire récidivant du nez, deux causées par un carcinome basocellulaire de l'oreille droite, trois causées par un carcinome basocellulaire de l'avant-bras droit, trois causées par une kératose actinique au dos et une causée par une kératose actinique de la jambe gauche.

DP	C44.3	Tumeur maligne de la peau du nez
DS	C44.2	Tumeur maligne de la peau de l'oreille
L	1	
DS	C44.6	Tumeur maligne de la peau de l'avant-bras
L	1	
DS	C97!	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)
DS	L57.0	Kératose actinique
TP	21.32	Excision et destruction locale d'autre lésion du nez (pour la tumeur maligne du nez)
TS	18.31	Excision radicale de lésion de l'oreille externe (pour les 2 tumeurs de l'oreille)
L	1	
TS	86.32.1E	Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site (pour les 3 tumeurs de l'avant-bras)
TS	86.32.1E	Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site (pour 3 lésions de kératose actinique dans le dos)
TS	86.32.1E	Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site (pour 1 lésion de kératose actinique de la jambe)

Pour l'excision des trois tumeurs malignes de l'avant-bras, un seul code est utilisé parce qu'elles sont localisées au même siège et ne peuvent donc pas être codées de manière différenciée. Il en va de même pour l'excision des trois lésions de la kératose actinique dans le dos.

- 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).

Lors de l'utilisation de concentrés érythrocytaires et de plaquettes, ce sont également les seules quantités administrées au patient qui doivent être saisies. Les quantités commandées, mais non utilisées, ne sont pas comptées. Les définitions de transfusion CRS Suisse (voir note des codes CHOP 99.04.- *Transfusion de globules rouges concentrés* et 99.05.- *Transfusion de plaquettes*) doivent être prises en compte pour les unités de transfusion chez les adultes et les enfants. Les volumes minimaux ne s'appliquent pas chez les bébés jusqu'à 1 an révolu (voir note des codes CHOP correspondants). Si la somme des concentrés administrés, chez l'enfant et l'adulte, ne donne pas un chiffre entier, le résultat est arrondi vers le bas. Si, par exemple, 5,6 concentrés érythrocytaires ont été administrés, le code saisi est celui avec l'indication «1 à 5 UT».

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

Exemple 2

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

93.A2.45 *Traitement multimodal de la douleur, d'au moins 14 à 20 jours de traitement*

Exemple 3

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*

Radiologie thérapeutique et médecine nucléaire 92.2-:

En médecine nucléaire et en radiothérapie, les procédures doivent être saisies autant de fois qu'elles sont effectuées. Lorsque plusieurs localisations sont traitées durant la même séance, il faut saisir un code par localisation.

Radio-iodothérapie:

Pour la radiothérapie par iode radioactif: en cas d'applications multiples pendant une hospitalisation, la totalité de la dose d'iode radioactif appliquée doit être saisie avec un code de 92.28.4- «*Traitement à l'iode radioactif*».

Thérapie par pression négative/traitement avec pansement à pression négative

Pour représenter la **durée** d'une thérapie par pression négative continue lors d'une thérapie par pression négative/traitement avec pansement à pression négative, la CHOP met à disposition le groupe d'éléments 93.57.1- *Thérapie par pression négative continue, selon le nombre de jours de traitement*.

Les responsables du codage sont souvent confrontés à **une** situation où plusieurs thérapies avec pansement à pression négative (pose, changement, retrait) ont lieu lors d'un séjour hospitalier, ces traitements pouvant en outre être réalisés sur une ou plusieurs localisations.

Seul un code par cas d'hospitalisation est saisi pour la **durée** de la thérapie par pression négative.

Pour saisir correctement le code, tous les jours où ont eu lieu les traitements par pression négative sont additionnés. Il importe alors peu que le traitement ait eu lieu à une ou plusieurs localisations (même simultanément).

Les jours de la **pose**, du **changement** et du **retrait** d'un ou plusieurs pansements à pression négative sont inclus dans le calcul de la durée. Les jours non complets (notamment lors d'un transfert, par ex.) sont comptés comme des jours entiers.

Toutefois, aucun des jours ne peut être compté deux fois pour déterminer la durée totale.

Les jours comptés sont des jours calendaires.

Les exemples suivants ont pour objectif de montrer comment les différents scénarios possibles doivent être saisis par les responsables du codage.

Exemple 4

01.01. – 05.01. *5 jours de thérapie par pression négative à l'abdomen ouvert*

01.01. – 05.01. *5 jours de thérapie par pression négative supplémentaires, à portée profonde, aux os des extrémités*

05.01. – 09.01. *5 jours de thérapie par pression négative, sous-cutanée, abdomen ou autre localisation*

Codage:

86.88.13	<i>Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert</i>	01.01.
86.88.11	<i>Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à portée profonde, aux os et articulations des extrémités</i>	01.01.
86.88.15	<i>Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané</i>	05.01.
93.57.15	<i>Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement</i>	01.01.

Étant donné que du 01.01 au 05.01, la thérapie par pression négative de l'abdomen ouvert (86.88.I3) et celle de l'extrémité (86.88.I1) ont eu lieu simultanément, il faut choisir comme somme finale

93.57.15 *Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement*

pour une thérapie par pression négative d'une durée de 9 jours.

La date de la procédure à indiquer est 01.01.

Le 05.01 ne doit pas être compté deux fois comme jour individuel, même s'il y a eu un changement (fin du traitement à l'abdomen ou-vert) de la thérapie par pression négative de l'abdomen ouvert à la thérapie sous-cutanée à l'abdomen **ou à une autre localisation** (nouvelle pose à une autre localisation).

Exemple 5

Admission 05.02.

06.02. *Pose de pansements à pression négative à l'abdomen, côté gauche, sous-cutané, et la partie inférieure de la jambe droite sous-cutané (anesthésie générale)*

09.02. *Changement des pansements à pression négative aux deux localisations (anesthésie générale)*

12.02. *Transfert dans un autre hôpital de soins aigus pour la poursuite du traitement avec les pansements à pression négative à la jambe et à l'abdomen*

Codage:

86.88.I5 *Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané* 06.02.

L 0

86.88.I5 *Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané* 09.02.

L 0

93.57.15 *Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement* 06.02.

Étant donné que les jours de la pose, du remplacement et le jour commencé du transfert sont additionnés pour définir la durée de la thérapie par pression négative des pansements à pression négative en place, il en découle une durée totale de 7 jours.

Exemple 6

Hospitalisation 01.03.-20.03.

01.03. *Pose d'un pansement à pression négative à l'abdomen ouvert*

05.03. *Remplacement du pansement à pression négative à l'abdomen ouvert*

10.03. *Fermeture de l'abdomen, retrait du pansement à pression négative*

Plus tard lors du séjour:

15.03. *Pose d'un pansement à pression négative sous-cutané à l'abdomen en raison de désunion des sutures*

18.03. *Fermeture du tissu cutané et sous-cutané à l'abdomen après retrait du pansement à pression négative*

Codage:

86.88.I3 *Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert* 01.03.

86.88.I3 *Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert* 05.03.

93.57.16 *Thérapie par pression négative continue, au moins 14 à 20 jours de traitement* 01.03.

Fermeture de l'abdomen selon la documentation médicale 10.03.

86.88.I5 *Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané* 15.03.

Fermeture du tissu cutané et sous-cutané selon la documentation médicale 18.03.

Dans cet exemple aussi, les jours de la pose (01.03 et 15.03) ainsi que le jour du remplacement (05.03) entrent dans la saisie de la durée totale.

Étant donné qu'aucun traitement par pression négative n'a eu lieu les 11, 12, 13 et 14.03, ces jours du séjour hospitalier ne peuvent pas être ajoutés à la durée totale de la thérapie par pression négative.

Remarque:

Pour des exemples¹ **détaillés**, nous renvoyons à la circulaire 2021 no 1.

À l'avenir, les modifications linguistiques relatives aux codes de la CIM-10-GM et de la CHOP ne seront pas publiées.

Si des modifications devaient être apportées au contenu des exemples 1 à 3, la remarque sera adaptée

Traitement en USI ou en U-IMC

Pour calculer le nombre de points de dépense qui servent à saisir correctement les codes pour le traitement en unité de soins intensifs (USI) (99.B7.- *Traitement complexe de médecine intensive*) ou en unité de soins intermédiaires (U-IMC) (99.B8.- *Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense*), sont utilisés toutes les valeurs des NEMS relevés par période d'horaire des soins et, une fois par séjour en USI/U-IMC, le SAPS II, le CRIB II ou le PIM II, conformément aux indications du MDSi²/MDSimc.

Pour déterminer le code CHOP approprié des sous-catégories correspondantes 99.B7.- (*Traitement complexe de médecine intensive*) et 99.B8.- (*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC]*), procéder comme suit:

Le nombre de points de dépense est calculé à partir du score SAPS II (ou PIM II, CRIB II) + somme des NEMS de toutes les périodes. Pour une période de 8 heures, les NEMS sont additionnés, pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Si une patiente ou un patient est soigné(e) plusieurs fois au cours d'un cas stationnaire dans une unité de soins intensifs et/ou une unité de soins intermédiaires du même hôpital, ou successivement dans différentes unités de soins intensifs/intermédiaires du même hôpital (également avec plusieurs sites), les sommes de tous les NEMS des différents séjours et le SAPS II, le CRIB II ou le PIM des séjours respectifs sont additionnés et le code CHOP correspondant à la somme totale est saisi.

En cas de transfert/transport d'une patiente ou d'un patient pendant **un cas stationnaire**

- de l'USI du **site A** à l'USI du **site B** du même hôpital **ou**
- de l'U-IMC du **site A** à l'U-IMC du **site B** du même hôpital **ou**
- de l'USI A à l'USI B au sein du même site hospitalier **ou**
- de l'U-IMC A à l'U-IMC B au sein du **même site hospitalier** **ou**
- de l'**USI du site A** à l'**U-IMC du site B** du même hôpital ou vice versa **ou**
- de l'**USI** à l'**U-IMC** au sein du **même site hospitalier** ou vice versa **ou**
- transfert externe de l'USI/U-IMC d'un hôpital à l'USI/U-IMC d'un autre hôpital ou vice versa

aussi bien l'**établissement qui transfère que celui qui admet le patient** relève pour la période d'horaire de soins respective, **même si le transfert a lieu dans la même période**, les NEMS correspondants et selon les indications, le SAPS II, le PIM II ou le CRIB II.

Sont considérés comme établissement d'admission les USI/U-IMC (selon les directives de la SSMI et/ou de la CRUIMC, unités d'organisation individuelles certifiées) au sein d'un même site hospitalier, les USI/U-IMC de différents sites d'un hôpital ou les hôpitaux entièrement différents.

Ces dispositions s'appliquent également aux courts séjours de < 24h en unité de soins intensifs et/ou en unité de soins intermédiaires. Les directives de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) et de la Commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) s'appliquent.

¹ Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2021 no 1; à appliquer aux cas stationnaires avec date de sortie à partir du 1.1.2021 | Publication | Office fédéral de la statistique (admin.ch)

² SGI-SSMI. Commission Données (CD). Données minimales de la SSMI (MDSi). Chiffres 2.3.5 «Gravité de la maladie aiguë» et 2.4.1 «Score de charge de travail (NEMS) dans l'USI». (Version actuelle à télécharger sur <https://www.sgi-ssmi.ch/fr/donnees.html>)

P07a Operations bilatérales

Les opérations bilatérales effectuées dans une même séance ne sont codées qu'une fois et reçoivent le signe distinctif «bilatéral» dans la variable de latéralité (variables 4.3.V011, 4.3.V021, 4.3.V031 etc.).

Cela vaut aussi pour les codes qui incluent déjà la bilatéralité.

Exemple 1

Insertion de prothèse totale bilatérale de genou.

TP	81.54.-	Implantation d'endoprothèse de genou
L	0	

Exemple 2

Ablation des deux surrénales.

TP	07.3	Surrénalectomie bilatérale
L	0	

P08j Révisions d'une région opérée/réopérations

Si une région opérée est réouverte pour

- traiter une complication,
- effectuer une thérapie contre la récurrence ou
- procéder à une autre opération dans cette région,

il faut commencer par vérifier si cette intervention impliquant la réouverture peut être codée par un code spécifique tiré du chapitre relatif à l'organe concerné, par exemple :

28.7X.- Contrôle d'hémorragie après excision de végétations adénoïdes et amygdalectomie
39.41 Contrôle d'hémorragie après chirurgie vasculaire

S'il n'existe pas de code spécifique, l'intervention devra être décrite le plus précisément possible, suivi du code

00.99.10 Réopération

Remarque: 00.99.10 Réopération n'est pas à indiquer lorsque le code signale déjà qu'il s'agit d'une révision/réopération (p. ex. révision d'une prothèse de genou, ablation de matériel d'ostéosynthèse, fermeture d'une colostomie etc.).

Dans le cas de révisions ou de réopérations, il faut toujours vérifier s'il s'agit SEULEMENT d'une révision de la région opérée ou d'une révision combinée avec un remplacement/changement d'un implant. On utilisera alors le code correspondant.

Interventions de révision sans changement d'implants

Lorsque des implants sont explantés lors d'une intervention de révision (p.ex. pompe pour drainage d'ascite) et les mêmes implants réimplantés lors de la même opération, il ne faut pas utiliser de code correspondant à une implantation ou à un changement d'implants.

P.ex. pour une pompe pour drainage d'ascite

Le code 54.99.80 Pose de cathéters ainsi que d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite **ne peut pas être utilisé.**

Il faut utiliser le code 54.99.81 Révision sans remplacement de cathéters ainsi que de la pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite et/ou le code 54.99.82 Élimination d'une obstruction mécanique de cathéters d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour drainage continu d'ascite.

La situation décrite s'applique à tous les cas pertinents, notamment les défibrillateurs, les pacemakers, les prothèses mammaires, etc.

Si un patient subit plusieurs réopérations durant un séjour stationnaire, il ne faut saisir le code 00.99.10 qu'une fois pour la première réopération.

Exemple 1

Césarienne chez une patiente avec status post césarienne.

TP 74.- Césarienne et extraction de fœtus

TS 00.99.10 Réopération

Utilisation des codes 34.03 Réouverture de thoracotomie, 54.12.- Relaparotomie et 37.99.80 Réopération du cœur et du péricarde:

Les codes 34.03, 54.12.11 et 37.99.80 sont **exclusivement** utilisés pour désigner une réopération qui se limite à une évacuation d'un hématome **et/ou** à une exploration **et/ou** à une hémostase.

En cas d'opérations intrathoraciques, intraabdominales ou cardiaques qui sont désignées par un code spécifique, il faut ajouter le code 00.99.10 en cas de réopération.

Exemple 2

Une réopération pour nouvelle résection partielle d'intestin grêle se code:

45.62 Autre résection partielle d'intestin grêle + 00.99.10 Réopération

et **non** avec:

45.62 Autre résection partielle d'intestin grêle + les codes des classes résiduelles 54.12.00 ou 54.12.99.

P09i Prélèvement d'organe et transplantation

Dans le prélèvement d'organe et la transplantation, il faut faire la distinction entre donneur et receveur. Dans les dons d'organes, on distingue le prélèvement chez un donneur vivant et le prélèvement post-mortem. Dans une transplantation autogène, le donneur et le receveur sont identiques.

1. Examen d'un donneur potentiel d'organe ou de tissu

Lorsqu'une donneuse ou un donneur potentiel(le) est hospitalisé(e) pour des examens préliminaires avant un éventuel don d'organe et que le prélèvement d'organe ou de tissu n'a pas lieu durant la même hospitalisation, le codage doit s'effectuer comme suit :

DP Z00.5 Examen d'un donneur éventuel d'organe ou de tissu
TP 89.07.6– Examen d'un donneur sain pour prélèvement d'organe

Ne **pas** indiquer des codes du groupe Z52.– Donneurs d'organes et de tissus.

2. Prélèvement de donneur vivant

Pour les donneurs vivants hospitalisés pour un don d'organe ou de tissu et chez lesquels un prélèvement d'organe ou de tissu a lieu durant cette même hospitalisation, la règle de codage suivante s'applique :

DP Z52.– Donneurs d'organes et de tissus
TP Code de procédure pour le prélèvement du transplant (voir aussi tableau ci-dessous)

Exemple 1

Un donneur vivant non apparenté est hospitalisé pour le don d'un rein. Une néphrectomie est effectuée. Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.

DP Z52.4 Donneur de rein
TP 55.51.02 Néphrectomie pour transplantation d'organe d'un donneur vivant

Exemple 2

Un donneur vivant non apparenté est hospitalisé pour le don de cellules souches. Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.

DP Z52.01 Donneur de cellules souches
TP 41.0A.14 Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques **dans la** moelle osseuse, allogène, donneur **non** apparenté, HLA identique
ou 41.0A.24 Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques **dans** le sang périphérique, allogène, donneur non apparenté, HLA identique

Les codes du groupe Z52.– Donneurs d'organes et de tissus **ne** doivent **pas** être indiqués pour un **don autogène (= autologue) et une autogreffe** pendant une hospitalisation. Les codes CHOP pour le prélèvement du transplant et les codes pour la transplantation doivent tous deux être indiqués.

3. Prélèvement post-mortem après mort cérébrale à l'hôpital

Le codage chez un patient pressenti comme donneur d'organe n'est pas différent de la démarche habituelle de codage des diagnostics et procédures. Le cas est codé conformément aux règles générales. Les procédures de prélèvement d'organe post-mortem ne doivent **pas** être codées. De même, le code *Z00.5 Examen d'un donneur éventuel d'organe et de tissu* **ne** doit **pas** être indiqué. La fin d'un cas est documentée par la date et l'heure du décès dans la variable 1.5.V01 de la statistique médicale. Par conséquent, les prélèvements d'organes post-mortem ne sont pas à coder.

4. Evaluation en vue d'une transplantation

Les examens hospitaliers d'un patient en vue d'une éventuelle transplantation d'organe ou de tissu sont indiqués par un code de la catégorie

89.07.- Consultation, décrite comme étant complète

5. Transplantation

Les receveurs de l'organe transplanté sont codés comme suit :

<i>DP</i>	<i>Maladie qui constitue le motif de la transplantation</i>
<i>TP</i>	<i>Code de procédure pour la transplantation (voir tableau)</i>
<i>TS</i>	<i>Code du groupe 00.90.- à 00.93.- Type de transplant tissulaire, resp. de transplant d'organe</i>

Note: il s'agit de codes supplémentaires, ceux-ci sont utilisés dans la mesure où l'information n'est pas déjà contenue dans le code de procédure de la transplantation (par ex. avec *41.0A.- à 41.0C.- Prélèvement et transplantation de cellules souches hématopoïétiques*, on n'utilise pas de code *00.90.- à 00.93.-*).

<i>TS</i>	<i>Code 99.79.11 Préparation de greffe d'organe de donneur vivant ABO-incompatible, si pertinent</i>
-----------	--

L'ablation de l'organe malade n'est pas codée.

Les patients subissant une transplantation domino (c.-à-d. à la fois receveurs et donneurs d'un organe (p. ex. cœur/poumon) pendant la même phase de traitement) reçoivent un diagnostic supplémentaire de donneur du groupe *Z52.- Donneurs d'organes et de tissus*, ainsi que les codes de procédures pour la transplantation (TP) et pour le prélèvement (TS).

6. Contrôle après transplantation

Un contrôle stationnaire de routine après transplantation se code :

<i>DP</i>	<i>Z09.80 Examen de suivi après transplantation d'organe</i>
<i>DS</i>	<i>Z94.- Etat après transplantation d'organe ou de tissu</i>

7. Echec ou rejet après transplantation

Un échec ou une réaction de rejet à la transplantation d'un organe ou d'un tissu ou une maladie du greffon contre l'hôte (GVHD), sont codés à l'aide d'un code du groupe *T86.- Echec et rejet d'organes et de tissus greffés*.

En cas de transplantation de cellules souches hématopoïétiques, les manifestations organiques d'une GVHD doivent être codées en respectant le système dague-étoile.

Le code *T86.- Echec et rejet d'organes et de tissus greffés* est saisi en tant que diagnostic principal s'il en remplit la définition. La maladie primaire (p. ex. maligne) est ensuite saisie en tant que diagnostic supplémentaire. Cette règle prime sur la règle SD0202 régissant le choix du diagnostic principal dans les maladies tumorales.

Remarque: lors de contrôle, d'échec ou de rejet, un code *Z94.- Greffe d'organe et de tissu* est à saisir en plus (voir également D05).

Tableau pour prélèvement d'organe/de tissu et transplantations

Ce tableau ne doit pas être considéré comme une liste exhaustive.

Organe / tissu	Transplantation de donneur vivant			Transplantation (receveur)	
	CIM-10-GM	CHOP	Texte	CHOP	Texte
Cellules-souches (CS)	Z52.01	41.0A.2-	Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques <i>dans le</i> sang périphérique	41.0B.2-	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques de sang périphérique
Moelle osseuse (MO)	Z52.3	41.0A.1-	Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques <i>dans la</i> moelle osseuse	41.0B.1-	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques de moelle osseuse
Peau	Z52.1	86.6--	Greffe de peau libre et remplacement permanent de la peau		Code selon le siège et l'étendue
Os	Z52.2	77.7-	Excision d'os pour greffe	76.91.- 78.0--	Greffe osseuse d'os de la face Greffe osseuse et transposition osseuse
		7A.2A	Excision d'os de la colonne vertébrale pour greffe	7A.51	Greffe osseuse et transposition osseuse, colonne vertébrale
Rein	Z52.4	55.51.02	Néphrectomie pour transplantation d'organe d'un donneur vivant	55.69.--	Autre greffe rénale
Foie	Z52.6	50.2C.-	Hépatectomie partielle pour transplantation	50.5-	Transplantation hépatique
Coeur				37.51.-	Transplantation cardiaque
Poumon				33.5-	Transplantation pulmonaire
Coeur/poumon				33.6X.-	Transplantation combinée cœur-poumons
Pancréas				52.8-	Transplantation du pancréas
Cornée				11.6-	Greffe de cornée
Intestin grêle				46.97.-	Transplantation intestinale

P10j Adhésiolyse

Une adhésiolyse peut être une procédure secondaire (parfois longue) ou une procédure principale (selon l'indication posée).

S'il s'agit d'interventions d'adhésiolyse sur le péritoine des organes/des systèmes d'organes de la région abdominale et du bassin (adhésiolyse viscérales, urogynécologiques, gynécologiques, néonatalogiques), des codes spécifiques qui contiennent les faits relatifs à l'adhésiolyse sont disponibles dans la CHOP.

Ces codes se trouvent dans les chapitres relatifs aux organes concernés de la CHOP. Il s'agit p.ex. de:

- 54.5- Lyse d'adhérences péritonéales
- 65.8- Lyse d'adhérences d'ovaire et de trompe de Fallope
- 59.02 Autre lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales
- 59.03- Lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales par laparoscopie
- 59.11 Autre lyse d'adhérences périvésicales
- 59.12 Lyse d'adhérences périvésicales par laparoscopie

Adhésiolyse comme procédure secondaire

Si la durée consacrée pendant l'opération à l'adhésiolyse ou aux différentes adhésiolyse dépasse le seuil de 60 minutes (somme des durées des différentes interventions d'adhésiolyse pendant une opération ou durée de l'unique adhésiolyse, p.ex. seulement sur le péritoine abdominal ou seulement sur les annexes de l'utérus), les codes correspondants de la CHOP qui se trouvent dans les chapitres relatifs aux organes concernés peuvent être utilisés (y compris plusieurs conjointement).

Seul le temps consacré à l'adhésiolyse elle-même est pris en compte dans la somme des durées. En cas de doutes, la question est adressée au chirurgien.

La durée doit être documentée par écrit de manière précise et, cas échéant, elle doit être vérifiable au moyen d'heures consignées dans le rapport d'opération (p.ex. temps incision-suture).

Si le seuil de 60 minutes n'est pas atteint (qu'il s'agisse de la durée totale de plusieurs adhésiolyse ou du temps consacré à une adhésiolyse sur un organe/un système d'organes), il **n'est pas** permis **d'utiliser** un code d'adhésiolyse des chapitres de la CHOP.

La saisie d'un ou de plusieurs codes diagnostiques concernant les adhérences (diagnostic secondaire) doit toutefois se conformer à la règle de codage G54.

Exemple 1 (temps total consacré à l'adhésiolyse ≤ 60 min.):

Une patiente est admise pour une masse ovarienne persistante à gauche.

Pendant l'opération, d'importantes adhérences endométriales postinflammatoires sont constatées.

Une longue adhésiolyse (périviscérale, périutérine, périovarienne, péritoine de l'intestin) est alors pratiquée.

Le temps total documenté consacré aux adhésiolyse est de 55 minutes.

Ce n'est qu'après la libération de la masse qu'est effectuée une salpingo-ovariectomie par laparoscopie sur le grand endométrion ovarien gauche.

Durée totale de l'opération: 1 h 50 min.

DP N80.1 Endométriose de l'ovaire

L 2

DS N73.6 Adhérences pelvi-péritonéales chez la femme

DS K66.0 Adhérences péritonéales

TP 65.41 Salpingo-ovariectomie par laparoscopie

L 2

Exemple 2 (temps total consacré à l'adhésiolyse > 60 min.):

Un patient est admis pour une diverticulite du sigmoïde aiguë, perforée couverte.

En présence d'importantes adhérences postopératoires (status après péritonite des quatre quadrants causée par une appendicite perforée et des lésions iatrogènes de la vessie), une longue adhésiolyse doit alors être pratiquée, qui concerne, en plus des adhérences périurétérales et abdominales, l'ensemble du bassin.

Ce n'est qu'après une adhésiolyse ayant duré 100 minutes (temps total pour la lyse des adhérences périvésicales, péritonéales et périurétérales) qu'une sigmoïdectomie par laparoscopie est effectuée.

DP	K57.22	Diverticulite du côlon avec perforation et abcès [...]
DS	N99.4	Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux
DS	K66.0	Adhérences péritonéales
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
TP	45.76.21	Sigmoïdectomie, par laparoscopie
TS	59.12	Lyse d'adhérences périvésicales par laparoscopie
TS	54.51	Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie
TS	59.03.99	Lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales par laparoscopie, autre
TS	00.99.10	Réopération

Adhésiolyse comme procédure principale

Lorsque des adhérences péritonéales dans l'abdomen et/ou dans la région du bassin sont levées et que cette intervention est l'indication principale de l'opération, il faut utiliser le code diagnostique correspondant (p.ex. K66.0, K56.5, K31.5 etc.) comme code diagnostique principal, suivi, cas échéant, de codes diagnostiques supplémentaires décrivant les adhérences.

La procédure principale doit être codée comme suit, selon la durée de la ou des adhésiolyse(s):

Si l'adhésiolyse comme **procédure principale a duré ≤ 60 min.**, seul un des codes suivants est utilisé comme procédure principale, en fonction de la technique chirurgicale employée.

54.21.99	Laparoscopie, autre ou
54.19	Laparotomie, autre

Aucun autre code de la CHOP concernant l'adhésiolyse dans les chapitres sur les organes n'est utilisé.

Si d'autres adhésiolyse(s) (p.ex. périurétérales ou périviscérales) sont décrites, celles-ci ne sont représentées qu'au moyen des codes ICD-10-GM en tant que diagnostique(s) supplémentaire(s) conformément à la règle G54.

Exemple 3 (temps total consacré à l'adhésiolyse ≤ 60 min.):

Un patient est admis pour une occlusion par bride faisant suite à une résection rectale pour un carcinome rectal.

Une section des brides par laparoscopie (lyse d'adhérences péritonéales) est effectuée.

En outre, des adhérences périurétérales sur le côté droit, près de l'ostium, sont levées, qui sont elles aussi dues à la résection rectale antérieure.

Il n'est pas nécessaire de soulager l'intestin en procédant à une incision ou à une résection partielle en raison d'une ischémie. L'intestin se rétablit tout de suite après la section des brides.

Durée de l'opération: 40 min.

DP	K56.5	Adhérences de l'intestin [brides] avec occlusion
DS	C20	Tumeur maligne du rectum
DS	N99.4	Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux
L	1	
TP	54.21.99	Laparoscopie, autre
TS	00.99.10	Réopération

Si l'adhésiolyse (ou les différentes adhésiolyse) **comme procédure principale a duré > 60 min.**, le code de traitement principal, choisi dans le chapitre sur les organes pertinents, est celui qui a demandé le plus de temps, conformément à la règle de codage G55.

Il est en outre possible, pour les diagnostics supplémentaires et les traitements supplémentaires, d'utiliser d'autres codes relatifs à l'adhésiolyse se trouvant dans les différents chapitres de la CIM-10-GM ou de la CHOP.

Pour le codage, il faut appliquer les règles concernant les diagnostics supplémentaires (G54) et les traitements supplémentaires (G56).

Exemple 4 (temps total consacré à l'adhésiolyse > 60 min.):

Une patiente est admise pour une dysménorrhée secondaire importante, une dyspareunie et une infertilité secondaire.

Une laparoscopie diagnostique est prévue pour status après césarienne secondaire et appendicectomie.

Pendant l'opération, on découvre surtout des adhérences entre les annexes utérines et le péritoine pelvien (déclarée comme conséquence des opérations antérieures).

La durée totale de l'adhésiolyse est de 75 min., la principale zone traitée étant les annexes utérines des deux côtés. Lyses sans complication de plusieurs petites adhérences abdominales et péritonéales sur le côté droit, chromopertubation sur les deux côtés, pas d'autres mesures.

DP N99.4 Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux

DS K66.0 Adhérences péritonéales

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

TP 65.81.10 Adhésiolyse tubo-ovariennes du péritoine pelvien de la femme par laparoscopie

L 0

TS 54.51 Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie

L 1

TS 66.8 Insufflation de trompe de Fallope

L 0

TS 00.99.10 Réopération

Note: L'opération de Ladd constitue la seule exception aux règles de codage décrites ci-dessus.

Il faut choisir le code de la CHOP 46.99.8- indépendamment de la durée de l'intervention sur les brides de Ladd et indépendamment du fait que l'opération soit une procédure principale ou secondaire.

Exemple 5:

Un enfant est admis (entre autres) pour une malformation de l'intestin grêle en raison d'une malrotation.

(Entre autres) lyse chirurgicale des brides de Ladd, puis réintégration et fixation de l'intestin suivant la «procédure de Ladd».

DP/DS Q43.3 Malformations congénitales de fixation de l'intestin

TP/TS 46.99.81 Section des brides de Ladd, par chirurgie ouverte

ou 46.99.82 Section des brides de Ladd, par laparoscopie

P11h Lacération de la séreuse avec suture

Si la séreuse a été blessée et suturée au cours d'une opération, on inscrira le code S spécifique de la partie blessée. La suture elle-même ne sera signalée que par un code CHOP spécifique. Par exemple, *54.67 Suture du mésentère, du grand ou du petit épiploon (après lacération)*.

Pour le codage d'une complication, on observera les règles G40 «Documentation des diagnostics et des procédures» et D12 «Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)».

Remarque: la tunique musculaire fait partie de l'organe. Si elle est blessée et suturée, on inscrira le code de l'organe concerné (vessie, utérus, côlon), et non un code de suture péritonéale. Cela vaut pour les diagnostics comme pour les procédures chirurgicales.

Règles spéciales de codage les diagnostics SD0100 – SD2200

SD0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires

SD0101a Bactériémie

Pour le codage d'une bactériémie, on utilisera un code de la catégorie

A49.– Infection bactérienne, siège non précisé

ou un autre code qui désigne spécifiquement l'agent infectieux, comme

A54.9 Infection gonococcique, sans précision

Ne pas utiliser de code de sepsis pour le codage d'une bactériémie.

Une exception: la bactériémie méningococcique pour laquelle on utilisera le code

A39.4 Méningococcémie, sans précision

Lorsqu'un code des catégories *B95.–! Streptocoques et staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* ou *B96.–! Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* donne une information supplémentaire, il doit être indiqué (voir aussi D04).

SD0102I Sepsis

Choix du code de sepsis

Les codes pour le sepsis se trouvent dans les chapitres/catégories suivants:

- Au chapitre I, dans les catégories A40.– *Septicémie à streptocoques* et A41.– *Autres septicémies*, en tenant compte des exclusions.
- Au chapitre I, dans les maladies infectieuses (p. ex. B37.7 *Septicémie à Candida*).
- Dans le chapitre XVI pour le sepsis du nouveau-né (P36.– *Septicémie bactérienne du nouveau-né*).
- Un sepsis en relation avec un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire, un accouchement ou des suites de couches sera codée avec un code du chapitre XV (003 – 007, 008.0, 075.3, 085) et un code de sepsis du chapitre I (ordre des codes, voir ci-dessous), pour indiquer l'existence d'un sepsis et spécifier l'agent infectieux.
- Bien que le terme de sepsis soit indiqué sous certains codes de complications de soins chirurgicaux ou médicaux, un code de sepsis du chapitre I doit être ajouté, pour indiquer l'existence d'un sepsis et spécifier l'agent infectieux (p. ex. J95.0 *Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie*, T88.0 *Infection consécutive à vaccination*).

Définition du sepsis selon la troisième conférence de consensus internationale (Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801-810)

Définition du sepsis: infection avérée ou suspectée et dysfonction organique prouvée, provoquée par une réaction dysfonctionnelle de l'organisme à une infection.

Les médecins traitants diagnostiquent le sepsis, le documentent et diagnostiquent les dysfonctions organiques associées au sepsis selon le score SOFA ou les critères de Goldstein. Toutes les dysfonctions organiques/complications organiques doivent être saisies et codées individuellement conformément aux règles qui s'y appliquent. Le diagnostic est posé par le médecin. L'établissement du diagnostic doit être documenté de manière compréhensible.

Sepsis chez l'adulte

La dysfonction organique dans le cadre du sepsis est désormais déterminée pour les adultes via le score SOFA (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score).

Un sepsis avec dysfonction organique se manifeste par une augmentation du score SOFA ≥ 2 dans un délai de 72 heures maximum. Il est accepté de cumuler des points, respectivement 1 point, en cas de dégradation de certains systèmes organiques.

Le relevé du score SOFA se base sur les directives du document «Données minimales de la SSMI» élaboré par la SSMI (disponible sous le lien suivant: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressources -> Données -> «MDSiV30_V4_fr_def»)

Les dysfonctions organiques qui peuvent être expliquées par une autre cause, en particulier lorsqu'elles sont préexistantes, ne peuvent pas être utilisées comme critère pour la définition du sepsis.

Exemple d'une situation où le sepsis n'est pas saisi

Admission d'une patiente de 56 ans présentant une dyspnée et de la fièvre.

Une gazométrie artérielle réalisée au service des urgences montre une insuffisance respiratoire hypoxique légère dans un contexte d'asthme bronchique allergique connu.

En raison d'une suspicion d'infection pulmonaire, un score SOFA est relevé. Le résultat présente une différence de 2 points (1 point pour la respiration et 1 point pour la coagulation). La prise de sang initiale montre une faible thrombocytopénie. Celle-ci reste sans conséquence par la suite.

La patiente est hospitalisée pour une suspicion de sepsis.

Après de plus amples examens/actes diagnostiques, un asthme bronchique exacerbé par une infection avec un début de bronchopneumonie est finalement diagnostiqué.

Dès le service des urgences, la patiente reçoit notamment des médicaments bronchodilatateurs par inhalation. Ceux-ci interrompent rapidement la dyspnée et les gazométries artérielles suivantes se montrent normales.

L'étiologie de la thrombocytopénie présente à l'admission est expliquée, selon l'anamnèse, par la prise antérieure d'analgésiques à fortes doses.

Dans le rapport de sortie, les médecins en charge de la patiente ne documentent pas les différences constatées au score SOFA comme étant dues au sepsis.

La charge principale de l'hospitalisation de 3 jours est le traitement antibiotique de la bronchopneumonie débutante.

DP	J18.0	Bronchopneumonie, sans précision
DS	J45.0	Asthme à prédominance allergique
DS	J96.00	Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, type I [hypoxique]

Les dysfonctions organiques préexistantes ne sont considérées comme des dysfonctions organiques/complications organiques septiques qu'en présence d'une aggravation aiguë due au sepsis.

La dysfonction organique préexistante définit le score initial. En l'absence d'informations concernant les maladies préexistantes d'un système d'organes, une valeur initiale SOFA de 0 est utilisée.

Toute dysfonction organique **due à un sepsis** ou toute aggravation d'une dysfonction organique préexistante **due à un sepsis** documentée par un médecin est saisie, car toutes les dysfonctions organiques présentes sont également traitées dans le cadre du traitement de la maladie systémique, le sepsis.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
	Score				
ORGANES ET SYSTÈMES	0	1	2	3	4
Respiration^d					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) à support respiratoire ^e	< 100 (< 13.3) à support Respiratoire ^e ou appareils extracor- porels ^g
Coagulation					
Plaquettes, x10 ⁹ /µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Foie					
Bilirubine, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Cardiovasculaire					
Pression artérielle moyenne	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	dopamine < 5 ou dobutamine (indépen- dant de la dose) ^b	dopamine 5.1 – 15 ou adrénaline ≤ 0.1 ou noradrénaline ≤ 0.1 ^b	dopamine > 15 ou adrénaline > 0.1 ou noradrénaline > 0.1 ^b ou assistance circula- toire mécanique ^f
Système nerveux central					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Rénal					
Créatinine, mg/dl (µmol/l) ou	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440) ou	> 5.0 (> 440) ou
Excrétion urinaire, ml/d				< 500	< 200 ou thérapie aiguë de substitution rénale
^a Adapté de Vincent et al ²⁷ ^b Dose administrée des catécholamines en µg/kg/min pendant au moins une heure ^c Chez les patients intubés ou sous sédation, c'est le score que le patient aurait vraisemblablement sans sédation qui est indiqué («GCS supposé» ou, «dernier GCS connu») ^d Une gazométrie artérielle est obligatoire pour déterminer le score SOFA relatif au fonctionnement de l'appareil respiratoire. Chez les patients non ventilés, on utilise les données suivantes pour la FiO ₂ : pour O ₂ nasal: 0,3; masque: 0,4; masque avec réservoir: 0,6. ^e La ventilation non invasive et la thérapie à haut débit sont considérées comme une «assistance respiratoire» dans le cadre du score SOFA. ^f Toute forme d'assistance circulatoire mécanique aiguë, en particulier IABP, pompes cardiaques, va ECMO vva ECMO ^g Dispositifs extracorporels d'aide à l'oxygénation et/ou à l'élimination du CO ₂					
27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.					

Une gazométrie artérielle est obligatoire pour déterminer le score SOFA relatif au fonctionnement de l'appareil respiratoire. Chez les patients non ventilés, on utilise les données suivantes pour la FiO₂: pour O₂ nasal: 0.3, masque: 0.4, masque avec réservoir: 0.6.

Sepsis chez l'enfant

Chez les enfants jusqu'à 16 ans révolus s'appliquent actuellement les critères de dysfonction organique selon Goldstein et al. 2005 conformément à l'«International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Sur le plan cardiovasculaire ou respiratoire, il suffit qu'un critère soit rempli pour poser le diagnostic de dysfonction organique dans le cadre d'un sepsis. Sinon, la dysfonction organique est considérée confirmée lorsqu'au moins 2 critères des autres systèmes d'organes sont remplis.

Critères de défaillance organique selon Goldstein				
Cardiovasculaire Malgré un remplissage intraveineux isotonique $\geq 40\text{ml/kg}$ en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) $< 5^{\text{e}}$ percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique < 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine $> 5\mu\text{g/kg/min}$)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (Base déficit $> 5\text{mmol/l}$, BE $< -5\text{mmol/l}$) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – Temps de recoloration cutanée prolongé $> 5\text{sec}$ – Différence de température centrale/périphérique $> 3^{\circ}\text{C}$	
Respiratoire	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) en l'absence de cardiopathies cyanotiques ou maladies pulmonaires préexistantes	OU $\text{PaCO}_2 > 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) ou $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) au-dessus de la valeur de base- PaCO_2	OU Besoin prouvé $\text{FiO}_2 > 0.5$ pour une $\text{SaO}_2 \geq 92\%$ (tentative de réduction FiO_2)	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-élective ou non-invasive
Neurologique	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution ≥ 3 par rapport au score de base		
Coagulation	Plaquettes $< 80'000/\text{mm}^3$ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU INR > 2		
Rénal	Créatinine sérique $\geq$ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de ≥ 2 fois de la baseline			
Hépatique	Bilirubine totale $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), non applicable chez les nouveau-nés	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

Choc septique

Un choc septique est codé avec le **R57.2**.

Le code **R57.2 choc septique** n'est pas saisi en diagnostic principal, même si un sepsis et ses conséquences remplissent les conditions de la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» et si (dans de rares cas) le traitement du choc septique (ou de ses conséquences) représente la charge principale du séjour hospitalier.

Il s'agit d'un choc **septique** si la pression artérielle moyenne de $\geq 65\text{ mmHg}$ ne peut, malgré un remplissage adéquat, être atteinte que par l'administration de vasopresseurs et que le patient présente une valeur des lactates de $> 2\text{ mmol/l}$.

Ordre de saisie des codes

Un sepsis sera représenté par les codes suivants dans cet ordre :

- **Code de sepsis**
- **Les agents infectieux spécifiques et les résistances correspondantes U80.-! à U85! sont codés selon la règle D04**
- **Choc septique R57.2, si présent**
- **Foyer infectieux :** par ex. pneumonie
Chaque agent infectieux, qui spécifie le foyer initial de l'infection, et les résistances correspondantes doivent être codés selon la règle D04.
- **Chaque dysfonction organique**
Le codage d'un sepsis comprend au minimum le code de sepsis et l'indication du foyer initial de l'infection. Si ce dernier est inconnu, *B99 Maladies infectieuses, autres et non précisées* est codé en complément du code de sepsis. Pour la spécification des germes ou l'indication des résistances, la règle D04 s'applique. Les autres DS sont toutes les dysfonctions organiques qui s'aggravent dans le cadre du sepsis.

Le codage d'un *R65.1!* et *R65.0!* ne s'applique pas dans le contexte du sepsis. Tous les codes *R65.-!* SIRS conservent leur validité et peuvent être codés dans la mesure où ils remplissent les exigences de codage d'un diagnostic supplémentaire (G54). Un code de la catégorie *R65.-!* ne peut cependant plus être rattaché au diagnostic de sepsis.

Si un sepsis et un SIRS d'origine non infectieuse ou un SIRS dû à une autre infection que celle qui a provoqué le sepsis sont survenus et ont été documentés au cours de la même hospitalisation, le SIRS peut tout de même être codé en lien avec/dans le contexte des maladies indépendantes du sepsis.

Exemples de codage

Exemple 1

Sepsis à E. coli avec choc septique et pyélonéphrite aiguë gauche à E. coli avec défaillance multiviscérale

Evolution : patient intubé à l'entrée aux soins intensifs, ventilé avec un indice d'oxygénation (PaO_2/FiO_2) 155 mmHg dans le cadre d'une insuffisance respiratoire aiguë; PAM (pression artérielle moyenne) 60-80 mmHg sous perfusion à la noradrénaline (0,1 µg/kg/min). Par la suite, insuffisance rénale aiguë anurique de stade 3, démarrage CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration) d'une durée totale de 96 heures. Pour une thrombocytopénie de 18 G/l, réalisation d'un test TIT (thrombocytopénie induite par l'héparine) avec résultat négatif. Par la suite, la thrombocytopénie a reculé et peut être expliquée dans le cadre du sepsis. Des bactéries E.coli globalement sensibles ont pu être mises en évidence dans des cultures d'urine et des hémocultures. Un traitement intraveineux par rocéphine a alors été instauré.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
14	3	4	0	3	0	4

DP	A41.51	Septicémie à <i>Escherichia coli</i>
DS	R57.2	Choc septique
DS	N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] et autres entérobactériales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	J96.09	Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type non précisé
DS	N17.93	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, stade 3
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions

Exemple 2

Patiente de 72 ans souffrant de sepsis urinaire par *E. coli* avec pyélonéphrite aiguë droite.

Evolution: aggravation (limitation aiguë supplémentaire de la fonction rénale due au sepsis - «acute on chronic», détérioration en l'espace de 48 h) d'une insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 140 µmol/l et diminution de la DFG (GFR) à 25 ml/min (Valeur de base: créatinine 100 µmol/l, DFG (GFR) 40 ml/min.). Au deuxième jour d'hospitalisation, les analyses de laboratoire indiquaient une augmentation de la bilirubine à 1,5 mg/dl (sans ictère) ainsi qu'une thrombocytopénie de 90 G/l. Un traitement antibiotique par voie intraveineuse et une réhydratation ont été réalisés. Par la suite, normalisation des valeurs hépatiques et de la thrombocytopénie lors d'un unique contrôle de suivi. Évolution positive de la limitation de la fonction rénale au niveau du DFG (GFR) initial de l'insuffisance rénale chronique. Retour à la maison de la patiente dans un bon état général.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
4	0	2	1	0	0	1

DP	A41.51	Septicémie à <i>Escherichia coli</i>
DS	N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] et autres entérobactériales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	N17.91	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 1
DS	N18.3	Maladie rénale chronique, stade 3
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions
DS	R17.9	Hyperbilirubinémie, sans indication d'ictère, non classée ailleurs

Exemple 3

Un patient de 62 ans avec pneumonie gauche à *Streptococcus pneumoniae* et bactériémie à *Streptococcus pneumoniae*.

Pneumonie gauche radiologiquement confirmée. Etat général diminué avec fièvre de 39,1 °C et hypotension concomitante avec tension artérielle moyenne de 82 mmHg. Hospitalisation du patient pour antibiothérapie intraveineuse et soutien circulatoire par réhydratation dans le cadre d'une suspicion initiale de sepsis. Le lendemain, hausse de la bilirubine à 1,3 mg/dl dans les analyses de laboratoire. Les examens microbiologiques montrent la présence de *Streptococcus pneumoniae* dans les expectorations et les hémocultures. Amélioration rapide de l'état général sous antibiothérapie ciblée et retour du patient à son domicile.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
1	0	0	1	0	0	0

Le score SOFA total est inférieur à 2. On ne code pas de sepsis. Le diagnostic principal est l'infection. Les diagnostics supplémentaires sont codés selon la règle de codage G54.

DP	J13	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>
DS	I95.8	Autres hypotensions
DS	A49.1	Infection à streptocoques et entérocoques, siège non précisé
DS	B95.3!	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Exemple 4

Choc septique et ARDS modéré avec sepsis par streptocoques du groupe A

Fillette de 4 ans. Transfert en ambulance en état de somnolence. Fièvre jusqu'à 39,2 °C depuis 4 jours, vomissements et diarrhée depuis 2 jours. Actuellement, détérioration de l'état général, patiente nettement affaiblie, ne tenait presque plus assise, somnolente. Pendant le transport: tachypnéique, périphérie froide, initialement sans oxygène supplémentaire, saturation pulsée 60% sous 12 l/min, saturation O₂ autour de 92%. GCS 11, état fébrile 39,6 °C. Transfert en service de soins intensifs pour la suite de la prise en charge de la décompensation respiratoire et somnolence. Après assistance respiratoire initiale à haut débit à 15 l/min et FiO₂ de 100%, passage à CPAP avec une respiration toujours fortement tachypnéique. Pas de stabilisation sous CPAP et donc intubation pour une décompensation respiratoire dans le cadre d'une insuffisance cardiorespiratoire (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg, insuffisance respiratoire hypoxique aiguë, ARDS). En état de choc septique nécessitant des catécholamines, début d'un traitement de choc par stéroïdes et d'une antibiothérapie empirique par Céfépime. Au cours du traitement, suspicion de syndrome du choc toxique avec saignement des muqueuses intrabuccales et diagnostic d'une ascite confinée, par conséquent traitement supplémentaire par clindamycine. Une implication méningée a pu être exclue après analyse du liquide céphalo-rachidien. Après une bonne réponse au traitement, la patiente a été extubée au 4^e jour d'hospitalisation. Suite à une évolution positive, les stéroïdes ont pu être progressivement réduits et l'enfant transférée en service de soins réguliers dans un état général convenable.

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Cardiovasculaire Malgré un remplissage intraveineux isotonique ≥ 40 ml/kg en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) $< 5^{\circ}$ percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique < 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine $> 5 \mu\text{g/kg/min}$)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (Base déficit $> 5 \text{ mmol/l}$, BE $< -5 \text{ mmol/l}$) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine $< 0.5 \text{ ml/kg/h}$ – Temps de recoloration cutanée prolongé $> 5 \text{ sec}$ – Différence de température centrale/périphérique $> 3^{\circ}\text{C}$	
Respiratoire	PaO ₂ /FiO ₂ $< 300 \text{ mmHg}$ ($< 40 \text{ kPa}$) en l'absence de cardiopathies cyanotiques ou maladies pulmonaires préexistantes	OU PaCO ₂ $> 65 \text{ mmHg}$ ($> 8.7 \text{ kPa}$) ou $\geq 20 \text{ mmHg}$ ($\geq 2.7 \text{ kPa}$) au-dessus de la valeur de base-PaCO ₂	OU Besoin prouvé FiO ₂ > 0.5 pour une SaO ₂ $\geq 92\%$ (tentative de réduction FiO ₂)	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-élective ou non-invasive
Neurologique	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution ≥ 3 par rapport au score de base		
Coagulation	Plaquettes $< 80'000/\text{mm}^3$ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU INR > 2		
Rénal	Créatinine sérique $\geq$ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de ≥ 2 fois de la baseline			
Hépatique	Bilirubine totale $\geq 4 \text{ mg/dl}$ ($\geq 68 \mu\text{mol/l}$), non applicable chez les nouveau-nés	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

DP	A40.0	Septicémie à streptocoques, groupe A
DS	R57.2	Choc septique
DS	A48.3	Syndrome du choc toxique
DS	B99	Maladies infectieuses, autres et non précisées
DS	J80.02	Syndrome de détresse respiratoire modéré [ARDS]
DS	J96.00	Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type I
DS	R40.0	Somnolence

Exemple 5

Fillette prématurée eutrophique née à 25 semaines et 4 jours, poids à la naissance 710 g (percentile 30)

Syndrome de détresse respiratoire avec déficit en surfactant pulmonaire, dysplasie broncho-pulmonaire modérée, syndrome d'apnée/bradycardie du prématuré. Suspicion d'infection néonatale, suspicion de survenue tardive d'un sepsis le 6^e jour de vie.

Premiers soins: enfant cyanotique avec respiration spontanée insuffisante, fréquence cardiaque 80/min. Aspiration orale et début de la ventilation au masque. Rapidement normocarde, développement d'une respiration spontanée avec creusements et gémissements expiratoires. Intubation à la 45^e minute de vie. Transfert en unité de soins intensifs du service de néonatalogie. FiO₂ max. 0,25. A l'état prématuré, surfactant administré par voie endotrachéale. Suite au traitement, amélioration de la situation respiratoire avec réduction des paramètres de ventilation. L'extubation a été effectuée après 17 heures et suivie d'une assistance respiratoire CPAP. Au 6^e jour de vie, l'enfant a une nouvelle fois dû être intubé en raison d'une apnée grave dans le cadre d'un sepsis de survenue tardive. Début d'une antibiothérapie par amoxicilline et amikacine. Extubation réalisée avec succès après 6 jours. L'hémoculture ne montrait pas de croissance. L'antibiothérapie a été administrée pendant 7 jours au total. Le besoin en oxygène supplémentaire s'est poursuivi jusqu'au 39^e jour d'hospitalisation avec une dysplasie broncho-pulmonaire modérée.

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Cardiovasculaire Malgré un remplissage intraveineux isotonique $\geq 40\text{ml/kg}$ en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) $< 5^{\text{e}}$ percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique < 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine $> 5\mu\text{g/kg/min}$)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (Base déficit $> 5\text{mmol/l}$, BE $< -5\text{mmol/l}$) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – Temps de recoloration cutanée prolongé $> 5\text{sec}$ – Différence de température centrale/périphérique $> 3^{\circ}\text{C}$	
Respiratoire	PaO ₂ /FiO ₂ $< 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) en l'absence de cardiopathies cyanotiques ou maladies pulmonaires préexistantes	OU PaCO ₂ $> 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) ou $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) au-dessus de la valeur de base-PaCO ₂	OU Besoin prouvé FiO ₂ > 0.5 pour une SaO ₂ $\geq 92\%$ (tentative de réduction FiO ₂)	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-élective ou non-invasive
Neurologique	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution ≥ 3 par rapport au score de base		
Coagulation	Plaquettes $< 80'000/\text{mm}^3$ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU INR > 2		
Rénal	Créatinine sérique $\geq$ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de ≥ 2 fois de la baseline			
Hépatique	Bilirubine totale $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), non applicable chez les nouveau-nés	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

DP	P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
DS	P36.9	Sepsis bactérien du nouveau-né, sans précision
DS	P39.8	Autres infections spécifiques précisées de la période périnatale
DS	P28.5	Insuffisance respiratoire du nouveau-né
DS	P271	Dysplasie broncho-pulmonaire pendant la période périnatale
DS	P07.01	Poids de naissance de 500 à moins de 750 grammes
DS	P07.2	Immaturité extrême
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

Ordre des codes, resp. choix du diagnostic principal et supplémentaire

- Si un sepsis se manifeste lors d'un séjour hospitalier suite à un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication), on tiendra compte des règles D12/D16.
- En présence de deux ou plusieurs affections (p. ex. sepsis, infarctus du myocarde), on appliquera la règle G52. Si un sepsis pendant un séjour hospitalier n'est pas l'affection qui a exigé l'engagement le plus élevé de ressources médicales, il sera codé comme diagnostic supplémentaire. Cela vaut en particulier également pour le foyer infectieux qui requiert des soins supplémentaires et qui pour cette raison peut devenir le diagnostic principal lors d'un sepsis, par ex. sepsis avec fasciite nécrosante et diverses interventions de révision.
- Cas particulier de la bactériémie à méningocoques: ici un sepsis à méningocoques est codé même sans remplir les conditions du score SOFA (cf. règle SD0101).

SD0103I SIRS

Pour le codage d'un SIRS, la CIM-10-GM prévoit la catégorie *R65.-! Syndrome de réponse inflammatoire systémique*.

On distingue les SIRS d'origine infectieuse et les SIRS d'origine non infectieuse.

En présence d'un SIRS d'origine infectieuse, l'infection doit être indiquée, suivie du code correspondant de la catégorie *R65.-!*

En présence d'un SIRS d'origine non infectieuse, la maladie primaire à l'origine du SIRS doit être indiquée, suivie du code correspondant de la catégorie *R65.-!*

Note: Dans le contexte du codage du sepsis, le diagnostic *R65.-!* ne s'applique pas.

Si un sepsis et un SIRS d'origine non infectieuse ou un SIRS dû à une autre infection que celle qui a provoqué le sepsis sont survenus et ont été documentés au cours de la même hospitalisation, le SIRS peut tout de même être codé en lien avec/dans le contexte des maladies indépendantes du sepsis.

R65.0! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse sans complications organiques

R65.1! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse avec complications organiques

*R65.2! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse sans complications organiques
SIRS d'origine non infectieuse SAI*

R65.3! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse avec complications organiques

R65.9! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] non précisé

Des codes supplémentaires sont utilisés pour indiquer des agents infectieux et leur résistance.

Cas particulier de la bactériémie à méningocoques: ici un sepsis à méningocoques est codé même si les conditions du score SOFA (la règle SD0101 demeure) ne sont pas remplies.

SD0104d VIH/SIDA

Les codes VIH sont:

R75	Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine [VIH] c'est-à-dire mise en évidence probable par un test sérologique non univoque)
B23.0	Syndrome d'infection aiguë par VIH
Z21	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]
B20 – B24	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]
O98.7	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
U60.–!	Catégories cliniques de l'infection par le VIH
U61.–!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au VIH

Note: lorsqu'il est fait référence au groupe de codes B20-B24 dans ces règles, il est question de tous les codes de cette catégorie à l'exception du code B23.0 *Syndrome d'infection aiguë par VIH*.

Les codes R75, Z21, B23.0 et B20 – B24 s'excluent mutuellement et ne doivent pas être codés dans la même hospitalisation.

R75 Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

Ce code est utilisé dans le cas de patients dont les résultats des tests de recherche du VIH ne sont pas confirmés positifs; par exemple, lorsque le 1er test réagit positivement aux anticorps et que le second n'est pas concluant ou qu'il est négatif. Ce code ne doit pas être codé comme diagnostic principal.

B23.0 Syndrome d'infection aiguë par VIH

En cas de syndrome d'infection aiguë (confirmé ou soupçonné), on ajoutera le code B23.0 *Syndrome d'infection aiguë par VIH* comme **diagnostic supplémentaire** aux codes des symptômes (p. ex. lymphadénopathie, fièvre) ou des complications (p. ex. méningite) observés.

Remarque: cette indication constitue une exception à la règle D01 «Symptômes en diagnostic principal».

Exemple 1

Un patient séropositif est hospitalisé avec une lymphadénopathie. Le diagnostic posé est celui du syndrome d'infection aiguë par VIH.

DP	R59.1	Adénopathies généralisées
DS	B23.0	Syndrome d'infection aiguë par VIH
DS	U60.1!	Catégorie clinique A
DS	U61.–!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au VIH

Une fois que la maladie primaire est complètement soignée, les symptômes disparaissent chez presque tous les patients pendant plusieurs années. Si la symptomatologie n'est plus présente, le code B23.0 *Syndrome d'infection aiguë par VIH* ne doit plus être utilisé.

Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Ce code **ne doit pas être indiqué de manière automatique, mais uniquement comme diagnostic supplémentaire** lorsqu'un patient séropositif ne présente pas de symptôme de l'infection, mais que celle-ci nécessite des soins supplémentaires. Étant donné que le code Z21 se rapporte à des patients asymptomatiques hospitalisés pour le traitement d'une maladie qui n'est pas en relation avec l'infection par le VIH, ce code n'est pas attribué comme diagnostic principal. L'exclusion «*Immunodéficience humaine virale (VIH) compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O98.7)*» sous Z21 est à supprimer.

B20, B21, B22, B23.8, B24 Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les codes suivants sont prévus pour les maladies dues au VIH (il peut s'agir ou non d'une maladie définissant le SIDA) :

- B20* Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires
- B21* Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes
- B22* Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine d'autres affections précisées
- B23.8* Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés
- B24* Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision

Les codes R75 et Z21 ne doivent pas être utilisés dans ce cas.

098.7 Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Comme expliqué dans SD1503, le code 098.7 est à disposition pour décrire une maladie due au VIH qui complique la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Dans l'ICD-10-GM, sous 098.7, il faut ajouter à «*Etats en B20 – B24*» le Z21 et tracer l'exclusion concernant Z21 sous 098.–.

U60.–! Catégories cliniques de l'infection par le VIH**U61.–! Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au VIH**

L'infection par le VIH est représentée par des codes supplémentaires des catégories U60.–! et U61.–!. Ils sont codés indépendamment l'un de l'autre, aussi précisément que possible (contrairement à l'indication dans la CIM-10-GM).

Dans la documentation du séjour et la liste des diagnostics, le médecin n'indique souvent pas le stade actuel de la maladie, mais le stade le plus grave observé au cours de son évolution et qui est déterminant pour le pronostic. Pour le codage du séjour actuel, il faut toutefois représenter la catégorie clinique **actuelle** à l'aide U60.–! et le nombre de lymphocytes T auxiliaires par U61.–!.

U60.–! Catégories cliniques lors du séjour actuel:

		Codage	
Catégorie A	Infection asymptomatique	Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]	U60.1!
	Lymphadénopathie persistante généralisée (LPG)	B23.8 Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés Lymphadénopathie généralisée (persistante)	U60.1!
	Infection aiguë par le VIH	B23.0 Syndrome d'infection aiguë par VIH	U60.1!
Catégorie B (maladies voir annexe)	Maladies infectieuses, parasitaires et malignes consécutives à la maladie due au VIH	B20.– bis B22.– et B24 + la maladie (selon ordre ci-après)	U60.2!
Catégorie C (maladies voir annexe)	Maladies infectieuses, parasitaires et malignes consécutives à la maladie due au VIH	B20.– bis B22.– et B24 + la maladie (selon ordre ci-après)	U60.3!

U61.–! Catégories de laboratoire lors du séjour actuel

- U61.1!* Catégorie 1
500 lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ et plus par microlitre de sang
- U61.2!* Catégorie 2
200 à 499 lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ par microlitre de sang
- U61.3!* Catégorie 3
Moins de 200 lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ par microlitre de sang
- U61.9!* Nombre de lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ non précisé

Exemple: Les codes Z21 et U60.1! sont indiqués chez un patient asymptomatique. Le code de la catégorie U61.–! est choisi en fonction du nombre actuel de lymphocytes T auxiliaires comptés (en l'absence de documentation, saisir le code U61.9!).

Ordre et choix des codes

Si la **maladie due au VIH** est la principale raison de l'hospitalisation du patient, il faut indiquer le code correspondant du groupe B20 – B24 (excepté B23.0) ou O98.7 **comme diagnostic principal**. Contrairement à la définition du diagnostic supplémentaire, **toutes** les manifestations de la maladie HIV sont à coder, indépendamment du fait d'avoir généré un effort de soins ou non.

Exemple 2

Patiente séropositive au stade C avec lymphome immunoblastique, hospitalisée pour thérapie antirétrovirale. Elle souffre également d'une stomatite à Candida due au VIH.

DP	B21	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes
DS	U60.3!	Catégorie clinique de l'infection par le VIH, catégorie C
DS	U61.–!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires CD4* non précisé
DS	C83.3	Lymphome diffus à grandes cellules B
DS	B20	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires
DS	B37.0	Stomatite à Candida

Si une manifestation spéciale de la maladie VIH est la raison principale de l'hospitalisation, le code de **cette manifestation doit être indiqué comme diagnostic principal**. Un code du groupe B20 – B24 (excepté B23.0) ou O98.7 sera indiqué en diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 3

Un patient est hospitalisé pour le traitement d'une candidose buccale due à une infection connue au VIH.

DP	B37.0	Stomatite à Candida
DS	B20	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires
DS	U60.2!	Catégorie clinique de l'infection par le VIH, catégorie B
DS	U61.–!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires CD4*, selon valeurs de laboratoire actuelles

SD0105a Vrai croup – pseudo croup – syndrome du croup

Le vrai croup, plutôt rare en Suisse, est une diphtérie du pharynx et du larynx. Elle est indiquée par le code A36.0 *Diphtérie pharyngée*, respectivement par A36.2 *Diphtérie laryngée*. Le syndrome du croup englobe différentes maladies notamment le croup viral, le croup spasmodique, le croup bactérien, le vrai croup (croup diphtérique) et le faux croup (pseudo-croup).

Les codes suivants de la CIM-10-GM doivent être utilisés:

Vrai croup (croup diphtérique)	A36.2	Diphtérie laryngée
Croup viral	J05.0	Laryngite obstructive aiguë [croup]
Pseudo-croup ou faux croup (croup spasmodique)	J38.5	Spasme laryngé
Croup bactérien	J04.2	Laryngo-trachéite aiguë

SD0200k Tumeurs

Remarque générale:

Le chapitre SD0200 «Tumeurs» doit être utilisé pour le traitement de toutes les tumeurs. Cela vaut aussi bien pour les tumeurs malignes et bénignes que pour les tumeurs au comportement incertain et inconnu.

Tumeurs malignes: p. ex. carcinome (carcinome de la prostate, carcinome de l'endomètre), sarcome, rarement thymomes ou méningiomes de grade III selon l'OMS (clairement classés comme malins sur le plan histopathologique), lymphomes, leucémies ou autres maladies immunoprolifératives malignes, etc.

Tumeurs bénignes: p. ex. adénomes (prostate, etc.), myomes (utérus, etc.), lipomes (par exemple, du tissu adipeux sous-cutané ou viscéral), méningiomes de grade I selon l'OMS (clairement classés comme bénins sur le plan histopathologique), etc.

Tumeurs au comportement incertain et inconnu: p. ex. tumeur borderline de l'ovaire, méningiomes de grade II selon l'OMS, thymomes et autres tumeurs dont la dignité ne peut être clairement classée comme bénigne ou maligne sur le plan histopathologique, etc.

La classification CIM-10 prévoit deux systèmes pour coder les tumeurs: un classement par localisation et un classement par morphologie.

Seul le codage selon la localisation et en référence à un organe est utilisé dans la statistique médicale. Les codes correspondants proviennent du chapitre II (C00 – D48) de l'index systématique.

Tableau des codes classiques de la CIM-10-GM pour les tumeurs figurant dans l'index alphabétique

A la fin de l'index alphabétique, à la rubrique «tumeur» se trouve un tableau présentant les codes classés selon la localisation de la plupart des tumeurs. A chaque siège correspondent généralement cinq (parfois quatre) codes possibles, selon la malignité et la nature de la tumeur. S'il est également possible, bien entendu, de chercher le code dans l'index alphabétique sous la dénomination histologique ou morphologique de la tumeur, l'index n'indique directement un code précis du chapitre II, p. ex. mélanome (malin) que dans de rares cas. Il renvoie presque toujours au tableau des «tumeurs».

	Maligne		In situ	Bénigne	Evolution imprévisible ou inconnue
	primaire	secondaire			
Abdomen	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
– Cavité	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
– Organe	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
– Paroi	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
Acromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0



1. Chercher selon la localisation.

2. Chercher le code correspondant selon le degré de malignité et la nature de la tumeur.

Exemple 1

Chondrosarcome de l'acromion.

On cherchera dans le tableau des tumeurs sous la localisation correspondante, puis dans la première colonne puisqu'il s'agit d'une tumeur primaire:

C40.0 Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire des membres; omoplate et os longs du membre supérieur.

Le terme «chondrosarcome» figure dans l'index alphabétique mais renvoie au tableau des tumeurs.

Exemple 2

Cystadénome mucineux de l'ovaire, avec résultat non cancéreux

D27

Tumeur bénigne de l'ovaire

Cystadénome mucineux de l'ovaire, malin

C56

Tumeur maligne de l'ovaire

Cystadénome mucineux de l'ovaire, borderline

D39.1

Tumeur de l'ovaire à évolution imprévisible ou inconnue

Vous trouverez des instructions particulières sur l'utilisation du tableau dans l'index alphabétique de la CIM-10-GM, juste avant le tableau des tumeurs.

Si la recherche dans l'index alphabétique ne permet pas de décrire une tumeur histo-pathologique par un code spécifique à sa localisation, la recherche et le codage s'effectuent selon la localisation ou la référence à un organe dans le tableau des tumeurs.

P. ex. Hémangiome de la vessie, selon l'index alphabétique:

D18.08 Hémangiome, autres localisations

dans le tableau des tumeurs, selon la localisation ou l'organe:

D30.3 Tumeur bénigne des organes urinaires, vessie

D30.3 est donc ici le code correct, spécifique à l'organe, bien que l'information précisant qu'il s'agit d'un hémangiome soit perdue.

Tumeurs malignes du système hématopoïétique et lymphatique

Les tumeurs primaires du système hématopoïétique et lymphatique (lymphomes, leucémies etc.) ne sont pas classées selon le siège, mais selon leur morphologie, et ne se trouvent de ce fait pas dans le tableau des tumeurs. Le cinquième caractère de ce code permet de distinguer les cas avec rémission de ceux sans rémission.

Exemple 3

C91.0– Leucémie lymphoblastique aiguë

C91.00 Sans indication de rémission complète, en rémission partielle

C91.01 En rémission complète

SD0202k Choix et ordre des diagnostics

Les règles figurant sous SD0202 règles concernant le choix du diagnostic principal dans le contexte d'affections tumorales s'appliquent seulement lorsqu'aucune **autre maladie indépendante**, sans lien avec la tumeur (infarctus du myocarde p. ex.) ne remplit la définition du diagnostic principal.

En présence d'une affection/condition/manifestation sans lien avec la tumeur, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» est utilisée.

Exemple 1

Admission pour une opération bilatérale de hernies inguinales (incarcérées, pas de récurrence).

En présence d'un carcinome métastatique lymphogène (pelvien) concomitant de la prostate, la chimiothérapie est administrée en cycle dans un cadre hospitalier, l'avant-dernier jour de l'hospitalisation.

Le traitement bilatéral des hernies inguinales est déclaré dans la documentation médicale comme étant la principale ressource du séjour.

DP K40.00 Hernie inguinale bilatérale, avec occlusion, sans gangrène

DS C61 Tumeur maligne de la prostate

DS C77.5 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens

TP Opération hernie inguinale selon la documentation médicale

L 0

TS Chimiothérapie selon la documentation médicale

Exemple 2

Admission en urgence pour infarctus du myocarde (paroi antérieure) dans le cadre d'une atteinte coronaire tritonculaire. Intervention coronaire en urgence puis pontage ultérieur.

Présentant également un carcinome rectal, le patient reçoit une chimiothérapie et une immunothérapie en cycle pour une meilleure surveillance dans le dernier tiers du séjour hospitalier. Des complications du traitement antitumoral (mucosite du tube digestif SAP et neutropénie) surviennent, ce qui prolonge encore la durée d'hospitalisation.

En considération de l'ensemble des résultats, les ressources liées à la maladie cardiaque sont cependant supérieures à celles liées au traitement antitumoral et à ses conséquences.

DP	I21.0	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure
DS	I25.13	Cardiopathie ischémique chronique, Maladie tritonculaire
DS	C20	Tumeur maligne du rectum
DS	K92.8	Autres maladies précisées du système digestif
DS	Y57.9!	Exposition accidentelle à des facteurs autres et non précisés
DS	D70.19	Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament, non précisées
TP		Opération de pontage selon la documentation médicale
TS		Intervention coronaire selon la documentation médicale
TS		Chimiothérapie et immunothérapie selon la documentation médicale

Note:

Bien qu'un traitement antitumoral systémique ait été administré dans les exemples 1 et 2, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» s'applique, car deux affections indépendantes existent simultanément.

Voir également le paragraphe «Thérapie systémique» à ce sujet.

Remarque:

Même si le traitement d'une tumeur maligne d'un cas ne remplit que les conditions de la règle de codage G54 «Les diagnostics supplémentaires», les métastases (décrites) et le carcinome in situ présents en plus doivent également être indiqués comme diagnostic supplémentaire (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Il en va de même pour le traitement des métastases qui rempliraient les conditions de la règle des diagnostics supplémentaires si une affection différente est indiquée en diagnostic principal. La tumeur primaire correspondante est alors également enregistrée selon les spécifications et contrairement à la RC G54. La «Note» concernant la notion de «présence» (décrite) doit également être prise en compte.

Exemple 3

Admission d'une patiente pour l'ablation d'un utérus myomateux (myomes principalement intramuraux, mais aussi sous-muqueux) avec troubles hémorragiques persistants (attribués étiologiquement aux myomes). Pendant le séjour, la patiente connaît pour la première fois une crise d'épilepsie. Une anémie ferriprive chronique (due à une hyperménorrhée) est diagnostiquée et une supplémentation en fer par voie intraveineuse est mise en place.

Le diagnostic par IRM montre une forte suspicion de méningiome. Après instauration d'un traitement antiépileptique, retour à domicile et planification des autres traitements liés au méningiome.

Le traitement chirurgical de l'utérus myomateux est indiqué comme ressource principale du cas.

DP	D25.1	Léiomyome intramural de l'utérus
DS	D25.0	Léiomyome sous-muqueux de l'utérus
DS	D50.0	Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)
DS	D32.0	Tumeur bénigne des méninges, cérébrales
TP		Hystérectomie selon la documentation médicale
TS		IRM du neurocrâne

Tumeurs malignes/carcinome in situ

Le code de la tumeur maligne et/ou du carcinome in situ sera indiqué comme diagnostic principal à **chaque** hospitalisation destinée au **premier traitement et aux traitements ultérieurs de la tumeur maligne** et/ou du carcinome in situ (p. ex. chirurgie, chimio-/radiothérapie, autres traitements) ou **au diagnostic** (p. ex. staging) et ce, jusqu'à ce que le traitement soit définitivement terminé; il s'applique donc également aux hospitalisations faisant suite p. ex. à l'ablation chirurgicale d'une tumeur maligne. En effet, bien que la tumeur maligne/d'un carcinome in situ ait été enlevée par voie chirurgicale, le patient est hospitalisé/réhospitalisé pour des suites de soins nécessaires et/ou un diagnostic de suivi de la tumeur et/ou du carcinome in situ.

Si un traitement chirurgical d'une tumeur maligne d'un carcinome in situ et/ou de métastases est réparti sur plusieurs interventions, la tumeur maligne/le carcinome in situ/les métastases seront le diagnostic principal et ceci pour chaque hospitalisation lors de laquelle et intervention ultérieure (prévue) est réalisée. Quand bien même la tumeur maligne/les métastases peut/peuvent avoir été éliminée(s) lors de la première opération, **le patient continue d'être traité pour la tumeur maligne/le carcinome in situ/les des métastases** lors de l'hospitalisation suivante; en d'autres termes, la tumeur maligne/le carcinome in situ/les métastases est/sont aussi le motif de l'opération ultérieure des opérations ultérieures (prévues).

La notion de «suivi» dans cette règle de codage doit être considérée également selon la règle de codage D07 «Suivi interventionnel planifié».

Pour les séjours hospitaliers en raison de troubles consécutifs à des mesures médicales, des conséquences/affections en lien avec le traitement dans le contexte d'affections tumorales, voir la règle de codage SD0205.

Exemple 4

Patiente ayant subi il y a 2 ans une mastectomie et un curage axillaire pour carcinome mammaire (et CIS lobulaire) et une chimiothérapie adjuvante postopératoire. Elle est actuellement hospitalisée pour une reconstruction mammaire au moyen d'un expandeur et de lambeau du grand dorsal. Il n'y a pas d'autres mesures thérapeutiques ou diagnostiques concernant la maladie tumorale.

DP	C50.-	Tumeur maligne du sein (4 ^e position selon la localisation)
DS	D05.0	Carcinome in situ lobulaire

Remarque:

En cas de présence simultanée d'un carcinome (par exemple à la base d'un CIS étendu) et d'un carcinome in situ, la tumeur maligne doit être saisie **avant** le carcinome in situ.

Exemple 5

Admission pour une mastectomie bilatérale pour un carcinome in situ bilatéral (confirmé par une biopsie au trocart). Un carcinome canalaire in situ bilatéral étendu et une petite partie d'un carcinome invasif (taille 0,4 x 0,3 mm, axe de 9 heures à droite) sont documentés dans le rapport histopathologique postopératoire.

DP	C50.8	Tumeurs malignes du sein, Lésion à localisations contiguës du sein
L	1	
DS	D05.1	Carcinome in situ intracanaire
L	0	

Exemple 6

Admission pour une nouvelle TUR-V planifiée pour un carcinome de la vessie (sur les deux parois latérales) et instillation de médicaments cytotoxiques.

DP	C67.2	Tumeur maligne de la vessie, Paroi latérale de la vessie
L	0	
TP	TUR-V	
TS	Réopération	
TS	Instillation de médicaments cytotoxiques	

L'ordre des codes à indiquer dépend du traitement reçu pendant l'hospitalisation en question:

En cas de traitement/diagnostic simultané de tumeurs/néoplasmes malignes ET de métastases ET de thérapie systémique, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» s'applique.

- **Diagnostic/traitement de la tumeur primaire:** le code de la tumeur primaire ou de la tumeur primaire récidivante (locale) doit être indiqué comme diagnostic principal. Les métastases présentes (décrites) et le carcinome in situ éventuellement présents sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). Les tumeurs primaires dont la localisation est inconnue (CUP) doivent être indiquées par le code C80.- Tumeur maligne de siège non précisé.

Exemple 7

Un patient est hospitalisé pour la résection partielle d'un poumon en raison d'un carcinome bronchique du lobe supérieur.

DP C34.1 Tumeur maligne du lobe supérieur (des bronches)

- **Diagnostic/traitement de métastase(s):** la/les métastase(s) sont indiquées comme diagnostic principal et la tumeur primaire ou la tumeur primaire récidivante (locale) comme diagnostic supplémentaire (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire). Les autres métastases présentes (décrites) sont indiquées) et le carcinome in situ éventuellement présents sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Exemple 8

Une patiente est hospitalisée pour résection de métastases du foie d'un carcinome colorectal réséqué.

DP C78.7 Tumeur maligne secondaire du foie

DS C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

- **Thérapie systémique** (irradiation globale, radiothérapie iv, chimiothérapie systémique ou autres thérapies antitumorales systémiques, telles que les traitements hormonaux; voir exemple 10) **de la tumeur primaire et/ou des métastases:** la tumeur primaire/ la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic principal. Les autres métastases présentes (décrites) et le carcinome in situ éventuellement présents sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). Les tumeurs primaires dont la localisation est inconnue (CUP) doivent être indiquées par le code C80.- Tumeur maligne de siège non précisé.

Exemple 9

Un patient est hospitalisé pour une chimiothérapie systémique pour métastases du foie d'un carcinome colorectal réséqué.

DP C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

DS C78.7 Tumeur maligne secondaire du foie

En cas de traitement simultané d'une affection maligne traitée de manière systémique et d'une affection/condition/manifestation indépendante de la tumeur maligne au cours du même séjour hospitalier, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» s'applique et la règle de codage qui se trouve ici est annulée.

Voir à ce sujet les exemples 1 et 2.

Exemple 10

Admission d'une patiente de 84 ans souffrant d'une insuffisance cardiaque décompensée NYHA 3-4 pour recompensation et ajustement du traitement médicamenteux au service «médecine interne». Elle souffre également d'un carcinome mammaire situé dans le quadrant supéro-externe du sein droit, métastasé dans les ganglions lymphatiques axillaires, opéré il y a un an et demi.

Pas de chimiothérapie prévue actuellement, maladie stable.

En raison d'un carcinome à récepteurs d'œstrogènes positifs, elle reçoit une autre injection prévue d'un bloqueur d'œstrogène pendant son séjour.

DP I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche, avec symptôme au repos

DS C50.4 Tumeur maligne du sein, Quadrant supéro-externe du sein

L 1

DS C77.3 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur

L 1

- **Diagnostic/Traitement de la tumeur primaire, ainsi que des métastases:** on choisira pour diagnostic principal celui qui demande l'engagement le plus élevé de ressources médicales (conformément à la règle G52). Selon les efforts de soins documentés, la tumeur primaire, la tumeur primaire récidivante (locale) ou la/les métastase(s) peut/peuvent être indiquée(s) comme diagnostic principal. Les autres métastases présentes (décrites) et/ou tumeurs et le carcinome in situ éventuellement présent sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Exemple 11

Admission pour l'opération d'une métastase osseuse (sternum) avec carcinome primaire du médiastin antérieur.

À la fin du séjour, une chimiothérapie systémique est administrée.

Le traitement de la tumeur secondaire au sternum constitue la principale ressource du séjour hospitalier selon la déclaration médicale.

DP C79.5 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
DS C38.1 Tumeur maligne du cœur, du médiastin et de la plèvre, Médiastin antérieur

Exemple 12

Admission d'une patiente pour une biopsie de ganglions lymphatiques en raison d'une suspicion de métastases ganglionnaires inguinales (à droite) d'un mélanome malin de la grande lèvre droite.

La stadification confirme la suspicion.

La patiente reçoit une thérapie systémique avec des agents chimiothérapeutiques et une immunothérapie avec des anticorps au cours du même séjour.

La documentation médicale indique que le traitement systémique a nécessité plus de ressources en moyens et représenté plus de ressources au sens de la règle de codage G52 que la stadification par biopsie des ganglions lymphatiques.

DP C51.0 Tumeur maligne de la vulve, Grande lèvre
L 1
DS C77.4 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur
L 1

En cas de thérapie systémique et de traitement d'une métastase (exemple 11) et de diagnostic d'une métastase (exemple 12) simultanés, la ressource principale est déterminée selon la règle de codage G52 «Le diagnostic principal».

- **Traitement palliatif pour tumeur:** la tumeur (primaire ou primaire récidivante [locale]) doit être indiquée comme diagnostic principal et les métastases présentes (décrites) et/ou le carcinome in situ présent comme diagnostics supplémentaires, que celles-ci soient traitées directement ou non et indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé.

Remarque: Dans de rares cas, la nécessité d'un traitement palliatif consécutif à une tumeur est due aux métastases (p.ex. métastases cérébrales de carcinome mammaire, hospitalisation pour un traitement palliatif due à l'ensemble des séquelles cérébrales).

Dans ces cas, on choisira comme diagnostic principal la tumeur qui entraîne le traitement palliatif. Si une métastase constitue le diagnostic principal, la tumeur primaire/la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases présentes (décrites) (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

- **Traitement de symptômes:** lorsqu'on traite uniquement un ou plusieurs symptômes de la maladie tumorale et qu'aucune mesure n'est effectuée pour la tumeur, la tumeur (tumeur primaire, tumeur primaire récidivante [locale] ou métastases) dont le traitement du symptôme a nécessité le plus grand effort de soins (G52) doit être désignée comme diagnostic principal. Si une métastase constitue le diagnostic principal, la tumeur primaire/la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases **présentes** (décrites) et/ou le carcinome in situ présents (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Remarque: Les énumérations et les exemples ne sont pas des indications exhaustives de codage; ils sont mentionnés à titre indicatif.

Les symptômes d'une tumeur sont notamment les suivants:

- métastases osseuses: douleurs progressives, diffuses
 - carcinome pulmonaire: dyspnée
 - métastases cérébrales: vertiges, vomissements
 - carcinome de l'œsophage: dysphagie
 - saignement de la tumeur
- Lorsqu'une maladie (ou plus) **étiologiquement liée** à une ou plusieurs tumeur(s) (primaire, primaire récidivante [locale] ou métastase[s]) apparaît et nécessite un traitement, et qu'aucune mesure n'est entreprise pour la tumeur, le diagnostic principal indique la tumeur dont **dépend directement la maladie** et qui demande le plus d'efforts de soins (G52). Si une métastase constitue le diagnostic principal, la tumeur primaire/la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases présentes (décrites) (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). La maladie doit être codée séparément si elle remplit les critères de la règle G54.

Si la documentation médicale ne contient aucune indication claire permettant de déterminer si une maladie est **étiologiquement liée** à la tumeur ou si elle doit être traitée indépendamment, le médecin traitant doit impérativement être consulté.

Les maladies étiologiquement liées à une tumeur sont notamment les suivantes:

- métastases cérébrales ou méningiome bénin: épilepsie
- carcinome bronchique: pneumonie post-sténotique
- métastases osseuses: fracture du corps vertébral
- métastases osseuses: anémie
- carcinome de la tête du pancréas: défaillance hépatique due à une obstruction du canal cholédoque
- carcinome du côlon: iléus mécanique

Exemple 13

Admission d'une patiente ayant connu pour la première fois une crise tonico-clonique.

L'examen diagnostique, incluant notamment un scanner crânien, révèle une épilepsie structurale due à une masse frontale avec suspicion de méningiome bénin de la faux.

Une médication avec des anti-épileptiques est établie et un traitement du méningiome va être proposé à la patiente à moyen terme.

DP	D32.0	Tumeur bénigne des méninges, cérébrales
DS	G40.2	Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec des crises partielles complexes

Les **symptômes/syndromes paranéoplasiques** sont également considérés pour le codage parmi les symptômes/maladies étiologiquement lié(e)s à une tumeur.

Dans ces cas également, on choisira comme diagnostic principal la tumeur sous-jacente (primaire, primaire récidivante (locale) ou métastase[s]) **directement** responsable du symptôme/syndrome paranéoplasique.

Le symptôme/syndrome ou les manifestations isolées (lorsqu'aucun code de syndrome n'existe dans le CIM-10-GM) ainsi que les autres métastases présentes (décrites) sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Si la documentation médicale ne contient aucune indication claire permettant de déterminer si un(e) symptôme/syndrome/manifester d'une paranéoplasie est étiologiquement lié(e) à la tumeur ou s'il/ si elle doit être traité(e) indépendamment, le médecin traitant doit impérativement être consulté.

Exemples de paranéoplasies :

- Manifestations paranéoplasiques endocrines :
 - Production ectopique d'ACTH ou de molécules similaires (p.ex. carcinome bronchique), conséquence possible : *E24.3 Syndrome de ACTH ectopique*
 - Production de PTH (p.ex. carcinome bronchique), conséquence possible : *E21.2 Autres hyperparathyroïdies*
- Troubles de la coagulation paranéoplasiques, p.ex. thromboses paranéoplasiques :
 - Thrombophlébite migratrice : *I82.1*
 - Thrombophlébite de jambe profonde : *I80.28*
 - Endocardite non bactérienne thrombotique (avec conséquences de type infarctus ou AVC) : *I33.9*
- Paranéoplasies transmises par anticorps :
 - Syndrome de Zollinger-Ellison p.ex. en cas de tumeur maligne du tractus gastro-intestinal : *E16.4*
 - Dermatomyosite/polymyosite au cours d'une maladie tumorale : *M36.0**
- Paranéoplasies transmises neurologiquement :
 - Syndrome de Guillain-Barré p.ex. en cas de lymphome hodgkinien : *G61.0*
 - Syndrome de Lambert-Eaton p.ex. en cas de carcinome bronchique à petites cellules : *G73.1**
 - Polynévrite périphérique (non due à la chimiothérapie) : *G62.88*

Remarque : Un symptôme/syndrome ou une manifestation paranéoplasique et/ou une maladie étiologiquement associée à la tumeur peut déclencher d'autres maladies secondaires.

Si cette maladie consécutive est directement liée au symptôme/syndrome ou à la manifestation paranéoplasique ou à une maladie qui est étiologiquement associée à la tumeur, **elle n'est plus considérée comme étant directement liée à la tumeur** et est codée en tant que diagnostic principal (si elle remplit les critères de la règle G52).

La paranéoplasie et/ou la maladie étiologiquement associée à la tumeur et la tumeur déclenchante (tumeur primaire, tumeur primaire récidivante [locale] et les métastases présentes [décrites]) qui y est liée constituent des diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Exemple 14

Un patient est hospitalisé pour un infarctus du myocarde consécutif à une endocardite paranéoplasique non bactérienne thrombotique due à un carcinome bronchique à petites cellules.

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
DS	I33.9	Endocardite aiguë, sans précision
DS	C34.-	Tumeur maligne des bronches et du poumon

Exemple 15

Une patiente est hospitalisée pour une embolie pulmonaire sans cœur pulmonaire entraînée par une thrombophlébite de jambe profonde faisant partie des troubles de la coagulation paranéoplasique consécutifs à un carcinome de la tête du pancréas.

Deux jours dans un service de soins intensifs en raison de l'embolie pulmonaire. Ensuite, la patiente reçoit de l'héparine pendant 3 jours et on effectue un staging-CT.

DP	I26.9	Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu
DS	I80.28	Thrombose d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs
DS	C25.0	Tumeur maligne de la tête du pancréas

Exemple 16

Un patient est hospitalisé dans le secteur stationnaire en raison d'une soudaine aphasie croissante et d'une hémiparésie flasque. Après une thrombectomie endovasculaire intracérébrale, une prise en charge aux soins intensifs et une stabilisation dans la Stroke unit, on suspecte de plus en plus un trouble de la coagulation dont l'étiologie est incertaine chez un patient sinon en bonne santé.

Après d'autres examens, dont un staging-CT, le diagnostic de carcinome de la tête du pancréas est posé.

Le médecin traitant documente la forte suspicion de trouble de la coagulation paranéoplasique.

DP	I63.3	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales
DS	G81.0	Hémiplégie et hémiparésie flasque
DS	R47.0	Dysphasie et aphasie
DS	D68.8	Autres anomalies précisées de la coagulation
DS	C25.0	Tumeur maligne de la tête du pancréas

Remarque: Pour tous les exemples de cas, les codes supplémentaires U69.11! Troubles de la coagulation sanguine «durablement acquis» et U69.12! Troubles de la coagulation «provisoires» sont ajoutés au codage, conformément à la documentation médicale de l'évolution de la maladie.

Note: On entend par «présente» (décrite) (en lien avec une tumeur primaire, une tumeur primaire récidivante [locale] et/ou des métastases) l'affection initiale métastatique médicalement documentée, indépendamment du fait que, p.ex., les métastases sont ou étaient décelables d'un point de vue macroscopique ou microscopique (histopathologie).

Pour qu'une documentation médicale soit valable, elle doit contenir une classification TNM dans la documentation de cas et/ou la description exacte de la localisation de la tumeur primaire, de la tumeur primaire récidivante (locale) et/ou des métastases (ou suspicion de) dans le corps du texte et/ou la liste diagnostique du rapport médical. Même si, p.ex., des métastases (locales) ont été retirées, si l'affection initiale est métastatique, on ne peut pas partir du principe que le patient est guéri de sa tumeur et/ou de ses métastases.

Exemple 17

Une patiente est admise pour une chimiothérapie palliative par cycle à la suite d'une mastectomie et d'une lymphadénectomie dues à un carcinome mammaire métastatique. La classification TNM d'après le rapport médical de sortie est pT2N2 (7/15) M1(OSS, BRA). Les métastases des ganglions lymphatiques étaient axillaires.

DP	C50.9	Tumeur maligne du sein, sans précision
DS	C77.3	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur
DS	C79.5	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
DS	C79.3	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales

Exemple 18

Un patient est hospitalisé pour une vertébroplastie avec une fracture du corps vertébral thoracique médicalement documentée due aux métastases et consécutive à un carcinome métastatique des cellules rénales lymphogène (régional) et péritonéal. État après une néphrectomie et une lymphadénectomie régionale.

DP	C79.5†	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
CD	M49.54*	Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs, région dorsale
DS	C64	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet
DS	C78.6	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
DS	C77.2	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques intra-abdominaux, secondaire et non précisée

SD0203k Excision étendue dans la région tumorale

Le code de la tumeur doit être indiqué dans les cas d'hospitalisation pour excision étendue de la région tumorale après une première résection de la tumeur d'origine.

Si la tumeur retirée antérieurement est documentée comme métastatique et/ou en cas de présence (actuelle) de métastases (décrites) et/ou de carcinome in situ, ces diagnostics sont également saisis (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

La réopération dans la même zone est représentée comme d'habitude, soit par des codes spéciaux de réintervention, soit par la saisie supplémentaire du code CHOP *00.99.10 Réopération*.

SD0204k Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement

Lorsqu'une biopsie antérieure a démontré un diagnostic de tumeur maligne, de carcinome in situ ou autre, mais que ce diagnostic ne peut être confirmé dans le tissu actuel prélevé lors de l'opération, le diagnostic initial, basé sur le résultat de la biopsie antérieure, ne doit être codé que si les examens cliniques et/ou histopathologiques n'aboutissent à aucun autre diagnostic/résultat.

SD0205k Maladies (aiguës, chroniques), troubles après et/ou conséquences d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique dans le contexte de traitements de néoplasmes (solides, hématologiques)

Les maladies/troubles/conséquences/syndromes/symptômes/autres manifestations liés au traitement surviennent souvent en raison/à la suite du traitement/de la thérapie d'une pathologie maligne.

Dans les différents chapitres de la CIM-10-GM se trouvent, comme déjà indiqué dans la règle de codage D12, des codes spécifiques de diagnostic, tels que *D70.1- Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament*, *D90 Immunocompromission après radiothérapie, chimiothérapie et autres mesures immunosuppressives*, *K52.1 Gastro-entérite et colite toxiques*, *G62.0 Polynévrite médicamenteuse*, etc.

En l'absence de code spécifique de diagnostic selon la règle de codage D12, la recherche d'un code de diagnostic approprié est effectuée comme décrit dans la règle de codage susmentionnée.

P. ex. *B37.0 Stomatite à Candida + Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision, R11 Nausées et vomissements + Y57.9! Complications dues à des médicaments ou des drogues*, etc.

Lorsqu'une hospitalisation est due **exclusivement** à la nécessité de traiter la maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique et qu'aucune mesure n'est effectuée pour la maladie tumorale, cette maladie ou ce trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique est indiqué comme diagnostic principal. La tumeur (primaire récidivante [locale] ou métastases) dont le traitement a entraîné le trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, et d'éventuelles métastases **présentes (décrites)** seront indiquées comme diagnostic supplémentaire, en dérogation de la définition du diagnostic supplémentaire (G54), selon laquelle le codage d'un diagnostic supplémentaire nécessite un effort de soins > 0.

Si plusieurs maladies/troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique sont traitées, le trouble qui a entraîné le plus grand effort de soins (règle G52) doit être désigné comme diagnostic principal.

Remarque: En cas de réadmission dans un délai de 18 jours, la règle de codage D16 (règle de facturation) prime la règle spéciale de codage SD0205 et doit être appliquée.

Note:

Si une néoplasme maligne est considérée comme guérie et que le traitement est terminé (c'est-à-dire qu'il n'y a plus de thérapie en cours, par exemple pas non plus de thérapie de blocage hormonal) et qu'aucune thérapie nouvelle ou supplémentaire n'est prévue à l'avenir, aucun code CIM-10 n'est indiqué pour la néoplasme maligne et/ou le carcinome in situ.

Les codes des chapitres XX et XXI doivent être utilisés pour représenter le fait que le trouble est apparu après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique et qu'une néoplasme maligne était présente (exemples 7, 8).

Le statut «guérison» dans le contexte des maladies sous-jacentes malignes dépend de la maladie en question. Il est défini par des délais et des paramètres différents et changeants (voir également la règle de codage SD0207 à ce sujet).

Ainsi, il en résulte que la documentation médicale doit indiquer clairement s'il y a eu guérison complète de la maladie sous-jacente maligne.

Exemple 1

Traitement d'un lymphoedème consécutif à une mastectomie pour carcinome mammaire.

DP	I97.2	Lymphoedème après mastectomie
DS	C50.-	Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4e caractère selon le siège de la tumeur)

Exemple 2

Admission avec neutropénie et anémie après l'administration de la 2e chimiothérapie du cycle pour un carcinome de l'endomètre avec des métastases sur les ganglions lymphatiques pelviens. Le rapport histopathologique a en outre révélé un carcinome endocervical in situ sur l'utérus retiré.

La ressource principale du traitement était la neutropénie avec toutes ses conséquences. En raison d'une anémie, administration de 2 concentrés érythrocytaires. Il n'y a pas eu de traitement spécifique et/ou de diagnostic ciblé sur la néoplasme maligne.

DP	D70.1-	Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament
DS	D61.1	Anémies aplastiques médicamenteuses
DS	C54.1	Tumeur maligne du corps de l'utérus, Endomètre
DS	C77.5	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens
DS	D06.0	Carcinome in situ du col de l'utérus, Endocol

Exemple 3

Admission avec stomatite à candida 15 jours après la dernière chimiothérapie et immunothérapie pour un carcinome de la tête du pancréas avec métastases ganglionnaires régionales.

Le patient présente une pancytopenie avec focalisation sur l'anémie liée au traitement.

Toute la zone buccale présente des aphtes intrabuccaux, d'autres stigmates inflammatoires et un muguet persistant.

La forte douleur lors de la prise d'aliments et de liquides entraîne une déshydratation et une hyponatrémie: «(traitées par des perfusions contenant du NaCl)», un début de malnutrition (alimentation liquide hautement calorique) et donc une dégradation de l'état général.

Selon la documentation médicale, la stomatite à candida est déclarée comme étant la principale ressource avec l'administration de 2 EC, 1 TC médicament à base de facteur de croissance des granulocytes (une fois) et 8 jours de traitement intensif du muguet/de l'inflammation et de reconditionnement.

Toutes les maladies actuelles sont qualifiées de conséquences/troubles consécutifs à une chimiothérapie administrée. À la fin du traitement des troubles susmentionnés, une TDM de stadification est effectuée et une chimiothérapie palliative supplémentaire est administrée sous surveillance en milieu hospitalier.

DP	C25.0	Tumeur maligne du pancréas, Tête du pancréas
DS	C77.2	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intra-abdominaux
DS	B37.0	Stomatite à Candida
DS	E87.1	Hypoosmolarité et hyponatrémie
DS	E86	Hypovolémie
DS	E46	Malnutrition protéino-énergétique, sans précision
DS	D61.10	Aplasie médullaire [anémie aplastique] médicamenteuse due à un traitement cytostatique
DS	D70.1-	Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions
DS	Y57.9!	Complications dues à des médicaments ou à des drogues

En raison de la réadmission 15 jours après la chimiothérapie réalisée et de ses conséquences, la règle de codage/de facturation D16 est appliquée.

Si la réadmission avait eu lieu le 19e jour après la sortie, la règle de codage S0205 s'appliquerait et le code C25.0 serait également le diagnostic principal du cas.

Exemple 4

Admission d'une patiente de 34 ans souffrant de fortes douleurs osseuses immédiatement après une radiothérapie planifiée pour un ostéosarcome de la mandibule gauche avec une métastase du ganglion cervical gauche solitaire. État après opération primaire et début de la chimiothérapie postopératoire.

Après administration d'analgésiques par voie intraveineuse (3 fois en 24h), amélioration rapide de la douleur.

En raison d'autres suspicions, une IRM de stadification du neurocrâne et une TDM des tissus mous du cou sont réalisées. Aucune progression de la maladie sous-jacente n'est identifiée.

La patiente est jeune et présente un état dépressif modéré d'apparition récente dû à sa maladie sous-jacente maligne, qui a nécessité une consultation psychiatrique ponctuelle et la mise en place d'un traitement antidépresseur.

Après accord, la chimiothérapie suivante a lieu durant le même séjour, également pour un meilleur suivi.

La radiothérapie ayant eu lieu dans le même hôpital le jour de l'admission, elle est également incluse dans le codage de l'hospitalisation.

DP	C41.1	Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire, de sièges autres et non précisés, Mandibule
L	2	
DS	C77.0	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou
L	2	
DS	K10.8	Autres maladies précisées des mâchoires
L	2	
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	F32.1	Episode dépressif moyen

Exemple 5

Une chéloïde gênante se forme après la fin du traitement d'un mélanome au front, côté droit (résection, recouvrement plastique, chimiothérapie et traitement par anticorps) et une micrométastase avérée dans les ganglions cervicaux du côté droit, qui ont été enlevés lors de la chirurgie primaire. Il n'y a aucune indication de guérison dans la documentation médicale.

Admission pour la révision de la chéloïde

DP	L91.0	Cicatrice hypertrophique
L	1	
DS	C43.3	Mélanome malin de la face, parties autres et non précisées
L	1	
DS	C77.0	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou
L	1	

Exemple 6

Admission en chirurgie pour une sténose urétrale 6 ans après une chirurgie transurétrale pour un carcinome de la vessie.

Le traitement est considéré comme terminé, le patient est guéri.

DP	N99.1	Rétrécissement urétral après des actes médicaux
DS	Z85.5	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires

Exemple 7

Admission pour examen diagnostique de déficits cognitifs et moteurs croissants et significatifs. Une lésion cérébrale postactinique de type ALERT (Acute Late-onset Encephalopathy after Radiotherapy) est diagnostiquée. Les antécédents font apparaître le traitement terminé d'un astrocytome frontal (il y a 17 ans). Concernant la tumeur maligne, le patient est considéré comme guéri.

DP	G93.88†	Oedème cérébral, Autres affections cérébrales précisées
CD	F02.8*	Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	Z85.8	Antécédents personnels de tumeurs malignes d'autres organes et systèmes

Exemple 8

Admission pour une première chimiothérapie et immunothérapie pour un carcinome pulmonaire récemment diagnostiqué (lobe inférieur droit).

État après irradiation d'un lymphome non hodgkinien dans le médiastin droit il y a 20 ans.

La documentation médicale montre un lien étiologique entre la seconde tumeur (pulmonaire) et la radiothérapie de la première néoformation maligne survenue et traitée des années auparavant.

DP	C34.3	Tumeur maligne des bronches et du poumon, Lobe inférieur, bronches ou poumon
L	1	
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	Z85.7	Antécédents personnels d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés

SD0206a Suspicion de tumeur ou de métastases

Si une biopsie est effectuée pour une suspicion de tumeur et que celle-ci n'est pas confirmée, il convient de coder le diagnostic trouvé ou le résultat d'examen qui a motivé la biopsie.

Ne pas utiliser le code *Z03.1 Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne*.

SD0207a Examen de contrôle

Lorsqu'un patient est hospitalisé pour des examens de contrôle après le traitement terminé d'une tumeur et que celle-ci n'est plus décelée, le contrôle est indiqué comme diagnostic principal, et les antécédents de tumeur comme diagnostic supplémentaire à l'aide d'un code du groupe *Z85*. – *Antécédents personnels de tumeur maligne*.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour divers examens de contrôle après une pneumonectomie et une chimiothérapie pour un carcinome bronchique actuellement guéri. Aucune tumeur n'est décelée.

DP *Z08.7* *Examen de contrôle après traitements combinés pour tumeur maligne*

DS *Z85.1* *Antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons*

Un «code d'antécédents» est saisi pour une maladie quand on peut supposer qu'elle est guérie. Le moment où un patient est dans ce cas dépend de sa maladie. Comme la guérison ne peut être constatée que rétrospectivement, la distinction se fait sur une base «clinique», axée sur la poursuite ou non du traitement de la tumeur plutôt que sur un cadre temporel fixe.

Dans les cas où le traitement de la tumeur est définitivement achevé, un code du groupe *Z85*. – *Antécédents personnels de tumeur maligne* doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

SD0208a Récidives

En cas d'hospitalisation pour le traitement d'une tumeur primaire récidivante, il s'agit d'indiquer le code de la tumeur, même après résection radicale, car il n'existe pas de code spécifique pour les récurrences. Pour compléter l'information, un code du groupe *Z85*. – *Antécédents personnels de tumeur maligne* doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Une récurrence de carcinome mammaire est diagnostiquée chez une patiente après dix ans.

DP *C50.-* *Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein*

DS *Z85.3* *Antécédents personnels de tumeur maligne du sein*

SD0209a Tumeurs avec activité endocrine

Toutes les tumeurs sont classées au chapitre II, indépendamment de leur éventuelle activité endocrine. Pour indiquer une telle activité, on utilisera au besoin un code supplémentaire du chapitre IV, pour autant que la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54) soit remplie.

Exemple 1

Phéochromocytome malin sécrétant des catécholamines.

DP *C74.1* *Tumeur maligne de la surrénale, médullosurrénale*

DS *E27.5* *Hyperfonctionnement de la médullosurrénale*

SD0210I Localisations multiples

- **Tumeurs malignes primaires de localisations multiples:** Le code *C97!* *Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)* sera indiqué comme diagnostic supplémentaire lorsque plusieurs tumeurs malignes primaires sont traitées/diagnostiquées (choix du diagnostic principal selon règle G52).

Exemple 1

Une patiente subit une mastectomie pour carcinome mammaire et une excision de mélanome malin à la jambe.

DP/DS C50.– Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4e caractère selon le siège de la tumeur)

DS/DP C43.7 Mélanome malin du membre inférieur, y compris la hanche

DS C97! Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

Exemple 2

Un patient est traité pour carcinome de la vessie de sièges multiples.

DP/DS C67.3 Tumeur maligne de la vessie, paroi antérieure

DS/DP C67.4 Tumeur maligne de la vessie, paroi postérieure

DS C97! Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

- **Métastases ganglionnaires de localisations multiples:** Les métastases ganglionnaires multiples sont codées avec *C77.8 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques de sièges multiples, secondaire et non précisée*, suivi des codes correspondants issus de *U69.5-!* *Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée*. Voir à ce sujet l'exemple 3

Exception: si le traitement de métastases ganglionnaires ou régions ganglionnaires individuelles remplit les conditions du diagnostic principal, le code **spécifique** correspondant de *C77-* (et non *C77.8*) est utilisé en DP. Toutes les autres régions ganglionnaires affectées présentes ainsi que la ou les autres métastases présentes (décrites) et la tumeur primaire/tumeur primaire récidivante sont indiquées comme diagnostic supplémentaire (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins doit être > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). Voir à ce sujet l'exemple 4.

Exemple 3

Carcinome de l'endomètre avec métastases dans le rétropéritoine, la plèvre, les os et les ganglions des aires affectées suivantes: rétropéritonéale, médiastinale, inguinale, pelvienne, sus-claviculaire et cervicale (cou). Admission pour traitement par anticorps.

DP C54.1 Tumeur maligne du corps de l'utérus, Endomètre

DS C78.2 Tumeur maligne secondaire de la plèvre

DS C78.6 Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine

DS C79.5 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

DS C77.8 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de sièges multiples

DS U69.50! Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou

DS U69.51! Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrathoraciques

DS U69.52! Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intra-abdominaux

DS U69.54 Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur

DS U69.55! Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens

Exemple 4

Admission pour un diagnostic pour suspicion (et confirmation ultérieure) de métastases ganglionnaires médiastinales d'un carcinome du plancher de la bouche métastasé dans les ganglions cervicaux (cou).

DP	C77.1	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrathoraciques
DS	C77.0	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou
DS	C04.9	Tumeur maligne du plancher de la bouche, Plancher de la bouche, sans précision

Exemple 5

Diagnostic d'un lymphome non hodgkinien folliculaire (nodulaire) avec atteinte des régions ganglionnaires axillaires et cervicales et grosse masse ganglionnaire médiastinale.

DP	C82.9	Lymphome folliculaire, sans précision
----	-------	---------------------------------------

SD0211a Localisations contiguës**Les sous-catégories .8:**

La majorité des catégories du chapitre II sont subdivisées en sous-catégories à quatre caractères correspondant aux diverses parties de l'organe en question. Ainsi, une tumeur qui s'étend sur deux ou plusieurs régions contiguës classées dans une catégorie à trois caractères et dont la localisation d'origine n'a pu être déterminée, doit être classée dans la sous-catégorie .8 à quatre caractères correspondante.

Exemple 1

Carcinome colorectal s'étendant du canal anal jusqu'au rectum mais dont la localisation primaire reste inconnue.

C21.8 Tumeur maligne de l'anus et du canal anal ; lésion à localisations contiguës du rectum, de l'anus et du canal anal

S'il existe un code désignant la contiguïté, celui-ci doit être indiqué.

Exemple 2

Adénocarcinome s'étendant du sigmoïde au rectum.

C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

Si une tumeur/métastase se propage, s'infiltré d'un siège primaire connu à un organe voisin ou à une région voisine, seul le siège primaire doit être codé (cela vaut aussi pour la lymphangiose carcinomateuse locale de la tumeur primaire, voir aussi SD0213).

Exemple 3

Carcinome du col de l'utérus (exocol) infiltrant le vagin.

C53.1 Tumeur maligne du col de l'utérus, exocol

SD0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie

Pour les codes suivants

C88.– Maladies immunoprolifératives malignes

C90.– Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes

C91 – C95 Leucémie

l'indication de la rémission est possible avec le 5^e caractère

0 Sans indication de rémission complète

1 En rémission complète

On notera que le code:

.x0 Sans indication de rémission complète

Sans indication de rémission

En rémission partielle

doit être utilisé:

- s'il s'agit de la première apparition et du premier diagnostic de la maladie,
- s'il n'y a **pas** de rémission ou si la maladie perdure bien que ses symptômes aient régressé (rémission **partielle**) ou
- si le statut de rémission est inconnu.

.x1 En rémission complète

doit être utilisé:

- s'il s'agit d'une rémission **complète**, c.-à-d. qu'aucun signe ou symptôme de tumeur maligne n'est décelable.

Pour les leucémies désignées par un code des catégories *C91* à *C95* et réfractaires à un traitement d'induction standard, le code supplémentaire

C95.8! Leucémie, réfractaire au traitement d'induction standard

doit être indiqué.

SD0213a Lymphangiose carcinomateuse

La lymphangiose carcinomateuse n'est pas codée selon l'histologie (vaisseaux lymphatiques) s'il s'agit d'une tumeur secondaire, mais selon le siège, comme pour la formation de métastases. La lymphangiose carcinomateuse d'une tumeur primaire n'est pas codée.

P. ex.: chez un patient avec carcinome de la prostate et lymphangiose carcinomateuse de la plèvre, on utilisera le code

C78.2 Tumeur maligne secondaire de la plèvre

SD0214g Lymphomes

Pour les lymphomes identifiés comme «extranodaux» ou situés ailleurs que dans les ganglions lymphatiques (p. ex. le lymphome gastrique MALT), il faut indiquer le code correspondant des catégories *C87* à *C88*.

Un lymphome n'est pas considéré comme métastatique, indépendamment du nombre de régions touchées.

Les codes suivants **ne** doivent **pas** être utilisés pour les lymphomes:

C77.– Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée

C78.– Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs

C79.0 Tumeur maligne secondaire du rein et du bassin

C79.1 Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés

C79.2 Tumeur maligne secondaire de la peau

C79.4 Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisées

C79.6 Tumeur maligne secondaire de l'ovaire

C79.7 Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale

C79.8 Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés

C79.9 Tumeur maligne secondaire de siège non précisé

Pour le codage d'une atteinte osseuse dans les lymphomes malins, il faut indiquer le code supplémentaire

C79.5 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse, foyers osseux (médullaires) de lymphomes malins (états classifiables sous C81 – C88)

Pour indiquer l'existence d'une atteinte des méninges ou du cerveau dans des néoplasies des tissus lymphatiques, hématopoïétiques et apparentés, on utilisera le code supplémentaire

C79.3 Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales

SD0215a Chimiothérapie et radiothérapie

Ces traitements sont indiqués à l'aide des codes CHOP appropriés. Les codes ICD-10-GM

Z51.0 Séance de radiothérapie

Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur maligne et

Z51.82 Cure combinée de radiothérapie et chimiothérapie pour une néoplasie maligne ne sont pas codés.

SD0216k Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques

Ces opérations sont effectuées p. ex. lors de diagnostics tels qu'un cancer du sein ou de l'ovaire dans l'anamnèse familiale, une prédisposition génétique, une infection chronique, un carcinome mammaire lobulaire dans le sein controlatéral, un carcinome mammaire in situ ou une mastopathie fibrokystique. Ces états doivent être codés en diagnostic principal.

Exemple 1

Mastectomie en raison d'une anamnèse familiale de cancer du sein.

DP Z80.3 Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein

Exemple 2

Mastectomie en raison d'une mastopathie fibrokystique.

DP N60.1 Mastopathie diffuse kystique

Exemple 3

Une patiente porteuse confirmée d'un gène la prédisposant à un cancer du sein est admise pour une mastectomie bilatérale préventive.

DP Z40.00 Opération prophylactique de la glande mammaire [sein]

Exemple 4

Patientes avec prédisposition génétique de carcinome de l'ovaire (BRCA1-mutation positive) est admise pour ovariectomie bilatérale prophylactique.

DP Z40.01 Opération prophylactique de l'ovaire

SD0217k Traitement palliatif

Les **soins** palliatifs chez les patientes/patients (atteints d'une tumeur) sont codés à l'aide des codes CHOP appropriés.

Le code CIM-10-GM *Z51.5 Soins palliatifs* se code comme diagnostic supplémentaire uniquement :

- si, chez les patientes/patients non transférés, aucun code de traitement complexe ne peut être codé
- si la patiente/patient est transféré en soins palliatifs (voir également D15).

Conformément aux prescriptions de la règle de codage D15, le code Z51.5 est saisi par l'hôpital qui admet le patient.

Note: «Choix du diagnostic principal lors de traitements palliatifs » à la règle de codage G52 et «Symptômes d'une tumeur», «Maladies étiologiquement liées à une tumeur» à la règle SD0202.

Remarque:

- Si, lors d'un traitement palliatif (le codage contient soit les codes CHOP *93.8A.2.-*, *93.8B.-* ou le code CIM *Z51.5* si les caractéristiques minimales ne sont pas remplies p.ex en cas de décès) les conditions de la règle G52 sont remplies, la maladie qui était la raison du traitement palliatif doit être choisie comme DP.
- Les symptômes d'une maladie (tumorale) à un stade avancé, p.ex. forte nausée, inflammation systémique, faiblesse, perte de l'appétit, douleurs généralisées, essoufflement, panique, etc. ne doivent pas être codés comme causes du traitement palliatif dans le diagnostic principal, même lorsqu'ils étaient au centre du traitement stationnaire pour le confort de la personne malade.

Si la documentation médicale et/ou le dossier du patient indique que, par exemple, l'intention du traitement est passée de curative à palliative, qu'une opération a été effectuée dans un but palliatif, qu'une chimiothérapie se veut palliative, etc., le code *Z51.5 Soins palliatifs* **ne peut pas** être saisi.

L'utilisation du code *Z51.5 Soins palliatifs* est réservée uniquement aux conditions susmentionnées.

Saisie de limitations fonctionnelles dans le cadre de traitements palliatifs

Les codes des rubriques *U50.-* à *U51.-* qui se rapportent à l'indice de Barthel peuvent être relevés pour les traitements de la médecine palliative (comme pour les traitements gériatriques et de réadaptation précoce) au **début du traitement palliatif**.

Cela signifie, en référence aux notes sous les rubriques *U50.-* et *U51.-*, que le relevé **ne doit pas** nécessairement avoir lieu dans les 5 premiers jours du traitement **hospitalier**.

SD0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

SD0401c Généralités

Diabète sucré: types

On distingue plusieurs types de diabète sucré, qui sont classés comme suit dans la CIM-10-GM:

- E10.- Diabète sucré, type 1*
Englobe tous les diabètes de type I, notamment le diabète juvénile, le diabète insulino-dépendant (DID)
- E11.- Diabète sucré, type 2*
Englobe tous les diabètes de type II, notamment le diabète adulte, le diabète non insulino-dépendant (DNID)
- E12.- Diabète sucré de malnutrition*
Cette forme de diabète se rencontre avant tout chez des patients des pays en voie de développement. Ce code ne s'applique pas au diabète sucré lié à un syndrome métabolique.
- E13.- Autres diabètes sucrés précisés*
Notamment le diabète dû à des mesures médicales, telles que le diabète dû aux stéroïdes.
- E14.- Diabète sucré, sans précision*
- O24.0 Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant, type 1*
- O24.1 Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant, type 2*
- O24.2 Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant, lié à la malnutrition*
- O24.3 Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant, sans précision*
- O24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse*
- P70.0 Syndrome de l'enfant dont la mère a un diabète de la grossesse*
- P70.1 Syndrome de l'enfant de mère diabétique*
- P70.2 Diabète sucré néonatal*
- R73.0 Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*
- Z83.3 Antécédents familiaux de diabète sucré*

Note: le traitement à l'insuline ne permet **pas** de déterminer le type de diabète et ne constitue pas une preuve de dépendance primaire à l'insuline.

Catégories E10 – E14

Dans les catégories *E10 – E14*, les complications possibles sont indiquées par les caractères **en quatrième et en cinquième position** (p. ex. *.0* pour coma, *.1* pour acidocétose, *.2* pour complications rénales, *.20* pour complications rénales, non spécifié comme décompensé, *.74* pour syndrome du pied diabétique, non spécifié comme décompensé, etc.).

SD0402a Règles de codage du diabète sucré

Le codage du diabète sucré comme diagnostic principal ou supplémentaire est soumis à des règles détaillées. Le but est la répartition correcte des cas entre les groupes DRG.

Diagnostic principal diabète sucré avec complications

En cas de diabète sucré désigné par un code des catégories *E10.* – à *E14.* – et présentant des complications, on vérifiera avant de procéder au codage si l'hospitalisation a pour but avant tout

- **le traitement du diabète sucré en tant que maladie primaire ou**
- **le traitement d'une ou de plusieurs complications**

Par ailleurs, il importe pour le codage de déterminer combien de complications du diabète sucré existent et si elles remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54).

1) La maladie primaire «diabète sucré» est traitée; seule une complication (manifestation) à cette maladie a été observée:

DP *E10 – E14*, 4^e caractère «.6»

CD on indiquera de plus un code pour la manifestation si la définition du diagnostic supplémentaire est remplie

Cette règle de codage représente **une exception aux règles de la CIM-10** concernant le codage du diabète sucré. Selon cette règle, le 4^e caractère «.6» du code du diabète vise un DRG concernant le diabète. Avec p. ex. «.2» comme 4^e caractère, on obtiendrait un DRG concernant les reins.

Exemple 1

Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 est hospitalisé pour une grave décompensation métabolique. De plus, il présente comme unique complication, une néphropathie diabétique pour laquelle il reçoit un traitement.

DP *E10.61†* Diabète sucré, type 1 avec complications précisées, spécifié comme décompensé

CD *N08.3** Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 2

Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 est hospitalisé pour une grave décompensation métabolique. De plus, il présente, comme unique complication, une néphropathie diabétique qui n'est toutefois pas traitée.

DP *E10.61* Diabète sucré, type 1 avec complications précisées, spécifié comme décompensé

2) La maladie primaire «diabète sucré» est traitée; des complications (manifestations) multiples de ce diabète ont été observées, mais aucune ne fait l'objet d'un traitement en priorité:

DP E10 – E14, 4^e caractère «.7»

CD/DS on indiquera de plus un code pour chaque manifestation qui remplit la définition du diagnostic supplémentaire

Exemple 3

Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et de complications multiples (athérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisée pour cause de grave décompensation métabolique. Toutes ces complications font également l'objet d'un traitement.

DP E10.73+ Diabète sucré, type 1 avec complications multiples, spécifié 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

Exemple 4

Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et de complications multiples (athérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisée pour cause de grave décompensation métabolique. Les complications ne sont pas traitées.

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

3) L'hospitalisation a lieu avant tout pour le traitement d'une complication (manifestation) du diabète sucré:

DP E10 – E14, quatrième caractère selon la manifestation

CD suivi du code de cette manifestation

DS les codes de chacune des autres manifestations doivent aussi être indiqués, pour autant que celles-ci remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire

Exemple 5

Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 avec complications vasculaires périphériques sous forme d'athérosclérose des artères distales avec douleurs au repos est hospitalisé pour une opération de by-pass. Il présente par ailleurs une rétinopathie qui limite considérablement sa faculté visuelle et le rend dépendant.

DP E10.50+ Diabète sucré, type 1 avec complications vasculaires périphériques, non spécifié comme décompensé

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

DS I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos

DS E10.30+ Diabète sucré avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé

DS H36.0* Rétinopathie diabétique

TP 39.25.-- Pontage vasculaire de l'aorte ou de l'artère iliaque vers d'autres artères de membre inférieur

Remarque: le code I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos sert, dans cet exemple, à préciser le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

4) L'hospitalisation a lieu avant tout pour le traitement de complications (manifestations) multiples du diabète sucré:

Conformément à la définition du diagnostic principal, la complication qui requiert le plus de ressources médicales sera codée comme diagnostic principal.

DP	E10 – E14, quatrième caractère selon la manifestation nécessitant le plus d'effort de soins
CD	suivi de ce code de la manifestation nécessitant le plus d'effort de soins
DS	E10 – E14, quatrième caractère selon les autres manifestations traitées
DS	les codes des manifestations qui remplissent la définition du diagnostic supplémentaire

Diagnostic supplémentaire diabète sucré

Si l'hospitalisation a eu lieu pour une raison autre que le diabète sucré, on vérifiera pour le codage

- si le diabète sucré remplit les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire,
- si l'on observe des complications du diabète sucré et
- si ces complications remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire.

Si le diabète sucré remplit les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire, il est à coder. S'il existe des complications (manifestations), on ajoutera au code E10 – E14 concerné un 4^e caractère correspondant à la ou les complications (manifestations). Ces complications/manifestations sont codées si elles remplissent la définition du diagnostic supplémentaire.

Toutefois, contrairement aux règles appliquées au diagnostic principal «diabète sucré»:

- le «.6» ne doit pas être saisi comme 4^e caractère lorsqu'il est possible de choisir un code spécifique pour chaque complication
- on utilisera «.7» comme 4^e caractère dans les cas de complications multiples.

Exemple 6

Une patiente est hospitalisée pour une fracture fermée de la tête de l'humérus droit consécutive à une chute, sans lésion des tissus mous. Elle présente par ailleurs un diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique. Le diabète est traité (mesures diététiques et médicaments), ainsi que la complication rénale.

DP	S42.21	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus: tête
L	1	
CD	X59.9!	Autre accident ou accident non précisé
DS	E11.20+	Diabète sucré, type 2 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé
DS	N08.3*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 7

Une patiente est hospitalisée pour une fracture fermée de la tête de l'humérus droit consécutive à une chute, sans lésion des tissus mous. Elle présente par ailleurs un diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique. Seul le diabète reçoit un traitement diététique et médicamenteux.

DP	S42.21	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus: tête
L	1	
CD	X59.9!	Autre accident ou accident non précisé
DS	E11.20+	Diabète sucré, type 2 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé

Remarque: comme le prévoit la règle D03, les codes daguet peuvent être codés seuls.

SD0403a Complications spécifiques du diabète sucré

D'une manière générale, on tiendra compte des paragraphes précédents pour le codage des complications du diabète sucré.

Complications rénales (E10† – E14† avec le 4^e caractère «.2»)

Les maladies rénales provoquées par le diabète sucré doivent être codées comme «diabète sucré avec complications rénales» E10† – E14†, avec «.2» comme 4^e caractère. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Un patient diabétique de type 1 est traité pour une néphropathie diabétique.

DP E10.20† Diabète sucré, type 1 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé

CD N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 2

Un patient diabétique de type 1 est traité pour une insuffisance rénale terminale due à une néphropathie diabétique.

DP E10.20† Diabète sucré, type 1 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé

CD N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

DS N18.5 Insuffisance rénale chronique, Stade 5

Remarque: le code N18.5 *Insuffisance rénale chronique, Stade 5* sert dans cet exemple à spécifier plus précisément le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

Maladies oculaires liées au diabète (E10† – E14† avec le 4^e caractère «.3»)

Les maladies oculaires liées au diabète sucré doivent être codées comme diabète sucré avec complications oculaires E10† – E14†, 4^e caractère «.3». On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Rétinopathie diabétique:

E10† – E14†, 4^e caractère «.3» Diabète sucré avec complications oculaires

H36.0* Rétinopathie diabétique

Une rétinopathie diabétique avec œdème (maculaire) de la rétine sera codée comme suit:

E10† – E14†, 4^e caractère «.3» Diabète sucré avec complications oculaires

H36.0* Rétinopathie diabétique

H35.8 Autres affections rétiniennees précisées

Si la maladie oculaire diabétique a pour conséquence la **cécité ou une faculté oculaire réduite**, on ajoutera un code de la catégorie

H54.– Cécité et baisse de la vue

Cataracte: Une cataracte diabétique n'est codée que si elle est liée au diabète sucré:

<i>E10† – E14†, 4^e caractère «.3»</i>	<i>Diabète sucré avec complications oculaires</i>
<i>H28.0*</i>	<i>Cataracte diabétique</i>

S'il n'y a pas de lien de causalité entre la cataracte et le diabète sucré, la cataracte d'une personne diabétique sera codée comme suit:

<i>le code correspondant de la catégorie</i>	<i>H25.– Cataracte sénile</i>
<i>ou</i>	<i>H26.– Autres cataractes</i>

et les codes correspondants des catégories *E10 – E14* Diabète sucré.

Neuropathie et diabète sucré (E10† – E14† avec le 4^e caractère «.4»)

Les maladies neurologiques liées au diabète sucré doivent être codées comme Diabète sucré avec complications neurologiques *E10† – E14†*, avec «.4» comme 4^e caractère. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Mononeuropathie diabétique:

<i>E10† – E14†, 4^e caractère «.4»</i>	<i>Diabète sucré avec complications neurologiques</i>
<i>G59.0*</i>	<i>Mononeuropathie diabétique</i>

Amyotrophie diabétique:

<i>E10† – E14†, 4^e caractère «.4»</i>	<i>Diabète sucré avec complications neurologiques</i>
<i>G73.0*</i>	<i>Syndrome myasthénique au cours de maladies endocriniennes</i>

Polyneuropathie diabétique:

<i>E10† – E14†, 4^e caractère «.4»</i>	<i>Diabète sucré avec complications neurologiques</i>
<i>G63.2*</i>	<i>Polyneuropathie diabétique</i>

Maladies vasculaires périphériques et diabète (E10† – E14† avec le 4^e caractère «.5»)

Les maladies vasculaires périphériques liées au diabète sucré doivent être codées comme diabète sucré avec complications vasculaires périphériques *E10† – E14†*, avec «.5» comme 4^e caractère. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Diabète sucré avec angiopathie périphérique:

<i>E10† – E14†, 4^e caractère «.5»</i>	<i>Diabète sucré avec complications vasculaires périphériques</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs</i>

Syndrome du pied diabétique (E10 – E14 avec le 4^e caractère «.7»)

Le diagnostic «Pied diabétique» est codé par:

E10 – E14 avec pour 4^e et 5^e caractères:

.74 *Diabète sucré avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, non spécifié comme décompensé*

ou

.75 *Diabète sucré avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, spécifié comme décompensé*

Les codes pour les deux manifestations/complications du syndrome du pied diabétique

G63.2 Polyneuropathie diabétique*

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

sont à **indiquer ensuite**. Toutes les autres manifestations/complications qui remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire sont à coder en diagnostic supplémentaire. Une liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du «syndrome de pied diabétique» se trouve dans l'annexe.

Exemple 3

Un patient avec du diabète sucré de type 1 décompensé est hospitalisé pour le traitement d'un syndrome du pied diabétique à droite, avec ulcère mixte des orteils (en cas d'angiopathie et de neuropathie) et érysipèle à la jambe droite.

DP	E10.75†	Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, spécifié comme décompensé
CD	G63.2*	Polyneuropathie diabétique
DS	I79.2*	Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs
DS	I70.24	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération
L	1	
DS	A46	Erysipèle

Remarque: Le code I70.24 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération sert, dans cet exemple, à préciser le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

SD0404a Syndrome métabolique

En cas de syndrome métabolique, les différentes composantes du syndrome (obésité, hypertension, hyperlipidémie et diabète sucré) doivent être codées séparément pour autant qu'elles remplissent les conditions de la définition des diagnostics supplémentaires (règle G54).

SD0405a Anomalies de la sécrétion pancréatique interne

Les codes

E16.0	Hypoglycémie médicamenteuse, sans coma
E16.1	Autres hypoglycémies
E16.2	Hypoglycémie, sans précision
E16.8	Autres anomalies précisées de la sécrétion pancréatique
E16.9	Anomalie de la régulation de la sécrétion pancréatique interne, sans précision

ne doivent **pas** être indiqués en diagnostic principal chez les diabétiques.

SD0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose)

Dans le cas d'un patient atteint de fibrose kystique, on indiquera, indépendamment de la manifestation de cette maladie qui est à l'origine de l'hospitalisation, un code de la catégorie *E84.- Fibrose kystique* comme diagnostic principal. Chacune des manifestations spécifiques doit toujours être codée comme diagnostic supplémentaire.

En cas de manifestations combinées, on utilisera dans chaque cas, le code correspondant du groupe *E84.8- Fibrose kystique avec autres manifestations*:

E84.80 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires et intestinales

E84.87 Mucoviscidose avec autres manifestations multiples

E84.88 Mucoviscidose avec autres manifestations

Exemple 1

Un patient souffrant de mucoviscidose et d'une infection due à Haemophilus influenzae est hospitalisé pour le traitement d'une bronchite.

DP *E84.0 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires*

DS *J20.1 Bronchite aiguë due à Haemophilus influenzae*

Le code *E84.80 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires et intestinales* **ne doit pas être indiqué** si p. ex. la manifestation intestinale fait l'objet d'un traitement en priorité et si le patient a été hospitalisé spécialement pour l'opération d'une complication associée à la manifestation intestinale. Dans ce cas, le code :

E84.1 Fibrose kystique avec manifestations intestinales

doit être indiqué comme diagnostic principal et

E84.0 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires
comme diagnostic supplémentaire.

Cette règle de codage représente ainsi une **exception** aux règles de la CIM-10-GM concernant le codage de la fibrose kystique avec manifestations combinées.

Si l'hospitalisation **n'est pas liée à la fibrose kystique**, on indiquera le code de la maladie (p. ex. fracture) comme diagnostic principal et le code *E84.- Fibrose kystique* comme diagnostic supplémentaire, s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire.

SD0407e Malnutrition chez les adultes

Définition des stades dans l'annexe.

Codage:

- Le diagnostic doit être posé par le médecin traitant.
- Une malnutrition selon CIM-10 *E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous a été effectuée:

- 89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement*

ou

- 89.0A.32 Conseil/traitement diététique*

- Une malnutrition selon CIM-10 *E44.- Malnutrition protéino-énergétique modérée* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous **au moins** a été effectuée:

- 89.0A.32 Conseil/traitement diététique*
- 89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement*
- 96.6 Perfusion entérale de substances nutritives concentrées*
- 99.15 Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées*

Remarque: Les codes *E43* et *E44.-* ne peuvent être utilisés que si les critères prévus dans l'annexe sont remplis. Lorsque des critères ne sont pas remplis (définition malnutrition et/ou procédure), il faut alors utiliser le code *E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision*.

Lorsqu'une malnutrition protéino-énergétique (*E43*, *E44.0*, *E44.1*, *E46*) et une cachexie (*R64*) sont documentées, on ne code que le *E4-* de la malnutrition (pas de codage double).

SD0408e Malnutrition chez les enfants

Définition des stades dans l'annexe.

Codage:

- Le diagnostic doit être posé par le médecin traitant.
- Une malnutrition selon CIM-10 *E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous a été effectuée:
 - 89.0A.4- *Conseil/traitement* diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement
 - ou**
 - 89.0A.32 *Conseil/traitement* diététique
- Une malnutrition selon CIM-10 *E44.- Malnutrition protéino-énergétique modérée* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous **au moins** a été effectuée:
 - 89.0A.32 *Conseil/traitement* diététique
 - 89.0A.4- *Conseil/traitement* diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement
 - 96.6 *Perfusion entérale de substances nutritives concentrées*
 - 99.15 *Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées*

Remarque: Les codes *E43* et *E44.-* ne peuvent être utilisés que si les critères prévus dans l'annexe sont remplis. Lorsque des critères ne sont pas remplis (définition malnutrition et/ou procédure), il faut alors utiliser le code *E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision*.

Lorsqu'une malnutrition protéino-énergétique (*E43*, *E44.0*, *E44.1*, *E46*) et une cachexie (*R64*) sont documentées, on ne code que le *E4-* de la malnutrition (pas de codage double).

SD0500 Troubles mentaux et du comportement

SD0501K Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants, médicaments, 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 4^e 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*

Intoxication aiguë accidentelle

Voir chapitre SD1900.

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*

Note:

- L'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool sont deux choses distinctes.
Dans le cas d'abus d'alcool, le code à saisir est le *F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Utilisation nocive pour la santé*.
En situation de dépendance à l'alcool ou d'abus chronique d'alcool, le code à saisir est le *F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Syndrome de dépendance*.
- Les conditions suivantes s'appliquent pour pouvoir utiliser le code *F10.3 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage*:
Présence du tableau clinique des événements de sevrage et documentation claire du schéma de sevrage.
Il y a lieu de tenir compte des règles concernant le diagnostic principal et les diagnostics supplémentaires (G52 et G54).

Remarque:

- Les codes des rubriques *F10.- à F19.-* qui, avec le «.1» en quatrième position, indiquent l'«utilisation nocive pour la santé» d'une substance psychotrope (*F10.1 – F19.1*) **ne sont pas** codés en combinaison avec les codes des rubriques *F10.2 - 4 à F19.2 - 4*. Les codes des rubriques *F10.- à F19.-* se terminant par les chiffres -0,-5,-6,-7,-8 et -9 peuvent apparaître en même temps que l'«utilisation nocive pour la santé» et pourraient être utilisés ensemble en tenant compte des règles de codage G52 et G54.
- Les codes des différentes catégories F peuvent cependant être codés conjointement s'ils sont présents ensemble, en appliquant comme d'habitude toutes les règles de codage et en tenant compte des notes figurant sous les codes. Cela signifie qu'il pourrait être possible, par exemple, de saisir *F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool: Utilisation nocive pour la santé* avec *F14.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne: Syndrome de dépendance* s'ils sont présents simultanément.

Codage conjoint du syndrome de dépendance et de sevrage

Si, au cours d'un séjour hospitalier, **seul un** syndrome de sevrage (par exemple de l'alcool) (avec ou sans délire) est traité, cela n'est indiqué qu'avec les codes des rubriques **F10.3 - F19.3 Troubles mentaux et du comportement liés à...: Syndrome de sevrage** **ou** **F10.4 - F19.4 Troubles mentaux et du comportement liés à...: Syndrome de sevrage avec delirium**.

Dans le cas d'une thérapie/d'un traitement unique du sevrage, la dépendance (médicalement documentée) ne doit pas être codée en plus, sauf si les charges liées à ce diagnostic sont vérifiables conformément à la règle de codage G54.

Dans les cas où (par exemple dans une clinique spécialisée dans les addictions, etc.) un traitement initial du syndrome de sevrage (désintoxication) est suivi, au cours du même séjour hospitalier, d'une thérapie de motivation ou d'un traitement de suivi ou lorsqu'une autre charge peut être démontrée selon la règle de codage G54, rien ne s'oppose au codage conjoint des deux codes (**F10.3 - F19.3 Troubles mentaux et du comportement liés à...: Syndrome de sevrage** **ou** **F10.4 - F19.4 Troubles mentaux et du comportement liés à...: Syndrome de sevrage avec delirium** **et** **F10.2 - F19.2 Troubles mentaux et du comportement liés à...: Syndrome de dépendance**) en tenant compte de toutes les règles de codage.

Le code de diagnostic qui a demandé le plus de ressources médicales pendant le séjour correspondant doit être saisi comme diagnostic principal.

Un syndrome de sevrage physique (corrélât biologique) peut en principe se produire même sans la présence d'un syndrome de dépendance (construction psychologique). Cependant, cette situation se produit plutôt rarement dans la pratique clinique.

Par exemple, des symptômes de sevrage chez des nouveau-nés qui ne présentent pas de dépendance active, mais qui ont été exposés à la substance psychoactive dans l'utérus en raison de la consommation de la mère.

C'est-à-dire qu'une dépendance est inhérente à un syndrome de sevrage dans la plupart des cas cliniques.

L'apparition d'un syndrome de sevrage physique nécessite le développement préalable d'une tolérance.

Ainsi, le syndrome de sevrage n'est qu'un (1) indicateur de la dépendance.

La durée du syndrome de sevrage peut varier en fonction de la quantité consommée et de la biologie intrinsèque individuelle des patients concernés.

Les états de sevrage connaissent souvent des fluctuations et les patients doivent être suivis au-delà de l'épisode de sevrage aigu.

SD0600 Maladies du système nerveux

Note:

Les règles de codage SD0601 et SD0602 valent pour tous les états énumérés dans les catégories *I60.- à I64.-* ainsi que *G45.-*, y compris pour le codage de l'hémorragie sous-arachnoïdienne ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique et des déficits neurologiques potentiels qui en résultent.

SD0601I «Accident vasculaire cérébral aigu, etc.», hémorragie sous-arachnoïdienne, autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques

Remarque: «accident vasculaire cérébral (AVC), attaque, apoplexie, Cerebrovascular accident (CVA), Cerebrovascular Insult (CVI), etc.» désignent un ou plusieurs déficits neurologiques d'apparition **aiguë** en raison d'un trouble circulatoire cérébral (ischémique) et/ou d'une hémorragie intracérébrale (hémorragique). Les symptômes varient en fonction de la zone touchée dans le cerveau et ont des conséquences variables et immédiates.

Tant qu'un(e) patient(e) reçoit un **traitement hospitalier stationnaire aigu continu** en raison d'un accident vasculaire cérébral aigu, etc., d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique et de ses conséquences directes (déficits), il faut attribuer un code des catégories *I60.- à I64.- Hémorragie sous-arachnoïdienne, intracérébrale, intracrânienne non traumatique, infarctus cérébral* ainsi que *G45.- Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés* avec le code correspondant pour chaque déficit (p.ex. hémiparésie, aphasie, hémianopsie, hémiparésie, etc.).

Dans le contexte aigu, toutes les conséquences directes (déficits) clairement attribuables à l'événement aigu doivent être saisies. Avec le diagnostic/le traitement/les soins de la maladie causale, les déficits neurologiques qui en résultent sont considérés comme également traités dans l'événement aigu.

Dans le cas d'une nouvelle hospitalisation en soins aigus dans les 18 jours, par exemple un retransfert du patient en cours de réadaptation ou une réadmission, les directives de codage D16 et SD0602 s'appliquent pour les maladies/troubles après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique qui se rapportent aux traitements ayant été fournis lors du séjour précédent (voir exemple 3).

Si la nouvelle hospitalisation en soins aigus (retransfert du patient en cours de réadaptation ou réadmission) porte principalement sur le traitement d'une conséquence/d'un déficit direct(e) de «l'accident vasculaire cérébral aigu, etc.» ou si la réadmission est due à un nouveau problème médical (voir exemple 2) ou si la réadmission a lieu après le délai de 18 jours en raison d'une affection/trouble après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique (voir exemple 4) ayant été fournis lors du séjour précédent, les règles de codage G52, G54 et/ou S0602 s'appliquent.

Pour les **suites de soins planifiées** dans le cadre du traitement d'un «accident vasculaire cérébral aigu, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique, se référer à la règle de codage D07 «Suivi interventionnel planifié».

Exemple 1

Un patient est hospitalisé des suites d'un infarctus cérébral avec hémiparésie flasque à droite et aphasie. Les radiographies révèlent une occlusion de l'artère cérébrale moyenne gauche.

DP	I63.5	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé
L	2	
DS	G81.0	Hémiparésie flasque
L	1	
DS	R47.0	Aphasie

Exemple 2

Réadmission après 5 jours de séjour en réadaptation en raison d'une angine de poitrine de survenue nouvelle et d'une suspicion d'infarctus du myocarde. Les conséquences de l'infarctus cérébral déjà traitées dans le cas précédent (exemple 1) génèrent une charge supplémentaire documentée. Une maladie coronarienne est diagnostiquée et fait l'objet d'un traitement en conséquence.

Selon la documentation médicale, la réadmission a pour charge principale le traitement de l'angine de poitrine instable.

DP	I20.0	Angine de poitrine
DS	I25.11	Cardiopathie ischémique chronique, Maladie monotronculaire
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplégie flasque
L	1	
DS	R47.0	Dysphasie et aphasie
DS	I69.3	Séquelles d'infarctus cérébral

Exemple 3

Réadmission après 4 jours de séjour en réadaptation en raison d'une infection au site d'insertion du cathéter veineux central (mise en place dans l'exemple 1).

Les conséquences de l'infarctus cérébral déjà traitées dans le cas précédent génèrent une charge supplémentaire documentée.

Selon la documentation médicale, la réadmission a pour charge principale le traitement de la complication médicale liée au diagnostic principal du séjour précédent (exemple 1).

DP	I63.5	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé
L	2	
DS	T82.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplégie flasque
L	1	
DS	R47.0	Dysphasie et aphasie
DS	I69.3	Séquelles d'infarctus cérébral

Dans un regroupement de cas possible/nécessaire (p. ex. l'exemple 1+3 lors d'un retransfert selon les règles de facturation Swiss-DRG SA) après application de la règle de codage D16, un code de la catégorie I69.- est supprimé.

Exemple 4

(Ré)admission après 23 jours de séjour en réadaptation (état après hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë du côté droit, partant de l'artère basilaire, hémiplégie flasque du côté gauche, incontinence urinaire persistante, aphasie et dysphagie) en raison d'une infection persistante au site d'insertion du cathéter veineux central (mise en place dans le cadre du traitement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë). Les paramètres inflammatoires augmentent pendant le séjour en réadaptation, le patient a de la fièvre, il est de plus en plus troublé et tachypnéique.

Les déficits/conséquences de l'hémorragie sous-arachnoïdienne déjà traités dans le premier cas (aigu) génèrent une charge supplémentaire documentée.

Un «sepsis de cathéter» (*Staphylococcus aureus*, insuffisance rénale aiguë, thrombopénie croissante, insuffisance respiratoire hypoxique) est diagnostiqué et traité pendant 3 semaines.

Le traitement de toutes les conséquences de l'accident vasculaire cérébral (même en cas d'aggravation supplémentaire en raison du sepsis) se poursuit.

DP	A41.0	Septicémie à staphylocoques dorés
DS		Tous les DS liés au sepsis selon les règles de codage G54 et SD0102
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplégie flasque
L	2	
DS	R47.0	Dysphasie et aphasie
DS	R13.9	Dysphagies, autres et non précisés
DS	R32	Incontinence urinaire, sans précision
DS	I69.0	Séquelles d'hémorragie sous-arachnoïdienne

SD0602k Conséquences d'un/état après: «Accident vasculaire cérébral etc.», une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique

Si un(e) patient(e) présente des antécédents d'un «accident vasculaire cérébral, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique et souffre actuellement encore de déficits neurologiques (p. ex. hémiparésie, aphasie, hémianopsie, hémiparésie, etc.), ces affections/états/manifestations sont saisis à l'aide d'un code selon la règle de codage G54 «Les diagnostics supplémentaires» suivi d'un code de la catégorie **I69. – Séquelles de maladies cérébrovasculaires**. Si aucun(e) autre affection/état/manifestation ne remplit les conditions pour la règle de codage G52 «Le diagnostic principal», la séquelle (neurologique) traitée (p. ex. hémiparésie, aphasie, incontinence, etc.), dont le traitement remplit les conditions de la règle de codage G52, doit être saisie comme diagnostic principal.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée avec une pneumonie à pneumocoques. Elle a subi un accident vasculaire cérébral aigu trois ans plus tôt et prend depuis lors des antiagrégants plaquettaires comme prophylaxie des récidives. Il existe une hémiparésie gauche spastique résiduelle qui demande davantage de soins.

DP	J13	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>
DS	G81.1	Hémiparésie spastique
L	2	
DS	I69.4	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Exemple 2

Un patient est hospitalisé en raison d'une escarre sacrée de 2e degré et de signes de négligence de soins (p. ex. candidose buccale, malnutrition, etc.). Sur le plan étiologique, son état est mis en relation avec un alitement et une situation de soins précaire à domicile avec une hémiparésie spastique marquée à droite (état après une hémorragie intracrânienne grave non traumatique 2 ans auparavant).

Lors des examens cliniques, il présente, entre autres, de fortes contractures (articulaires) de la main droite et du pied droit.

La charge principale du séjour est la remise en condition absolument nécessaire, notamment le traitement positionnel et de mobilisation lié à l'amélioration de l'hémiparésie spastique.

Tous les autres troubles/maladies/états en présence nécessitent une charge selon la règle de codage G54.

DP	G81.1	Hémiparésie ou hémiparésie spastique
L	1	
DS	I69.2	Séquelles d'autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques
DS	L89.14	Ulcère de décubitus, stade 2, Sacrum
DS	B37.0	Stomatite à <i>Candida</i>
DS	E46	Malnutrition protéino-énergétique, sans précision
DS	M24.5-	Raideur articulaire par contracture
L	1	

Déficits fonctionnels

Le codage d'une incontinence urinaire et/ou fécale dans le cadre d'un «accident vasculaire cérébral aigu, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique ou lors du traitement des conséquences (état après) est effectué selon les règles de codage G52 «Le diagnostic principal» et/ou G54 «Les diagnostics supplémentaires» et/ou SD0602 «Conséquences d'un/état après: «accident vasculaire cérébral, etc.», une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique».

SD0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique

Pour les codes concernant la paraplégie ou la tétraplégie traumatique, voir chapitre SD1905 «Lésions de la moelle épinière».

Phase initiale (aiguë) de paraplégie/tétraplégie non traumatique

La phase «aiguë» d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique comprend les premières admissions pour dysfonctionnement non traumatique dû, par exemple, à une myélite transverse ou à un infarctus médullaire. Il peut également s'agir du traitement conservateur ou opératoire d'une maladie qui était en phase de rémission mais qui s'est aggravée et requiert désormais le même degré de soins que pour un patient admis pour la première fois.

En cas de traitement d'une maladie qui a entraîné une lésion aiguë de la moelle épinière (p.ex. une myélite), les codes suivants doivent être indiqués:

La maladie en diagnostic principal, p.ex. la myélite diffuse

G04.9 Encéphalite, myélite et encéphalomyélite, sans précision

et un code de la catégorie

G82.– Paraparésie et paraplégie, tétraparésie et tétraplégie, avec un caractère «0» ou «1» en 5^e position.

Ajouter le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière:

G82.6–! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière

Phase tardive (chronique) d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique

On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie quand le traitement de la maladie aiguë (p.ex. d'une myélite) à l'origine des paralysies est terminé. Si un patient se trouvant dans cette phase chronique est traité pour paraplégie/tétraplégie, un code de la catégorie:

G82.– Paraparésie et paraplégie, tétraparésie et tétraplégie, avec un caractère «2» ou «3» en 5^e position

doit être indiqué comme diagnostic principal.

Si, par contre, un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre affection, p.ex. une infection des voies urinaires, une fracture du fémur, etc., on indiquera la maladie à traiter suivie du code de la catégorie:

G82.– Paraparésie et paraplégie, tétraparésie et tétraplégie, avec un caractère «2» ou «3» en 5^e position

ainsi que les autres affections existantes. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

On ajoutera le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière:

G82.6–! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière

SD0604i Troubles de la conscience

Perte de connaissance

Si la perte de connaissance d'un patient n'est **pas** en rapport avec une blessure, on utilisera les codes suivants :

R40.0 Somnolence

R40.1 Stupeur

R40.2 Coma, sans précision

Troubles sévères de la conscience

Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS), anciennement appelé Vegetative State (VS) et Minimally Conscious State (MCS)

Le «Unresponsive Wakefulness Syndrome» (UWS) est défini comme un état de non-réponse caractérisé par une incapacité à interagir avec l'environnement, c'est-à-dire une absence de réponses cohérentes et volontaires aux stimulations visuelles, auditives, tactiles et nociceptives ; ne laissant ainsi transparaître aucun signe de conscience de soi et de l'environnement.

Le Minimally Conscious State (MCS) est défini comme un état de conscience fortement altéré dans lequel des caractéristiques comportementales minimales, manifestes et reproductibles sont observées, qui laissent transparaître une conscience de soi-même et de l'environnement.

La classification exacte et l'attribution à une catégorie est déterminée par l'échelle CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) résultant de l'évaluation des six sous-échelles du CRS-R : fonction auditive – fonction visuelle – fonction motrice – fonction verbale – communication – éveil. Cette évaluation ne peut pas être utilisée de manière fiable chez les patients de moins de 12 ans. Jusqu'à ce que cet âge soit atteint, le diagnostic posé par le médecin s'applique sans référence au CRS-R.

Classification des troubles sévères de conscience

Sous-échelle CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Fonction auditive	≤ 2	≤ 2 et	3 – 4	
Fonction visuelle	≤ 1 et	2 – 5 ou	4 – 5	
Fonction motrice	≤ 2 et	3 – 5 ou	3 – 5	= 6 et
Fonction verbale	≤ 2 et	≤ 2 ou	3	
Communication	= 0 et	= 0 et	1 – 2	= 2
Eveil	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

Ainsi,

- Un état d'éveil non-répondant (Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)) est avéré, lorsque toutes les conditions de l'UWS sont remplies.
- Un Minimally Conscious State minus (MCS-) est avéré lorsqu'une seule des sous-échelles atteint la valeur nécessaire pour le MCS- (c'est-à-dire localisation de stimulations nociceptives, ou poursuite visuelle, ou sourire ou pleurs appropriés) et lorsque les autres valeurs correspondent au stade UWS.
- Un Minimally Conscious State plus (MCS+) est avéré lorsque la sous-échelle «auditive» atteint la valeur de 3 (réponse à la commande), ou la sous-échelle «verbale» atteint la valeur de 3 (verbalisation intelligible), ou la sous-échelle «communication» atteint la valeur de 1-2 (communication intentionnelle ou fonctionnelle).
- Un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) est avéré, lorsque la sous-échelle «fonction motrice» et la sous-échelle «communication» atteignent la valeur maximale. Ce stade doit être évalué à deux reprises sur une semaine afin d'être avéré comme émergence.

L'évaluation du stade ne peut avoir lieu que 24 h au plus tôt après l'arrêt de la sédation continue aux SI et à condition que l'état ne soit pas dû à des influences médicamenteuses (documentées éventuellement par des analyses sanguines). Une sédation transitoire p.ex. pour des soins apportés au patient ou lors d'un état d'agitation, n'est pas considérée comme une contre-indication à une évaluation. Le stade doit persister au moins une semaine ou évoluer vers un autre stade de trouble de la conscience. Une seconde évaluation dans la semaine qui suit (2 à 3 jours d'intervalle au minimum) est nécessaire afin de confirmer le diagnostic de trouble de la conscience.

Un trouble de la conscience est codé par G93.80 Syndrome apallique, lorsque:

- Un trouble sévère de la conscience de stade Vegetative State (VS) (synonyme: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) ou Minimally Conscious State MCS est avéré selon les définitions ci-dessus.

Remarque: Les troubles sévères de la conscience qui ne répondent pas aux critères définis ci-dessus pour les stades VS/UWS et MCS ne sont PAS codés par G93.80. C'est le cas notamment du stade Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Littérature: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

SD0605e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes(-test)

En cas d'hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur/d'électrodes (-test), la **maladie** est codée comme **diagnostic principal**, avec les codes de procédures correspondants.

Le code

Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur

n'est **pas** utilisé.

(Même règle pour SD1805: Hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur pour traitement de douleur).

SD0606e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes(-test)

En cas d'hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur/d'électrodes(-test), il faut coder

Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur

comme diagnostic principal, avec les codes de procédures correspondants. La maladie initiale n'est codée que si elle remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G54).

(Même règle pour SD1806: Hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur pour traitement de douleur).

SD0607h Codage des stades de la maladie de Parkinson (G20.-)

Pour assurer le codage uniforme des stades de la maladie de Parkinson, sans conséquences négatives pour les patients, on déterminera et on codera le stade de la maladie correspondant au traitement en cours (ON).

SD0700 Maladies de l'œil et de ses annexes

SD0701a Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil

Le code suivant s'applique en cas d'échec ou de rejet de greffe de cornée de l'œil :

T86.83 Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil

Indiquer les codes des diagnostics supplémentaires en relation avec le rejet ou l'échec de greffe de cornée de l'œil en plus du code T86.83, p.ex. :

H16.- Kératite

H18.- Autres affections de la cornée

H20.- Iridocyclite

H44.0 Endophtalmie purulente

H44.1 Autres endophtalmies

Z96.1 Présence d'implants intra-oculaires de cristallin

Conformément à la règle D05, l'état après une greffe de la cornée Z94.7 Greffe de cornée n'est pas codé.

SD0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

SD0801a Hypoacousie et surdité

Les diagnostics hypoacousie et surdité peuvent être désignés par un code correspondant des catégories suivantes :

H90.- Surdité de transmission et neurosensorielle
et
H91.- Autres pertes de l'audition

On les indiquera comme diagnostic principal dans les situations suivantes :

- chez les enfants, en cas d'examen au CT sous sédation ou en cas de test auditif,
- chez les adultes, en cas de perte soudaine de l'audition.

SD0802d Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée

On indiquera uniquement

Z45.3 Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée
accompagné des codes de procédures correspondants.

SD0900 Maladies de l'appareil circulatoire

SD0901a Hypertension et maladies hypertensives

Cardiopathie hypertensive (I11.-)

S'il existe un **lien causal** entre la maladie cardiaque et l'hypertension, on indique un code pour la maladie cardiaque (p.ex. *I50.- Insuffisance cardiaque* ou *I51.- Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies*) suivi du code *I11.- Cardiopathie hypertensive*. Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I11.- Cardiopathie hypertensive* pour coder une maladie cardiaque, celui-ci sera codé seul.

Si par contre il n'y a **pas** de lien causal entre la maladie cardiaque et l'hypertension, celles-ci sont codées séparément.

Néphropathie hypertensive (I12.-)

S'il existe un **lien causal** entre la maladie rénale et l'hypertension, on indique un code pour la maladie rénale (p.ex. du groupe *N18.- Néphropathie chronique*) suivi du code *I12.- Néphropathie hypertensive*.

Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I12.- Néphropathie hypertensive* pour coder une maladie rénale, celui-ci sera codé seul.

Si par contre il n'y a **pas** de lien causal entre la maladie rénale et l'hypertension, celles-ci sont codées séparément.

Cardionéphropathie hypertensive (I13.-)

Dans les cas où l'on est en présence aussi bien d'une cardiopathie hypertensive (*I11.-*) que d'une néphropathie hypertensive (*I12.-*), on indiquera un code pour la maladie cardiaque (p.ex. du groupe *I50.- Insuffisance cardiaque*) et un code pour la maladie rénale (p.ex. du groupe *N18.- Néphropathie chronique*) suivi du code *I13.- Cardionéphropathie hypertensive*.

Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I13.- Cardionéphropathie hypertensive* pour coder une morbidité cardiaque et rénale, celui-ci sera codé seul.

Le diagnostic principal est défini conformément à la définition du diagnostic principal (règle G52).

SD0902e Maladie cardiaque ischémique

Angine de poitrine (I20.-)

En cas d'angine de poitrine, le code correspondant doit être indiqué **avant** celui désignant l'athérosclérose coronaire. Lorsqu'un patient, admis pour cause d'angine de poitrine instable, développe lors de son hospitalisation un infarctus du myocarde, on n'indiquera que le code correspondant à l'infarctus du myocarde.

Si le patient développe une angine de poitrine post-infarctus, le code *I20.0 Angine de poitrine instable* peut être indiqué comme code supplémentaire.

Syndrome coronarien aigu (SCA)

Cette notion couvre les différentes phases d'une maladie coronarienne présentant des risques vitaux, qui vont de l'angine de poitrine instable aux morts cardiaques subites, en passant par l'infarctus du myocarde aigu. Il s'agit là de trois stades différents d'une seule et même maladie: la maladie coronarienne. Par conséquent, les patients présentant des douleurs thoraciques avec suspicion de syndrome coronarien aigu sont, sur la base des résultats de l'ECG et des marqueurs cardiaques biochimiques (troponines), répartis dans les catégories suivantes:

Diagnostic	CIM-10-GM	Laboratoire / ECG
Angine de poitrine instable	<i>I20.0 instable Angine de poitrine instable</i>	Troponines nég; ECG: pas d'élévation du segment ST
NSTEMI (N on- ST - E levation M yocardial I nfarction) ou Syndrome coronarien aigu (SCA) avec troponines pos.	<i>I21.4 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde</i>	Troponines pos; ECG: pas d'élévation du segment ST
STEMI (ST - E levation M yocardial I nfarction)	<i>I21.0 – 3 Infarctus transmural aigu du myocarde (selon la localisation)</i>	Troponines pos; ECG pos. (élévation du segment ST)
SCA sans précision (S yndrome c oronarien a igu)	<i>I24.9 Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision</i>	Non spécifié

Remarque: l'angine de poitrine stable (*I20.1 – I20.9*) ne fait pas partie du syndrome coronarien aigu (SCA).

Infarctus aigu du myocarde

Pour un infarctus du myocarde considéré comme aigu ou remontant à moins de 28 jours, on utilisera un code de la catégorie *I21.- Infarctus aigu du myocarde*.

Il s'agit ici d'indiquer les codes correspondants de la catégorie *I21.- Infarctus aigu du myocarde* pour le traitement initial de l'infarctus par l'établissement hospitalier dans lequel le patient a été admis en premier et pour les soins éventuellement dispensés par d'autres établissements dans les quatre semaines (28 jours) ayant suivi l'infarctus.

Infarctus du myocarde récidivant

Si le patient fait un deuxième infarctus du myocarde dans les 28 jours suivant le premier, il convient d'utiliser un code de la catégorie *I22.- Infarctus du myocarde à répétition*.

Infarctus du myocarde ancien

Le code *I25.2- Infarctus du myocarde, ancien* indique un **diagnostic anamnestique**, qui ne figure pas parmi les codes Z («status après», «état après») au chapitre XXI. Ce diagnostic se code s'il revêt de l'importance pour le traitement actuel (voir aussi D05).

Cardiopathie ischémique ayant reçu un traitement chirurgical/interventionnel antérieur

Si pendant l'hospitalisation actuelle, on traite une cardiopathie ischémique ayant déjà fait l'objet d'un traitement chirurgical/interventionnel par le passé, il faut procéder comme suit :

Lorsqu'en l'absence d'occlusion des pontages/stents existants, une nouvelle intervention est effectuée pour traiter d'autres segments vasculaires, l'un des codes suivants :

I25.11 Cardiopathie artérioscléreuse, maladie monotronculaire

I25.12 Cardiopathie artérioscléreuse, maladie bitronculaire

I25.13 Cardiopathie artérioscléreuse, maladie tritronculaire

ou

I25.14 Cardiopathie artérioscléreuse, sténose du tronc commun de l'artère coronaire gauche

ainsi que l'un des codes suivants :

Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

ou

Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires

doivent être indiqués.

Les codes

I25.15 Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage

I25.16 Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose sur stent

ne doivent être indiqués **que si** le pontage/stent est lui-même touché.

Dans ce cas, les codes

Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires

ne doivent **pas** être indiqués comme diagnostics supplémentaires.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé avec une angine de poitrine instable qu'il a développée trois ans après une opération de pontage. L'examen par cathétérisme cardiaque montre une sténose du bypass veineux.

DP I25.15 Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage

Les conditions nécessaires pour l'attribution des codes

Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

ou

Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires

sont non seulement que l'anamnèse rapporte l'existence d'un pontage aorto-coronaire ou un antécédent d'angioplastie coronaire, mais aussi que ces informations soient pertinentes pour le traitement hospitalier en cours (voir définition du diagnostic supplémentaire, règle G54).

SD0903k Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire

Dans le codage d'une occlusion de stent ou de pontage, la première question importante est de déterminer s'il s'agit d'une occlusion **AVEC** ou **SANS** infarctus du myocarde.

Dans les cas d'occlusion sans infarctus du myocarde, on fait une distinction entre la thrombose coronaire et l'occlusion chronique. Lorsque la thrombose est l'objet d'un traitement local spécifique, elle est à coder en plus comme une complication due à l'implant/ au transplant vasculaire.

Règles de codage d'une thrombose ou occlusion de stent/pontage coronaire

1. Toute occlusion de stent ou de pontage coronaire **avec un infarctus du myocarde** doit être désignée en diagnostic principal par le code *I21.- Infarctus aigu du myocarde*. Ceci vaut pour la thrombose aiguë (de stent) et pour l'occlusion par progression de la maladie primaire.

Le code *T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* n'est ajouté pour une thrombose que si celle-ci fait l'objet d'un traitement local spécifique, p.ex. par *36.04 Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*. Pour toute nouvelle PTCA avec ou sans pose de stent – ou toute nouvelle opération de pontage, on ne codera pas le *T82.8*, mais le *Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire*.

2. Dans les cas d'occlusion de stent ou de pontage coronaire **sans infarctus du myocarde**, on distingue selon l'étiologie:

- La thrombose, désignée en diagnostic principal par le code *I24.0 Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde*. Le diagnostic *T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* n'est codé en plus que si la thrombose fait l'objet d'un traitement local spécifique. Pour toute nouvelle PTCA avec ou sans pose de stent – ou toute nouvelle opération de pontage – on ne codera pas le *T82.8*, mais le *Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire*.
- L'occlusion par prolifération de l'intima (ou par progression de la maladie artérioscléreuse primaire) est codée par :
I25.15 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose de vaisseaux de pontage ou
I25.16 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose sur stents.
 Dans ce cas, *Z95.1* et *Z95.5* ne doivent pas être indiqués comme diagnostics supplémentaires.

Exemple 1

Une patiente fait un infarctus aigu du myocarde suite à l'occlusion thrombotique d'un stent implanté 2 mois auparavant. Elle est traitée par insertion d'un nouveau stent métallique.

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
DS	Z95.5	Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires
TP	00.66.2-	Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé
TS	00.40	Intervention sur un vaisseau
TS	36.08.11	Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire

Exemple 2

Un patient fait un infarctus aigu du myocarde suite à l'occlusion thrombotique d'un stent implanté 2 mois auparavant. Un nouveau stent métallique est inséré; dans la même séance, la thrombose du stent est traitée p.ex. par perfusion d'agent thrombolytique dans l'artère coronaire.

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
DS	T82.8	Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
DS	Y82.8!	Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
TP	00.66.2-	Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé
TS	00.40	Intervention sur un vaisseau
TS	36.08.11	Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire
TS	00.66.38	Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires, thrombolyse sélective

Exemple 3

Chez un patient atteint de maladie coronarienne chronique, la coronarographie montre une occlusion du pontage LIMA. Un traitement conservateur est planifié et une réopération est programmée.

DP	I25.15	Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage
TP	88.55, 88.56 ou 88.57 (selon le procédé)	[...] artériographie coronaire [...]
TS	37.21, 37.22 ou 37.23 (selon le procédé)	Cathétérisme cardiaque [...]

Exemple 4

Une patiente présente une occlusion thrombotique du stent. Il peut être recanalisé par traitement thrombolytique in situ, la patiente ne développe pas d'infarctus du myocarde.

DP	I24.0	Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde
DS	T82.8	Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
DS	Y82.8!	Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
TP	00.66.-	Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronaire
TS	00.40	Intervention sur un vaisseau
TS	00.66.38	Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires, thrombolyse sélective

SD0904d Affections des valvules cardiaques

Nous faisons la distinction entre les affections suivantes des valvules cardiaques:

- les maladies congénitales (utiliser un code Q)
- les maladies contractées, d'origine rhumatismale
- les déficiences des valvules cardiaques contractées, qui ne sont pas d'origine rhumatismale ou non précisées.

La classification CIM-10-GM répertorie les affections des valvules cardiaques selon un système peu commun en Suisse, comme l'illustrent les affections de la valvule mitrale: une insuffisance de la valvule mitrale dont l'origine n'est pas précisée est signalée par un code de la catégorie *I34*. – *Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale*, alors que pour une sténose dont l'origine n'est pas précisée, on utilisera un code de la catégorie *I05*. – *Maladies rhumatismales de la valvule mitrale*.

En Suisse, les affections des valvules cardiaques d'origine non précisée sont désignées par des codes des catégories *I34* à *I37* (voir tableau), ce qui diverge de la CIM-10-GM (voir tableau ci-dessus).

		Désignées comme non rhumatismales	Désignées comme rhumatismales	Sans précision
Valvule mitrale	Insuffisance	<i>I34.0</i>	<i>I05.1</i>	<i>I34.0</i>
	Sténose	<i>I34.2</i>	<i>I05.0</i>	<i>I34.2</i>
	Sténose avec insuffisance	<i>I34.80</i>	<i>I05.2</i>	<i>I34.80</i>
Valvule aortique	Insuffisance	<i>I35.1</i>	<i>I06.1</i>	<i>I35.1</i>
	Sténose	<i>I35.0</i>	<i>I06.0</i>	<i>I35.0</i>
	Sténose avec insuffisance	<i>I35.2</i>	<i>I06.2</i>	<i>I35.2</i>
Valvule tricuspide	Insuffisance	<i>I36.1</i>	<i>I07.1</i>	<i>I36.1</i>
	Sténose	<i>I36.0</i>	<i>I07.0</i>	<i>I36.0</i>
	Sténose avec insuffisance	<i>I36.2</i>	<i>I07.2</i>	<i>I36.2</i>
Valvule pulmonaire	Insuffisance	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Sténose	<i>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Sténose avec insuffisance	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

Affection de plusieurs valvules cardiaques

Lors d'affections de plusieurs valvules cardiaques avec diagnostic précis de la pathologie, on utilise les codes les plus spécifiques possibles selon le tableau ci-dessus. Si la pathologie précise manque, le code correspondant de la catégorie *I08*. – *Maladies de plusieurs valvules* doivent être indiqués.

SD0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques

Note: les remarques concernant les stimulateurs valent également pour les défibrillateurs.

Un patient avec stimulateur/défibrillateur sera désigné par le code *Z95.0 Présence d'un dispositif cardiaque électronique*.

Stimulateur cardiaque permanent

Lorsqu'un **stimulateur cardiaque temporaire est retiré et qu'un stimulateur permanent est posé**, ce dernier doit être codé comme une première implantation et non comme un remplacement.

Le stimulateur fait l'objet d'un **contrôle** de routine au cours de l'hospitalisation durant laquelle il a été posé ; aucun code de procédure particulier ne doit donc être indiqué à ce moment. Si le contrôle a lieu ultérieurement (après le séjour hospitalier durant lequel le stimulateur a été posé), il doit être indiqué au moyen des codes *89.45 – 89.49 Contrôle de stimulateur artificiel*.

Hospitalisation pour changement d'agrégat (= changement de pile/de générateur de pulsation) d'un stimulateur/défibrillateur cardiaque

Dans ce cas, seul le code

Z45.0- Adaptation et manipulation d'un dispositif cardiaque (électronique)

est indiqué avec les codes de procédures correspondants.

Complications liées au stimulateur/défibrillateur cardiaque

Les complications du système de stimulation/défibrillation cardiaque sont indiquées par les codes suivants :

T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique

Ce code comprend le dysfonctionnement du stimulateur et des électrodes.

T82.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires

T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires

SD0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque

Pour un examen de contrôle après transplantation cardiaque, on indiquera comme diagnostic principal le code

Z09.80 Examen de suivi après transplantation d'organe

et comme diagnostic supplémentaire le code

Z94.1 Etat après greffe du cœur

SD0907a Oedème pulmonaire aigu

Pour le codage d'un oedème pulmonaire, on se basera sur sa cause initiale : p.ex. l'oedème aigu pulmonaire (OAP) d'origine cardiaque, très fréquent, sera indiqué par le code

I50.14 Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme au repos

Voir aussi les inclusions et exclusions sous *J81 Oedème pulmonaire* dans la CIM-10-GM.

SD0908k Arrêt cardiaque

Les cas d'arrêt cardiaque ainsi que d'arrêt cardiaque et respiratoire (I46.- Arrêt cardiaque) sont à coder seulement si une réanimation a été entreprise immédiatement au moment de l'admission du patient ou au cours de son séjour hospitalier, quel que soit le résultat de cette réanimation pour le patient.

Un code de la rubrique I46.-*Arrêt cardiaque* ne doit être indiqué comme diagnostic principal que si la cause sous-jacente/déclenchante n'est pas connue et/ou ne peut être déterminée et qu'aucun autre code de diagnostic ne peut être considéré comme diagnostic principal conformément à la règle de codage G52.

Si l'affection sous-jacente de l'arrêt cardiaque ou de l'arrêt cardiaque et respiratoire est connue et donc indiquée en diagnostic principal, un code de la catégorie I46.-*Arrêt cardiaque* doit être saisi en diagnostic supplémentaire pour l'arrêt cardiaque ou l'arrêt cardiaque et respiratoire.

La définition de la relation temporelle immédiate est basée sur les dispositions des codes *I46.0 Arrêt cardiaque réanimé avec succès*, *I46.9 Arrêt cardiaque, sans précision* et *U69.13! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital* survenant dans un délai de 24 heures avant le traitement stationnaire en dehors de l'hôpital et couvre ainsi une période de ≤ 24 h.

Si un arrêt cardiaque ou un arrêt cardiaque et respiratoire survient comme conséquence ou complication d'un traitement hospitalier ou soudainement au cours d'un séjour hospitalier et que les mesures de réanimation en milieu hospitalier restent infructueuses, les éventuels diagnostics d'un rapport d'autopsie disponible ultérieurement ne doivent pas être inclus dans le codage, puisque le cas se termine par le décès.

Le code approprié de *I46.-* doit être saisi avec le diagnostic (présumé) documenté par le médecin qui explique l'arrêt cardiaque ou l'arrêt cardiaque et respiratoire.

Exemple 1

Admission d'une patiente retrouvée dans une situation nécessitant une réanimation environ 2 heures avant d'être hospitalisée.

Selon les recherches, le moment exact de l'arrêt cardio-vasculaire ne peut être déterminé, mais il se situe très probablement dans les 24 heures précédant l'admission à l'hôpital.

Des mesures de réanimation cardiopulmonaire ambulatoire ont permis de rétablir la circulation cardiovasculaire.

La patiente est ventilée et admise en unité de soins intensifs sous traitement régulant le système cardiovasculaire.

Après le diagnostic et la constatation de la mort cérébrale, décision de mettre fin aux mesures de soins intensifs puis décès de la patiente.

Plusieurs causes possibles d'insuffisance cardiovasculaire sont discutées par les médecins, mais aucune cause spécifique ou diagnostic présumé ne peut être nommé au moment du codage.

DP I46.0 Arrêt cardiaque réanimé avec succès

DS U69.13! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital

Le code supplémentaire:

U69.13! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital, survenu dans les 24 heures précédant un traitement hospitalier, en dehors de l'hôpital

doit être codé en complément de *I46.- Arrêt cardiaque ou arrêt cardiaque ou respiratoire*

Pour coder *U69.13!*, la documentation médicale doit indiquer qu'un arrêt cardio-vasculaire est survenu en raison d'une affection/condition/manifesteration et s'est produit dans les 24 heures précédant l'hospitalisation actuelle, quelle qu'en soit la cause. Le code *U69.13!* est saisi indépendamment du résultat des mesures de réanimation.

Exemple 2

30 minutes avant l'admission à l'hôpital, mesures de réanimation cardiopulmonaires réussies en ambulance et transport ultérieur à l'hôpital, où un infarctus antérieur aigu est diagnostiqué comme étant la cause de l'arrêt cardiaque.

Après stabilisation et diagnostic d'urgence, une opération de pontage est réalisée en urgence.

Après une chirurgie initialement réussie, dégradation de l'état du patient en raison d'une insuffisance cardiaque gauche sévère (orthopnée, FE de 20% et en baisse) avec cardiomyopathie ischémique (préexistante) puis décès du patient.

DP I21.0 Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure

DS I46.0 Arrêt cardiaque réanimé avec succès

DS U69.13! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital

DS I50.14 Insuffisance cardiaque gauche, Avec symptôme au repos

DS I25.5 Myocardiopathie ischémique

En cas de réanimation après un arrêt cardiaque dans un contexte hospitalier, on indiquera le code CHOP pour la réanimation.

Note:

La détermination du moment du décès, qui peut survenir avant ou après l'admission à l'hôpital, relève de la seule responsabilité des médecins traitants.

En fonction de l'heure du décès déterminée et documentée par le médecin, un cas d'hospitalisation est ouvert ou non.

Si le moment du décès est déterminé et documenté par un médecin comme ayant eu lieu à l'hôpital, on peut dans tous les cas supposer qu'un effort de soins > 0 a été engagé conformément aux règles de codage G52 et G54.

Exemple 3

Admission sous réanimation cardiopulmonaire (pas d'activité cardiaque autonome, pas de respiration spontanée) au service des urgences (alerte des services de secours 1 h avant en raison d'une perte de connaissance aiguë et d'un arrêt respiratoire, début de la réanimation par un proche non spécialisé). Poursuite des mesures. 35 min après l'admission à l'hôpital, le décès est constaté par le médecin urgentiste présent (admission 10h00, heure du décès médicalement constatée 10h35).

Une embolie pulmonaire grave indiquée comme la cause probable du décès est constatée à l'autopsie.

Ouverture d'un cas d'hospitalisation selon les définitions de cas de SwissDRG SA.

DP I46.9 Arrêt cardiaque, sans précision

DS U69.13! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital

TP Réanimation

SD0910j Saisie de la durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire

La durée de traitement par un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire doit être saisie avec le code spécifique correspondant du système.

Codes pour la durée de traitement avec:

- A: un ballonnet de contre-pulsation intra-aortique [IABP] 37.69.1-
- B: un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux
 - intravasculaire (y compris intracardiaque) 37.69.2-
 - extracorporel, univentriculaire 37.69.4-
 - extracorporel, biventriculaire 37.69.5-
 - intracorporel, univentriculaire et biventriculaire 37.69.6-
- C: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec élimination de CO₂, extracorporel, veino-veineux 37.69.7-
- D: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO₂)
 - extracorporel, veino-veineux 37.69.8-
 - extracorporel, veino-artériel ou veino-veino-artériel 37.69.A-
- E: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, sans pompe,
 - avec élimination de CO₂ 37.69.B-

Note : pour les procédures décrites au point D (procédures ECMO):

Lorsque **la même procédure ECMO** (point D) est utilisée plusieurs fois au cours d'un séjour, il faut procéder comme suit:

- Si l'interruption entre les procédures est **> 24 heures et associée à un changement de canule**, les durées de traitement peuvent être représentées individuellement.
- Si l'interruption entre les procédures est **> 24 heures et qu'il n'y a pas de changement de canule**, les durées de traitement doivent être additionnées.
- Si l'interruption entre les procédures est **< 24 heures**, les durées de traitement doivent être additionnées.

Remarque: le changement de canule doit être saisi avec le code *37.6E.11 Changement de la canule d'un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire*.

Note:

- Si différentes procédures ECMO (point D) sont réalisées pendant un séjour, seul un code du groupe d'éléments *37.69.-* doit être utilisé, à savoir celui de la procédure qui a duré le plus longtemps.
- Les durées des différentes procédures doivent être additionnées, et la durée totale doit être représentée avec le code ECMO sélectionné.
- L'implantation, le retrait du système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, le changement de la canule et/ou le remplacement de composantes doivent être codés en plus conformément au cas.

Remarque:

Pour les procédures des points A, B, C et E, en cas d'interruption, les durées de la même procédure doivent être additionnées. Chaque procédure doit être représentée séparément.

Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire

Lors de l'utilisation du code CIM-10-GM *Z95.80 Présence d'un autre système d'assistance cardio-vasculaire*, la durée du traitement doit être codée en plus avec l'un des codes CHOP des groupes d'éléments suivants:

- 37.69.2- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque)*
- 37.69.4- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, univentriculaire*
- 37.69.5- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, biventriculaire*
- 37.69.6- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intracorporel, univentriculaire et biventriculaire*

SD1000 Maladies de l'appareil respiratoire

SD1001I Respiration artificielle

Définition

L'assistance respiratoire («respiration artificielle») est un procédé dans lequel le gaz est insufflé dans les poumons à l'aide d'une installation mécanique. La respiration est soutenue par le renforcement ou le remplacement de la propre capacité respiratoire des patientes et patients.

Ventilation mécanique en unité de soins intensifs

Dans la respiration artificielle, la patiente ou le patient est généralement intubé ou trachéotomisé et ventilé en permanence. Pour les patientes et les patients pris en charge aux soins intensifs*, la respiration mécanique peut se faire également à l'aide de systèmes de masques, si ceux-ci sont utilisés en lieu et place de l'intubation ou de la trachéotomie.

La CPAP est une mesure d'assistance respiratoire et n'est pas considérée comme une respiration artificielle (à l'exception des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge d'un an inclus).

* La prise en charge aux soins intensifs doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et exige une infrastructure et un personnel adéquats. Il s'agit d'unités de soins intensifs reconnues (l'IMC et les salles de réveil n'en font en aucun cas partie). Les patientes et les patients n'ayant pas besoin d'une prise en charge aux soins intensifs (p. ex. disposant déjà d'un service de ventilation à domicile et admis pour une chimiothérapie programmée, etc.) ne sont pas concernés.

La ventilation mécanique en USI est prise en compte pour la saisie des NEMS USI. Les heures de ventilation sont saisies dans le champ 4.4.V01 «Durée de la ventilation artificielle».

Ventilation mécanique en unité de soins intermédiaires (U-IMC)

La ventilation artificielle est réalisée le plus souvent au moyen de systèmes de masque en U-IMC**. Cependant, une ventilation invasive par intubation trachéale ou trachéostomie est parfois possible.

La CPAP est une mesure d'assistance respiratoire et n'est pas considérée comme une ventilation mécanique (à l'exception des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge d'un an inclus).

** La prise en charge en unité de soins intermédiaires doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et exige une infrastructure et un personnel adéquats. Il s'agit d'U-IMC reconnues (l'USI et les salles de réveil n'en font pas partie). Les patientes et patients n'ayant pas besoin d'une prise en charge en U-IMC (par ex. disposant déjà d'un service de ventilation à domicile et admis pour une chimiothérapie programmée, etc.) ne sont pas concernés. La ventilation mécanique en U-IMC est prise en compte pour la saisie des NEMS U-IMC. La saisie des heures de ventilation dans un champ de l'OFS prévu à cet effet (de manière analogue à 4.4. V01 «Durée de la ventilation artificielle») n'a **pas** lieu (à l'exception des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge d'un an inclus).

Codage

Si la ventilation mécanique répond à la définition ci-dessus :

- la **durée en heures** de la respiration artificielle doit être saisie. Un champ séparé, la variable 4.4.V01, est prévu à cet effet dans le fichier de données de la statistique médicale.
- on indiquera le code
 93.9B Mesures de **dégagement** des grandes voies respiratoires pour la ventilation
 Intubation endotrachéale
 et/ou le code
 31.1 Trachéostomie temporaire
 ou
 31.29 **Trachéostomie permanente, autre**
 si une trachéostomie/intubation a été pratiquée pour la ventilation artificielle.
- Chez les **nouveau-nés** et les **nourrissons**, le code
 93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson
 sera utilisé. La durée de ventilation doit être saisie pour ce code. Chez les nouveau-nés et les nourrissons, la durée de ventilation comprend aussi bien le temps de la ventilation invasive et non invasive, ainsi que la durée de l'assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP). Cela vaut pour l'IPS de néonatalogie comme pour l'IMC de néonatalogie.

Note: L'utilisation de canules nasales à haut débit chez les nouveau-nés et les nourrissons est codée avec le *93.9F.12 Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit [système HFNC] chez le nouveau-né et le nourrisson en respectant la «note» sous ce code*. Pour la durée de cette assistance respiratoire, des heures de ventilation ne doivent pas être saisies.

- **Dans le cas particulier des patients ventilés à domicile par une trachéostomie**, on procédera selon une règle analogue à celle appliquée aux patients en soins intensifs, ventilés mécaniquement par des systèmes de masques. Cela signifie que les temps de ventilation devront être saisis dans les cas isolés s'il s'agit d'un «patient pris en charge aux soins intensifs» (soins intensifs reconnus).

Calcul de la durée de la ventilation

Les temps de ventilation sont comptés uniquement dans les unités de soins intensifs selon les règles suivantes : Le temps de ventilation est calculé sur la base du nombre d'heures de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par tranche de 8 heures, au moins 3 heures par tranche de 12 heures), multiplié par la durée de la tranche horaire (le nombre d'heures de ventilation est donc toujours un multiple de 8 ou de 12).

Si la ventilation pendant le transport et les examens en dehors de l'unité de soins intensifs est assurée par l'équipe médicale/infirmière de l'unité, ce temps est ajouté au temps total de ventilation à l'USI. Par contre, la durée d'une ventilation mécanique entreprise pour la réalisation d'une opération ou pendant une opération n'est pas comptée dans le temps de ventilation total. Cela signifie que la ventilation mécanique pendant une opération est considérée comme partie intégrante de l'intervention chirurgicale dans le cadre de l'anesthésie et ne fait pas partie de la prise en charge aux soins intensifs.

Le temps de ventilation total à l'issue d'une/plusieurs périodes de ventilation pendant une hospitalisation doit être déterminé selon les règles susmentionnées.

Début de la durée de la ventilation

Le décompte de la durée de ventilation débute avec l'un des événements suivants :

- **Intubation endotrachéale**

Chez les patients intubés pour une ventilation artificielle, la durée de ventilation est comptée à partir du moment où le patient est raccordé au respirateur.

Le tube endotrachéal doit parfois être remplacé en raison de problèmes mécaniques. Dans ce cas, la durée de retrait et de remplacement immédiat du tube endotrachéal est considérée comme faisant partie du temps de ventilation et le décompte de celui-ci est poursuivi sans interruption.

Pour les patients dont la ventilation artificielle commence par une intubation endotrachéale et se poursuit plus tard par une trachéotomie, le décompte de la durée de ventilation commence au moment de l'intubation et inclut celle de la ventilation par trachéotomie.

- **Ventilation par masque**

La durée de ventilation est comptée à partir du moment où commence la ventilation mécanique.

- **Trachéotomie**

La durée de ventilation par trachéotomie fait partie du temps de ventilation si la trachéotomie du patient s'effectue en unité de soins intensifs.

Chez les patients qui subissent une trachéotomie en salle d'opération, sans avoir été ventilés auparavant en unité de soins intensifs et sont ensuite ventilés post-opérativement aux soins intensifs, la durée de ventilation commence à l'admission aux soins intensifs.

- **Admission d'un patient ventilé**

Chez les patients qui sont ventilés au moment de leur admission, la durée de ventilation est comptée à partir du moment de leur admission en unité de soins intensifs (v. aussi ci-après «Patients transférés»).

- **Admission d'un patient sous ventilation post-opératoire**

Chez ces patients, le moment déterminant est l'admission en unité de soins intensifs.

Fin de la durée de la ventilation

Le décompte de la durée de ventilation se termine par l'un des événements suivants :

- **Extubation**
- **Fin de la ventilation** après une période de sevrage

Note : chez les patients trachéostomisés/intubés (après une période de sevrage), le tube trachéal est laissé en place pendant quelques jours après la fin de la ventilation mécanique (ou plus longtemps, p.ex. chez les patients atteints de maladies neuromusculaires/coma). Le décompte de la durée de ventilation prend alors fin au moment où la ventilation mécanique est arrêtée.

- **Sortie, décès ou transfert** d'un patient sous respiration artificielle (v. aussi ci-dessous «Patients transférés»).

Sevrage aux soins intensifs

La **méthode de sevrage** de la respiration artificielle **n'est pas codée**.

La **durée de sevrage** est ajoutée (avec l'intervalle sans respiration artificielle pendant le sevrage) au calcul de la durée de la ventilation (durée calculée sur la base du nombre d'heures de soins) d'un patient. Plusieurs tentatives peuvent être nécessaires pour sevrer le patient du respirateur.

La **fin du sevrage** ne peut être constatée que rétrospectivement après l'établissement d'un état respiratoire stable. L'état respiratoire est réputé stable lorsque le patient respire spontanément et complètement sans assistance 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**

Pour le calcul de la durée de ventilation, la fin de la dernière assistance respiratoire mécanique est considérée comme la fin du sevrage.

Le sevrage du respirateur comprend aussi une aide respiratoire mécanique sous forme de phases intermittentes de ventilation assistée non invasive ou d'assistance respiratoire telle que la CPAP au masque avec ou sans ASB, en alternance avec la respiration spontanée sans aide mécanique. Il n'inclut cependant ni l'insufflation, ni l'inhalation d'oxygène par des systèmes de masques ou de sondes d'O₂.

Dans le cas particulier du sevrage incluant des phases intermittentes d'aide respiratoire mécanique à l'aide d'un masque CPAP en alternance avec la respiration spontanée, leur durée ne peut être prise en compte dans le temps de ventilation que si la respiration spontanée du patient a été assistée par un masque CPAP sur une durée totale d'au moins 2 heures par tranche de 8 heures ou d'au moins 3 heures par tranche de 12 heures.

Dans ce cas, le compte de la durée de ventilation prend fin après la dernière phase où le patient a été assisté par masque CPAP durant au moins 2 heures par tranche de 8 heures, ou durant au moins 3 heures par tranche de 12 heures.

Patients transférés

Lorsqu'un patient **ventilé** est transféré, les règles fondamentales suivantes s'appliquent :

L'hôpital qui transfère saisit la durée de ventilation du patient dans son établissement et indique les codes qui correspondent :

- à l'intubation (93.9B Mesures de **dégagement** des grandes voies respiratoires pour la ventilation (**Intubation endotrachéale**))
- à la trachéostomie (31.1 Trachéostomie temporaire ou 31.29 **Trachéostomie permanente, autre**)
- à la ventilation mécanique chez les nouveau-nés et les nourrissons (93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson)

lorsque ces mesures ont été effectuées dans l'établissement d'où se fait le transfert.

L'hôpital d'admission saisit la durée de ventilation du patient dans son établissement ; pour les nourrissons, indiquer en plus un code 93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson. Aucun code n'est indiqué pour l'intubation ou la trachéostomie, ces codages ayant déjà été effectués par l'hôpital qui les a réalisés.

En cas de transfert d'un patient intubé ou trachéotomisé mais **non ventilé**, l'hôpital d'où s'effectue le transfert doit coder l'intubation (93.9B Mesures de **dégagement** des grandes voies respiratoires pour la ventilation (**Intubation endotrachéale**)) ou la trachéostomie (31.1 Trachéostomie temporaire ou 31.29 **Trachéostomie permanente, autre**). L'hôpital d'admission ne recode pas ces procédures.

Intubation sans ventilation mécanique

Une intubation peut aussi s'effectuer pour d'autres besoins que la respiration artificielle, p.ex. la nécessité de maintenir l'ouverture des voies aériennes. L'intubation peut être indiquée chez des enfants ayant un diagnostic d'asthme, de croup ou d'épilepsie, et chez des adultes victimes de brûlures ou de traumatismes sévères.

Dans ces cas, elle doit être saisie à l'aide du code 93.9B Mesures de **dégagement** des grandes voies respiratoires pour la ventilation.

Ventilation continue par pression positive (constante) (CPAP)

Le code 93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson doit être utilisé uniquement pour **les nouveau-nés et les nourrissons**, indépendamment de la durée de traitement. Pour une assistance respiratoire immédiatement après la naissance, ce code ne doit être indiqué que si l'assistance a duré au moins 30 minutes.

Lorsque chez **les adultes, les enfants ou les adolescents**, un trouble tel que l'apnée du sommeil, la pneumonie, l'œdème pulmonaire, etc. est traité par CPAP, aucun code et aucune durée de ventilation ne sont saisis, que cette mesure ait été réalisée en unité de soins intensifs ou pas.

La première instauration d'une thérapie à domicile (ne signifie pas la mise en marche de l'appareil) d'une CPAP/BiPAP, resp. le contrôle ou l'optimisation d'une CPAP/BiPAP instaurée précédemment sont indiqués par les codes 93.9G.1- Traitement par pression positive au masque, CPAP, instauration du traitement, selon la durée ou 93.9G.3- Traitement par pression positive au masque, BiPAP, instauration du traitement, selon la durée et 93.9G.2- Traitement par pression positive au masque, CPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, selon la durée ou 93.9G.4- Traitement par pression positive au masque, BiPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, selon la durée.

Oxygénation par ballon du nouveau-né

L'oxygénation par ballon (ventilation au masque et ballon) des nouveau-nés avec troubles de l'adaptation ne se code pas.

Il ne faut pas utiliser de code sous 93.9F.1- Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson.

Z99.1 Dépendance (de longue durée) envers un respirateur

Le code CIM-10-GM Z99.1 Dépendance (de longue durée) envers un respirateur ne peut être saisi qu'en prenant en compte les directives et indications au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM.

Cela signifie que le code Z99.1 ne doit être choisi qu'en présence d'un(e) maladie/état/manifestation/symptôme qui nécessite une dépendance à long terme au respirateur, mais qu'aucun autre code CIM-10-GM n'est adapté/disponible pour la raison de la ventilation artificielle.

Respiration artificielle en réadaptation

Cette règle de codage s'applique à tous les cas facturés via la structure tarifaire ST Reha.

Si une ventilation artificielle en réadaptation engendre une charge > 0 pour l'établissement, c'est-à-dire si l'assistance respiratoire ne peut par exemple pas être mise en oeuvre par le patient/la patiente de manière autonome, la ventilation artificielle doit être saisie avec les codes des catégories 93.9E-, 93.9F- ou 93.9G- si les caractéristiques minimales sont remplies.

Le code 93.9G.09 permet également de représenter les traitements par pression positive au masque selon 93.9G.1-, 93.9G.2-, 93.9G.3- ou 93.9G.4- si la caractéristique minimale point 2, la densité thérapeutique d'au moins 4 heures par jour, n'est pas remplie, mais qu'il existe une charge > 0 pour les établissements de réadaptation.

Une simple administration d'oxygène ne doit pas être codée avec 93.9G.09.

SD1002j Insuffisance respiratoire

Le diagnostic d'insuffisance respiratoire totale ou partielle posé par le médecin et documenté est codé uniquement quand des modifications pathologiques des gaz du sang caractéristiques d'une insuffisance respiratoire totale ou partielle sont documentées. Une dyspnée sans modification des gaz du sang ne correspond pas, pour le codage, à une insuffisance respiratoire. En cas d'engagement de ressources (p.ex. oxygénothérapie), J96- *Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs* peut être codé en même temps que la maladie primaire.

Lorsqu'un patient ou une patiente est admis avec une insuffisance respiratoire totale ou partielle due à une forte détérioration de la situation respiratoire ou que l'insuffisance se produit pendant un séjour hospitalier (p.ex. en cas d'exacerbation de BPCO), un code sous J96.0- peut être utilisé en plus du code sous J96.1-.

En cas d'insuffisance respiratoire chronique connue avec oxygénation de longue durée, mais une documentation des gaz du sang antérieure (rapport médical ou ancienne anamnèse), J96.7 peut également être indiqué sans nouvelles valeurs des gaz du sang.

Remarque: chez les nourrissons et les jeunes enfants, d'autres mesures diagnostiques peuvent être utilisées pour la pose du diagnostic.

SD1100 Maladies de l'appareil digestif

SD1101j L'appendicite comme diagnostic clinique

Les exemples suivants visent à montrer comment coder les situations où un soupçon clinique d'appendicite qui n'est pas confirmé histologiquement et/ou par la clinique.

Il y a en outre lieu de tenir compte des règles sur les diagnostics présumés (D09) et sur les symptômes (D01).

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour un syndrome abdominal aigu et un fort soupçon (clinique) d'appendicite aiguë. Une appendicectomie par laparoscopie est pratiquée en urgence.

Le résultat histologique exclut clairement une appendicite.

Toutefois, on diagnostique un kyste péritonéal avec rupture, bénigne, qu'on suppose être à l'origine des fortes douleurs.

De plus, des concrétions appendiculaires sont constatées, qui concordent avec le tableau clinique.

DP K66.8 Autres maladies précisées du péritoine

DS K38.1 Concrétions appendiculaires

TP 47.01 Appendicectomie, par laparoscopie

Exemple 2

Un patient est admis avec des douleurs au côté droit du bas ventre. Sur une base clinique, on soupçonne une appendicite aiguë.

Lors de l'appendicectomie par laparoscopie, le résultat intraopératoire est non pathologique, sans indice (visuel) d'autre maladie ou d'états qui pourraient expliquer les douleurs.

Le rapport histologique de l'appendice est également non pathologique.

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

TP 47.01 Appendicectomie, par laparoscopie

SD1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite

Chez les patients avec ulcère gastrique, un code de

K25.– Ulcère de l'estomac

doit être indiqué, suivi d'un code de

K29.– Gastrite et duodénite

lorsque les deux maladies coexistent.

SD1104i Hémorragie gastro-intestinale

Si un ulcère, des érosions ou des varices sont découvertes chez un patient souffrant d'une hémorragie gastro-intestinale supérieure, la lésion découverte est codée «avec hémorragie».

Exemple 1

Hémorragie aiguë d'ulcère gastrique.

DP K25.0 Ulcère aigu de l'estomac avec hémorragie

Exemple 2

Œsophagite de reflux avec hémorragie.

DP K21.0 Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite

DS K22.81 Hémorragie de l'œsophage

On peut supposer que l'on peut attribuer l'hémorragie à la lésion indiquée dans le rapport de l'endoscopie, même si l'hémorragie n'est apparue ni pendant l'examen, ni pendant le séjour à l'hôpital.

Les catégories à disposition pour coder les lésions gastro-intestinales ne proposent pas toutes un code assorti de la modification «avec hémorragie». Dans de tels cas, un code supplémentaire tiré de

K92. – Autres maladies du système digestif
doit être indiqué pour l'hémorragie.

Si dans une «hémorragie perianale», le site de l'hémorragie ne peut **pas** être déterminé ou si aucun examen correspondant n'a été effectué, le code

K92.2 Hémorragie gastro-intestinale, sans précision
doit être indiqué.

Le code

K62.5 Hémorragie de l'anūs et du rectum
ne doit **pas** être utilisé dans ce cas.

Si toutefois un patient est examiné pour un mélaena (selles noires) ou du sang occulte dans les selles, il ne faut pas automatiquement en déduire que la lésion décelée par endoscopie est à l'origine du mélaena ou du sang occulte. En absence de lien de causalité entre le symptôme et le résultat d'examen, le symptôme sera codé d'abord, suivi du résultat d'examen.

Les patients ayant une anamnèse d'hémorragie gastro-intestinale récente sont parfois convoqués pour une endoscopie dans le but de déterminer la source de l'hémorragie, mais ne montrent pas de saignement pendant l'examen. Si un diagnostic clinique est posé sur la base de l'anamnèse ou d'autres éléments du dossier, l'absence d'hémorragie pendant l'hospitalisation n'exclut pas a priori un codage assorti de la modification «avec hémorragie», ni l'indication d'un code de la catégorie *K92. – Autres maladies du système digestif* dans les cas où la cause de l'hémorragie n'a pas pu être déterminée.

SD1105a Déshydratation lors d'une gastroentérite

Lors d'une hospitalisation pour traiter une gastroentérite avec déshydratation, la gastroentérite est indiquée comme diagnostic principal et la déshydratation (*E86 Hypovolémie*) comme diagnostic supplémentaire (voir règle G54).

SD1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

SD1201g Chirurgie plastique

Le recours à la chirurgie plastique peut avoir des raisons **médicales** ou **esthétiques**

- Lors d'interventions pour des raisons **médicales**, l'état pathologique ou le facteur de risque qui a motivé l'intervention doit être codé comme diagnostic principal.
- Si le motif de l'intervention est purement **esthétique**, le diagnostic principal est un code «Z». (*Z41.1 Chirurgie plastique pour motifs cosmétiques* ou *Z42.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique*).

Révision de cicatrice

Lors de la révision d'une cicatrice, le code

L90.5 Cicatrices et fibrose cutanées

doit être indiqué si la cicatrice nécessite un traitement pour problèmes (p.ex. douleurs).

Si, par contre, le traitement ultérieur a lieu pour des raisons esthétiques, on indiquera le code

Z42.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique.

Ablation d'implants mammaires

L'ablation d'implants mammaires peut avoir des raisons **médicales** ou **esthétiques**.

Lors d'une ablation d'implants mammaires pour raisons **médicales**, l'un des codes suivants:

T85.4 Complication mécanique d'une prothèse et d'un implant mammaires

T85.73 Infection et réaction inflammatoire due à une prothèse ou un implant mammaire

T85.82 Fibrose capsulaire du sein due à une prothèse ou un implant mammaire

T85.83 Autres complications dues à une prothèse ou un implant mammaire

doit être indiqué.

Si l'ablation d'implants mammaires a lieu pour des raisons **esthétiques**, on indiquera le code:

Z41.1 Chirurgie plastique pour motifs cosmétiques

si la première implantation a également eu lieu purement pour des raisons esthétiques

ou

Z42.1 Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein

si la première implantation a eu lieu pour des raisons médicales.

Opération après perte de poids (spontanée ou par chirurgie bariatrique)

Pour les opérations de la peau (réduction de tissu cutané ou graisseux, retente de la peau) après perte de poids, le code

L98.7 Peau et tissu sous-cutané excédentaire et flasque

Peau flasque ou affaissée:

• *après une perte de poids (chirurgie bariatrique) (régime alimentaire)*

• *SAI.*

doit être codé comme diagnostic principal.

SD1202j Phlyctènes

Le terme de phlyctène n'est pas un diagnostic dermatologique précis.

Cette manifestation de la peau doit être attribuée à une maladie de la peau spécifique par un médecin et de manière documentée pour pouvoir être codée.

Exemples:

- Lorsque des phlyctènes apparaissent lors d'une phase postopératoire, elles doivent généralement être caractérisées par un code de la lettre S.
- Lorsque des phlyctènes apparaissent dans le cadre d'un décubitus, elles sont une manifestation de courte durée dans l'évolution d'une érosion ou d'un décubitus. Pour que, en présence de phlyctènes, un code sous *L89.- Ulcère de décubitus et zone de pression* puisse être utilisé, la pathogénèse doit être confirmée médicalement.

SD1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire

SD1401d Dialyse

Le code 39.95.– – *Hémodialyse* ou 54.98.– – *Dialyse péritonéale* permet de différencier la dialyse **intermittente** et la dialyse **continue**.

- 1) En cas de dialyse **intermittente**, chaque dialyse est saisie à part.
- 2a) L'**hémodialyse/hémo(dia)filtration continue** est à saisir avec la durée exacte. Cette durée doit être déterminée du début à la fin d'un traitement. Si une procédure continue est appliquée à plusieurs reprises pendant une hospitalisation, le codage se fait de la manière suivante, selon l'interruption :
 - Interruption < 4 heures : l'interruption n'est pas prise en compte, n'est pas soustraite à la durée totale : 1 code avec la durée totale.
 - Interruption > 4 à < 24 heures : l'interruption est prise en compte et soustraite à la durée totale : 1 code avec cette durée.

Lors d'utilisation de **diverses méthodes d'hémodialyse/d'hémo(dia)filtration continue**, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec **la plus longue durée**. On additionnera la durée de dialyse de chaque méthode et on indiquera cette durée totale par le **seul** code de dialyse choisi.

- Interruption > 24 heures : chaque application est indiquée par 1 code (pas d'addition des durées individuelles).

- 2b) La **dialyse péritonéale continue** est à saisir avec la durée exacte. Cette durée doit être déterminée du début à la fin d'un traitement. Si une procédure continue est appliquée à plusieurs reprises pendant une hospitalisation, un nouveau codage sera effectué seulement lors d'une interruption de > 24 heures.

Lors d'utilisation de **diverses méthodes de dialyse péritonéale continue**, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec **la plus longue durée**. On additionnera la durée de dialyse de chaque méthode et on indiquera cette durée totale par le **seul** code de dialyse choisi.

SD1402a Verrues anogénitales

Les admissions pour traitement de verrues anogénitales sont désignées comme diagnostic principal par un code de la liste ci-dessous :

Périanales	K62.8	Autres maladies précisées de l'anus et du rectum
Col cervical	N88.8	Autres affections non inflammatoires précisées du col de l'utérus
Vaginales	N89.8	Autres affections non inflammatoires précisées du vagin
Vulvaires	N90.8	Autres affections non inflammatoires précisées de la vulve et du périnée
Péniennes	N48.8	Autres affections précisées de la verge
Urétrales	N36.8	Autres affections précisées de l'urètre

Le code

A63.0 Condylomes ano-génitaux (vénériens)

doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire.

SD1404I Insuffisance rénale*Insuffisance rénale aiguë*

Les codes de la CIM-10-GM permettent une description directe des stades d'insuffisance rénale aiguë. La classification des stades doit être respectée.

Insuffisance rénale chronique

Le contrôle ou la précision du stade d'une insuffisance rénale chronique déjà connue (GFR) est important(e) pour la bonne prise en charge du patient.

Si le stade est déterminé durant le séjour hospitalier actuel, le code *N18.-* correspondant au stade est codé.

Insuffisance rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Une insuffisance rénale à la suite de mesures médicales est décrite par *N99.0 Insuffisance rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.

Si le type d'insuffisance rénale (aigu ou chronique) est connu, le code *N99.0* doit être utilisé comme un code avec point d'exclamation, contrairement à l'exclusion de la CIM-10-GM sous *N17 - N19*. Il suit donc le code correspondant issu de *N17.-* ou *N18.-*

SD1405I Hospitalisation pour pose de cathéter péritonéal de dialyse

Lors d'une hospitalisation pour pose d'un cathéter péritonéal de dialyse, **l'insuffisance rénale** est indiquée comme **diagnostic principal**, accompagnée du code de procédure correspondant. Ici, il faut tenir compte de la règle de codage SD0403 lors d'une insuffisance rénale dans le cadre d'une néphropathie diabétique.

Le code

Z49.0 Soins préparatoires en vue d'une dialyse

n'est **pas** saisi (contrairement à ce qui est indiqué dans la note au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM).

SD1406d Hospitalisation pour ablation de cathéter péritonéal de dialyse

Lors d'une hospitalisation pour ablation d'un cathéter péritonéal (non liée à une complication), on indiquera comme diagnostic principal le code

Z43.88 Surveillance d'autres stomies

et le code CHOP

54.99.41 Excision ou fermeture de fistule cutanéopéritonéale (cathéter à demeure)

SD1407I Hospitalisation pour pose de fistule AV ou pose de shunt AV

Lors d'une hospitalisation pour pose d'une fistule, d'un shunt de dialyse, on indiquera **l'insuffisance rénale** comme **diagnostic principal**, accompagnée des codes de procédures correspondants. Ici, il faut tenir compte de la règle de codage SD0403 lors d'une insuffisance rénale dans le cadre d'une néphropathie diabétique.

Le code

Z49.0 Soins préparatoires en vue d'une dialyse

n'est **pas** utilisé (contrairement à ce qui est indiqué dans la note au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM).

SD1408a Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV

Lors d'une hospitalisation pour fermeture d'une fistule AV ou suppression d'un shunt AV (non liée à une complication), on indiquera comme diagnostic principal le code

Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

et le code CHOP

39.43 Fermeture de shunt artério-veineux pour hémodialyse

SD1500 Obstétrique

SD1501b Définitions

Durée de la grossesse

La durée de la grossesse se code au moyen du code 009.–! *Durée de la grossesse*. C'est la durée de la grossesse **au moment de l'admission** de la patiente à l'hôpital qui doit être enregistrée.

Naissance à terme

De 37 semaines entières à moins de 41 semaines entières (de 259 à 286 jours) de gestation.

Naissance après(post)terme

41 semaines révolues ou plus (287 jours ou plus) de gestation.

Naissance avant terme

Moins de 37 semaines révolues (moins de 259 jours) de gestation.

Naissance vivante

Est considéré né vivant tout enfant né avec les signes vitaux minimaux, c'est-à-dire respiration ou activité cardiaque.

Enfant mort-né (mortinaissance)

Est considéré comme mort-né tout enfant né sans signes vitaux, présentant un poids égal ou supérieur à 500 g ou un âge gestationnel d'au moins 22 semaines révolues (Ordonnance sur l'état civil).

Avortement/fausse-couche

Est considérée comme avortement/fausse-couche toute interruption précoce de la grossesse avec expulsion spontanée ou provoquée du fœtus avant la 22^e semaine de grossesse révolue et avec un poids à la naissance de moins de 500 g.

Période placentaire

Période depuis la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta (selon le dictionnaire Pschyrembel).

Période post-placentaire

Période de deux heures après expulsion du placenta (selon le dictionnaire Pschyrembel).

Période post-partum/puerpéralité

Période qui se situe de l'accouchement à la disparition des changements dus à la grossesse chez la mère et d'une durée de 6 à 8 semaines (selon le dictionnaire Pschyrembel).

SD1502a Interruption précoce de grossesse

Avortement (002.- à 006.-)

Les codes des catégories 002.- à 006.- ne doivent être utilisés que si une grossesse se termine par un avortement spontané ou une interruption thérapeutique précoce (avant la 22^e semaine de grossesse révolue et avec un poids à la naissance de moins de 500 g). L'avortement est codé en diagnostic principal et la cause de l'interruption en diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Interruption de grossesse pour cause de syndrome de Patau (trisomie 13) après 12 semaines de grossesse.

DP	004.9	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
DS	035.1	Soins maternels pour anomalie chromosomique (présumée) du fœtus
DS	009.1!	Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Exemple 2

Interruption de grossesse dans le cadre d'une grossesse non désirée.

DP	004.9	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
DS	Z64.0	Difficultés liées à une grossesse non désirée
DS	009.1!	Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, une grossesse molaire (008.-)

Un code de la catégorie 008.- *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire* n'est attribué en **diagnostic principal** que si une patiente est réhospitalisée en raison d'une complication survenue à la suite d'un avortement traité auparavant.

Exemple 3

Une patiente est hospitalisée pour une coagulation intravasculaire disséminée suite à un avortement à la 10^e semaine de grossesse qui a eu lieu deux jours auparavant dans un autre hôpital.

DP	008.1	Hémorragie retardée ou sévère consécutive à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire
DS	D65.1	Coagulation intravasculaire disséminée

La durée de la grossesse n'est **pas** codée en diagnostic supplémentaire, car l'admission pour traiter cette complication se produit après un avortement traité auparavant.

Un code de la catégorie 008.- *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire* est attribué en **diagnostic supplémentaire** pour indiquer une complication liée aux diagnostics de la catégorie 000 – 002 *Grossesse extra-utérine, grossesse molaire, autres produits anormaux de la conception*.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée en état de choc pour une rupture de la trompe due à une grossesse tubaire dans la 6^e semaine de grossesse.

DP	000.1	Grossesse tubaire
DS	008.3	Choc consécutif à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire
DS	009.1!	Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Lorsqu'une patiente est admise pour une rétention partielle de produits de conception à la suite d'un avortement traité auparavant, le diagnostic principal codé est un avortement **incomplet** avec complication (003 – 006 avec .0 à .3 comme 4^e caractère).

Exemple 5

Une patiente est hospitalisée pour une hémorragie sur rétention deux semaines après un avortement spontané dont elle retient des produits de conception. L'avortement avait eu lieu dans la 5^e semaine de grossesse et a été traité ambulatoirement.

DP	003.1	Avortement spontané incomplet, compliqué d'une hémorragie retardée ou sévère
----	-------	--

La durée de la grossesse n'est pas codée en diagnostic supplémentaire, car l'admission pour traiter cette complication se produit après un avortement traité auparavant.

Un code de la catégorie 008.- *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire* sera codé en **diagnostic supplémentaire** en relation avec les diagnostics des catégories 003 – 007 si cela rend le codage plus précis (comparer l'exemple 5 et l'exemple 6).

Exemple 6

Une patiente est hospitalisée pour un avortement incomplet à la 12^e semaine de grossesse et un collapsus circulatoire.

DP 003.3 Avortement spontané, incomplet, avec complications autres et non précisées
 DS 008.3 Choc consécutif à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire
 DS 009.1! Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Enfant mort-né/Naissance vivante lors de fin de grossesse précoce

Si la grossesse se termine suite à la mort fœtale intra-utérine (spontanément) ou est interrompue (déclenchée), la mort fœtale intra-utérine doit être indiquée comme diagnostic principal.

Exemple 7

Hospitalisation pour mort fœtale intra-utérine dans la 35^e semaine de grossesse.

DP 036.4 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus
 DS 060.1 Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré
ou
 060.3 Accouchement prématuré sans travail spontané
 DS 009.5! Durée de la grossesse, 34 à 36 semaines révolues
 DS Z37.1! Naissance unique, enfant mort-né (resp. le code pour naissance multiple)

Lorsque la grossesse se termine de manière précoce par déclenchement en raison d'une malformation ou d'une suspicion de malformation, le motif de l'interruption de la grossesse doit être indiqué comme diagnostic principal. Dans la clinique, une telle mesure peut se terminer par une naissance vivante ou une mortinaissance, ce qui doit être indiqué dans le codage.

Exemple 8

Hospitalisation pour déclenchement lié à une malformation du système nerveux central du fœtus dans la 24^e semaine de grossesse.

DP 035.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus
 DS 060.3 Accouchement prématuré sans travail spontané
 DS 009.3! Durée de la grossesse, 20 à 25 semaines révolues
 DS Z37.1! Naissance unique, enfant mort-né (resp. le code pour naissance multiple)
ou
 Z37.0! Naissance unique, enfant vivant (resp. le code pour naissance multiple)

SD1503I Affections pendant la grossesse

En cas de grossesse, le chapitre XV «Grossesse, accouchement et puerpéralité» prime sur les chapitres concernant les organes. Attention : pour les codes O98 – O99, ajouter un code **supplémentaire** des autres chapitres pour préciser la maladie existante.

Le **chapitre XV** comporte entre-autres trois domaines pour coder des affections liées à la grossesse :

020 – 029 Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse
 085 – 092 Complications principalement liées à la puerpéralité
 Selon la note sous cette catégorie, uniquement les codes 088.–, 091.– et 092.–
et
 094 – 099 Autres problèmes obstétricaux, non classés ailleurs.

- Les états liés principalement à la grossesse sont représentés par des codes spécifiques des catégories 020– 029.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pendant la 30^e semaine de grossesse pour opérer un syndrome du canal carpien qui s'est aggravé pendant la grossesse.

DP 026.82 Syndrome du canal carpien pendant la grossesse
 DS 009.4! Durée de la grossesse, 26^e semaine à 33 semaines révolues

La catégorie *023.- Infections de l'appareil génito-urinaire pendant la grossesse* permet de coder les infections de l'appareil génito-urinaire. Si cela permet une description plus précise, on ajoute un code spécifique du chapitre chapitre XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire de la CIM-10-GM pour décrire l'infection présente.

Les codes *024.- Diabète sucré au cours de la grossesse* sont disponibles pour coder un diabète sucré survenant pendant la grossesse. Si cela permet une précision, ils sont suivis (à l'exception de *024.4*) de codes issus de *E10 - E14* pour désigner le diabète sucré, ainsi que les complications présentes. En présence de complications (manifestations), la quatrième position du code *E10 - E14* doit être codée en fonction de la/les manifestation(s) et les manifestations spécifiques conformément à SD0400.

Pour coder les maladies du foie durant la grossesse, il existe le code *026.6 Affections hépatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité*. On ajoute un code spécifique de la catégorie *K70 - K77 Maladies du foie* de la CIM-10 pour désigner la maladie hépatique existante.

Remarque: La cholestase intrahépatique gravidique *026.60* est une maladie aiguë liée à la grossesse d'étiologie inconnue. En présence d'une telle maladie, un code supplémentaire *K70 - K77* pour préciser l'affection n'est pas nécessaire.

Exemple 2

Une patiente est admise à l'hôpital pour des douleurs à la vessie et de l'urticaire sur l'abdomen à la 25e semaine de grossesse. Les démangeaisons sont à peine maîtrisables. La pemphigoïde bulleuse s'étend. Le médecin traitant diagnostique un herpès gestationis.

DP	026.4	Herpès gestationis
DS	009.3!	20e semaine à 25 semaines révolues

Exemple 3

Une patiente souffrant d'un herpès génital récidivant et connu de type herpès simplex virus HSV-2 est hospitalisée pour une suspicion de récurrence (forte douleur) à la 35e semaine de grossesse.

Le diagnostic de vulvite aiguë avec herpès génital est posé et documenté. Pas d'ulcération de la vulve

DP	098.3	Autres maladies dont le mode de transmission est essentiellement sexuel, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	A60.0†	Infection des organes génitaux et de l'appareil génito-urinaire par le virus de l'herpès
DS	N77.1*	Vaginite, vulvite et vulvo-vaginite au cours de maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
DS	009.5!	34e semaine à 36 semaines révolues

Les troubles diffus durant une grossesse pour lesquels on n'a pas trouvé de cause spécifique doivent être codés avec *026.88 Autres maladies non précisées associées à la grossesse*.

- Pour coder d'autres complications de la grossesse (ou des états qui s'aggravent pendant la grossesse ou qui sont les principaux motifs de mesures obstétricales), de l'accouchement et de la puerpéralité, on dispose des codes des catégories *098 – 099*, qui doivent **toujours s'accompagner** d'un code de diagnostic des autres chapitres de la CIM-10-GM, désignant la maladie existante (voir aussi les remarques sous *098* et *099* dans la CIM-10-GM).

Exception: lors de l'utilisation de TARPSY, *099.3* n'est **pas** codé en diagnostic principal. Le diagnostic principal doit être choisi selon la règle de codage G52.

Il faut procéder selon l'exemple de codage 7 ci-dessous, même lorsque la maladie psychiatrique complique la grossesse ou est compliquée par la grossesse.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée pour une anémie par carence en fer sévère due à la grossesse.

DP	099.0	Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	D50.8	Autres anémies par carence en fer
DS	009.–!	Durée de la grossesse ... semaines

Exemple 5

Accouchement prématuré dans la 35^e semaine de grossesse, la patiente est de plus traitée pour un asthme bronchique allergique.

DP	060.1	Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré
DS	009.5!	Durée de la grossesse, 34 ^e semaine à 36 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
DS	099.5	Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	J45.0	Asthme à prédominance allergique

- Lorsqu'une patiente est admise pour une affection qui ne complique pas la grossesse, ni n'est compliquée par la grossesse, cette affection doit être codée en diagnostic principal avec pour diagnostics supplémentaires les codes Z34 *Surveillance d'une grossesse normale* et 009.-! *Durée de la grossesse ... semaines*.

Exemple 6

Une patiente est hospitalisée pendant la 30^e semaine de grossesse pour une fracture d'un os métacarpien de la main droite après une chute à bicyclette.

DP	S62.32	Fracture d'un autre os du métacarpe, diaphyse
L	1	
CD	V99!	Accident de transport
DS	Z34	Surveillance d'une grossesse normale
DS	009.4!	Durée de la grossesse, 26 ^e semaine à 33 semaines révolues

Exemple 7 – Psychiatrie

Une patiente connue pour un trouble dépressif récurrent a été hospitalisée dans sa 27^e semaine de grossesse dans une clinique psychiatrique en raison d'un nouvel épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Tant sa surcharge de travail que l'attitude négative de ses collègues ont contribué à la dégradation de son état. Sa grossesse se poursuit sans complications.

DP	F33.2	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
DS	Z34	Surveillance d'une grossesse normale
DS	009.4!	Durée de la grossesse, 26 ^e semaine à 33 semaines révolues

SD1504e Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant*Positions et présentations anormales de l'enfant*

Les anomalies de position et de présentation de l'enfant doivent être codées lorsqu'elles sont présentes à l'accouchement.

- Lors d'un accouchement **spontané** avec présentation anormale de l'enfant, il n'y a pas dystocie et le cas est décrit par le code 032.- *Soins maternels pour présentation anormale connue ou présumée du fœtus*
- Lors d'un accouchement **par césarienne primaire planifiée** pour une présentation anormale, le cas est décrit par le code 032.- *Soins maternels pour présentation anormale connue ou présumée du fœtus* indépendamment du fait de savoir s'il y aurait eu dystocie ou non.
- Lors d'un accouchement par **césarienne secondaire, par ventouse ou par forceps** pour une présentation anormale, il y a dystocie et on utilisera le code 064.- *Dystocie due à une position et une présentations anormales du fœtus*.

Les présentations occipitales (présentation occipitale postérieure, latérale ou diagonale) ne doivent être codées que si elles donnent lieu à une intervention.

Mouvements réduits du fœtus

En cas d'hospitalisation ayant pour diagnostic «mouvements réduits du fœtus», il faut choisir le code 036.8 *Soins maternels pour d'autres affections précisées du fœtus* lorsque la cause n'est pas connue. Lorsque la cause est connue, il convient alors de coder cette dernière et de ne pas indiquer le code 036.8.

Cicatrice utérine

Le code *034.2 Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure* est utilisé lorsque :

- La patiente est admise en raison d'une césarienne antérieure pour un accouchement par césarienne programmée.
- La tentative d'accouchement par voie vaginale, en présence d'une cicatrice utérine (due p.ex. à une césarienne ou à une autre opération), n'aboutit pas ou conduit à un accouchement par césarienne.
- Une cicatrice utérine existante nécessite un traitement, mais que l'accouchement n'a pas lieu pendant ce séjour hospitalier, p.ex. lors de soins prénataux en raison de douleurs dues à une cicatrice.

Anomalies de la coagulation pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

S'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G54), un code de la catégorie *D65-D69* sera ajouté aux codes *000-007, 008.1* et *045.0, 046.0, 067.0, 072.3*, contrairement aux éventuelles exclusions dans l'ICD-10-GM.

Prophylaxie anti-D

La prophylaxie anti-D administrée pendant le séjour hospitalier de la mère rhésus négatif est codée avec *Z29.1 «Immunothérapie prophylactique»* dans le cas de la mère.

Le code CIM-10-GM *036.0 «Soins maternels pour iso-immunisation anti-Rh»* n'est utilisé que s'il existe un effort de soins médicaux > 0 chez la mère en raison d'anticorps anti-D avérés et/ou d'une maladie hémolytique du fœtus et/ou du nouveau-né avec incompatibilité de rhésus médicalement diagnostiquée et documentée

SD1505I Règles spéciales pour l'accouchement

Les règles ci-dessous s'appliquent aussi bien aux maisons de naissances qu'aux hôpitaux (pour autant que la loi autorise la fourniture de la prestation concernée dans une maison de naissance; voir commentaire sur l'art. 58e OAMal).

Choix du diagnostic principal lors d'un accouchement

Lorsqu'une hospitalisation est liée à l'accouchement d'un enfant, mais que la patiente a été admise en raison d'un état prénatal nécessitant un traitement, on procédera comme suit :

- Si un traitement a été nécessaire pendant **plus de sept jours civils** avant l'accouchement, l'état prénatal doit être codé comme le diagnostic principal.
- Dans tous les autres cas, le diagnostic principal est le diagnostic qui se rapporte à l'accouchement.

Accouchement unique spontané par voie vaginale (080)

080 Accouchement unique et spontané n'est indiqué en diagnostic principal, que lorsque l'accouchement s'est déroulé sans problème, sans présence d'autres diagnostics du chapitre XV «Grossesse, accouchement et puerpéralité». Dans le cas contraire, le principal problème clinique (p.ex. naissance avant terme, dystocie, grossesse à risque, etc.) est indiqué en diagnostic principal par le code correspondant tiré du chapitre XV. En d'autres termes, *080* n'est pas codé comme diagnostic supplémentaire.

Chaque accouchement spontané est à coder avec *73.59 Assistance manuelle de l'accouchement, autre*.

Le mot «spontané» se rapporte à l'accouchement, et non au début des contractions/du travail, lequel peut être spontané ou induit. Tous les accouchements par voie vaginale sans utilisation d'instruments d'extraction sont représentés par le code de procédure *73.59 Assistance manuelle de l'accouchement, autre* en traitement principal ou supplémentaire. Les seules procédures obstétriques pouvant être indiquées lorsque *080 Accouchement unique et spontané* est en diagnostic principal sont :

03.91.31 Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement

73.0- Rupture artificielle des membranes

73.59 Assistance manuelle de l'accouchement, autre

73.6 Épisiotomie

93.92.15 Analgésie intraveineuse contrôlée par le patient [PCA]

Remarque : le code *93.92.15 Analgésie intraveineuse contrôlée par le patient [PCA]* doit être utilisé pour l'administration intraveineuse obstétricale d'opioïdes (Rémifentanyl) en mode PCA, ce que l'on appelle la PCA-rémifentanyl.

Note: Une ou plusieurs indications peuvent être à l'origine d'une épisiotomie (nécessaire). Si la raison de l'épisiotomie est indiquée dans la documentation médicale (par exemple, tissus mous rigides, nécessité de mettre fin rapidement à une expulsion tardive, blessure naissante, etc.), elle est enregistrée avec le code de procédure pour l'épisiotomie et le code *O80 Accouchement unique et spontané* est omis.

Les déchirures du périnée qui se produisent malgré une épisiotomie doivent également être saisies.

La suture d'une épisiotomie est comprise dans le code de procédure *73.6 Épisiotomie*.

La prise en charge de déchirure(s) (supplémentaires) du périnée est représentée par un code de la catégorie *75.6- Réparation d'autre déchirure obstétricale récente*.

Note:

Le déclenchement de l'accouchement (induction du travail) vise à réduire le plus possible la morbidité et la mortalité fœtale ou maternelle et nécessite une indication médicale.

Il existe généralement une indication/justification médicalement documentée pour (tenter de) déclencher le travail à l'aide de médicaments et d'autres moyens (par exemple instrumentaux), telle que: contractions douloureuses et sans effet sur le col chez les multipares, oligoamnios ou hydramnios, (suspicion d') insuffisance placentaire et/ou retard de croissance intra-utérin, post-maturité, rupture prématurée des membranes, fatigue/épuisement (massif) de la femme enceinte, etc.

Si une ou plusieurs raisons ou indications pour le déclenchement de l'accouchement (induction du travail) peuvent être déduites de la documentation médicale, ce ou ces diagnostics doivent être choisis et le code *O80 Accouchement unique et spontané* n'est pas utilisé dans le diagnostic principal ou secondaire.

Même si l'arrêt de l'accouchement ou de la grossesse est réalisé par voie vaginale chirurgicale (extraction par ventouse, extraction par forceps) ou par césarienne (primaire, secondaire), la ou les indications d'induction doivent être codées.

Le diagnostic principal est choisi selon la règle de codage G52.

Les inductions obstétricales peuvent durer de plusieurs heures à plusieurs jours (et être également itératives).

Il n'est donc pas rare que l'indication d'induction remplisse également les conditions de la règle de codage G52 «Le diagnostic principal».

Exemple 1

Accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique en bonne santé à la 39^e semaine de grossesse, périnée intact.

DP	O80	Accouchement unique et spontané
DS	O09.6!	Durée de la grossesse, 37 ^e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	73.59	Assistance manuelle de l'accouchement, autre

Exemple 2

Accouchement spontané par voie vaginale avec épisiotomie à la 39^e semaine de grossesse.

DP	O80	Accouchement unique et spontané
DS	O09.6!	Durée de la grossesse, 37 ^e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	73.59	Assistance manuelle de l'accouchement, autre
TS	73.6	Épisiotomie

Exemple 3

Accouchement spontané par voie vaginale à la 42^e semaine de grossesse.

DP	O48	Grossesse prolongée
DS	O09.7!	Durée de la grossesse, plus de 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	73.59	Assistance manuelle de l'accouchement, autre

Exemple 4

Accouchement vaginal spontané à 36,2 semaines après induction (médicamenteuse, 2 jours) pour suspicion de retard de croissance intra-utérin, insuffisance placentaire et plusieurs calcifications placentaires et signes d'infarctus blancs. Déchirure du périnée du deuxième degré, suture. L'enregistrement CTG était en partie pathologique, le liquide amniotique présentait une couleur verte, de sorte qu'une surveillance continue de la femme enceinte s'est avérée nécessaire.

DP	036.5	Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus
DS	043.8	Autres anomalies du placenta
DS	060.3	Accouchement prématuré sans travail spontané
DS	068.2	Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique
DS	070.1	Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré
DS	009.6!	Durée de la grossesse, 37 ^e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	73.4	Induction médicamenteuse du travail
TS	73.59	Assistance manuelle de l'accouchement, autre
TS	75.69	Réparation d'autre déchirure obstétricale récente

Accouchement unique par forceps et ventouse ou par césarienne (O81 – O82)

L'arrêt de l'accouchement que ce soit par extraction par ventouse et/ou forceps ou par césarienne (primaire ou secondaire) est toujours motivé par une ou plusieurs indications, par exemple un rythme cardiaque pathologique (associé à des changements de couleur du liquide amniotique), une faiblesse primaire ou secondaire des contractions, un épuisement maternel, des anomalies posturales ou positionnelles du fœtus, une hémorragie (placentaire) pré ou intrapartum, des tissus rigides, etc.

Les codes

O81 Accouchement unique par forceps et ventouse
et

O82 Accouchement unique par césarienne

sont omis lors du codage de l'indication correspondante.

Exemple 5

Extraction par forceps (détermination de la présentation, engagement, plancher pelvien) chez une femme primipare (induction médicamenteuse pour post-maturité 41,3 semaines de grossesse, début du travail 3 h après la première administration de prostaglandine) en raison de décélérations et de bradycardie (cardiotocogramme pathologique). Les contractions d'expulsion se montrent trop courtes et pas assez fortes. Une faiblesse secondaire du travail en phase d'expulsion prolongée (95 min) est également documentée par un médecin.

L'accouchement par voie vaginale est réalisé sans épisiotomie élective, une déchirure périnéale du premier degré est traitée.

DP	068.0	Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus
DS	063.1	Prolongation de la deuxième période (expulsion)
DS	062.1	Inertie utérine secondaire
DS	070.0	Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré
DS	048	Grossesse prolongée
DS	009.7!	Durée de la grossesse, plus de 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	72.19	Forceps bas, autre
TS	75.69	Réparation d'autre déchirure obstétricale récente
TS	73.4	Induction médicamenteuse du travail

Césarienne primaire et secondaire dans le codage médical

La définition **médicale** d'une césarienne est la suivante:

Une césarienne **primaire** est la réalisation d'une **césarienne avant le début de l'accouchement** (début du travail et/ou rupture des membranes). On l'appelle également césarienne programmée ou élective.

Une césarienne **secondaire** est la réalisation d'une **césarienne après le début de l'accouchement** (début du travail et/ou rupture des membranes). On l'appelle également césarienne non programmée.

La nécessité/décision de pratiquer une césarienne est dans la plupart des cas un événement **multifactoriel**.

Cela signifie que ce n'est pas seulement **une** indication, mais **une combinaison** d'indications/autres raisons (maternelles et/ou fœtales) qui peut conduire à la décision d'un accouchement par césarienne.

Note:

Toutes les indications (absolues et/ou relatives) **et autres raisons** menant à l'accouchement par césarienne énumérées dans la documentation médicale doivent être enregistrées avec le code CIM-10-GM correspondant.

La charge **de travail relative aux diagnostics à justifier conformément aux** règles de codage G52 «Le diagnostic principal» et G54 «Les diagnostics supplémentaires» est **fournie** par la césarienne réalisée (quel que soit le type).

Le diagnostic le plus important pour la décision d'une césarienne est enregistré comme diagnostic principal si la règle de codage G52 est remplie, si un autre diagnostic ne remplit pas les critères de la règle du diagnostic principal.

L'obstétrique clinique distingue les indications **absolues** et **relatives** de la césarienne.

Remarque: les exemples d'indications énumérés ci-dessous ne doivent pas être considérés comme complets et peuvent varier dans les publications médicales et dans la pratique clinique.

La liste présentée ici se fonde notamment sur les lignes directrices¹ de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique.

Indications **absolues**: en présence de ces indications, la césarienne doit être impérativement recommandée pour sauver la vie et/ou la santé de l'enfant et/ou de la mère. Le terme «césarienne d'urgence» fait également référence à ces indications.

Par exemple: présentation transverse, (risque de) rupture de l'utérus, acidose fœtale (pH $\leq$ 7,20 à la suite d'une analyse de sang du fœtus), disproportions absolues, déformations pelviennes, bradycardie fœtale réfractaire sévère, prolapsus du cordon ombilical, placenta praevia (avec ou sans hémorragie), décollement prématuré du placenta, non progression du travail, chorioamnionite, éclampsie, syndrome HELLP, etc.

Indications **relatives**: en présence de ces indications, la césarienne n'est pas obligatoire. La vie et/ou la santé de l'enfant et/ou de la mère ne sont pas en danger immédiat. Les indications en présence pouvant conduire à un accouchement par césarienne doivent faire l'objet d'une discussion et d'une évaluation individuelle avec la future mère en tenant compte de tous les avantages et inconvénients et des risques obstétricaux de chaque type d'accouchement.

Par exemple, présentation par le siège (siège décomplet, présentation par les pieds, siège complet), retard/restriction de croissance intra-utérin, grossesse multiple, disproportion céphalo-pelvienne, macrosomie fœtale absolue (> 4500 g), infection par le VIH, infection génitale primaire par le virus de l'herpès simplex (HSV) au troisième trimestre de grossesse, CTG pathologique, travail prolongé, pré-éclampsie, état après une précédente césarienne, prématurité, épuisement maternel, césarienne motivée par des facteurs psychologiques (anxiété concernant la sécurité du fœtus, douleur à la naissance et dommages organiques tardifs), insuffisance cardiaque maternelle, autres maladies maternelles de gravité similaire (par exemple, diabète sucré non contrôlé, etc.)

Il existe plusieurs autres raisons de décider d'une césarienne primaire ou secondaire, par ex.

- Infection par l'hépatite B
- Infection par l'hépatite C
- Infection par le HPV
- Césarienne demandée sans indication médicale

Ces situations et autres raisons doivent également être enregistrées dans le codage comme (une des) raisons d'une césarienne si elles sont indiquées dans la documentation médicale.

Depuis 2014, la CHOP met à disposition des codes à six chiffres pour enregistrer les différents types de césariennes.

Pour choisir le bon code de procédure, il faut prendre en compte le règlement suivant, nécessaire à un codage uniforme dans toute la Suisse:

¹ Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf (sggg.ch)

- Pour choisir le code CHOP approprié **74.0X.10, 74.1X.10, 74.2X.10, 74.4X.10**, on saisit le type de césarienne pratiquée comme **procédure programmée** antepartum avant ou après le début de l'accouchement (début du travail et/ou rupture des membranes). La décision d'un accouchement par césarienne est ici prise **avant le début de l'accouchement, c'est-à-dire avant le début du travail et/ou la rupture des membranes**. C'est alors ce qu'on appelle aussi la césarienne élective.

La condition préalable à la sélection d'un code se terminant par -.10 est qu'il n'y ait pas une indication supplémentaire maternelle et/ou fœtale (absolue et/ou relative) ou d'autres raisons pour une césarienne qui nécessite l'utilisation d'un code CHOP de la rubrique 74.- se terminant par -.20 (par exemple, dans une situation d'urgence, etc.).

- Pour choisir le bon code CHOP **74.0X.20, 74.1X.20, 74.2X.20, 74.4X.20**, on saisit le type de césarienne qui, (qu'elle soit initialement programmée* ou non) **a du avoir** lieu obligatoirement **avant le début de l'accouchement** en raison d'une **indication urgente aiguë** ou d'une **situation d'urgence** (voir indication absolue de césarienne) ou a dû être décidée (**de manière non planifiée**) **après le début de l'accouchement (pendant le travail)** en raison d'une **situation d'urgence, d'une indication urgente ou de toute autre indication absolue et/ou relative**.

*Même s'il s'agit initialement, par exemple, d'une procédure programmée antepartum et que l'accouchement n'a pas encore commencé, la survenue d'indications et/ou de raisons nouvelles/supplémentaires peut nécessiter l'utilisation d'un code CHOP se terminant par -.20.

Remarque:

La méthode la plus fréquente de césarienne est celle appelée césarienne isthmique basse horizontale. Celle-ci est représentée par les codes **74.1X.10 Césarienne isthmique basse, primaire** et **74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire**.

Les descriptions de méthodes telles que «incision de Pfannenstiel», selon «Joel-Cohen» ou «technique de Misgav-Ladach modifiée» sont également incluses dans la catégorie **74.1X. - Césarienne cervicale basse**, même si elles décrivent en fait l'ouverture de la paroi abdominale.

Pour saisir une césarienne extrapéritonéale, cette technique particulière doit être explicitement mentionnée dans la documentation médicale.

Une césarienne corporéale est représentée par les codes de la rubrique **74.0X.- Césarienne classique**.

Il s'agit d'une **incision utérine verticale et/ou horizontale** dans le corps de l'utérus et elle est (rarement) utilisée pour les accouchements, par exemple dans les toutes premières semaines de la grossesse.

Très rarement, les césariennes sont réalisées par laparotomie longitudinale ou autre incision. Celles-ci sont représentées par la classe résiduelle **74.4X Césarienne d'autre type spécifié**.

Naissance prématurée et césarienne:

Une césarienne programmée ou non devant être pratiquée **avant 36,6 semaines de grossesse** est toujours représentée avec un code CHOP de la catégorie 74.- se terminant par -.20. Ceci vaut également pour l'accouchement lors de grossesses multiples.

On peut partir du principe qu'il n'y a pas de césarienne (programmée, non programmée) pour une naissance prématurée sans une indication urgente la nécessitant.

Note: en raison des différences existantes entre la définition médicale d'une césarienne «primaire» et «secondaire» d'une part et les directives pour la saisie des codes CHOP de la rubrique **74.- Césarienne et extraction de fœtus** d'autre part, les personnes responsables du codage ne doivent **pas** s'attendre à pouvoir reprendre toujours exactement dans le codage la notion de «primaire» ou de «secondaire» telle qu'indiquée dans la documentation médicale.

S'appliquent entre autres les dispositions de ces règles de codage et des exemples suivants.

Les exemples suivants ont pour but d'illustrer le codage et sont pour cette raison quantitativement plus détaillés.

Ils se concentrent sur le choix des codes CIM-10-GM concernant les **indications/autres raisons** et le code CHOP correct pour la césarienne. Ils ne doivent pas être considérés comme complets sur le plan de la saisie des codes de procédure

Exemples de saisie des codes CHOP pour la césarienne «primaire»

Exemple 6

Césarienne électorale sous anesthésie générale intraveineuse (peur de l'anesthésie rachidienne) pour siège décompleté persistant à 39,3 semaines de grossesse, avancée pour rupture prématurée des membranes avec début de travail spontané (6 h après la rupture des membranes).

DP 064.1 Dystocie due à une présentation du siège

DS 042.0 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures

DS 009.6! Durée de la grossesse, 37^e semaine à 41 semaines révolues

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.1X.10 Césarienne isthmique basse, primaire

Date et heure du TP 74.1X.10

TS 93.92.10 Anesthésie intraveineuse

La césarienne pour présentation par le siège (indication relative de césarienne) était une procédure programmée avant le début de l'accouchement. En cas de rupture prématurée des membranes (rupture des membranes avant le début du travail) et des contractions commençant par la suite, la définition médicale est celle d'une césarienne secondaire (césarienne après le début du travail). En raison de la règle de codage pour la saisie des codes CHOP de la césarienne, qui diffère de la définition médicale, le code CHOP 74.1X.10 Césarienne isthmique basse, **primaire** est utilisé ici.

Exemple 7

Admission pour césarienne électorale 20 jours avant le terme calculé pour présentation transverse absolue et présence d'un bassin maternel en entonnoir (congénital).

Réalisation de la césarienne avant la rupture des membranes et le début du travail.

DP 032.2 Soins maternels pour position transverse et oblique

DS 033.3 Soins maternels pour disproportion due à un rétrécissement du détroit inférieur

DS 099.8 Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

DS Q74.2 Autres malformations congénitales d'un (des) membre(s) inférieur(s), y compris la ceinture pelvienne

DS 009.6! Durée de la grossesse, 37^e semaine à 41 semaines révolues

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.1X.10 Césarienne isthmique basse, primaire

Avec une présentation transverse (indication absolue de césarienne) et un bassin en entonnoir (indication absolue de césarienne), césarienne réalisée comme programmée, avant le début du travail. Selon la définition médicale et suivant la règle de codage décrite ci-dessus, il s'agit d'une césarienne primaire et le code CHOP 74.1X.10 Césarienne isthmique basse, **primaire** est utilisé.

Exemple 8

Admission d'une femme Para 0, Gravida 1 (42 ans) à 37,2 semaines de grossesse pour une césarienne programmée en présence d'un diabète gestationnel, d'une grande peur de l'accouchement vaginal et d'une suspicion d'un début d'insuffisance placentaire (pas encore de retard de croissance intra-utérine).

La patiente souhaite avoir une césarienne sans attendre, également en raison d'une fatigue et d'un épuisement croissants. En outre, la patiente présente une obésité nutritionnelle grave (IMC de 42) aggravée par une prise de poids supérieure à la moyenne pendant la grossesse et un statut après FIV.

Après avoir expliqué les avantages et les inconvénients ainsi que les risques obstétricaux, la patiente s'en tient au souhait qu'elle a exprimé et la césarienne électorale est pratiquée le jour suivant.

DP	024.4	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
DS	026.88	Autres maladies non précisées associées à la grossesse
DS	043.8	Autres anomalies du placenta
DS	Z35.0	Surveillance d'une grossesse avec antécédent de stérilité
DS	Z35.5	Surveillance d'une primigeste âgée
DS	026.0	Prise de poids excessive au cours de la grossesse
DS	099.2	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	E66.02	Obésité due à un apport de calories excédentaire, obésité de degré III (OMS) chez des patients de 18 ans et plus
DS	009.6!	Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

TP 74.1X.10 Césarienne isthmique basse, primaire

La décision de pratiquer une césarienne programmée a été prise sur la base de plusieurs indications relatives de la césarienne (diabète gestationnel, peur de l'accouchement par voie vaginale, début d'insuffisance placentaire, fatigue et épuisement) et de la présence d'une grossesse à risque avec un état après fécondation in vitro, de l'âge de la femme enceinte pour la première fois, etc.

Aucune des indications et raisons données ne nécessite une césarienne en urgence. L'accouchement n'a pas commencé, la césarienne est programmée.

Le code Z35.0 indique la présence d'une insémination artificielle et est inclus dans le codage en tant que raison de la décision d'effectuer la césarienne. L'obésité grave et une prise de poids excessive supplémentaire pendant la grossesse sont également considérées comme des facteurs de risque pour l'accouchement par voie vaginale et donc comme des raisons justifiant la césarienne indiquée.

Le souhait pressant d'une future mère d'accoucher par césarienne pour des raisons psychologiques doit être entendu par le corps médical, y compris en ce qui concerne les préoccupations médico-légales (après information appropriée) et est considéré comme une indication relative de la césarienne.

D'un point de vue médical et de codage, l'exemple ci-dessus est représenté par le code 74.1X.10 Césarienne isthmique basse, **primaire**.

Exemple 9

Admission d'une Gravida 7, Para 6 pour une nouvelle césarienne électorale à 37,3 semaines de grossesse. Il s'agit de la cinquième césarienne consécutive. Après la 4ème césarienne, déjà, une césarienne avec incision corporelle avait été prévue à la place de l'incision isthmique basse en cas de nouvelle grossesse, en raison d'une paroi abdominale « amincie », d'une perforation couverte dans la zone isthmique et d'adhérences sévères.

DP	034.2	Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure est utilisé lorsque
DS	099.8	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	N99.4	Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux
DS	Z35.2	Surveillance d'une grossesse avec d'autres antécédents obstétricaux pathologiques et difficultés à procréer
DS	009.6!	Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

TP 74.0X.10 Césarienne classique, primaire

TS 00.99.10 Réopération

En cas d'état après des accouchements multiples par césarienne (indication relative de césarienne), d'état après une perforation couverte (indication absolue menaçante de césarienne) et de présence suspectée d'adhérences postopératoires sévères dans le bassin (pas d'indication absolue ou relative de césarienne, mais une raison de décider d'un changement du modus operandi), une césarienne corporelle **primaire** (incision verticale de l'utérus dans la zone du corps utérin) est pratiquée.

Selon les règles de codage en vigueur aussi, le code pour la césarienne primaire est choisi parce qu'il s'agit d'une césarienne programmée avant le début de l'accouchement.

Cependant, si la future mère entre en travail et/ou a une rupture des membranes, l'état ci-dessus, qui correspond à une grossesse à risque, peut très rapidement nécessiter une césarienne en urgence, surtout en cas de détérioration du CTG, qui peut indiquer une nouvelle perforation de l'utérus. Si la documentation médicale l'indique, une césarienne secondaire doit pouvoir être codée à la place d'une césarienne primaire.

Exemple 10

Admission d'une femme de 30 ans, Gravida 1 à 39,2 semaines de grossesse, pour une césarienne programmée demandée en raison d'une peur de l'accouchement vaginal.

Tous les risques et toutes les alternatives ont été évoqués et documentés à l'avance avec la future mère.

DP	026.88	Autres maladies non précisées associées à la grossesse
DS	009.6!	Durée de la grossesse, 37 ^e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

TP	74.1X.10	Césarienne isthmique basse, primaire
----	----------	--------------------------------------

Il s'agit ici d'une indication relative de césarienne.

Au sens médical et conformément à la règle de codage susmentionnée, le code pour la césarienne primaire **74.1X.10 Césarienne isthmique basse, *primaire*** est utilisé.

Note:

Le code 026.88 doit être utilisé pour représenter l'indication relative de la césarienne «Peur de l'accouchement vaginal».

Il **ne** faut **pas** utiliser un code de la catégorie F41.- en particulier ou du chapitre V de la CIM-10-GM en général, sauf en cas de diagnostic psychiatrique (anxiété) univoque et documenté, même préexistant.

Le code **082 Accouchement unique par césarienne** ne doit pas être utilisé en raison de la présence d'une indication relative de césarienne.

Exemple 11

Admission à 38,5 semaines de grossesse pour une césarienne programmée à la date souhaitée (Gravida 1).

En l'absence d'autres indications relatives ou absolues, la césarienne est réalisée à la demande des parents à une date particulière.

DP	082	Accouchement unique par césarienne [Sectio caesarea]
DS	009.6!	Durée de la grossesse, 37 ^e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

TP	74.1X.10	Césarienne isthmique basse, primaire
----	----------	--------------------------------------

Remarque: Une «césarienne sur demande maternelle» sans autre indication pour une telle intervention (p.ex. status après une césarienne précédente, suspicion de macrosomie fœtale etc.) est indiquée par le code CIM **082 Accouchement unique par césarienne**.

Le code CIM **082 Accouchement unique par césarienne** ne peut pas être utilisé conjointement avec les codes CHOP **74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire** (ou **74.0X.20 Césarienne classique, secondaire**; **74.2X.- Césarienne extrapéritonéale**).

Exemples de saisie des codes CHOP pour la césarienne «secondaire»

Exemple 12

Césarienne pratiquée en urgence sous anesthésie générale (procédure combinée d'anesthésie par inhalation et par voie intraveineuse) pour bradycardie fœtale sévère avec oscillation silencieuse en début de période de dilatation avec contractions régulières (pas de syndrome de compression de la veine cave). 36,1 semaines de grossesse, anesthésie péridurale en place pour intolérance maternelle précoce aux contractions.

DP 068.0 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus
 DS 060.1 Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré
 DS 075.8 Autres complications précisées du travail et de l'accouchement
 DS 009.6! Durée de la grossesse, 37 semaine à 41 semaines révolues
 DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire Date et heure du TP 74.1X.20
 TS 03.91.31 Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement
 TS 93.92.12 Anesthésie équilibrée

La décision de pratiquer une césarienne en urgence en raison d'une bradycardie fœtale sévère (indication absolue de césarienne) et lors d'une naissance prématurée (indication relative de césarienne) a été prise après le début de l'accouchement, en raison de l'évolution du travail.

Le code CHOP 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, **secondaire** s'applique.

Exemple 13

Hospitalisation pour surveillance et, si nécessaire, déclenchement médicamenteux planifié de l'accouchement à la suite d'un examen prénatal à la 39e semaine de grossesse.

Le doppler réalisé en ambulatoire a révélé une circulation sanguine pathologique du cordon ombilical (signe d'une indication relative de césarienne) avec un placenta inséré bas (indication relative de césarienne) et un retard de croissance intra-utérin (indication relative de césarienne).

Le CTG réalisé le lendemain montre un résultat pathologique sur l'utérus sans contraction (indication relative de césarienne) sans récupération adéquate des battements cardiaques du fœtus.

Une césarienne en urgence est indiquée et réalisée.

Le pH de l'artère ombilicale et l'excès de base sont normaux.

DP 036.3 Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale
 DS 044.00 Descente du placenta sans hémorragie (actuelle)
 DS 036.5 Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus
 DS 009.6! Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues
 DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire

En présence de plusieurs indications (relatives) de césarienne, la décision est prise de pratiquer **en urgence une césarienne non programmée** en raison de la détérioration de la situation globale causée par la survenue supplémentaire d'une autre indication relative de césarienne, au pronostic défavorable (CTG pathologique avant le début du travail). Bien que la procédure ait été pratiquée avant le début effectif du travail et qu'il s'agisse donc d'une césarienne «primaire» selon la définition médicale, le code CHOP 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, **secondaire** s'applique en raison de l'urgence.

Exemple 14

Admission de nuit avec rupture prématurée des membranes (sans contractions) 20 jours avant le terme calculé avec présentation transverse absolue. Une césarienne électorale avait été programmée à l'avance pour le surlendemain.

Lors de l'examen obstétrique à l'admission, de grandes quantités de liquide amniotique s'écoulaient toujours par intermittence.

Le CTG n'est pas (encore) pathologique, mais montre en partie de légers signes de compression du fœtus (8 points au score de Fisher).

Réalisation anticipée en urgence de la césarienne programmée pour présentation incompatible avec un accouchement par voie vaginale et rupture prématurée des membranes, également afin de réaliser un accouchement avant le début du travail.

DP 032.2 Soins maternels pour position transverse et oblique
 DS 042.9 Rupture prématurée des membranes, sans précision
 DS 009.6! Durée de la grossesse, 37^e semaine à 41 semaines révolues
 DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.IX.20 Césarienne isthmique basse, secondaire

En raison de la présentation transverse (indication absolue de césarienne), une césarienne électorale avait été prévue. Au début du travail (rupture prématurée des membranes), une césarienne en urgence a été indiquée en raison d'une présentation incompatible avec un accouchement par voie vaginale.

Le début du travail avec un fœtus en position transversale correspond à une situation obstétricale tendue qui peut se transformer en urgence à tout moment, surtout si des contractions apparaissent chez la future mère.

Sur le plan médical et également selon les directives de codage susmentionnées, il s'agit d'une césarienne **secondaire**.

L'exemple s'applique avec le même raisonnement pour le début de l'accouchement avec contractions sans rupture des membranes ou rupture des membranes et contractions avec position transversale actuelle et vérifiée.

Exemple 15

Admission avec rupture des membranes et présentation par le siège à 37,5 semaines de grossesse. La césarienne avait été programmée pour 6 jours plus tard.

L'examen réalisé à l'admission montre un CTG suspect (score de Fisher de 7 points) et un liquide amniotique ressemblant abondamment à de la «Purée de pois» (contenant du méconium) avec les premières contractions régulières. Un pied palpable de l'enfant dépasse le col de l'utérus.

Une césarienne accélérée est pratiquée.

DP 036.3 Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale
 DS 042.0 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures
 DS 032.1 Soins maternels pour présentation du siège
 DS 009.6! Durée de la grossesse, 37^e semaine à 41 semaines révolues
 DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.IX.20 Césarienne isthmique basse, secondaire

La présence d'un liquide amniotique méconial (la consistance de type «Purée de pois» peut indiquer un état existant depuis un moment) est considérée comme un indicateur signifiant que le fœtus n'est plus dans des conditions optimales et était et/ou est exposé à une situation hypoxique. Le CTG, déjà pathologique, confirme cette hypothèse.

Ces deux indications relatives de césarienne conduisent à la décision de pratiquer une césarienne «en urgence» sans qu'il y ait alors une urgence aiguë.

Le travail n'ayant cependant pas commencé, le code 068.2 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique du chapitre «Complications du travail et de l'accouchement» ne peut être utilisé. La rupture prématurée des membranes n'est pas la raison principale/le problème «le plus grave». La césarienne est pratiquée principalement en raison de la suspicion d'une situation hypoxique du fœtus, qui se manifeste cliniquement par des modifications du liquide amniotique et au CTG.

Le code 74.IX.20 Césarienne isthmique basse, **secondaire** est saisie, car il s'agit, sur le plan médical comme au regard de la règle de codage, d'une césarienne secondaire, même si elle était prévue à l'avance.

Exemple 16

Hospitalisation d'une femme Gravida 1 depuis 4 semaines en raison d'un retard de croissance intra-utérin (indication relative de césarienne) et d'une béance du col de l'utérus (raccourcissement à 2 cm sans contractions notables, consistance souple, pas de formation d'entonnoir). Après une tocolyse de courte durée, utérus sans contractions. Réalisation de contrôles CTG quotidiens et surveillance médicale des apports au fœtus et de la longueur du col de l'utérus. 26,1 semaines de grossesse à l'admission.

En raison d'une détérioration croissante des valeurs au doppler ombilical (signe d'une indication relative de césarienne), une césarienne est programmée et réalisée à 30,2 semaines de grossesse après administration de médicaments destinés à accélérer le développement des poumons.

DP	036.5	Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus
DS	034.38	Suivi de la mère dans les autres cas d'insuffisance cervico-utérine
DS	036.3	Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale
DS	060.3	Accouchement prématuré sans travail spontané
DS	009.4!	Durée de la grossesse, 26e semaine à 33 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	73.7X.14	Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, d'au moins 28 à 55 jours de traitement
TS	74.1X.20	Césarienne isthmique basse, secondaire
TS		Autres prodécures selon documentation médicale

La patiente a été hospitalisée pendant plusieurs semaines en raison d'un retard de croissance intra-utérin (indication relative de césarienne) et d'une béance du col de l'utérus.

En raison de la détérioration croissante des paramètres relatifs aux apports au fœtus, une césarienne a dû être indiquée bien avant d'atteindre 37,0 semaines de grossesse et avant le début du travail.

Sur le plan médical, il s'agit d'une césarienne primaire, planifiée et réalisée en urgence.

Cependant, en raison des indications en présence et de la prématurité, le code 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, **secondaire** est saisi pour une question technique de codage.

La césarienne en tant que forme d'accouchement ne remplit pas dans ce cas les conditions de la règle de codage G52 et doit ainsi être saisie en tant que traitement supplémentaire.

Le problème prédominant du séjour hospitalier était la prise en charge due au retard de croissance intra-utérin. Les examens doppler réalisés, entre autres, ont montré une détérioration croissante des apports au fœtus et ont conduit à la décision d'une césarienne précoce et anticipée.

Exemple 17

Admission à 37,1 semaines de grossesse après saignements légers à domicile en présence d'un placenta praevia complet et d'un état après une césarienne isthmique basse.

Le CTG ne montre aucune anomalie et aucune contraction. Du sang ancien est constaté lors du premier examen des vêtements et des serviettes hygiéniques. L'échographie de l'utérus gravide montre une poche des eaux intacte et pas de changement d'état concernant le placenta praevia.

Pendant les quelques heures de surveillance qui suivent, nouvelle perte de sang frais.

Décision d'une césarienne primaire anticipée en raison d'une hémorragie du placenta praevia. En raison de la position du placenta, une césarienne dite classique (corporeale) doit être pratiquée au lieu d'une césarienne isthmique basse.

DP	044.11	Placenta praevia avec hémorragie actuelle
DS	034.2	Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure
DS	009.6!	Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

TP	74.0X.20	Césarienne classique, secondaire
TS	00.99.10	Réopération

Même si la césarienne est programmée et que l'accouchement n'a pas commencé, le code 74.0X.20 Césarienne classique, **secondaire** doit être saisi en raison de l'indication absolue de césarienne «Placenta praevia avec hémorragie aiguë» et de l'imminence d'une situation risquée pour la mère et l'enfant.

Une autre indication relative de césarienne (état après césarienne antérieure) contribue à la décision et doit donc également être saisie.

Exemple 18

Admission d'une femme Gravida 3, Para 1 (après un avortement) à 41,2 semaines de grossesse pour le déclenchement médicamenteux du travail. Après administration itérative de médicaments rétrocervicaux 24 h après l'admission et la dernière administration, rupture prématurée des membranes avec liquide amniotique clair.

Après une pause adaptée (6 h) passage à l'administration par voie intraveineuse de médicaments induisant le travail.

Après 8 heures de plus, début des contractions régulières et ayant un effet sur le col de l'utérus.

Durant la phase de dilatation de 11 heures, mise en place d'une PCA-Rémifentanil dans un contexte d'épuisement croissant de la patiente. Période d'expulsion prolongée (65 min) et apparition de décélérations tardives sévères avec critères supplémentaires défavorables. Le liquide amniotique, qui continue à s'écouler, prend une couleur de plus en plus verte.

L'engagement de la tête ne permet pas un arrêt (instrumental) immédiat du travail par voie vaginale et une non progression du travail est documentée.

Après l'arrêt des médicaments destinés à faciliter le travail et l'administration d'une tocolyse (médicaments inhibant les contractions), «normalisation» du schéma de fréquence cardiaque du fœtus suffisante pour pouvoir pratiquer une césarienne secondaire accélérée sous anesthésie rachidienne. À l'ouverture de l'utérus, on constate une présentation occipitale avec forte déformation des sutures crâniennes de l'enfant et un large hématome en chignon.

DP 068.2 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique

DS 063.1 Prolongation de la deuxième période (expulsion)

DS 064.0 Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus

DS 048 Grossesse prolongée

DS 075.6 Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes

DS 042.0 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures

DS 009.7! Durée de la grossesse, plus de 41 semaines révolues

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

TP 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire

TS 73.4 Induction médicamenteuse du travail

TS 93.92.15 Analgésie intraveineuse contrôlée par le patient [PCA]

Il s'agit d'une césarienne secondaire au sens médical. En raison du déroulement de l'accouchement avec non-progression du travail (indication absolue de césarienne), fréquence cardiaque fœtale pathologique avec méconium dans le liquide amniotique, épuisement de la parturiente, accouchement prolongé après rupture des membranes et période d'expulsion prolongée, le code *CHOP 74.1X.20 Césarienne isthmique basse, **secondaire*** est utilisé.

La raison la plus urgente pour laquelle la césarienne a été pratiquée est le CTG pathologique. Un arrêt immédiat de l'accouchement par voie vaginale n'était pas possible. Même si une (1) raison de la période d'expulsion prolongée a pu être identifiée lors de la réalisation de la césarienne, la présentation occipitale ne constituerait pas en soi une indication de césarienne.

Durée de la grossesse

Un code de la catégorie

009.-! *Durée de la grossesse*

doit être indiqué pour la durée de la grossesse au moment de l'hospitalisation de la mère.

En cas d'hospitalisation pour le traitement de complications liées à un avortement ou à un accouchement traité précédemment, la durée de la grossesse n'est plus codée.

Résultat de l'accouchement

Pour chaque accouchement, l'hôpital dans lequel il a eu lieu doit indiquer chez la mère le code correspondant de la catégorie

Z37.-! *Résultat de l'accouchement*

Il s'agit d'un code avec point d'exclamation (voir D04). Il est obligatoire et ne peut en aucun cas être en diagnostic principal. En cas de transferts (hôpital vers hôpital, maison de naissance vers hôpital ou vice versa), le code Z37.-! n'est indiqué que par l'établissement dans lequel l'accouchement a eu lieu.

Naissances multiples

En cas de naissances multiples, p.ex. de jumeaux vivants, les codes suivants

030.0 Grossesse multiple, jumeaux

Z37.2! Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

doivent être indiqués.

Si les enfants d'une grossesse multiple naissent selon deux méthodes différentes, les deux méthodes d'accouchement doivent être codées.

Exemple 19

Naissance gémellaire prématurée à la 35^e semaine; le premier jumeau naît par le siège, le deuxième est extrait par césarienne, sa présentation transversale (de l'épaule) empêchant un accouchement par voie vaginale.

DP 064.4 Dystocie due à une présentation de l'épaule

DS 032.1 Soins maternels pour présentation du siège

DS 030.0 Grossesse multiple, jumeaux

DS 060.1 Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré

DS 009.5! Durée de la grossesse, 34^e semaine à 36 semaines révolues

DS Z37.2! Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

TP 74.1X.-- Césarienne isthmique basse

TS 73.59 Assistance manuelle de l'accouchement, autre

Accouchement avant l'admission

Lorsqu'une patiente a mis au monde un enfant avant d'être hospitalisée, qu'aucune procédure liée à l'accouchement n'a été pratiquée pendant le séjour hospitalier et que la mère n'a pas connu de complication pendant la puerpéralité, il faut indiquer le code qui convient de la catégorie Z39.- *Soins et examens du post-partum*.

Lorsqu'une **complication** entraîne une hospitalisation, elle doit être codée en diagnostic principal. Un code de la catégorie Z39.- doit être attribué en diagnostic supplémentaire.

Lorsqu'une patiente qui vient d'accoucher est transférée dans un autre hôpital pour accompagner un enfant malade et qu'elle y reçoit des soins postpartum de routine, c'est dans ce dernier hôpital que ces soins seront indiqués par un code correspondant de la catégorie Z39.-.

Lorsqu'une patiente ayant subi une césarienne est transférée dans un autre hôpital pour les soins postopératoires sans qu'aucun de ses états ne remplisse la définition de diagnostic principal ou supplémentaire, le code correspondant du groupe Z39.- doit être indiqué comme diagnostic principal et le code Z48.8 *Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* comme diagnostic supplémentaire.

Il ne faut pas attribuer un code de la catégorie Z37.-! dans ces cas-là.

Accouchement avant terme, travail prématuré et faux travail

Un code de la catégorie

047.- *Faux travail*

doit être utilisé pour des contractions ne déclenchant pas le travail (n'agissant **pas** sur le col de l'utérus).

Un code de la catégorie

060.- *Travail prématuré avec accouchement*

doit être utilisé pour des contractions déclenchant le travail, avec/sans accouchement durant la même hospitalisation.

Si la raison de l'accouchement avant terme, du travail prématuré ou du faux travail est connue, elle doit être codée en diagnostic principal, accompagné d'un code des catégories 047.- ou 060.- comme diagnostic supplémentaire. Si la raison n'est pas connue, le code des catégories 047.- ou 060.- doit être indiqué en diagnostic principal. En outre, il y a lieu d'attribuer en diagnostic supplémentaire un code tiré de 009.-! *Durée de la grossesse*.

Grossesse prolongée et dépassement de terme

Le code

048 Grossesse prolongée

doit être indiqué lorsque l'accouchement se produit après 41 semaines entières (à partir de 287 jours) ou que l'enfant présente des signes évidents de post-maturité.

Exemple 20

Une patiente met un enfant au monde au cours de la 42^e semaine.

DP 048 Grossesse prolongée

DS 009.7! Durée de la grossesse supérieure à 41 semaines révolues

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

Exemple 21

Une patiente met un enfant au monde au cours de la 40^e semaine. L'enfant présente des signes évidents de post-maturité.

DP 048 Grossesse prolongée

DS 009.6! Durée de la grossesse, 37^e semaine à 41 semaines révolues

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

Travail prolongé

Le travail est considéré comme prolongé lorsque:

Période de dilatation > 12 h

Code : 063.0 Prolongation de la première période (dilatation)

Période d'expulsion > 60 min.

Code : 063.1 Prolongation de la deuxième période (expulsion)

Les définitions obstétricales des périodes de dilatation et d'expulsion sont applicables.

Le personnel chargé du codage doit spécifier les données documentées médicalement issues du dossier de grossesse (p.ex. partogramme), conformément aux dispositions de la règle G 40.

Laps de temps entre la rupture des membranes et l'accouchement ≥ 24 h

Travail retardé après rupture des membranes (prématurée et/ou spontanée) ou après rupture artificielle des membranes (amniotomie) pour déclencher le travail, augmenter les contractions ou au cours de du travail:

Codes : 075.5 Accouchement retardé après **rupture artificielle** des membranes ou 075.6 Accouchement retardé après **rupture spontanée ou non précisée des membranes**

Remarque:

- Si toutes les conditions énumérées ci-dessus pour les codes 063.0, 063.1, 075.5 et 075.6 sont remplies, tous les codes CIM concernés peuvent être inscrits dans le codage, même simultanément, si la règle des diagnostics supplémentaires (G 54) est respectée.
- L'exclusion mentionnée sous le code 075.6 Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes indique au personnel chargé du codage, en présence d'une rupture des membranes prématurée (c'est-à-dire que la rupture des membranes s'est produite avant le début des contractions de travail), qu'il doit utiliser un code de la rubrique 042.- Rupture prématurée des membranes.
- Les codes 042.- et 075.6 indiquent des états (ou des maladies) différents.
- Le code 075.6 n'indique pas s'il s'agit d'une rupture spontanée prématurée (avant le début des contractions de travail).

Exemple 22

Une patiente est admise à l'hôpital pour une rupture prématurée des membranes à la semaine de grossesse 39+4. Approche expectative en priorité, prophylaxie antibiotique, surveillance en salle d'accouchement.

Après 30 h, début naturel des contractions de travail. Période de dilatation prolongée de 12h45, provocation des contractions et anesthésie péridurale.

En raison d'une période d'expulsion de 75 mn et d'un tracé CTG pathologique, accouchement à l'aide d'une ventouse obstétricale sans épisiotomie avec déchirure du périnée de degré 2.

La documentation médicale indique que **la période de dilatation** prolongée a entraîné le plus d'efforts de soins au sens de la règle G52.

DP	O63.0	Prolongation de la première période (dilatation)
DS	O42.11	Rupture prématurée des membranes, début du travail après 1 à 7 jours
DS	O63.1	Prolongation de la deuxième période (expulsion)
DS	O75.6	Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes
DS	O70.1	Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré
DS	O68.0	Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus
DS	O09.6!	37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

Exemple 23

Une patiente est hospitalisée avec des contractions qui ont débuté à 3h00 le jour X à la 38e semaine de grossesse, sans rupture des membranes. Le même jour à 6h00, le col de l'utérus est dilaté à 1-2 cm.

S'ensuit un travail prolongé, c'est pourquoi à 10h00 le jour X une amniotomie visant à accélérer les contractions est effectuée, et les contractions sont renforcées par voie médicamenteuse.

Le col de l'utérus est totalement dilaté à 16h00 le jour X.

Après une courte période d'expulsion, l'accouchement spontané se produit à 16h50 le jour X.

DP	O63.0	Prolongation de la première période (dilatation)
DS	O09.6!	37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

Pas de codage O75.5 ou O63.1 possible.

Atonie utérine et hémorragie

Une atonie utérine

- qui apparaît durant l'accouchement est indiquée par les codes de la catégorie O62.- *Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col.*
- qui apparaît après l'accouchement est indiquée par les codes de la catégorie O72.- *Hémorragie du post-partum.*

L'hémorragie du post-partum (O72.-) ne doit être codée que si elle répond à la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54).

Prélèvement de cellules souches pour la cryoconservation

Le prélèvement de cellules souches dans le sang du cordon ombilical pour la cryoconservation (principalement la veine du cordon ombilical, selon les instructions du fabricant et le volume de sang disponible dans le cordon ombilical) est représenté par le code 41.0A.31 *Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques dans le sang du cordon ombilical, autologue* dans le cas d'un nouveau-né.

Peu importe alors que le prélèvement soit effectué directement après une césarienne primaire/secondaire ou un accouchement par voie vaginale.

Il faut cependant prendre en compte que le code **ne doit pas être utilisé dans le cas de la mère**, mais uniquement dans le cas du nouveau-né.

Il s'agit d'un prélèvement de sang du cordon ombilical qui présente une forte concentration en cellules souches hématopoïétiques. Ces cellules souches sont cryoconservées et stockées pendant des années, car elles pourraient aider à traiter certaines maladies pouvant survenir plus tard dans la vie du nouveau-né (ou de ses frères et sœurs), telles que la leucémie, l'anémie ou les maladies du système immunitaire.

SD1506I Maladies du post-partum (puerpérales)**Sepsis puerpéral (anciennement «fièvre puerpérale»)**

Le sepsis puerpéral est une entité à part entière. Son caractère particulier relatif au moment de son apparition et à son étiologie (contexte de l'accouchement) est comparable à celui du diabète gestationnel, de l'herpès gestationnel ou de la cholestase gravidique. La distinction entre «sepsis puerpéral» et «sepsis du post-partum» est essentielle pour un bon codage.

Le sepsis puerpéral est déclenché par une infection bactérienne de l'endomètre (porte d'entrée: p. ex. lésions du post-partum qui s'y trouvent, restes de placenta, etc.). Les conséquences possibles de cette infection vont de l'endomyométrite au sepsis fulminant durant le post-partum.

Le sepsis puerpéral doit être distingué des sepsis du post-partum dus à des infections urinaires, des mastites et/ou des plaies obstétricales infectées, p. ex. après une épisiotomie, etc.

Dans les exemples suivants, on renonce délibérément à la saisie des traitements en raison de la priorité accordée au «codage du diagnostic».

Exemple 1

7 h après un accouchement prolongé (phase de dilatation d'env. 13 h) mais sans autre complication (gravida 2, para 2, 39 SG), douleurs persistantes (douleur utérine).

La patiente est pâle, se plaint de fortes douleurs/contractions (tranchées) dans le bas-ventre, son état est stable sur le plan circulatoire avec une température de 35,7 °C.

Suspicion initiale de dérèglement de la circulation après un accouchement prolongé.

Le bilan sanguin actuel demandé montre une anémie (5,1 mmol/l) ainsi qu'une thrombocytopénie ($76 \times 10^3/\mu\text{l}$) avec des valeurs leucocytaires normales.

Au cours de la journée d'hospitalisation suivante, des douleurs au bas-ventre croissantes et résistantes au traitement persistent.

La patiente se montre de plus en plus agitée, présente des sueurs froides et une cyanose des lèvres. La pression artérielle est basse (80/40 mmHg) avec un pouls tachycardique de 122/min. L'abdomen est souple et sans défense pariétale.

Une endomyométrite avec sepsis étant diagnostiquée, la patiente est admise en soins intensifs avec instauration d'un traitement antibiotique. L'état de la patiente continue à se dégrader rapidement avec des défaillances multiorganiques (insuffisance rénale, SDRA, choc septique) si bien qu'une hystérectomie est pratiquée en urgence dans des conditions de réanimation.

Diagnostic de sortie: sepsis puerpéral foudroyant à streptocoques du groupe A.

DP	A40.0	Septicémie à streptocoques, groupe A
DS	O85	Fièvre puerpérale
DS	B95.0!	Streptocoques, groupe A, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	O99.4	Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	R57.2	Choc septique
DS	O99.8	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	N17.99	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade, sans précision
DS	O99.5	Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	J80.09	Syndrome de détresse respiratoire [SDRA] sans précision du degré de sévérité
DS	O99.1	Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certaines anomalies du système immunitaire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions
DS	D64.9	Anémie, sans précision
DS	O63.0	Prolongation de la première période [dilatation]
DS	O09.6!	37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

Le code R57.2 choc septique comprend les paramètres cardiovasculaires de l'exemple 1 et est saisi avec O99.4 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

En raison du chapitre SD1503 «Affections pendant la grossesse» toutes les dysfonctions organiques sont codées avec le code correspondant du chapitre XV de la CIM-10-GM.

Exemple 2

Suite à une hospitalisation en raison d'une césarienne élective pour présentation par le siège, nouvelle admission 19 jours après la sortie pour sepsis urinaire médicalement documenté dû à une pyélonéphrite (étiologie impossible à déterminer, par exemple obstructive [utérus gravide] ou iatrogène [cathéter urinaire] etc.).

Documentation d'une aggravation aiguë liée au sepsis de 4 points SOFA en l'espace de 72 h.

Présence d'une insuffisance rénale aiguë de stade 3 selon les critères AKIN, avec une situation initiale de 0.

Des bactéries *Escherichia coli* ont été mises en évidence dans la culture d'urine et les hémocultures.

DP	A41.51	Septicémie à d'autres micro-organismes Gram négatif, <i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>]
DS	O86.2	Infection des voies urinaires, après accouchement
DS	N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] et autres enterobactériales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	O99.8	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	N17.93	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 3

Même si la patiente se trouve par définition dans le post-partum (puerpéralité), **ce n'est pas** le code O85 Fièvre puerpérale qui est choisi si les critères sont remplis selon la règle de codage SD0102 pour le codage du sepsis existant.

Il ne s'agit pas d'un sepsis puerpéral tel qu'il est défini.

L'insuffisance rénale aiguë n'est pas codée par la combinaison du code O90.4 Insuffisance rénale aiguë du post-partum suivi de N17.93 Insuffisance rénale aiguë, sans précision Stade 3, puisqu'il ne s'agit **pas d'une insuffisance rénale du post-partum**, mais d'une insuffisance rénale liée au sepsis.

Le codage de la durée de la grossesse au moyen de codes issus du chapitre XV «Grossesse, accouchement et puerpéralité» de la CIM-10-GM n'est pas nécessaire dans le contexte de la puerpéralité.

Exemple 3

Chez une future mère (39,4 SG) se manifeste dès l'accouchement, dans un contexte de suspicion de chorioamniotite (*Streptococcus anginosus*), un sepsis qui évolue vers un choc septique en post-partum. En raison de la disproportion entre la tête de l'enfant et le bassin de la mère avec suspicion de macrosomie du fœtus, de paramètres infectieux croissants et de signes cliniques indiquant un sepsis, une césarienne secondaire est pratiquée en urgence suivie d'un traitement en USI. Tous les paramètres selon la règle de codage SD0102 sont remplis.

DP	A40.8	Autres septicémies à streptocoques
DS	O75.3	Autres infections au cours du travail
DS	B95.48!	Autres streptocoques spécifiés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	O99.4	Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	R57.2	Choc septique
DS	O41.1	Infection du sac amniotique et des membranes
DS	O65.4	Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision
DS	O66.2	Dystocie due à un fœtus anormalement gros
DS	O09.6!	37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

Dans les exemples décrits précédemment, le sepsis figure dans le diagnostic principal, car la règle de codage SD0102 a priorité sur les indications d'utilisation de la CIM-10-GM.

L'ordre de saisie des codes est déterminé par les indications de la règle de codage SD0102.

SD1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

SD1601a Série de données de la statistique médicale

Pour tous les nouveau-nés **naissant dans l'hôpital même**, le poids à la naissance doit obligatoirement être saisi dans les données de la statistique médicale.

Pour tous les nouveau-nés et nourrissons (jusqu'à un an révolu) hospitalisés **après la naissance**, le poids à l'admission (variable 4.5.V01) doit être obligatoirement saisi.

SD1602a Définitions

Période périnatale et néonatale

Selon la définition de l'OMS:

- la période périnatale commence 22 semaines après le début de la gestation et se termine à la fin du 7^e jour après la naissance.
- la période néonatale commence à la naissance et se termine à la fin du 28^e jour après la naissance.

SD1603i Nouveau-nés

Catégorie Z38.- Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance

Cette catégorie Z38.- comprend les enfants:

- nés à l'hôpital/dans une maison de naissance
Note: dans les données minimales, sous mode d'admission (V.1.2. V03), il faut indiquer le chiffre 3 (Naissance).
- nés extra-muros et hospitalisés immédiatement après la naissance
Note: dans les données minimales, sous mode d'admission (V.1.2. V03), il faut indiquer le chiffre 1 (Urgence) ou 2 (Annoncé, planifié).
On ne remplit pas de données pour nouveau-nés.

Note: Lors d'un accouchement normal à domicile ou sur le chemin de l'hôpital/maison de naissance, on code Z39.- Soins et examens du post-partum comme DP, même si une délivrance sans complication a lieu à l'hôpital.

Note: dans les données médicales, il faut indiquer le chiffre 1 (urgence) ou 2 (annoncé, planifié) sous mode d'admission (V.1.2. V03).

Un code de la catégorie Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* doit être indiqué en diagnostic principal pour tout nouveau-né **sain** (y compris les enfants chez lesquels on a procédé à une circoncision).

Pour les **prématurés et les nouveau-nés malades** (à la naissance ou tombés malades pendant ce séjour), les codes des pathologies doivent être indiqués **avant** le code de la catégorie Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*.

Exemple 1

Un nouveau-né est hospitalisé; l'accouchement a eu lieu à domicile. L'enfant ne présente pas de maladies.

DP Z38.1 *Enfant unique, né hors d'un hôpital*

Exemple 2

Un nouveau-né, né en bonne santé à l'hôpital (accouchement vaginal), est traité pour des crises convulsives apparues trois jours après la naissance.

DP P90 *Convulsions du nouveau-né*

DS Z38.0 *Enfant unique, né à l'hôpital*

Exemple 3

Enfant prématuré né à 27 semaines avec un poids de naissance de 1520 g.

DP P07.12 *Autres poids faibles à la naissance, poids de naissance de 1500 à moins de 2500 grammes*

DS P07.2 *Immaturité extrême*

DS Z38.0 *Enfant unique, né à l'hôpital*

Les codes de la catégorie Z38.- ne doivent plus être utilisés si un traitement a lieu lors d'une deuxième hospitalisation ou d'une hospitalisation ultérieure.

Exemple 4

Un nouveau-né est transféré le 2^e jour après sa naissance de l'hôpital A à l'hôpital B avec maladie des membranes hyalines et un pneumothorax.

Hôpital A:

DP	P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
DS	P25.1	Pneumothorax survenant pendant la période périnatale
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

Hôpital B:

DP	P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
DS	P25.1	Pneumothorax survenant pendant la période périnatale

SD1604g Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Le chapitre XVI «Certains affections dont l'origine se situe dans la période périnatale» de la CIM-10-GM met à disposition des codes pour les affections qui ont leur origine dans la période périnatale. Les commentaires du chapitre XVI doivent également être observés.

Exemple 1

Un prématuré atteint d'hypoplasie pulmonaire est transféré à la clinique pédiatrique d'un autre hôpital. La mère a eu une rupture prématurée des membranes à la 25^e semaine de grossesse. La grossesse a été prolongée jusqu'à la 29^e semaine par tocolyse. Un accouchement par césarienne a eu lieu dans la 29^e semaine, notamment en raison d'une suspicion d'infection amniotique et d'un CTG pathologique. L'hypoplasie pulmonaire est attribuée à la prématurité consécutive à la rupture des membranes. La clinique pédiatrique d'admission attribue les codes suivants:

DP	P28.0	Atélectasie primitive du nouveau-né
DS	P01.1	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des membranes

Il faut tenir compte aussi du fait que certaines affections (p.ex. des troubles métaboliques), susceptibles d'apparaître pendant la période périnatale ne sont pas classées dans le chapitre XVI. Si une telle affection apparaît chez un nouveau-né, un code du chapitre correspondant de la CIM-10-GM doit être indiqué, **sans** code du chapitre XVI.

Exemple 2

Un nouveau-né est transféré d'obstétrique en pédiatrie (même hôpital) pour une entérite à rotavirus.

DP	A08.0	Entérite à rotavirus
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

La définition de la période périnatale doit être prise à la lettre. Si une maladie se développe ou est traitée après le 7^e jour, mais a son origine dans la période périnatale, un code comme p.ex. *P27.1 Dysplasie broncho-pulmonaire survenant pendant la période périnatale* peut être utilisé. La détermination de l'origine est évaluée de cas en cas par le médecin.

Prophylaxie postexposition chez le nouveau-né sain

Le code Z20.- *Sujets en contact avec et exposés à des maladies transmissibles* est utilisé en fonction de l'indication pour coder une prophylaxie postexposition après la naissance d'un nouveau-né sain.

On code si efforts de soins > 0. Rien n'est représenté pour un nouveau-né sans prophylaxie.

Exemples:

Codage du nouveau-né dont la mère est positive au streptocoque B:

1. *sans effort de soins > 0: ne rien coder*

Une surveillance plus ou moins étroite est ici comprise dans la routine du code Z38.- Enfants nés vivants, selon le lieu de la naissance.

2. *avec efforts de soins > 0:*

- *Prophylaxie postexposition (antibiotiques): Z20.8 + B95.1!*

- *Enfant présentant une pathologie infectieuse: la pathologie + le code P00.8 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres affections maternelles qui indique que la pathologie préalablement codée a été provoquée par un état de la mère.*

Pour rappel, codage de la mère porteuse de streptocoque B:

- *Streptocoque B sans effort de soins > 0: ne rien coder*

- *Streptocoque B avec efforts de soins > 0 (antibiotiques): Z22.3 + B95.1!*

Nouveau-né sain de mère diabétique

Un nouveau-né **sain** d'une mère diabétique qui nécessite une surveillance itérative de la glycémie est décrit par le code Z83.3 *Antécédents familiaux de diabète sucré* (et non par le code P70.- *Anomalies transitoires du métabolisme des glucides spécifiques du fœtus et du nouveau-né*).

SD1605a Enfant mort-né

Bien que l'information «mort-né» (p.ex. Z37.1 *Naissance unique, enfant mort-né*) apparaisse déjà dans la série de données de la mère, il convient d'ouvrir également une liste de données minimales (autrement dit un cas) et une série de données du nouveau-né pour l'enfant. On ne procède toutefois à **aucun** codage pour l'enfant, MedPlaus est adapté en conséquence.

SD1606j Mesures particulières pour le nouveau-né (malade)*Thérapie parentérale*

Le code 99.1.- *Injection ou perfusion de substance thérapeutique ou prophylactique* est à coder si l'on utilise un apport parentéral de liquide pour un traitement avec hydrates de carbone, une hydratation ou en cas de troubles électrolytiques.

Il en va de même pour l'apport parentéral préventif de liquide à des nouveau-nés de moins de 2000 grammes, qui est utilisé dans le but de prévenir une hypoglycémie ou un déséquilibre en électrolytes.

Photothérapie

Lors d'un diagnostic d'ictère du nouveau-né, le code pour la photothérapie

99.83 *Autre photothérapie*

n'est attribué que si celle-ci est pratiquée pour une durée **d'au moins 12 heures**.

Réanimation primaire

Remarque: Pour pouvoir utiliser le code CHOP 99.65 *Traitement aigu d'un trouble adaptatif chez le nourrisson (réanimation primaire)*, toutes les conditions énoncées sous «note» doivent être remplies. Lorsque celles-ci ne sont pas entièrement satisfaites, le code ne peut pas être saisi.

Pour l'évaluation des critères «[...] - des mesures de soutien de la respiration (CPAP, ventilation) [...] », on se référera également à la règle de codage SD1001i « Respiration artificielle; Ventilation continue par pression positive (constante) (CPAP) ».

SD1607c Syndrome de détresse respiratoire lors de maladie des membranes hyalines/carence en surfactant

Le code du syndrome de détresse respiratoire du prématuré/nouveau-né

P22.0 Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né

est réservé au codage des affections suivantes :

- maladie des membranes hyalines
- carence en surfactant

L'administration de surfactant à des nouveau-nés s'inscrit uniquement sur la liste de médicaments onéreux avec son code ATC, qui inclut aussi le mode d'administration. Elle n'est pas décrite par un code CHOP.

Remarque : l'emploi de *P22.0* suppose l'existence d'un tableau clinique spécifiquement défini et doit être distingué des troubles d'adaptation passagers tels que la tachypnée transitoire (*P22.1*)!

SD1608c Syndrome de détresse respiratoire lors de syndrome néonatal d'aspiration aigu, wet lung ou tachypnée transitoire du nouveau-né

La catégorie

P24.- Syndromes néonataux d'aspiration

doit être utilisée lorsque le trouble respiratoire – dû au syndrome d'aspiration – a nécessité un apport d'oxygène **de plus de 24 heures**.

Le code

P22.1 Tachypnée transitoire du nouveau-né

doit être utilisé dans les diagnostics suivants :

- tachypnée transitoire du nouveau-né (sans tenir compte de la durée de l'oxygénothérapie)
- syndrome néonatal d'aspiration, lorsque le trouble respiratoire a nécessité un apport d'oxygène **de moins de 24 heures**
- wet lung

SD1609j Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)

L'encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) est cliniquement échelonnée, selon les stades de Sarnat¹ et/ou le score de Thompson², de la manière suivante :

1^{er} stade selon la classification de Sarnat¹ : irritabilité, hyperréflexie, pupilles dilatées, tachycardie, mais pas de convulsions (correspond à un score de Thompson² entre 1 et 6)

2^e stade selon la classification de Sarnat¹ : léthargie, myosis, bradycardie, réflexes diminués (p.ex. réflexe de Moro), hypotonie et convulsions

(correspond à un score de Thompson² entre 7 et 12)

3^e stade selon la classification de Sarnat¹ : stupeur, aréactivité, convulsions, absence de réflexe de Moro et de réflexe bulbaire (correspond à un score de Thompson² >12).

Pour le codage d'une encéphalopathie hypoxique ischémique, la CIM-10-GM prévoit le code *P91.6 Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) du nouveau-né*.

¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769>; Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Sarnat HB, Sarnat MS, 1976

² <https://www.karger.com/Article/FullText/490721>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024>

Les codes pour indiquer le degré de gravité de l'EHI doivent être attribués **en plus** selon la liste établie ci-contre. Les symptômes énumérés ci-dessus ne doivent pas être codés séparément, à l'exception des convulsions (*P90 Convulsions du nouveau-né*).

Codage EHI 1^{er} stade	<i>P91.3</i>	<i>Irritabilité cérébrale du nouveau-né</i>
Codage EHI 2^e stade	<i>P91.4</i>	<i>Baisse de l'activité cérébrale du nouveau-né</i>
Codage EHI 3^e stade	<i>P91.5</i>	<i>Coma du nouveau-né</i>

Les troubles/diagnostics supplémentaires présents (p.ex. *P21.0 Asphyxie obstétricale grave*) sont codés séparément.

SD1610h Asphyxie obstétricale

Pour les diagnostics du domaine asphyxie intra-utérine ou asphyxie obstétricale, on se reportera aux points suivants :

P21.0 Asphyxie obstétricale grave

Conditions : au moins trois des critères suivants doivent être remplis :

- APGAR ≤ 5 à l'âge de 5 minutes
- Acidose sévère durant la première heure de vie : pH ≤ 7.00 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)
- Déficit basique ≤ -16 mmol/l dans le sang du cordon ombilical ou pendant la première heure de vie
- Lactate ≥ 12 mmol/l dans le sang du cordon ombilical ou pendant la première heure de vie
- Encéphalopathie modérée ou sévère (stade II ou III de Sarnat)

Pour les enfants entrés à l'hôpital sans données, inscrire le code *P20.9*.

P21.1 Asphyxie obstétricale modérée (au lieu de P21.1 Asphyxie obstétricale légère ou modérée)

Conditions : au moins deux des critères suivants doivent être remplis :

- APGAR ≤ 7 à l'âge de 5 minutes
- Acidose modérée durant la première heure de vie : pH < 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)
- Encéphalopathie légère ou modérée (stade I ou II de Sarnat)

Pour les enfants entrés à l'hôpital sans données, inscrire le code *P20.9*.

P21.9 Asphyxie obstétricale légère, sans corrélation métabolique (au lieu de P21.9 Asphyxie obstétricale, sans précision)

Les deux critères suivants doivent être remplis.

- APGAR ≤ 7 à l'âge de 5 minutes
- Le pH le plus bas durant la première heure de vie est ≥ 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)

P20.- Hypoxie intra-utérine

Une acidose métabolique sans corrélation clinique (asphyxie) chez le nouveau-né est codée dans la catégorie *P20.- Hypoxie intra-utérine*.

L'acidose métabolique est définie comme suit :

Les deux critères suivants doivent être remplis.

- APGAR > 7 à l'âge de 5 minutes
- Acidose modérée durant la première heure de vie : pH < 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)

Valeurs considérées comme normales:

- APGAR > 7 à l'âge de 5 minutes
- pH ≥ 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)

Les signes énumérés sous *P20.-*, comme par exemple « détresse », « présence de méconium dans le liquide amniotique » ou « émission de méconium » sont considérés comme des observations sans valeur pathologique et ne sont pas à coder.

Les troubles de l'adaptation sont codés sous *P22.8*.

Conformément à la règle G40, l'établissement des diagnostics ainsi que **la documentation de tous les diagnostics** pendant toute la durée de l'hospitalisation relèvent de la responsabilité du **médecin traitant**. Le codage ne peut pas être effectué directement par le codeur/la codeuse sur la base de ces critères.

SD1611j Insuffisance respiratoire du nouveau-né

Une insuffisance respiratoire du nouveau-né correspond à un trouble respiratoire partiel/global; elle est codée par *P28.5 Insuffisance respiratoire du nouveau-né* lorsqu'un nouveau-né/prématuré est transféré pour la suite de ses soins dans une unité de SC/SI de néonatalogie reconnue par la SSN/SSMI et qu'une ventilation invasive ou non invasive ou une assistance respiratoire par CPAP est effectuée.

Le diagnostic de trouble respiratoire partiel/ global doit être mentionné dans la documentation médicale (cf. règle de codage SD1002).

En présence d'autres affections qui concernent le système respiratoire (p.ex. *P20.-*, *P21.-*, *P22.-*, *P23.-*, *P24.-*, *P25.-* etc.), celles-ci doivent être codées en plus, en tenant compte des règles de codage applicables.

SD1800 Symptômes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs

SD1801a Incontinence

L'incontinence est un diagnostic d'importance clinique si

- elle ne peut être considérée comme «normale» dans le cadre d'un traitement (p.ex. après certaines opérations et lors de certaines affections)
- elle ne peut être considérée comme un développement normal (p.ex. chez les petits enfants)
- elle perdure chez un patient souffrant manifestement d'un handicap ou d'un retard mental.

Les codes pour l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale :

N39.3 Incontinence urinaire d'effort [incontinence de stress]

N39.4– Autres formes d'incontinence urinaire précisées

R32 Incontinence urinaire, sans précision

R15 Incontinence des matières fécales

ne doivent être indiqués que si l'incontinence est un motif d'hospitalisation ou a une importance clinique telle que susmentionnée. Les incontinenances considérées comme **«normales»** dans le cadre d'un traitement/d'une opération et qui ne doivent par conséquent pas être codées comprennent par exemple les incontinenances urinaires postopératoires passagères après résection de la prostate ou l'incontinence fécale après résection rectale profonde.

SD1802a Dysphagie

Cette règle est supprimée.

Le codage d'une dysphagie s'effectue selon les règles G54 «Les diagnostics supplémentaires» ou «Le diagnostic principal».

SD1803a Convulsions fébriles

Le code

R56.0 Convulsions fébriles

ne doit être indiqué en diagnostic principal que s'il n'existe aucune maladie déclencheuse telle qu'une pneumonie ou d'autres foyers infectieux.

Lorsque la cause est connue, il convient alors de coder cette dernière en diagnostic principal et *R56.0 Convulsions fébriles* en diagnostic supplémentaire.

SD1804k Diagnostics traitements de la douleur

Douleur aiguë

La douleur aiguë s'accompagne généralement d'une lésion/affection des structures tissulaires. Elle est considérée comme un «symptôme» et/ou comme ce que l'on appelle une «fonction d'alerte» de l'organisme.

Lorsqu'une patiente ou un patient est traité en raison de douleurs postopératoires **aiguës** et/ou liées à un traumatisme et/ou en raison de douleurs **aiguës** étiologiquement liées à une affection/un état/une manifestation (par ex. appendicite, péritonite, ischémies **aiguës**, iléus, douleurs **aiguës** en raison d'infiltrations tumorales (primaires et/ou métastases), effets secondaires médicamenteux, complications et/ou troubles postopératoires, etc.), le code CIM-10-GM **R52.0 Douleur aiguë** ne doit **pas** être saisi.

Il faut saisir :

- les affections/traumatismes (également intra-opératoires et/ou iatrogènes)
 - les autres états
 - les autres manifestations
- qui déclenchent la douleur **aiguë**.

Le code CIM-10-GM *R52.0 Douleur aiguë* est utilisé uniquement lorsque l'origine de la douleur est inconnue, ne peut être identifiée ni définie.

Les codes des autres rubriques, qui figurent sous l'exclusion de la catégorie R52., par ex. *R07.1 Douleur thoracique respiratoire*, *R10.2 Douleur pelvienne et périnéale*, *M25.5- Douleur articulaire*, etc. sont également utilisés uniquement lorsque l'origine de la douleur ne peut être déterminée ni documentée.

Exemple 1

Un patient de 69 ans se présente au service des urgences pour des douleurs abdominales violentes et soudaines.

Il est hypotendu et a des sueurs froides. Tout l'abdomen est douloureux à la pression.

Le diagnostic indique une occlusion vasculaire aiguë (vraisemblablement thrombotique) du tronc coeliaque dans un contexte d'artériosclérose généralisée et de signes d'ischémie intestinale. Le patient est opéré en urgence. L'opération confirme les diagnostics.

DP K55.0 Troubles vasculaires aigus de l'intestin
 DS I74.8 Embolie et thrombose d'autres artères
 DS I70.9 Athérosclérose généralisée et sans précision

Exemple 2

Une patiente se présente avec des douleurs thoraciques aiguës avec *punctum maximum* de courte durée sur le cœur.

Il n'y a pas de maladies cardiaques ou vasculaires antérieures connues.

Un examen d'urgence du cœur gauche (angiographie coronarienne et ventriculographie) ne montre aucune anomalie structurelle du cœur ou des vaisseaux coronariens et permet d'exclure une cardiopathie ischémique.

Un diagnostic approfondi des autres systèmes organiques potentiellement atteints (p.ex. poumons, oesophage, estomac, système musculo-squelettique) ne donne aucun résultat.

La patiente sort de l'hôpital au bout de 2 jours.

DP R07.2 Douleur précordiale

Exemple 3

Un patient se présente avec une douleur rétrosternale, une sensation d'oppression et une dyspnée d'effort. Un examen électif du cœur gauche (angiographie coronarienne et ventriculographie) est réalisé. Il ne montre aucune anomalie structurelle du cœur et des vaisseaux coronariens qui pourrait être à l'origine de l'angine de poitrine stable présente depuis quelques semaines.

Cependant, les analyses de laboratoire réalisées à chaque admission montrent une anémie sévère d'étiologie inconnue qui est considérée comme l'origine de l'ischémie cardiaque.

Le patient reçoit 2 concentrés érythrocytaires durant le même séjour et il lui est demandé de revenir à une date ultérieure pour un diagnostic approfondi.

DP I20.8 Autres formes d'angine de poitrine
 DS D64.9 Anémie, sans précision

Les traitements de la douleur peuvent être différenciés en procédés opératoires et méthodes non opératoires.

Exemples de procédés **opératoires** de traitement de la douleur (liste non exhaustive):

- Implantation de neurostimulateurs et/ou d'électrodes (de test)
- Implantation de pompes antidouleur (sous-cutanées notamment)
- Section de nerfs
- Décompression de nerfs
- Autres opérations réalisées pour remédier aux causes de douleurs aiguës (opération d'une hernie discale, par ex.)

Note: les procédés opératoires de traitement de la douleur doivent être codés **obligatoirement** selon les règles de codage G52, G54, G55 et G56.

Exemples de méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur (liste non exhaustive):

- Anesthésie péridurale (PDA)
- Anesthésie rachidienne
- Cathéter péridural
- Analgésie contrôlée par le patient (PCA), parentérale et/ou péridurale
- Analgo-sédation
- Analgésies médicamenteuses orales ou intraveineuses
- Traitements physiques de la douleur
- Anesthésie régionale périphérique, p.ex. bloc pudendal et bloc du plexus
- Schémas thérapeutiques antidouleur

Note:

Les procédures utilisées pour court-circuiter la douleur lors d'une opération/d'une intervention/d'un acte diagnostique ne sont **pas** codées.

Les méthodes obstétriques non opératoires de traitement de la douleur constituent une exception à cette règle.

Remarque:

Dans le contexte obstétrique, les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur, à l'exception du traitement de la douleur postopératoire, doivent être codées.

Il s'agit, par exemple, de l'analgésie contrôlée par le patient (PCA), parentérale et/ou péridurale, du cathéter péridural, de l'anesthésie rachidienne utilisée (à de rares occasions) pour contrer la douleur lorsqu'il n'est pas possible de poser un cathéter péridural, ou du bloc pudendal par voie transvaginale pour faciliter la période d'expulsion lors d'un accouchement spontané ou vaginal opératoire (extraction par ventouse, forceps, par ex.).

La règle de codage SD1505 est à prendre en compte.

Si un bloc pudendal par voie vaginale est utilisé pour faciliter la période d'expulsion, il devra être codé comme suit selon le type d'accouchement:

Accouchement spontané:	04.81.11	<i>Injection d'anesthésique et d'analgésique au contact de nerfs périphériques, pour traitement de la douleur, sans imagerie</i>
Accouchement vaginal opératoire:	04.81.42	<i>Injection d'anesthésique au contact de nerfs périphériques pour anesthésie lors d'examens et interventions</i>

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur dans le contexte de la douleur **aiguë** ne doivent être saisies au moyen d'autres règles de codage publiées dans ce manuel que s'il s'agit de la **seule** mesure réalisée lors de l'hospitalisation.

Les méthodes non opératoires de traitement de la douleur utilisées directement ou de manière différée dans le cadre des traitements postopératoires habituels de la douleur (par ex. cathéter péridural après une chirurgie viscérale majeure) ne doivent **pas** être codées, quel que soit le moment où elles ont été mises en oeuvre.

Les dépenses relatives aux **méthodes non opératoires de traitement de la douleur** utilisées dans le cadre de douleurs **aiguës** sont prises en compte par les codes de la CIM-10-GM qui constituent le motif de l'intervention chirurgicale et de ses conséquences (par ex. la raison de douleurs postopératoires plus importantes).

Remarque:

Le code CHOP 93.A3.3- *Traitement complexe des douleurs aiguës, selon le nombre de jours de traitement* peut néanmoins, contrairement aux instructions susmentionnées, être utilisé pour les états douloureux aigus sévères après une opération, lors de traumatismes et/ou de douleurs tumorales exacerbées (aiguës), etc. si les caractéristiques minimales sont remplies de manière documentée. Le «Coder aussi» du code CHOP doit impérativement être pris en compte.

Exemple 4

*Un patient doit subir une colectomie subtotale en raison d'une colite ulcéreuse sévère.
Il reçoit un cathéter péridural pour la prise en charge postopératoire de la douleur.*

Pas de codage du cathéter péridural.

Exemple 5

*Un patient doit subir une colectomie subtotale ouverte en raison d'une colite ulcéreuse sévère.
Il reçoit un cathéter péridural pour la prise en charge postopératoire de la douleur.
Malgré toutes les mesures préventives, les douleurs postopératoires sont si fortes et persistantes que les dépenses entreprises et documentées autorisent l'utilisation du code CHOP 93.A3.3- pour le traitement de la douleur aiguë.
L'hospitalisation est prolongée de 20 jours en raison de la prise en charge compliquée des douleurs.
DP K51.9 Recto-colite hémorragique, sans précision*

TP 45.81.11 Colectomie, par chirurgie ouverte
TS 93.A3.3- Traitement complexe des douleurs aiguës, selon le nombre de jours de traitement
TS 03.91.11 Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien pour traitement de la douleur

Exemple 6

*5 jours après une opération étendue d'une hernie cicatricielle abdominale étranglée, un hématome postopératoire étendu provoque de fortes douleurs à la pression chez une patiente.
Celle-ci reçoit une PCA parentérale au 5e jour postopératoire et, à partir de là, des traitements physiques de la douleur.
Ces mesures permettent finalement d'éviter une intervention chirurgicale pour évacuer l'hématome.
DP K43.0 Hernie incisionnelle, incarcerated, avec occlusion, sans gangrène
DS T81.0 Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
DS Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*

La PCA et les traitements physiques de la douleur ne sont pas codés.

Douleur chronique/résistante au traitement

Un contexte de douleurs chroniques peut entraîner la perte de la «fonction d'alerte» (voir sous «Douleur aiguë»). Les facteurs psychologiques et leur traitement sont également pertinents pour la prise en compte et le traitement de la douleur chronique.

La douleur chronique a sa propre valeur pathologique. Une dissociation potentiellement présente de la douleur et des lésions tissulaires identifiables sert notamment à différencier la douleur chronique de la douleur aiguë.

Le(s) diagnostic(s) de douleur chronique doit(vent) être documenté(s) sur le plan médical pour pouvoir appliquer la règle de codage suivante.

1) Si un patient est hospitalisé spécialement **pour le traitement de la douleur** et que ce traitement constitue la dépense principale du séjour, le code de la **localisation de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal**. La maladie sous-jacente à l'origine de la douleur chronique doit être codée en plus, contrairement à la règle de codage sur le diagnostic supplémentaire (G54).

Exemple 7

Une patiente est hospitalisée pendant 7 jours en raison de douleurs chroniques à la respiration, dans la région thoracique droite (syndrome thoracique). Les douleurs sont documentées comme chroniques par les médecins en charge du traitement et attribuées entre autres à une ostéoporose post-ménopausique avérée et un mauvais point d'appui, en particulier dans la zone cervico-thoracique de la colonne vertébrale. Il n'y a pas de fractures ou d'empreintes ostéoporotiques.

La patiente est très fortement limitée dans son quotidien et souffre de troubles psychiques associés, en particulier de dépression réactive aiguë de gravité modérée.

Elle reçoit une PCA parentérale pendant 5 jours, une physiothérapie régulière, un schéma médicamenteux adapté à la situation et des visites de gestion de la douleur.

En outre, une consultation psychiatrique a lieu pendant le séjour et débouche sur un traitement antidépresseur médicamenteux.

DP M54.6 Rachialgies dorsales

DS M81.08 Ostéoporose post-ménopausique sans fracture pathologique, autres localisations

DS F32.1 Épisode dépressif moyen

TP PCA

TS Visites de gestion de la douleur

Note :

les diagnostics suivants font exception à la section «Douleur chronique/résistante au traitement» ci-dessus :

F45.4- Syndrome douloureux persistant

G43.- Migraine

G44.- Autres syndromes d'algies céphaliques

G54.6 Syndrome douloureux du membre fantôme

G90.5- Syndrome douloureux régional complexe, type I

G90.6- Syndrome douloureux régional complexe, type II

G90.7- Syndrome douloureux régional complexe, autre type et type non précisé

et douleurs tumorales chroniques (voir règle de codage SD0202).

Si les diagnostics mentionnés ci-dessus sont documentés, ce n'est pas la localisation de la douleur mais le diagnostic désigné/documenté qui doit être codé comme diagnostic principal, si la définition de la règle de codage G52 s'applique.

En présence d'un autre motif principal d'hospitalisation, la règle de codage pour le diagnostic supplémentaire G54 s'applique.

Voir point 3 à ce sujet.

Le syndrome douloureux général complexe (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) et d'autres états sous G43.-, G44.- et G54.6 peu-vent survenir aussi bien de manière aiguë que chronique.

Selon la documentation médicale sur la durée des symptômes, la règle de codage pour la douleur aiguë ou pour la douleur chronique s'applique.

Dans les cas concernés, le CRPS, la migraine, **etc.** est directement saisi(e) et non les symptômes typiques, tels que douleur persistante dans un membre, hyperthermie, teints livides ou autres, sensibilité au froid, gonflements, limitations fonctionnelles, myoclonies et/ou atrophie (CRPS) ou nausées, hémicrânie, scotomes scintillants colorés et/ou sensations d'aura (migraine) etc.

En cas d'affections sous-jacentes (chroniques) existantes (pouvant donner) donnant lieu à des exacerbations aiguës, le code dépend du type de traitement.

Si le traitement vise à soulager les douleurs aiguës (par ex. *G44.0 Algie vasculaire de la face ou douleurs tumorales chroniques à exacerbation aiguë*), la règle de codage pour la douleur aiguë est appliquée.

S'il s'agit du traitement de l'affection chronique sous-jacente (par ex. traitement de sevrage et/ou de la douleur lors de maux de tête chroniques d'origine médicamenteuse), la règle de codage pour la douleur chronique est appliquée.

Exemple 8

Admission d'une patiente de 76 ans pour traitement multimodal de la douleur 13 mois après le traitement chirurgical d'une fracture du radius distal gauche consécutive à une chute.

La patiente souffre d'une limitation fonctionnelle, de douleurs cuisantes persistantes au repos avec une composante supplémentaire au toucher fortement marquée. La main gauche montre également un tremblement.

L'anamnèse indique un traitement antérieur de la douleur qui a échoué et une consommation croissante d'analgésiques à l'initiative de la patiente avec une non-observance des prescriptions médicales.

Les autres résultats montrent une AOMI de stade 2b (classification de Leriche et Fontaine) à la jambe droite et une insuffisance ventriculaire gauche NYHA 2 après infarctus du myocarde 2 ans auparavant.

La documentation médicale mentionne le diagnostic «CRPS chronique de type 1 à la main gauche», les caractéristiques minimales pour le co-dage du traitement multimodal de la douleur (11 jours) sont remplies selon la documentation médicale. Concernant les diagnostics supplémentaires existants, une dépense >0 est indiquée.

Au cours du traitement, une composante psychologique supplémentaire se révèle sous forme d'épisode modéré de dépression récurrente.

DP G90.50 Syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur, type 1

L 2

DS I70.22 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche de moins de 200 m

L 1

DS I50.12 Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme en cas d'effort important

DS I25.22 Infarctus du myocarde, ancien, survenu il y a 1 an ou plus

DS F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

TP 93.A2.44 Traitement multimodal de la douleur, d'au moins 7 à 13 jours de traitement

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur dans le contexte de la douleur **chronique** ne doivent être saisies au moyen d'autres règles de codage publiées dans ce manuel que s'il s'agit de la **seule** mesure réalisée lors de l'hospitalisation.

Si les caractéristiques minimales des codes CHOP 93.A2.- *Traitement multimodal de la douleur* ou 93.A1 *Traitement multimodal de la douleur, de brève durée* sont remplies, ces codes peuvent être saisis.

Les codes 93.A2.- *Traitement multimodal de la douleur* et 93.A1 *Traitement multimodal de la douleur, de brève durée* peuvent être saisis en présence d'autres affections/états/manifestations représentant la dépense principale du séjour hospitalier, selon les règles de codage G54 et G56.

Il faut prendre en compte le fait que la saisie des codes CHOP pour le traitement complexe de la douleur n'est pas explicitement réservée aux indications mentionnées dans cette règle de codage (SD1804).

2) Dans les (rares) cas d'hospitalisation en raison de douleurs chroniques **sans attribution possible de la localisation** (douleurs diffuses par ex.) **et/ou** sans affectation possible à une cause, les codes

R52.1 Douleur chronique irréductible **ou**

R52.2 Autres douleurs chroniques

peuvent être utilisés, si la définition du diagnostic principal (G52) est remplie.

Exemple 9

Un patient est hospitalisé pendant 3 jours pour l'examen d'une douleur chronique, diffuse et résistante au traitement. La douleur est présente depuis env. 8 mois et affecte de plus en plus la qualité de vie du patient.

Le séjour hospitalier ne permet pas de déterminer la cause de la douleur (physique, psychologique) et de l'attribuer à une localisation particulière.

Après élaboration d'un traitement médicamenteux, réalisation d'examens IRM de toute la colonne vertébrale et d'un scanner thorax-abdomen, une consultation psychiatrique a lieu. Toutes les mesures diagnostiques sont peu parlantes.

DP R52.1 Douleur chronique irréductible

TP 88.97.14 IRM: vue d'ensemble et partielle de la colonne vertébrale

TS 87.41.99 Tomographie axiale computerisée du thorax, autre

TS 88.01.10 Tomographie axiale computerisée de l'abdomen entier

TS 94.19 Diagnostic psychiatrique, autre

3) Dans tous les autres cas d'hospitalisation en raison de douleur chronique, la maladie à l'origine de la douleur doit être indiquée en diagnostic principal, de manière analogue aux instructions de codage sous «Douleur aiguë».

Si les conditions de la règle de codage G52 ne sont pas remplies, c'est la règle de codage G54 qui est appliquée.

Pour les traitements de la douleur avec procédés opératoires et méthodes non opératoires de patients, resp. patients souffrant de douleurs chroniques, les mêmes conditions que sous la partie « Douleur aiguë » valent.

Exemple 10

Un patient est hospitalisé pour des douleurs chroniques d'intensité croissante (présentes depuis env. 9 mois) dans un contexte de métastases osseuses diffuses dans toute la colonne vertébrale et les os pelviens. Durée totale du séjour: 15 jours.

La tumeur primaire est un carcinome de la prostate métastatique à dissémination lymphatique (bassin, abdomen). Implantation d'une pompe anti-douleur après une administration initialement sous-cutanée d'analgésiques morphiniques.

Pendant le séjour, la veille de la sortie, une chimiothérapie palliative peu complexe est administrée dans le cycle.

DP C79.5 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

L 0

DS C61 Tumeur maligne de la prostate

DS C77.2 Ganglions lymphatiques intra-abdominaux

DS C77.5 Ganglions lymphatiques intrapelviens

TP 03.9B.1- Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable pour perfusion intrathécale et épidurale

TS 03.90.11 Insertion ou remplacement de cathéter pour perfusion intrathécale et épidurale, cathéter permanent pour perfusion continue

TS 99.25.51 Chimiothérapie non complexe

Exemple 11

Un patient souffrant d'un infarctus transmural aigu de la paroi inférieure du myocarde est présenté pour une opération de pontage en urgence. Dans la phase postopératoire, après une opération cardiaque sans complication, une douleur (au repos) bilatérale chronique des membres dans un contexte de polyneuropathie diabétique (type 2, non décompensé) s'aggrave et limite fortement le patient (insomnie, physiothérapie postopératoire plus difficile, etc.).

Outre les examens neurologiques au lit et l'adaptation de la médication sur la base de la maladie sous-jacente, il reçoit un traitement médicamenteux contre la douleur, des méthodes physiques de traitement de la douleur, etc.

La documentation médicale complète indique que les conditions/caractéristiques minimales pour la saisie d'un «Traitement multimodal de la douleur, de brève durée» (93.A1) pendant trois jours sont remplies.

DP I21.1 Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure

DS E11.40+ Diabète sucré, type 2, avec complications neurologiques, non désigné comme décompensé

DS G63.2* Polyneuropathie diabétique

L 0

TP Opération de pontage selon les règles de codage qui s'appliquent

TS 93.A1 Traitement multimodal de la douleur, de brève durée

SD1805e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes (-test)

En cas d'hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur/d'électrodes (-test), il faut indiquer **la maladie comme diagnostic principal** avec les codes de procédures correspondants.

Le code

Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur

n'est **pas** utilisé.

(Même règle sous SD0605: Hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur).

SD1806e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes (-test)

En cas d'hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur/d'électrodes (-test), il faut indiquer comme diagnostic principal le code

Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur

avec les codes de procédures correspondants. La maladie initiale n'est codée comme diagnostic supplémentaire que si elle remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G54).

(Même règle sous SD0606: Hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur).

SD1807I Choc

Le choc est un état potentiellement fatal dont les causes sont diverses et dont le diagnostic et le traitement dépassent parfois largement la portée d'un symptôme d'une autre maladie. Pour cette raison, les états décrits sous la rubrique *R57.- Choc, non classés ailleurs*, doivent être considérés comme des diagnostics **à part entière**.

La règle de codage G52 doit être prise en compte pour le choix comme diagnostic principal ou diagnostic supplémentaire.

Pour un choc septique, la règle SD0102 Sepsis s'applique.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée en raison d'une hémorragie gastro-intestinale. La cause identifiée est un saignement provenant d'un ulcère aigu dans la paroi postérieure du bulbe duodénal. L'état évolue ensuite vers une anémie hémorragique aiguë et un choc hémorragique, raison pour laquelle la patiente est admise en unité de soins intensifs et reçoit des vasoactifs. Les médecins traitants indiquent que la plus grande partie des moyens médicaux ont été utilisés pour traiter le choc hémorragique.

DP	R57.1	Choc hypovolémique
DS	K26.0	Ulcère du duodénum, Aigu avec hémorragie
DS	D62	Anémie posthémorragique aiguë

SD1900 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.

SD1901a Lésions superficielles

Les égratignures et les contusions ne sont pas codées si elles sont liées à des lésions graves de même localisation, sauf si elles occasionnent une charge supplémentaire pour le traitement de la lésion grave, p.ex. si elles ont pour effet de retarder ce dernier.

Exemple 1

Un patient victime d'une chute est admis pour le traitement d'une fracture supracondylaire de l'humérus gauche, d'une contusion du coude et d'une fracture du corps scapulaire gauche.

DP S42.41 Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, supracondylaire

L 2

CD X59.9! Autre accident ou accident non précisé

DS S42.11 Fracture de l'omoplate, corps

L 2

La contusion du coude ne doit pas être codée dans ce cas.

SD1902a Fracture et luxation

Pour le codage de fractures et luxations de vertèbres, voir SD1905.

Fracture et luxation avec lésion des tissus mous

Deux codes sont nécessaires pour une fracture/luxation avec lésion des tissus mous : le code de la fracture ou de la luxation, suivi du code correspondant au degré de gravité de la lésion des tissus mous. Les codes supplémentaires pour les lésions des tissus mous sont :

Sx1.84! – Sx1.86! Lésion des tissus mous de stade I à III lors de fracture/luxation fermée
(x selon la région du corps)

Sx1.87! – Sx1.89! Lésion des tissus mous de stade I à III lors de fracture/luxation ouverte
(x selon la région du corps)

Dans la CIM-10-GM, les codes sont suivis d'un texte décrivant le degré de gravité.

Lors de transferts pour suite de soins ou lors de réhospitalisations, le code pour la lésion des tissus mous est uniquement indiqué s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G54).

Exception : seules les fractures fermées de type simple ou les luxations avec une lésion des tissus mous de stade 0 ou SAP n'ont pas ce code supplémentaire.

Exemple 1

Patient avec une fracture ouverte du fémur droit de stade II après une chute.

DP S72.3 Fracture de la diaphyse fémorale

L 1

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

DS S71.88! Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation de la hanche et du fémur

L 1

Fracture-luxation

Dans de tels cas, il faut attribuer un code pour la fracture et un code pour la luxation; le premier code attribué est celui de la fracture. A noter que la CIM-10-GM prévoit parfois des codes combinés, p.ex. :

S52.31 Fracture distale de la diaphyse du radius avec luxation de la tête du cubitus.

Fracture et luxation de même location ou de localisation différente

En cas de lésion combinée de même localisation, il suffit d'indiquer le degré de gravité de la lésion des tissus mous par un seul code.

Exemple 2

Une patiente victime d'une chute est hospitalisée pour le traitement d'une fracture ouverte de stade I de la tête de l'humérus droit, avec luxation antérieure (ouverte) de l'épaule droite et lésion des tissus mous de stade I.

DP	S42.21	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, tête
L	1	
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S43.01	Luxation antérieure de l'humérus
L	1	
DS	S41.87!	Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture ouverte ou de luxation du bras
L	1	

Lorsqu'un patient souffre de plusieurs fractures/luxations de localisations différentes, il faut saisir pour chaque localisation le degré de gravité (stade I à III) de la lésion des tissus mous.

Contusion osseuse

Une contusion osseuse avec fracture de l'os spongieux prouvée radiologiquement, alors que l'os cortical est intact, est codée comme une fracture.

SD1903c 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.

Lésion intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale ouverte

En cas de lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale ouverte, il faut d'abord indiquer le code pour la lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale, puis celui pour la plaie ouverte.

Exemple 1

Patient blessé par un coup de couteau au thorax avec hémithorax traumatique.

DP	S27.1	Hémithorax traumatique
CD	Y09.9!	Voies de fait/agression
DS	S21.83!	Plaie ouverte (n'importe quelle partie du thorax) communiquant avec une lésion intrathoracique

Fracture ouverte avec lésion intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale

En cas de fracture du crâne associée à une lésion intracrânienne ou de fracture ouverte du tronc avec une lésion intrathoracique/intraabdominale, il faut indiquer les codes suivants :

- un code pour la lésion intracrânienne/intracavitaire,
- un des codes suivants :
S01.83! Plaie ouverte (toute partie de la tête) associée à une lésion intracrânienne
S21.83! Plaie ouverte (n'importe quelle partie du thorax) communiquant avec une lésion intrathoracique
ou
S31.83! Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale
- les codes pour la fracture

et

- un code pour le degré de gravité de la lésion des tissus mous de la fracture ouverte, des catégories
S01.87! – S01.89! Lésion des tissus mous de stade I – III lors de fracture ouverte ou de luxation de la tête
S21.87! – S21.89! Lésion de tissus mous de stade I – III lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax
ou
S31.87! – S31.89! Lésion des tissus mous de stade I-III lors de fracture ouverte ou de luxation de la colonne lombaire et du bassin

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 SD0102 est à prendre en considération.

Exemple 2

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'émminence 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!	Staphylococcus aureus, 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.

SD1904j Perte de connaissance*Perte de connaissance*

En cas de perte de connaissance liée à une lésion, il faut indiquer le type de la lésion avant un code issu de *S06.7–! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral* pour préciser la durée de la perte de connaissance.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé avec une fracture de l'os ethmoïde (radiographie). Le CT montre un important hématome sous-dural. Le patient a été inconscient pendant 3 heures.

DP S06.5 Hémorragie sous-durale traumatique

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

DS S02.1 Fracture de la base du crâne

DS S06.71! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, de 30 minutes à 24 heures

Remarque: Traumatisme crânio-cérébral (TCC)

Lors d'un traumatisme crânio-cérébral (index alphabétique *S06.9 Lésion traumatique intracrânienne, sans précision*) sans lésion traumatique intracrânienne documentée, on n'utilise pas le code *S06.9*, mais le code *S06.0 Commotion*.

Note: Lors d'un traumatisme crânio-cérébral suivi d'un coma artificiel de >24 heures, on utilise les codes suivants:

S06.72! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, avec retour au stade de connaissance (conscience) antérieur ou

S06.73! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, sans retour au stade de connaissance (conscience) antérieur

Troubles sévères de la conscience

Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS), anciennement appelé Vegetative State (VS) et Minimally Conscious State (MCS)

Le «Unresponsive Wakefulness Syndrome» (UWS) est défini comme un état de non-réponse caractérisé par une incapacité à interagir avec l'environnement, c'est-à-dire une absence de réponses cohérentes et volontaires aux stimulations visuelles, auditives, tactiles et nociceptives; ne laissant ainsi transparaître aucun signe de conscience de soi et de l'environnement.

Le Minimally Conscious State (MCS) est défini comme un état de conscience fortement altéré dans lequel des caractéristiques comportementales minimales, manifestes et reproductibles sont observées, qui laissent transparaître une conscience de soi-même et de l'environnement.

La classification exacte et l'attribution à une catégorie est déterminée par l'échelle CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) résultant de l'évaluation des six sous-échelles du CRS-R: fonction auditive – fonction visuelle – fonction motrice – fonction verbale – communication - éveil. Cette évaluation ne peut pas être utilisée de manière fiable chez les patients de moins de 12 ans. Jusqu'à ce que cet âge soit atteint, le diagnostic posé par le médecin s'applique sans référence au CRS-R.

Classification des troubles sévères de conscience

Sous-échelle CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS–)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Fonction auditive	≤ 2	≤ 2 et	3 – 4	
Fonction visuelle	≤ 1 et	2 – 5 ou	4 – 5	
Fonction motrice	≤ 2 et	3 – 5 ou	3 – 5	= 6 et
Fonction verbale	≤ 2 et	≤ 2 ou	3	
Communication	= 0 et	= 0 et	1 – 2	= 2
Eveil	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

Ainsi,

- Un état d'éveil non-répondant (Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)) est avéré, lorsque toutes les conditions de l'UWS sont remplies.
- Un Minimally Conscious State minus (MCS-) est avéré **lorsqu'une seule des sous-échelles** atteint la valeur nécessaire pour le MCS- (c'est-à-dire localisation de stimulations nociceptives, ou poursuite visuelle, ou sourire ou pleurs appropriés) et lorsque les autres valeurs correspondent au stade UWS.
- Un Minimally Conscious State plus (MCS+) est avéré lorsque la sous-échelle «auditive» atteint la valeur de 3 (réponse à la commande), ou la sous-échelle «verbale» atteint la valeur de 3 (verbalisation intelligible), ou la sous-échelle «communication» atteint la valeur de 1-2 (communication intentionnelle ou fonctionnelle).
- Un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) est avéré, lorsque la sous-échelle «fonction motrice» et la sous-échelle «communication» atteignent la valeur maximale. Ce stade doit être évalué à deux reprises sur une semaine afin d'être avéré comme émergence.

L'évaluation du stade ne peut avoir lieu que 24 h au plus tôt après l'arrêt de la sédation continue aux SI et à condition que l'état ne soit pas dû à des influences médicamenteuses (documentées éventuellement par des analyses sanguines). Une sédation transitoire p.ex. pour des soins apportés au patient ou lors d'un état d'agitation, n'est pas considérée comme une contre-indication à une évaluation. Le stade doit persister au moins une semaine ou évoluer vers un autre stade de trouble de la conscience. Une seconde évaluation dans la semaine qui suit (2 à 3 jours d'intervalle au minimum) est nécessaire afin de confirmer le diagnostic de trouble de la conscience.

Un trouble de la conscience est codé par G93.80 Syndrome apallique, lorsque:

- Un trouble sévère de la conscience de stade Vegetative State (VS) (synonyme: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) ou Minimally Conscious State MCS est avéré selon les définitions ci-dessus.

Remarque: Les troubles sévères de la conscience qui ne répondent pas aux critères définis ci-dessus pour les stades VS/UWS et MCS ne sont PAS codés par G93.80. C'est le cas notamment du stade Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Littérature: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

SD1905c Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique)

Phase aiguë – immédiatement post-traumatique

Par phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière, on entend la période de traitement qui suit immédiatement le traumatisme. Elle peut comprendre **plusieurs** séjours hospitaliers.

Lorsqu'un patient est hospitalisé avec une lésion de la moelle épinière (p.ex. compression, déchirure, section ou contusion), les détails suivants doivent être codés:

- Le type de lésion de la moelle épinière (section complète ou incomplète) doit être codé en premier
- La hauteur fonctionnelle (niveau) de la lésion, doit être indiquée par
S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale/dorsale/lombo-sacrée.
Pour l'indication du niveau fonctionnel de la lésion, tenir compte des remarques sous les codes S14.7-!, S24.7-! et S34.7-! dans la CIM-10-GM.

Les patients souffrant de lésions de la moelle épinière ont très probablement subi aussi une fracture ou une luxation de vertèbres; il convient en conséquence de coder les indications suivantes:

- Le niveau de la fracture, en cas de fracture vertébrale
- Le site de la luxation, s'il y a lieu
- Le degré de gravité de la lésion des tissus mous de la fracture/luxation.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une fracture de compression de D12 consécutive à une chute. Elle présente une lésion compressive de la moelle épinière à la même hauteur qu'une paraplégie incomplète au niveau fonctionnel de L2.

DP	S24.12	Section incomplète de la moelle épinière dorsale
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S34.72!	Niveau fonctionnel d'une lésion médullaire lombo-sacrée, L2
DS	S22.06	Fracture d'une vertèbre dorsale, D11 et D12

Phase aiguë – transfert du patient

Lorsqu'un patient ayant souffert d'une lésion de la moelle épinière suite à un traumatisme est transféré d'un hôpital de soins aigus à un autre, les deux établissements doivent coder le type de lésion de la moelle épinière en diagnostic principal et la hauteur fonctionnelle de cette lésion en premier diagnostic supplémentaire.

Exemple 2

Un patient est admis à l'hôpital A avec une grave blessure de la moelle épinière consécutive à une chute. Une luxation vertébrale D7/D8 avec lésion médullaire au même niveau est confirmée par CT. L'examen neurologique montre une section médullaire incomplète en dessous de D8. Après stabilisation à l'hôpital A, le patient est transféré à l'hôpital B où il subit une arthrodèse vertébrale.

Hôpital A:

DP	S24.12	Section incomplète de la moelle épinière dorsale
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S24.75!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D8/D9
DS	S23.14	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D7/D8 et D8/D9

Hôpital B:

DP	S24.12	Section incomplète de la moelle épinière dorsale
DS	S24.75!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D8/D9
DS	S23.14	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D7/D8 et D8/D9

Remarque: les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors du premier séjour stationnaire (dans le premier hôpital).

Lésion de la moelle épinière – phase chronique

On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie lorsque le traitement de la maladie aiguë à l'origine des paralysies (p.ex. d'une lésion de la moelle épinière) est terminé.

Si un patient se trouvant dans cette phase chronique est traité pour paraplégie/tétraplégie, un code de la catégorie

G82.– *Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «2» ou «3» en 5^e position*
doit être indiqué en diagnostic principal.

Si, par contre, un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre affection, telle qu'une infection des voies urinaires, une fracture du fémur, etc, on indiquera la maladie à traiter suivie du code de la catégorie:

G82.– *Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «2» ou «3» en 5^e position*
ainsi que les autres affections existantes. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

Ajouter le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière:

G82.6–! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière.

Les codes pour les lésions de la moelle épinière ne doivent pas être indiqués, car ils ne peuvent être utilisés que dans la phase aiguë.

Exemple 3

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une infection des voies urinaires. Elle présente en outre une paraplégie flasque incomplète au niveau de L2, un syndrome de la queue de cheval incomplet et un trouble mictionnel neurogène.

DP	N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé
DS	G82.03	Paraplégie flasque, paraplégie incomplète chronique
DS	G82.66!	Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière, L2 – S1
DS	G83.41	Syndrome de la queue de cheval incomplet
DS	G95.81	Paralysie vésicale due à une lésion du neurone moteur inférieur

Note: si l'existence d'un trouble mictionnel neurogène doit être indiquée, on utilisera comme dans l'exemple ci-dessus un code supplémentaire de la catégorie *G95.8–*.

Codage de fractures et luxations de vertèbres

Voir aussi SD1902 Fracture et luxation.

En cas de fractures ou luxations multiples, il faut indiquer chaque niveau.

Exemple 4

Suite à un accident de voiture, un patient est hospitalisé avec une fracture ouverte compliquée de stade II des vertèbres dorsales D2, D3 et D4 avec déplacement à la hauteur D2/D3 et D3/D4 et section complète de la moelle épinière au niveau de D3. L'examen neurologique confirme une section complète au-dessous de D3.

DP	S24.11	Lésion transversale complète de la moelle dorsale
CD	V99!	Accident de transport
DS	S24.72!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D2/D3
DS	S22.01	Fracture d'une vertèbre dorsale, niveau D1 et D2
DS	S22.02	Fracture d'une vertèbre dorsale, niveau D3 et D4
DS	S23.11	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D1/D2 et D2/D3
DS	S23.12	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D3/D4 et D4/D5
DS	S21.88!	Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax

SD1906a Lésions multiples

Diagnostics

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 G52.

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	V99!	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.

SD1907j 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.

Note: Une révision de cicatrice due à des brûlures/corrosions est codée selon les règles SD1201 «Chirurgie plastique» et «D06 Séquelles», exemple 2.

Le diagnostic principal brûlure/corrosion (T20-T32) ne doit être indiqué que lorsqu'il s'agit de **la phase aiguë du traitement** d'une brûlure/d'une corrosion.

SD1908b 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 catégories

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 hématomèse due à la prise par erreur d'acide acétylsalicylique (non prescrit) en association avec la coumarine (prescrite).

DP K92.0 Hématémèse

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

Surdosage d'insuline chez un diabétique

Une **exception** à cette règle est le surdosage d'insuline, pour lequel un code de la catégorie

E10 – E14 4^e caractère «.6» Diabète sucré avec autres complications précisées

doit être indiqué avant le code pour l'intoxication

T38.3 Intoxication par insuline et hypoglycémisants oraux [antidiabétiques].

SD1909j 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]

- Une patiente ou 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.

L'ordre des codes est déterminé par la règle de codage G52.

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.

DP R04.0 Epistaxis
CD Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues
DS D68.33 Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)
DS U69.12! Trouble provisoire de la coagulation sanguine

Exemple 4

Un patient sous anticoagulation utilisée conformément à l'indication, un traitement coumarinique qu'il prend suivant les prescriptions médicales, est hospitalisé avec des symptômes d'accident vasculaire cérébral. Aucun traumatisme n'est connu. Le scanner cérébral révèle un important hématome sous-dural comprimant.

L'anticoagulation est suspendue, une médication de vitamine K est administrée au patient.

Les symptômes cérébraux se détériorent malgré les mesures décrites.

Des facteurs de coagulation sont alors administrés par voie intraveineuse, l'hématome est évacué par trépanation et un drainage sous-dural est mis en place.

DP	I62.00	Hémorragie sous-durale non traumatique, aiguë
CD	Y57.9!	Complications dues à des médicaments ou à des drogues
DS	D68.33	Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)
DS	U69.12!	Trouble provisoire de la coagulation sanguine

Exemple 5

Un patient avec status post-remplacement de la valve aortique et avec fibrillation auriculaire, traité par anticoagulation utilisée conformément à l'indication, est hospitalisé après un contrôle chez son médecin de famille en raison d'un important dépassement des valeurs INR, avec un important risque hémorragique.

Admission pour stabiliser la situation de coagulation. Entre autres, administration immédiate de facteurs de coagulation.

DP	D68.33	Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)
DS	U69.12!	Trouble provisoire de la coagulation sanguine
DS	I48.9	Fibrillation et flutter auriculaires, sans autre précision
DS	Z95.2	Présence de prothèse d'une valvule cardiaque

Exemple 6

Une patiente avec fibrillation auriculaire sous anticoagulation, utilisée conformément à l'indication et prise suivant les prescriptions, est admise pour une opération endovasculaire prévue, en raison d'une MAP avec stade 2b de la classification de Fontaine.

L'anticoagulation est adaptée en vue de l'opération.

Le jour de l'admission, elle reçoit une préparation à base de vitamine K à des fins de prophylaxie. La valeur INR lors de l'examen pré-opératoire est de 2,4.

DP	I70.22	Athérosclérose de type bassin-jambe, avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche de moins de 200 m
DS	Z92.1	Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants

Exemple 7

Un patient est traité sur le long terme par des antiagrégants plaquettaires de manière prophylactique pour une hypertension artérielle et une insuffisance de la valve aortique.

Il est admis aux urgences après une hématomé.

Une endoscopie permet de diagnostiquer un petit ulcère de l'estomac avec stigmates d'hémorragie (limités par la prise du médicament mentionné); des clips sont mis en place.

L'administration par voie orale des antiagrégants plaquettaires est suspendue et remplacée par une préparation d'héparine pour la durée du séjour stationnaire.

DP	K25.4	Ulcère de l'estomac, chronique ou non précisé, avec hémorragie
CD	Y57.9!	Complications dues à des médicaments ou à des drogues
DS	D69.80	Troubles hémorragiques dus à des antiagrégants plaquettaires
DS	U69.12!	Trouble provisoire de la coagulation sanguine

Note: La règle de codage SD1909 ne s'applique qu'aux troubles de la coagulation «troubles hémorragiques (avec ou sans hémorragie) causés par la prise d'un médicament utilisé selon l'indication».

Remarques:

- La diathèse hémorragique est définie de manière générale comme des troubles de la coagulation héréditaires ou acquis qui accroissent la tendance à saigner. Elle signifie une tendance (pathologique) accrue à saigner **et/ou** des saignements.
- Les hémorragies liées à une diathèse hémorragique peuvent se manifester sous la forme d'hémorragies trop longues, trop fortes **et/ou** qui sont apparues pour des raisons inadéquates (p.ex. traumatisme bénin).
- L'administration unique d'un antagoniste de la vitamine K ou d'une préparation à base de vitamine K n'autorise pas à utiliser le code *D68.4 Carence acquise en facteur de coagulation*.
- L'administration prophylactique d'une préparation à base de vitamine K n'autorise pas à utiliser le code *D68.33 Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)* ni le code *D68.8 Autres anomalies précisées de la coagulation*, même lorsque la dose des anticoagulants oraux dépasse les limites mesurées (p.ex. INR) du traitement prophylactique de la thrombo-embolie pour la maladie concernée.
- L'administration habituelle en post-partum à un nouveau-né né à terme d'une préparation à base de vitamine K de manière prophylactique n'autorise pas à utiliser le code *P53 Maladie hémorragique du fœtus et du nouveau-né*.
- Patient sous anticoagulants **sans hémorragie**:
Si **effort de soins** > 0 (p.ex. prescription à des fins de prophylaxie de vitamine K et/ou d'héparin)
DS Z92.1 Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants
- Patient sous anticoagulants (**avec ou sans hémorragie**) qui a besoin en urgence de facteurs de coagulation et/ou d'autres produits sanguins (p.ex. concentré plaquettaire, plasma frais congelé, etc.) et/ou stabilisation en urgence et par un traitement stationnaire de la situation de coagulation:
D68.- Autres anomalies de la coagulation, D69.- Purpura et autres affections hémorragiques (DP ou DS, conformément à la règle G52)

Remarque: Les exemples listés visent à guider le codage et ne sont pas exhaustifs.

SD1910b 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 SD1908.

SD2000 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).

SD 2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Pour l'utilisation de ces codes Z, il faut tenir compte:

- des règles de codage qui concernent un code Z
- du «Manuel de définitions SwissDRG, Volume 5, Annexe D, Plausibilités, D5: Codes Z non admis en diagnostic principal» ou du «Manuel de définitions TARPSY, non admis en diagnostic principal»
- des notes en début de chapitre XXI de la CIM-10-GM.

Remarque: Si le patient vient pour le contrôle d'une maladie existante et connue, cette maladie doit être indiquée comme diagnostic principal. Si, dans un tel cas, le code Z remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G54), il doit être également indiqué.

SD2200 Codes d'utilisation particulière

Dans la catégorie U51.- Limitation fonctionnelle cognitive figurent sous les codes U51.0- à U51.2- les procédures d'évaluation, d'examen et de test suivantes :

- Indice de Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitif
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA®) est de plus en plus utilisé comme instrument de dépistage pour saisir le degré de gravité d'une limitation fonctionnelle cognitive.

Les codes de la catégorie U51.- Limitation fonctionnelle cognitive peuvent également être utilisés pour un MoCA® existant. Pour la conversion uniforme des scores MoCA® vers MMSE, soit le tableau de conversion¹ de l'hôpital «FELIX PLATTERspital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» doit être utilisé soit la table² ci-dessous.

Valeur MoCA®	MMSE-Range	Degré de Limitation fonctionnelle	Code CIM
18-30	24-30 points	aucune ou légère	U51.02
12-17	17-23 points	moyenne	U51.12
0-11	0-16 points	lourde	U51.22

¹ <http://www.mocatest.ch/umrechnungstabellen>

² Contenu: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements SP0100-SP0400

Sur la base du chapitre «Règles spéciales de codage pour les diagnostics (SD) SD0100-SD2200», le chapitre suivant est ouvert spécifiquement pour les procédures et traitements.

La subdivision n'est dans un premier temps pas basée sur la structure CHOP. Ce nouveau chapitre évoluera au fil des prochaines versions du manuel de codage.

Les deux premiers sous-chapitres sont consacrés aux traitements complexes, à la réadaptation aiguë ainsi que précoce et à la réadaptation en paraplégie. Y figurent les premières directives brèves de codage et des exemples de cas.

SP0100 Traitements complexes

SP0101k Désignations des professions dans la CHOP

Les désignations utilisées dans la CHOP pour les professions de la santé s'appuient sur la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)¹ et sur l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)². Les désignations suivantes des professions de la santé ont été harmonisées dans la CHOP sur la base des textes de loi susmentionnés:

Les désignations suivantes des professions de la santé ont été harmonisées dans la CHOP sur la base des textes de loi susmentionnés:

- Médecins
- Ergothérapeutes
- Diététiciens
- Logopédistes/orthophonistes
- Ostéopathes
- Infirmiers
- Physiothérapeutes

Pour les qualifications pertinentes (diplômes, formations), se référer aux lois susmentionnées.

¹ RS 811.21 - Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan) (admin.ch)

² RS 832.102 - Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) (admin.ch))

SP0200 La réadaptation précoce, réadaptation en paraplégie, réadaptation aiguë

SP0201k Réadaptation précoce

Exemple 1

Admission en urgence d'une patiente de 49 ans souffrant d'une hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë provenant d'une rupture d'anévrisme de l'artère communicante postérieure (non classée comme congénitale) et transfert en unité de soins intensifs neurologiques et neurochirurgicaux.

Après exclusion de l'anévrisme par voie endovasculaire par coiling et stabilisation dans l'unité de soins intensifs, transfert en unité de soins intermédiaires neurochirurgicaux et neurologiques au cours du séjour hospitalier.

Le relevé de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (FRB) (au cours des 5 premiers jours de l'hospitalisation) donne un score de - 145.

La patiente, qui ne souffrait auparavant que d'hypertension, présente des déficits neurologiques, notamment une hémiparésie flasque avec des vasospasmes cérébraux sévères.

Pendant le séjour en unité de soins intensifs, il y avait un état comateux et des troubles respiratoires (notamment une insuffisance respiratoire hypoxique), qui ont nécessité une ventilation artificielle initiale et la réalisation d'une trachéostomie.

À son admission à l'U-IMC, la patiente est éveillée, réactive, respire spontanément, mais est désorientée. La trachéostomie a été laissée en place pour le moment et la respiration spontanée est soutenue de façon intermittente par une CPAP. Le système cardiovasculaire et le système respiratoire sont stables en position allongée.

La patiente est complètement dépendante des soins infirmiers, a une sonde d'alimentation et souffre d'incontinence urinaire et fécale. Après la reprise de conscience, l'orientation dans le temps et l'espace est perturbée.

Avec sa main non affectée, la patiente essaie à plusieurs reprises d'arracher les lignes de perfusion et les lignes nécessaires à la surveillance.

Pour prévenir d'autres dommages et réduire l'étendue des déficits neurologiques du système nerveux central, un traitement de réadaptation précoce est prévu, qui sera initié à l'U-IMC.

Un examen diagnostique et des évaluations appropriés sont réalisés. Le relevé de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (FRB) donne par ailleurs, en plus des indices relevés durant les 5 premiers jours de traitement stationnaire, un score de - 145. Toutes les autres caractéristiques minimales du code CHOP 93.8C.1 «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» sont également remplies.

Pendant la période précédant le transfert vers un établissement de réadaptation spécialisé, d'autres indices de Barthel de la réadaptation précoce sont relevés chaque semaine, sans jamais dépasser une valeur de 30.

Après un séjour de plusieurs semaines, transfert dans un établissement de réadaptation neurologique approprié.

DP 160.3 Hémorragie sous-arachnoïdienne, Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure

DS 167.80! Vasospasme au cours d'hémorragie sous-arachnoïdienne

DS 167.10 Autres maladies cérébrovasculaires, Anévrisme cérébral (acquis)

DS U52.2 Indice de Barthel de la réadaptation précoce: -200 à -76 points

DS G81.0 Hémiparésie ou hémiplégie flasque

DS R06.88 Anomalies de la respiration, Anomalies respiratoires autres et non précisées

DS R41.8 Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, Symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et non précisés

DS R40.2 Somnolence, stupeur et coma, Coma, sans précision

DS J96.00 Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, Type I [hypoxique]

DS R32 Incontinence urinaire, sans précision

DS R15 Incontinence des matières fécales

DS I10.90 Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive

DS Z43.0 Surveillance de trachéostomie

TP tous les traitements concernant l'anévrisme selon les directives de codage actuelles

TS 99.B71- Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

TS 99.B8.1- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense

TS 93.8C.1- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement

Exemple 2

Admission d'un patient de 60 ans dans un hôpital de soins aigus pour l'opération d'un grand méningiome intracrânien bénin.

Après l'intervention, présence de déficits neurologiques probablement d'origine ischémique, à savoir une hémiparésie flasque incomplète et trouble de déglutition nécessitant une surveillance.

Dans le contexte de dysphagie, développement d'une pneumonie due à l'aspiration d'aliments au 4^e jour d'hospitalisation, qu'il est toutefois possible de bien contrôler par des mesures appropriées. Les suites de l'opération entraînent un séjour (prolongé) en unité de soins intensifs. Après examen diagnostique/évaluation, un indice de Barthel de la réadaptation précoce relevé au 14^e jour d'hospitalisation donne un score initial de 0 point.

Les caractéristiques minimales du code 93.8C.1 «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» étant remplies, début du traitement de réadaptation précoce dans une unité périphérique.

Au cours de la première semaine de traitement de réadaptation précoce (jour 5), un indice de Barthel de la réadaptation précoce de plus de 30 points est relevé, qui ne peut être vérifié lors du contrôle 7 jours calendaires plus tard (jour 12).

Au cours de la 3^e semaine de traitement de réadaptation précoce, un score de plus de 30 points est atteint (jour 19), confirmé 7 jours calendaires plus tard (jour 26) avec une nouvelle augmentation des points.

Ainsi, les conditions pour une réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce ne sont plus remplies à partir du 26^e jour.

Le patient est transféré dans un établissement approprié (si nécessaire) pour poursuivre sa réadaptation neurologique.

DP	D32.0	Tumeur bénigne des méninges, cérébrales
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplégie flasque
DS	U52.1	Indice de Barthel de la réadaptation précoce: -75 à 30 points
DS	R13.0	Dysphagie nécessitant une surveillance pendant la prise de nourriture
DS	J69.0	Pneumonie due à des aliments et des vomissements
DS	U69.01!	Pneumonie acquise à l'hôpital, classée ailleurs, survenue plus de 48 heures après l'admission

TP	tous les traitements concernant le méningiome selon les directives de codage actuelles	
TS	99.B71-	Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense
TS	93.8C.14	Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, au moins 21 à 27 jours de traitement

Note:

S'il s'agit d'établissements spécialisés à la fois dans les traitements de réadaptation précoce et dans la réadaptation, le cas lié à la réadaptation précoce doit être fermé et un nouveau cas doit être ouvert au moment où les conditions des codes CHOP pour la réadaptation précoce ne sont plus remplies.

Le nouveau cas est alors saisi selon les règles de codage «Réadaptation».

SP0202k Réadaptation en paraplégie

Réadaptation en paraplégie – phase aiguë

Exemple 1

Un patient de 30 ans, par ailleurs en bonne santé, a fait une chute en snowboard. Immédiatement après la chute, perte de sensibilité et de motricité en dessous du cou.

Le patient n'a rapporté aucune perte de conscience et sa mémoire n'est pas altérée. Une fracture vertébrale instable au niveau de la vertèbre C6 avec déplacement et compression ultérieurs de la moelle épinière est diagnostiquée. Une stabilisation dorsale de C5 à C7 avec discectomie simultanée de C5-6 et C6-7 est effectuée à l'hôpital de soins aigus. Le patient est transféré dans un centre des paraplégiques au 5e jour postopératoire pour une réadaptation initiale spécialisée.

À son admission au centre des paraplégiques, une paraplégie flasque C5 AIS B avec choc spinal et trouble neurogène des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle est diagnostiquée. Paralysie vésicale neurogène par lésion du neurone moteur supérieur [UMNL]. La respiration est spontanée. Le patient souffre d'une pression sanguine labile (instabilité de la pression sanguine) dans un contexte de dysrégulation végétative. Il a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne. Pendant le séjour de réadaptation apparaissent des douleurs neurogènes sous-lésionnelles, ainsi qu'une spasticité invalidante. Le traitement a par ailleurs été compliqué par un épisode psychotique aigu consécutif à une consommation actuelle de cannabis. Dans ce contexte, des interventions psychiatriques ont notamment été nécessaires. Le patient a reçu un traitement intensif dans le but d'un retour rapide à domicile, complété par une aide/un soutien supplémentaire.

Dans le cadre des soins de réadaptation de base, le patient avait besoin d'un maximum de 180 minutes de soins par jour en moyenne. En outre, il a réappris les activités de la vie quotidienne (par exemple, se tourner de manière autonome, facilité par la mise en place d'une aide/d'un soutien supplémentaire, s'habiller et se déshabiller, l'hygiène personnelle, le positionnement indépendant, la prévention des complications, etc.) dans le cadre de mesures thérapeutiques (30 minutes par jour). Pendant son séjour de 294 jours, le patient a bénéficié au total de 30 séances par semaine de physiothérapie et d'ergothérapie et d'un soutien psychologique hebdomadaire. De plus, une visite à domicile a été effectuée pendant le séjour de réadaptation afin d'examiner les conditions de vie à domicile et d'évaluer les autres objectifs de réadaptation/les autres mesures nécessaires. Les limitations fonctionnelles sont classées comme sévères, il n'y a pas de troubles cognitifs. La marche est impossible, le score SCIM passe de 10 points sur 100 à 27 points sur 100.

Les diagnostics suivants sont établis selon la documentation médicale à la sortie:

- *Tétraplégie spastique incomplète de la sensibilité et de la motricité au niveau neurologique C6 AIS C à la suite d'une fracture vertébrale C6 (initialement C5 AIS B), stabilisée.*
- *Trouble neurogène des fonctions urinaires et nécessité de pose/utilisation d'un cathéter suprapubien.*
- *Troubles neurogènes des fonctions intestinales avec subiléus récidivant et défécation par lavements et médicaments laxatifs.*
- *Troubles neurogènes des fonctions sexuelles avec dysfonctionnement érectile, anorgasmie et anéjaculation.*
- *Dysautonomie modérée avec pression artérielle labile persistante et tendance à l'hypotension, qui a été contrôlée par des médicaments.*
- *Douleurs neurogènes sous-lésionnelles, principalement au niveau du membre inférieur droit avec spasticité invalidante.*

La documentation médicale permet en outre le codage d'un traitement complexe de la douleur aiguë pendant plus de 21 jours.

Sur 210 jours de séjour, les conditions pour la saisie du traitement complexe de soins infirmiers selon la documentation sont également remplies.

DP	S14.13†	Lésion traumatique des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou, Autres lésions transversales incomplètes de la moelle cervicale
CD	N51.8*	Autres affections des organes génitaux de l'homme au cours de maladies classées ailleurs
DS	S14.75!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale, C5
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	G95.80	Autres affections précisées de la moelle épinière, Paralyse vésicale en cas de lésion supranucléaire [UMNL]
DS	G95.82	Autres affections précisées de la moelle épinière, Trouble des fonctions vésicales dû à un choc rachidien
DS	G90.8†	Autres affections du système nerveux autonome
DS	I98.8*	Autres troubles précisés de l'appareil circulatoire au cours de maladies classées ailleurs
DS	I95.8	Autres hypotensions
DS	F12.5	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, Trouble psychotique
DS	K59.2	Autres troubles fonctionnels de l'intestin, Intestin neurogène, non classé ailleurs
DS	R25.2	Mouvements involontaires anormaux, Crampes et spasmes
TP	93.87.D4	Traitement complexe de réadaptation en paraplégie, au moins 280 à 307 jours de traitement, moyenne de 30 séances par semaine
TS	AA.33.-	Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM) - à l'admission, selon le score relevé
TS	99.C2.1Y	Traitement de soins infirmiers complexes chez les adultes, 601 à 700 points de dépense
TS	93.A3.34	Traitement complexe des douleurs aiguës, 21 et plus de jours de traitement
TS		Interventions psychiatriques et autres selon la documentation médicale
TS	57.17	Cystostomie percutanée

Le score SCIM doit être saisi selon les dispositions indiquées dans la CHOP 2022. Cela signifie notamment que :

Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours, et à la sortie du patient (c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie).

Chaque critère est divisé en 2 à 9 degrés de sévérité, 0 signifiant «assistance totale».

Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à la SCIM III.

La réadaptation en paraplégie survenant dans la phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière est représentée selon la règle de codage SD1905, paragraphes «Phase aiguë - immédiatement post-traumatique» et «Phase aiguë - transfert du patient».

Réadaptation en paraplégie - Phase chronique

Exemple 2

Admission d'une patiente de 64 ans dans un établissement de réadaptation spécialisé dans la réadaptation en paraplégie avec une paraplégie spastique connue au niveau lésionnel Th7, AIS A, due à une ischémie médullaire dans le cadre d'une dissection aortique 17 ans auparavant avec traitement chirurgical.

Des troubles neurogènes des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle ainsi que des douleurs neurogènes au niveau de la lésion persistent depuis des années.

Après une hospitalisation à la suite d'une fracture du tibia distal droit sans traumatisme évident, traitée au moyen d'une genouillère, une escarre sacrée de grade II-III se forme après un alitement prolongé à domicile. La patiente présente une colonisation chronique connue à MRSA de l'appareil urogénital, de la région de l'aîne et de l'intertrigo qui se développe dans ces zones et dans la région sous-mammaire.

Hospitalisation sur ordre du médecin traitant en raison d'une évolution défavorable à domicile.

La patiente est isolée pendant toute la durée du séjour (les caractéristiques minimales du traitement complexe en présence d'une infection à agents infectieux multirésistants sont remplies selon la documentation), un débridement (environ 18 cm²) de l'escarre est réalisé sous anesthésie générale et un cathéter permanent est mis en place.

Par ailleurs, poursuite du traitement conservateur.

Dans la phase initiale de l'hospitalisation actuelle, la patiente est tenue à un repos strict au lit avec des manœuvres de changement de position toutes les deux heures pendant la journée et toutes les quatre heures pendant la nuit.

Des soins infirmiers d'une durée de 160 minutes par jour sont documentés.

La patiente reçoit également une physiothérapie respiratoire préventive, une mobilisation passive quotidienne pour les contractures existantes du pied droit, en plus de la prophylaxie générale des contractures et des thérapies physiques avec au total dix séances par semaine pendant 40 jours.

En raison de l'aggravation des troubles du sommeil et de la dégradation de la situation générale, la patiente bénéficie d'un soutien psychologique et d'une formation aux techniques de relaxation tout au long de son séjour.

Pendant la nuit, administration de CPAP en présence d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil.

Le score SCIM est de 15 points sur 100.

En présence d'une fracture, réalisation d'une ostéodensitométrie avec un diagnostic d'ostéoporose d'inactivité.

Remplissage de la pompe intrathécale existante de médicaments myorelaxants et ajustement de la posologie à plusieurs reprises avant la sortie.

Après consolidation de la fracture et bonne guérison de l'escarre, reprise successive autonome des ADL pendant 2 semaines. Pendant cette période, 15 séances de thérapie par semaine et un temps total de soins quotidiens de 60 minutes. Ajustement des moyens auxiliaires et changement du coussin anti-escarre en raison de l'usure.

Re-mobilisation croissante et retour à l'autonomie antérieure.

Au cours de la dernière semaine d'hospitalisation, le score SCIM est de 72 points sur 100, 20 séances thérapeutiques sont réalisées et un temps de soins infirmiers quotidien de 30 minutes est documenté.

La sortie accompagnée avec retour à domicile sans assistance supplémentaire a lieu après 40 jours de séjour.

Les diagnostics suivants sont établis selon la documentation médicale à la sortie:

-Paraplégie spastique complète avec niveau sensoriel et moteur Th7 AIS A, après dissection aortique 17 ans auparavant, opérée (prothèse Gore-Tex), avec:

-Paralysie vésicale neurogène par lésion du neurone moteur supérieur (UMNL), traitement par injections de Botox tous les neuf mois, auto-cathétérisme intermittent avec infections récurrentes (actuellement aucune infection apparente)

-Trouble neurogène de la fonction intestinale avec ralentissement du transit, sous laxatifs, vidange par évacuation manuelle et lavements

-Troubles neurogènes des fonctions sexuelles avec anorgasmie et dyspareunie.

-Douleur neurogène au niveau de la lésion avec brûlure dans la région thoracique

-Spasticité invalidante avec pompe à médicament intrathécale à 180 mcg/24h (myorelaxants)

-Syndrome d'apnée du sommeil obstructif, CPAP

-Colonisation chronique à MRSA depuis 2018 (voies génito-urinaires, intertrigo dans la région de l'aîne et sous-mammaire)

Actuellement:

-Fracture pathologique du tibia distal droit due à l'ostéoporose

-Escarre sacrée de grade II-III

Autres diagnostics:

-Hypertension artérielle (poursuite du traitement)

-Troubles du sommeil

-Épisode modéré d'une dépression récurrente

Sur 16 jours de séjour, les conditions pour la saisie du traitement complexe de soins infirmiers selon la documentation sont également remplies.

DP	G82.12	Paraparésie et paraplégie spastique, Paraparésie et paraplégie, sans précision
DS	G82.64!	Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière, T7-T10
DS	Z86.7	Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire
DS	Z95.88	Présence d'un dispositif cardiaque électronique, Présence d'autres implants ou transplants cardiaques ou vasculaires
DS	G95.80	Autres affections précisées de la moelle épinière, Paralysie vésicale en cas de lésion supranucléaire [UMNL]
DS	K59.2	Autres troubles fonctionnels de l'intestin, Intestin neurogène, non classé ailleurs
DS	G47.31	Troubles du sommeil, Apnée du sommeil, Syndrome d'apnée du sommeil obstructif
DS	R07.3	Douleur au niveau de la gorge et du thorax, Autres douleurs thoraciques
DS	L30.4	Autres dermites, Intertrigo érythémateux
L	0	
DS	B95.6!	Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	U80.00!	Staphylocoque doré résistant à l'oxacilline ou à la méticilline [MRSA]
DS	Z22.3	Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées
DS	M80.26	Ostéoporose d'inactivité avec fracture pathologique, Jambe
L	1	
DS	L89.24	Ulcère de décubitus, stade 3: Sacrum
DS	Z45.82	Contrôle des paramètres de fonctionnement d'une pompe à médicaments
DS	M62.47	Contracture musculaire, Cheville et pied
L	1	
DS	I10.90	Hypertension essentielle, non précisée, Sans mention de crise hypertensive
DS	F33.1	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
DS	G47.9	Trouble du sommeil, sans précision
TP	93.87.3-	Traitement complexe de réadaptation en paraplégie, au moins 28 à 55 jours de traitement
TS	AA.33.-	Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM)- à l'admission, selon le score relevé
TS	99.C2.1J	Traitement de soins infirmiers complexes chez les adultes, 91 à 100 points de dépense
TS	57.94	Insertion d'un cathéter urétral permanent
TS	93.59.53	Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, 21 jours et plus de traitement
TS	86.2A.2E	Débridement chirurgical, étendue modérée, autre site
TS	00.98.11	Recharge et programmation d'une pompe de perfusion programmable totalement implantée à débit constant pour perfusion intrathécale et intraventriculaire de médicament
TS	88.98.10	Densitométrie osseuse avec absorptiométrie à rayons X double énergie [biphotonique] [DXA]

Le score SCIM doit être saisi selon les dispositions indiquées dans la CHOP 2022. Cela signifie notamment que :

Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours, et à la sortie du patient (c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie).

Chaque critère est divisé en 3 à 9 degrés de sévérité, 0 signifiant «assistance totale».

Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à la SCIM III.

La ou les réadaptation(s) en paraplégie survenant dans la phase chronique d'une lésion de la moelle épinière sont représentées notamment à l'aide de la règle de codage SD1905 «Lésion de la moelle épinière - phase chronique».

SP0203k Réadaptation aiguë

Exemple 1

Admission d'un patient de 59 ans (sans affection antérieure) à l'hôpital de soins aigus avec une pneumonie COVID-19 due au SARS-CoV-2. Vite épuisé sur le plan respiratoire (ARDS sévère), il est immédiatement transféré en soins intensifs et placé sous ventilation artificielle pendant 17 jours.

Après la fin du traitement en soins intensifs, compliqué par une embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire aigu, le patient présente une perte de poids d'env. 15 kg, un déconditionnement (musculaire) sévère et une insuffisance cardiaque droite (NYHA 2) en raison de la charge accrue par pression du ventricule droit engendrée par l'embolie pulmonaire.

Un retour à domicile n'étant pas possible en raison de l'altération persistante de la fonction pulmonaire et du faible état général, la réadaptation pneumologique aiguë est initiée après des évaluations et relevés de score standardisés appropriés.

Les caractéristiques minimales du code CHOP 93.9A.1 sont remplies pendant 12 jours selon la documentation médicale.

Les caractéristiques minimales pour la saisie du «traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement» sont également remplies pour 26 jours.

Un traitement est ensuite instauré

DP	J12.8	Pneumonie virale, non classées ailleurs, Autres pneumonie virales
DS	J80.03	Syndrome de détresse respiratoire [SDRA] sévère chez l'adulte
DS	U07.1!	COVID-19, virus identifié
DS	I26.0	Embolie pulmonaire, avec mention de cœur pulmonaire aigu
DS	I50.01	Insuffisance cardiaque droite secondaire
DS	I50.03!	Insuffisance cardiaque droite avec symptôme en cas d'effort important
DS	R63.4	Perte de poids anormale
DS	R29.8	Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire, autres et non précisés
DS	R53	Malaise et fatigue
TP	99.B71-	Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense
TS	93.9A.12	Réadaptation pulmonaire aiguë, d'au moins 7 à 13 jours de traitement
TS	93.59.53	Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, 21 jours et plus de traitement

Note:

Tous les cas de traitement de réadaptation qui **ne** présentent **pas** un caractère de réadaptation précoce, de réadaptation en paraplégie ou de réadaptation aiguë et/ou qui **ne** remplissent **pas** les conditions/caractéristiques minimales selon le code CHOP applicable pour la réadaptation précoce, la réadaptation de paraplégie et la réadaptation aiguë sont codés selon les spécifications des «Directives de codage de la réadaptation».

Pour les directives de codage/règles spéciales concernant la réadaptation en paraplégie, se référer également au chapitre Réadaptation, paragraphe «Exception lors de la réadaptation en paraplégie».

SP0300 Règle de codage pour le chapitre 9 de la CHOP «Opérations du système digestif»

SP0301k Fundoplicature pour hernie hiatale: saisie supplémentaire code CHOP 44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac

Lors d'une hernie hiatale, il y a un déplacement de l'estomac (de parties de l'estomac) par le hiatus oesophagien du diaphragme, de la cavité abdominale vers la cavité thoracique. Ces hernies peuvent être divisées en hernies hiatales para-oesophagiennes et axiales. Dans le premier cas, des parties de l'estomac passent à côté de l'oesophage dans le médiastin. Concernant l'étendue, cela peut aller d'une herniation para-oesophagienne légère à une rotation complète de l'estomac (volvulus) avec étranglement et un estomac entièrement intrathoracique (up-side-down stomach).

70 à 90% des hernies hiatales comptent cependant parmi les hernies hiatales dites axiales (ou encore par glissement). Dans ce cas, le cardia remonte dans le médiastin à travers le hiatus oesophagien.

Lors d'une hernie hiatale axiale légère ou d'une herniation para-oesophagienne faiblement marquée, l'étendue de la manipulation de l'estomac est trop peu importante pour justifier l'utilisation du code CHOP *44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac*. Pour une fundoplicature, il est indispensable que les parties gastriques herniées dans le médiastin soient préalablement repositionnées sous le diaphragme. Cette étape opératoire est ainsi inhérente par exemple au code de procédure *44.67.20*.

Lors d'un volvulus gastrique dans le médiastin ou d'un estomac entièrement intrathoracique (up-side-down stomach), le codage supplémentaire de *44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac* est autorisé.

À un tel stade, il s'agit d'une charge opératoire supplémentaire qui n'est pas représentée uniquement par l'utilisation d'un code des rubriques *44.66.- Autres mesures de reconstruction de la fonction du sphincter gastro-œsophagien* ou *44.67.- Interventions laparoscopiques de restauration de fonction du sphincter gastro-œsophagien*.

SP0400 Règle de codage pour le chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins»

SP0401k Transformation de sexe

Les «coder aussi» sous la catégorie à 3 positions 64.5- «Opération pour transformation de sexe» ne sont pas exhaustifs.

Les codes sous 64.5- (chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins») doivent être utilisés pour chaque intervention en lien avec une transformation de sexe, même si ces opérations de transformation concernent les caractéristiques sexuelles secondaires (par exemple mastectomie sous-cutanée).

Directives de codage de la réadaptation

Ce chapitre porte sur les cas de patients en réadaptation ayant une date de sortie d'hospitalisation à partir du 1er janvier 2023. Il décrit les directives de codage qui sont valables en réadaptation et présente des exemples de diagnostics et de traitements spécifiques à la réadaptation.

Champ d'application:

Les exigences ci-après concernant le codage des cas de réadaptation pour les patients hospitalisés s'appliquent aux traitements dispensés dans les cliniques de réadaptation et dans les services de réadaptation des hôpitaux de soins aigus qui sont actuellement remboursés selon un tarif dit de réadaptation et qui entreront à l'avenir dans le champ d'application de la structure tarifaire ST Reha.

Instruments en vigueur pour le codage médical:

Pour le codage de tous les cas hospitalisés avec une date de sortie au 1er janvier 2023 sont valables, le /la /l' :

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2023
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2023 n° 1 et n° 2
- Communications officielles
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2023
- CIM-10-GM 2022 Index systématique: Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: 10^e révision -German Modification

En cas de contradiction entre le manuel de codage (y compris les présentes directives de codage) et les classifications CHOP et CIM-10-GM, le manuel de codage (incluant les présentes directives de codage) a primauté pour établir le codage.

Les démarcations à considérer en réadaptation stationnaire sont les suivantes:

Réadaptation précoce:

La réadaptation précoce correspond à une phase particulièrement intensive de réadaptation, faisant suite aux soins aigus, chez des patients présentant des atteintes graves voire sévères ou chez des patients présentant une exacerbation aiguë de maladies chroniques préexistantes.

93.86.- Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement

93.8C.1.- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement

Réadaptation aiguë:

Elle se définit par des prestations spéciales en réadaptation stationnaire qui sont fournies à des patients en somatique aiguë.

93.89.9- Réadaptation gériatrique aiguë, *selon le nombre de jours de traitement*

93.89.2- Réadaptation aiguë de médecine physique, *selon le nombre de jours de traitement*

93.9A.1- Réadaptation pulmonaire aiguë, *selon le nombre de jours de traitement*

Le codage de traitements de réadaptation précoce et de la réadaptation aiguë s'effectue selon les règles appliquées en somatique aiguë.

Pour obtenir des exemples de codage dans le contexte de la réadaptation précoce et de la réadaptation aiguë, se reporter au chapitre «Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements SP0100- SP0400».

Règles de codages

Diagnostics selon la CIM-10-GM

Le diagnostic principal:

Le diagnostic principal est la maladie causale, qui est le principal motif de la réadaptation ou la cause de la déficience fonctionnelle. Ce diagnostic principal ne doit pas nécessairement être identique au diagnostic principal établi lors de l'hospitalisation en somatique aiguë.

Remarque: Pour le recensement statistique, une assignation claire du cas à la structure tarifaire adéquate via la variable 4.8V01 de la statistique médicale garantit par là-même un relevé épidémiologique correct des diagnostics en somatique aiguë.

Exemple pour le codage du diagnostic principal:

Exemple1

Réadaptation cardiovasculaire

Un patient est admis en réadaptation par suite d'un infarctus aigu du myocarde. Une infection de plaie post interventionnelle est soignée au moyen d'un traitement de type VAC.

DP I21.0 Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure

Exemple 2

Réadaptation musculosquelettique

Un patient est admis en réadaptation à la suite de la pose d'un implant à cause d'arthrose primaire de la hanche. L'évolution est favorable.

DP M16.1 Autres coxarthroses primaires

Le diagnostic supplémentaire:

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 les cas:

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

Codage, si l'effort de soins est > 0.

Voir également la nouvelle règle de codage G54 «les diagnostics secondaires».

Directives spécifiques à la réadaptation:

En cas de transfert en réadaptation stationnaire et conformément à la règle de codage D15, un code de type Z50.-! Soins impliquant une rééducation doit figurer comme diagnostic secondaire.

En cas de réadaptation cardiaque, c'est le Z50.0! Rééducation des cardiaques qui s'applique, et avec les autres types de réadaptation, on utilisera le code Z50.8! Soins impliquant d'autres moyens de rééducation.

L'ampleur de la limitation fonctionnelle telle que constatée à l'entrée doit être représentée sous forme de diagnostic supplémentaire : :

U50.- Limitation fonctionnelle motrice **et**

U51.- Limitation fonctionnelle cognitive.

mis en correspondance.

En cas de réadaptation en paraplégie, la saisie des codes U50.- et U51.- pour l'ampleur de la limitation fonctionnelle à l'entrée est facultative.

Ce codage est réalisé en plus du relevé des instruments de mesure pour la réadaptation auquel s'applique les codes du chapitre AA.- instruments de mesure de la CHOP (voir section «procédures»)

Si la réadaptation est effectuée après une opération de pose d'implants et/ou après une transplantation d'organe, par exemple code Z94.- Status post greffe d'organe et de tissu, et/ou le Z95.-Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires et suivants sont à saisir comme diagnostic secondaire.

Exemples pour le codage des diagnostics supplémentaires

Exemple 1

Réadaptation cardiovasculaire

Un patient est admis en réadaptation stationnaire après une transplantation cardiaque à cause d'une cardiomyopathie dilatée. L'indice Barthel est de 68 points à l'entrée et le MMSE est de 29 points.

DP	I42.0	Myocardiopathie avec dilatation
DS	Z50.0!	Rééducation des cardiaques
DS	Z94.1	Status post greffe du cœur
DS	U50.20	Index de Barthel: 60–75 points
DS	U51.02	MMSE: 24–30 points

Exemple 2

Réadaptation neurologique

Un patient, présentant des déficits neurologiques (hémiplegie flasque avec troubles de la parole et de la déglutition) consécutifs à un accident vasculaire cérébral aigu dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne, est admis en réadaptation stationnaire. À l'entrée, l'indice de Barthel s'élève à 27 points. Seuls des déficits cognitifs légers sont notifiés, le MMSE est établi à 28 points.

DP	I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	R47.0	Dysphasie et aphasie
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplegie flasque
DS	U50.40	Limitation fonctionnelle motrice sévère. Barthel-Index: 20–35 points.
DS	U51.02	MMSE: 24–30 points

Exemple 3

Réadaptation pulmonaire

Un patient atteint de fibrose kystique est référé par son médecin de famille pour une réadaptation pulmonaire en raison d'une détérioration d'une insuffisance respiratoire chronique connue et documentée. Une assistance respiratoire est initiée à domicile. À l'entrée, l'index de Barthel est documenté à 80 points, le MMSE se révèle normal.

DP	E84.0	Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires
DS	J96.1-	Insuffisance respiratoire chronique, non classée ailleurs
DS	U50.10	Index de Barthel: 80–95 points
DS	U51.02	MMSE: 24–30 points

Procédures

Pour chaque cas de réadaptation, les 3 informations suivantes doivent être collectées :

1) Prestation de base en réadaptation, CHOP BA – subdivisée en 8 catégories

À coder 1x par séjour, sauf en cas de changement de type de rééducation pour des raisons médicales.

La prestation de base est également codée pour une durée de réadaptation de moins de 7 jours que ce soit en cas de transfert interne ou de décès du patient voire de sortie prématurée contre l'avis médical. L'information doit être enregistré sous la variable «Décision de sortie (1.5V02)»

2) Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA

Pour mesurer les capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ), on se réfère aux sous-catégories suivantes :

AA.13.-	Items des scores ADL
AA.31.-	Test de marche de 6 minutes
AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Les activités élémentaires doivent être mesurées et documentées à l'entrée et à la sortie pour chaque patient.

La mesure de la multimorbidité se réfère à la sous-catégorie suivante :

AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

et doit être documenté une fois par séjour lors de l'entrée.

La mesure à l'entrée doit en principe être effectuée dans les 3 jours ouvrables* suivant l'entrée en réadaptation stationnaire (jour d'entrée compris). De façon similaire, la mesure à la sortie doit être effectuée dans les 3 jours ouvrables* précédant la sortie du patient (jour de sortie compris).

À partir du 1^{er} janvier 2021, les items AVQ seront saisis à l'aide des codes CHOP de la sous-catégorie AA.13.-.

Le document «ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2020): Überleitungstabelle FIM® bzw. EBI im CHOP Code ADL Score, V.1.0» est déterminant pour la saisie des items AVQ.

Vous trouverez la table de conversion et le document correspondant sous le lien suivant :

Deutsch: www.anq.ch/uebersetzung-ADL

Französisch: www.anq.ch/conversion-ADL

Italienisch: www.anq.ch/codificazione-AVQ

* La définition de «dans les 3 jours ouvrables» est à comprendre de la manière suivante: pour calculer trois jours ouvrables, il convient de noter que seul le dimanche est considéré comme un jour férié. Les samedis sont considérés comme des jours ouvrables.

3) L'affectation aux domaines de prestations (LB pour Leistungsbereich) de ST Reha se poursuivra en 2023 en utilisant le codage analogique suivant:

I Limitation fonctionnelle du système nerveux:

93.19 Exercices non classés ailleurs

II Limitation fonctionnelle du cœur:

93.36.00 Réadaptation cardiaque, SAP

III Limitation fonctionnelle du poumon:

93.9A.00 Réadaptation pulmonaire, SAP.

IV Autre limitation fonctionnelle:

93.89.09 Rééducation, NCA

Autres prestations et généralités

Charge supplémentaire, si fournie

CHOP BB.1- Charges supplémentaires en réadaptation, selon le nombre de points

Ces codes permettent de saisir les cas nécessitant des soins et des cas complexes lors de leur séjour en réadaptation. Les prestations définies à l'aide des codes de la sous-catégorie BB.1- dépassent le cadre des prestations de base définies pour tout type de réadaptation.

Les codes de la sous-catégorie BB.1 englobent les prestations clairement définies, qui sont fournies en plus des prestations de base. On distingue donc les prestations de base et celles des charges supplémentaires indiquées à l'aide des codes de la sous-catégorie BB.1. Six domaines peuvent être utilisés pour illustrer/distinguer les prestations fournies.

La sous-catégorie BB.1- concerne avant tout les prestations de soins.

Elle prévoit des caractéristiques minimales et contient des remarques dont il faut tenir compte pour le codage. Le traitement de soins infirmiers complexes 99.C- ne doit **pas** être codé en sus.

CHOP BB.2- Prestations thérapeutiques supplémentaires en réadaptation, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Les codes de la sous-catégorie BB.2- s'appliquent aux cas de réadaptation stationnaire nécessitant des prestations thérapeutiques particulièrement intenses. Les charges décrites à la sous-catégorie BB.2- représentent les prestations qui dépassent d'au moins 25% le nombre minimal de minutes de thérapie par semaine défini dans les prestations de bases pour tout type de réadaptation. Huit (8) types de réadaptation ont été définis pour les prestations complémentaires. Ils sont structurés de la même manière que les codes BA-. Seul un code BB.2- dans un type de réadaptation peut être codé par séjour.

Procédures, qui doivent être codées (liste non exhaustive):

Toutes les procédures significatives effectuées pendant le séjour en réadaptation stationnaire doivent être codées, y compris les procédures diagnostiques, thérapeutiques et curatives.

Conformément à la règle de codage P01, une procédure est significative si :

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

Le traitement ambulatoire extra-muros :

Si un patient hospitalisé reçoit des prestations externes ambulatoires (par exemple: IRM, dialyse, chimiothérapie etc.), celles-ci sont à coder pour les patients hospitalisés et cela avec un item spécial «traitement ambulatoire extra-muros» (variables 4.3V016, 4.3V026, 4.3V036 etc.).

Caractéristiques minimales

Les caractéristiques minimales d'une procédure figurant dans l'index systématique du manuel CHOP doivent **toutes** être remplies et **documentées pour chaque cas**. Tenir compte des mentions comme notices, remarques, inclusions et exclusions.

Procédures qui ne sont pas à coder

Les procédures effectuées de manière routinière chez la plupart des patients avec une pathologie donnée ne sont pas codées, conformément à la règle P02.

Les ressources requises ressortent du diagnostic ou des autres procédures appliquées. Il n'y a pas lieu d'utiliser un code CHOP si aucune procédure significative n'a été effectuée.

À noter que les procédures documentées à la règle de codage P02 ne doivent en principe pas être codées, car elles sont considérées dans le domaine des soins stationnaires aigus comme des procédures routinières ou immanentes. Dans certains cas, elles ne peuvent toutefois pas être définies comme telles pour les séjours de réadaptation et doivent faire l'objet d'un codage

Exception lors de la réadaptation en paraplégie:

Le code CHOP pour le traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87-) s'applique aussi bien en somatique aiguë qu'en réadaptation. C'est pourquoi **aucune** prestation de base du chapitre 18 de la CHOP n'est enregistrée pour la réadaptation en cas de paraplégie. Le traitement infirmier est désigné par un code CHOP de la catégorie 99.C- *Traitement de soins infirmiers complexes*.

Le code CHOP 93.87- *Traitement complexe de réadaptation en paraplégie* **ne doit pas être utilisé avec** les codes de la catégorie BB.1- *Charge supplémentaire en réadaptation* et/ou de la catégorie BB.2- *Prestations supplémentaires en réadaptation*.

Sont à coder:

- 93.87- *Traitement complexe de réadaptation en paraplégie*
- AA.33- *Mesure d'indépendance de la moelle épinière [SCIM]*
- autres prestations à coder :
 - 99.C- *Traitement de soins infirmiers complexes*
 - 93.9F- *Ventilation mécanique et assistance respiratoire*
 - et autres

Pour obtenir des exemples de codage dans le contexte de la réadaptation en paraplégie, se reporter au nouveau chapitre «Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements (SP) SP0100- SP0400».

Exemples et commentaires:

DD	TP Prestations de base (BA) = 8 types de REHA ou Traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87.-)
Diagnostic principal = le diagnostic, qui requière une réadaptation	BA.1 Réadaptation neurologique BA.2 Réadaptation psychosomatique BA.3 Réadaptation pulmonaire BA.4 Réadaptation cardiaque BA.5 Réadaptation musculosquelettique BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique BA.7 Réadaptation pédiatrique BA.8 Réadaptation gériatrique 93.87.- Traitement complexe de réadaptation en paraplégie

Le code BA.9 Prestation de base en réadaptation, autre est saisi lorsque:

- le type de réadaptation fourni ne relève pas des codes BA.1 à BA.8 ou n'y est pas mentionné.

- le type de réadaptation fourni est mentionné dans les codes BA.1 à BA.8, mais la durée moyenne de traitement et de formation en minutes par semaine n'est pas atteinte.

Un code de la catégorie à 3 positions BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation, selon le nombre de points de dépense peut être saisi en plus. Le codage analogique est à utiliser de la même manière que pour tous les cas du domaine d'utilisation ST Reha.

Dans les exemples suivants, on utilisera les codes U50.- et / ou U51.- comme diagnostic secondaire conformément à la documentation médicale.

Exemple 1: Réadaptation neurologique

Un patient qui présente une hémiplégie flasque à la suite d'un infarctus cérébral dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne est transféré en réadaptation stationnaire. Comme diagnostic supplémentaire, il a une maladie coronarienne bitronculaire qui est traitée avec des médicaments.

En soins infirmiers, le patient nécessite une charge supplémentaire documentée de 73 points de dépense qui dépasse les prestations de base en réadaptation. Il bénéficie par ailleurs de 700 minutes par semaine en moyenne de logopédie et d'ergothérapie pendant quatre semaines. En outre, une visite à domicile au cours du séjour en réadaptation est effectuée pour clarifier la situation domiciliaire ainsi que pour évaluer les autres objectifs de réadaptation et mesures nécessaires.

Codage :

DP	I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplégie flasque
DS	I25.12	Athérosclérose cardio-vasculaire. Maladie bitronculaire
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive

TP	BA.1	Réadaptation neurologique
TS	AA.1-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	BB.18	Charge supplémentaire en réadaptation, au moins 71 jusqu'à 80 points de dépense
TS	BB.21.11	Réadaptation neurologique, prestation supplémentaire de la thérapie, avec en moyenne 675 jusqu'à moins de 810 minutes de thérapie par semaine
TS	93.89.D2	Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures
TS	93.19	Exercices non classés ailleurs

Exemple 2: Réadaptation psychosomatique

Un patient est hospitalisé en réadaptation stationnaire en raison d'une douleur persistante au dos sans cause explicite et qui ne peut être contrôlée par une prise en charge ambulatoire.

Une consommation excessive d'analgésiques et de somnifères, ainsi qu'un épisode dépressif diagnostiqué au cours du séjour en réadaptation, sont traités selon la documentation médicale.

Codage:

DP	F45.0	Somation
DS	M54.5	Lombalgie basse
DS	F32.9	Episode dépressif, sans précision
DS	F13.1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Utilisation nocive pour la santé.
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	BA.2	Réadaptation psychosomatique
TS	AA.1.-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 3: Réadaptation pulmonaire

Transfert en réadaptation d'un patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique, stade gold III, consécutive à de nombreuses années d'abus persistant de nicotine et souffrant actuellement d'une maladie inflammatoire aiguë des voies respiratoires inférieures. D'autres diagnostics secondaires sont documentés médicalement, p.ex. une hypertension artérielle qui est traitée par voie médicamenteuse et surveillée.

Un traitement prolongé par antibiothérapie ainsi qu'une sensation de suffocation occasionnelle conduisent à une bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire. Un traitement de CPAP est instauré pendant 3 jours comme assistance respiratoire en raison d'une insuffisance respiratoire hypoxique aiguë confirmée par une analyse des gaz du sang.

Le patient reçoit une aide à l'arrêt du tabac ainsi que des cours de thérapie respiratoire dispensés par du personnel (médical) qualifié ainsi que des séances quotidiennes de thérapie respiratoire intensive dispensées par des physiothérapeutes.

La somme totale de ces thérapies documentées représente en moyenne 820 minutes par semaine.

Codage :

DP	J44.01	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures VE F1 >=35 % et <50 % de la norme
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	F17.1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac: Utilisation nocive pour la santé
DS	J96.00	Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, Type I [hypoxique]
DS	I10.90	Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	BA.3	Réadaptation pulmonaire
TS	AA.1.-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	AA.31	Test de marche de 6 minutes
TS	BB.23.12	Réadaptation pulmonaire, prestation supplémentaire de la thérapie, avec en moyenne 810 jusqu'à moins de 945 minutes de thérapie par semaine
TS	33.24.11	Trachéo-bronchoscopie (flexible) (rigide) avec lavage broncho-alvéolaire
TS	93.9G.11	Traitement par pression positive au masque, CPAP, instauration du traitement, en l'espace de 3 jours
TS	99.22.1-	Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement
TS	93.9A.00	Réadaptation pulmonaire, SAP

Exemple 4: Réadaptation cardiaque

Transfert depuis la clinique des soins somatiques aigus d'un patient qui a fait un infarctus sous-endocardique aigu du myocarde dans le cadre d'une maladie bitronculaire.

Il souffre aussi d'une obésité morbide due à un excès calorique (IMC de 43,5) qui doit être prise en charge.

Codage :

DP	I21.4	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
DS	Z50.0!	Rééducation des cardiaques
DS	I25.12	Cardiopathie artérioscléreuse, Maladie bitronculaire
DS	E66.02	Obésité due à un apport de calories excédentaire, obésité de degré III (OMS) chez des patients de 18 ans et plus
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive

TP BA.4 Réadaptation cardiaque

TS	AA.1-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	93.36.00	Réadaptation cardiaque, SAP

Exemple 5: Réadaptation musculo-squelettique

Un patient est adressé par son médecin traitant pour une réadaptation stationnaire. Il souffre d'une arthrose du genou post-traumatique, induisant une douleur au bas du dos qui est allégée en décharge.

Le traitement hospitalier comprend l'élucidation de la pathologie et le traitement d'un diabète mellitus.

L'accent est mis sur la réadaptation sur le traitement analgésique accompagné d'un reconditionnement/renforcement musculaire par des séances de physiothérapie.

Codage :

DP	M17.3	Autres gonarthroses post-traumatiques
DS	M54.5	Lombalgie basse
DS	E11.90	Diabète sucré, type 2: Sans complication: Non désigné comme décompensé
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive

TP BA.5 Réadaptation musculo-squelettique

TS	AA.1-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 6: Réadaptation en médecine interne et oncologique

Un patient atteint d'un carcinome bronchique métastatique du lobe supérieur gauche avec atteintes ganglionnaires de diverses régions est adressé en réadaptation stationnaire consécutivement à son hospitalisation en soins somatiques aigus. La chimiothérapie commencée à l'hôpital de soins aigus doit être poursuivie. L'administration d'une chimiothérapie peu complexe commencée à l'hôpital de soins aigus et l'administration nécessaire d'anticorps non modifiés dans le cadre d'une immunothérapie sont poursuivies une fois en ambulatoire (à l'hôpital de soins aigus) pendant la réadaptation.

Le but du traitement est d'améliorer l'état général du patient dans le sens d'un reconditionnement

Codage :

DP	C34.1	Tumeur maligne des bronches et du poumon: Lobe supérieur, bronches ou poumon
L	2	
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	C77.8	Ganglions lymphatiques de sièges multiples
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive

TP BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique

TS	AA.1-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	99.25.51	Chimiothérapie non complexe (Extra Muros, ambulatoire)
TS	99.28.11	Autre immunothérapie par anticorps non modifié (Extra Muros, ambulatoires)
TS	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 7: Réadaptation pédiatrique

Transfert des soins aigus en réadaptation d'un enfant après une encéphalomyélite qui présente des dysfonctionnements cérébraux organiques liés à sa maladie de base, des déficits fonctionnels et des crises épileptiques récurrentes. Ses dysfonctionnements cérébraux nécessitent des soins et des investissements thérapeutiques supplémentaires considérables qui, selon la documentation, s'élèvent à 139 points de dépense. Ces investissements supplémentaires prennent entre autres la forme de prestations de soins et d'entretiens de consultation entre les thérapeutes et les parents.

La prestation thérapeutique supplémentaire se répartit en 90 points de dépense BB.1A pour les services de conseil et de soins et BB.27.11 avec au moins 560 minutes par semaine pour la physiothérapie, la thérapie nutritionnelle et les conseils.

Des mesures diagnostiques périodiques sont prises dans le cadre du suivi de la réadaptation.

Codage :

DP	G04.9	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite, sans précision
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	G40.8	Autres épilepsies
DS	F06.8	Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive

TP BA.7 Réadaptation pédiatrique

TS	AA.1-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	BB.1A	Charge supplémentaire en réadaptation, au moins 81 jusqu'à 90 points de dépense
TS	BB.27.11	Réadaptation pédiatrique, prestation supplémentaire de la thérapie, avec en moyenne 560 jusqu'à moins de 675 minutes de thérapie par semaine
TS	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 8: Réadaptation gériatrique

Un patient polymorbide, à la suite de son hospitalisation en somatique aiguë, est transféré en réadaptation stationnaire pour la prise en charge de ses maux de dos accompagnés d'irradiations douloureuses radiculaires et de paralysie.

Les diagnostics aigus somatiques indiqués dans l'exemple restent valables selon la documentation médicale et requièrent un codage si effort de soins > 0 selon la règle G54. Les autres règles de codage et remarques du manuel de codage médical sont à prendre en compte.

Au cours de l'hospitalisation en réadaptation, une visite à domicile est effectuée pour clarifier la situation domiciliaire ainsi que pour évaluer les autres objectifs de réadaptation et mesures nécessaires.

Codage :

DP	M48.06	Rétrécissement du canal médullaire: Région lombaire
CD	G55.3*	Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	E03.9	Hypothyroïdie, sans précision
DS	I50.13	Insuffisance cardiaque gauche Avec symptôme en cas d'effort léger
DS	E11.72†	Diabète sucré, type 2, Avec autres complications multiples, non désigné comme décompensé
DS	G63.2*	Polynévrite diabétique
DS	N08.3*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré
DS	N18.3	Maladie rénale chronique, stade 3
DS	I10.00	Hypertension essentielle bénigne: Sans mention de crise hypertensive
DS	E44.1	Hypertension essentielle bénigne: Sans mention de crise hypertensive
DS	E55.9	Carence en vitamine D, sans précision
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive

TP	BA.8	Réadaptation gériatrique
TS	AA.1-	Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]
TS	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
TS	93.89.D2	Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures
TS	93.89.09	Rééducation, NCA

Annexe

Diabète sucré décompensé

Le **5^e caractère** est utilisé comme suit :

- 0 pour le *Diabète non désigné comme décompensé*
- 1 pour le *Diabète désigné comme décompensé*
- 2 pour le *Diabète sucré avec autres complications multiples, non désigné comme décompensé*
- 3 pour le *Diabète sucré avec autres complications multiples, désigné comme décompensé*
- 4 pour le *Diabète sucré avec syndrome du pied diabétique, non désigné comme décompensé*
- 5 pour le *Diabète sucré avec syndrome du pied diabétique, désigné comme décompensé*

Notons qu'il n'est pas toujours judicieux, du point de vue médical, de combiner tous les codes à quatre caractères avec les 5e caractères. La glycémie au moment de l'admission ne doit pas être un indicateur de contrôle pour le diagnostic «diabète sucré décompensé», ni pour le diabète sucré de type 1 ni pour celui de type 2. L'évaluation «décompensé» ou «non décompensé» est faite en général sur la base de l'ensemble des traitements suivis (évaluation rétrospective). Le terme «décompensé» se réfère à l'état du métabolisme.

Voici quelques caractéristiques du diabète sucré décompensé (critères discutés avec la Société Suisse d'endocrinologie et de diabétologie) :

- hypoglycémies récidivantes à moins de 3 mmol/l avec symptômes, avec contrôles de la glycémie 3 × / jour et adaptation de la thérapie

ou

- glycémie variant fortement (différence min. 5 mmol/l) avec contrôles de la glycémie 3 × / jour et adaptation de la thérapie, ou
- HbA1c nettement élevé (> 9%) pendant les 3 derniers mois et contrôles de la glycémie 3 × / jour et/ou
- Valeurs > 15 mmol/l au moins 3 fois, avec adaptations de la thérapie
- Valeurs < 15 mmol/l mais management lourd avec contrôles de la glycémie plus de 3 × / jour pendant plusieurs jours et nouvelle injection documentée.

Liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du «syndrome de pied diabétique»:

1. Infection et/ou ulcère

<i>Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre</i>	<i>L02.4</i>
<i>Phlegmon d'orteils</i>	<i>L03.02</i>
<i>Phlegmon de membre(s) inférieur(s)</i>	<i>L03.11</i>

Remarque: pour les codes à quatre caractères suivants de la catégorie *L89.* – *Ulcère de décubitus et zone de pression*, le 5^e caractère désigne la localisation des zones de pression (voir CIM-10-GM):

<i>Ulcère de décubitus, stade 1</i>	<i>L89.0–</i>
<i>Ulcère de décubitus, stade 2</i>	<i>L89.1–</i>
<i>Ulcère de décubitus, stade 3</i>	<i>L89.2–</i>
<i>Ulcère de décubitus, stade 4</i>	<i>L89.3–</i>
<i>Décubitus, stade non précisé</i>	<i>L89.9–</i>
<i>Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs</i>	<i>L97</i>
<i>Mal perforant plantaire</i>	<i>L98.4</i>
<i>Ostéomyélite</i>	<i>M86.–</i>

2. Maladies vasculaires périphériques

<i>Athérosclérose des artères distales, sans douleur</i>	<i>I70.20</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge, distance de marche de 200 m et plus</i>	<i>I70.21</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge, distance de marche de moins de 200 m</i>	<i>I70.22</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur au repos</i>	<i>I70.23</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération</i>	<i>I70.24</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène</i>	<i>I70.25</i>

3. Neuropathie périphérique

<i>Polyneuropathie diabétique</i>	<i>G 63.2*</i>
<i>Neuropathie du système nerveux autonome au cours de maladies endocriniennes et métaboliques</i>	<i>G 99.0*</i>

4. Déformations

<i>Hallux valgus (acquis)</i>	<i>M20.1</i>
<i>Hallux rigidus</i>	<i>M20.2</i>
<i>Autres déformations du gros orteil (acquises)</i>	<i>M20.3</i>
<i>Autre(s) orteil(s) en marteau (acquis)</i>	<i>M20.4</i>
<i>Autres déformations d'(es) orteil(s) (acquises)</i>	<i>M20.5</i>
<i>Déformation en flexion, cheville et pied</i>	<i>M21.27</i>
<i>Pied ballant (acquis), cheville et pied</i>	<i>M21.37</i>
<i>Pied plat [pes planus] (acquis)</i>	<i>M21.4</i>
<i>Pied en griffe (acquis), cheville et pied</i>	<i>M21.57</i>
<i>Autres déformations acquises de la cheville et du pied</i>	<i>M21.67</i>
<i>Autres déformations acquises de la cheville et du pied, précisées</i>	<i>M21.87</i>

5. Antécédents d'amputation(s)

<i>Absence acquise de pied et cheville, unilatérale, orteil(s), y compris bilatérale</i>	<i>Z89.4</i>
<i>Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i>	<i>Z89.5</i>
<i>Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou</i>	<i>Z89.6</i>
<i>Absence acquise des deux membres supérieurs [tout niveau]</i>	<i>Z89.7</i>
<i>Excl.: Absence acquise d'orteil(s) isolé(s), bilatérale (Z89.4)</i>	

VIH/SIDA: Classification CDC (1993)

Les catégories de laboratoire 1 à 3

- 1: dès 500/µl CD4-lymphocytes
- 2: 200 – 499/µl CD4-lymphocytes
- 3: < 200/µl CD4-lymphocytes

Les catégories cliniques A à C

Catégorie A

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphanéopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique (aussi dans l'anamnèse)

Catégorie B

Les symptômes d'une maladie ou les affections qui ne tombent pas dans la catégorie C définissant le sida, mais dont la cause doit être attribuée à l'infection par le VIH ou qui indiquent un trouble de la défense immunitaire cellulaire:

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante (depuis plus d'un mois), fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col ou carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel: fièvre à plus de 38,5° C ou diarrhée depuis plus de 4 semaines
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Inflammations du petit bassin, en particulier lors de complications d'un abcès tubaire ou ovarien
- Neuropathie périphérique

Catégorie C (maladies définissant le SIDA)

- Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*
- Encéphalite toxoplasmique
- Infection oesophagienne à *Candida* ou contamination des bronches, de la trachée ou des poumons
- Infection chronique et ulcère à virus herpès simplex ou infections herpétiques: bronchite, pneumonie ou oesophagite
- Rétinite à CMV
- Infection généralisée à CMV (pas du foie ou de la rate)
- Septicémies à *Salmonella* récurrentes
- Pneumonies récidivantes dans une même année
- Cryptococcoses extra-pulmonaires
- Cryptosporidiose intestinale chronique
- Isosporose intestinale chronique à *Isospora belli*
- Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire
- Tuberculose
- Infections disséminées ou extra-pulmonaires dues au complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii*
- Sarcome de Kaposi
- Lymphomes malins (lymphome de Burkitt, immunoblastique ou cérébral primitif)
- Carcinome invasif du col utérin
- Encéphalopathie à VIH
- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
- Cachexie due au VIH

Malnutrition

Définition des stades de la malnutrition chez les adultes

- **E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision**

On est en présence d'une malnutrition grave lorsque les deux critères suivants sont remplis:

- Score NRS (Nutritional Risk Screening*) > ou = 5

et

- BMI < 18,5 kg/m² avec état général diminué

ou

- perte de poids involontaire > 5% en 1 mois et état général diminué

ou

- aucun apport ou apports nutritionnels** entre 0 – 25% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 3).

- **E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée**

On est en présence d'une malnutrition modérée lorsque les deux critères suivants sont remplis:

- Score NRS > ou = 4

et

- BMI 18,5 – 20,5 kg/m² avec état général diminué

ou

- perte de poids involontaire > 5% en 2 mois et état général diminué

ou

- apports nutritionnels couvrant 25 – 50% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 2).

- **E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère**

On est en présence d'une malnutrition légère lorsque les deux critères suivants sont remplis:

- Score NRS > ou = 3

et

- perte de poids involontaire > 5% en 3 mois

ou

- apports nutritionnels couvrant 50 – 75% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 1).

Tableau expliquant l'attribution du diagnostic de malnutrition CIM:

Degré de la détérioration de l'état nutritionnel		1	2	3
	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
Score NRS*	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Adapté d'après le Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321 – 336

** Apport nutritionnel inclus toute forme d'alimentation (parentérale, entérale, per os)

Définition des stades de la malnutrition chez les enfants

Ces définitions s'appliquent aux enfants et adolescents âgés de 1 à 16 ans. Chez le nourrisson (0 – 12 mois), le PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) n'est pas applicable et il suffit qu'un des trois arguments soit rempli pour établir le diagnostic.

• **E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision**

On est en présence d'une malnutrition grave lorsque les 2 conditions suivantes sont remplies:

- **1^{re} condition:** Score total au PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) d'au moins 4 plus **2^e condition:** un des 3 critères suivants:

- Jusqu'à 120 cm: poids pour taille ≥ -3 DS (déviations standard) au score z ou $< P 0,5$ sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
 - A partir de 120 – 175 cm pour les garçons et 120 – 163 cm pour les filles: poids idéal pour la taille (classification de Wellcome) $< 70\%$ avec état général diminué
 - A partir de 175 cm pour les garçons et 163 cm pour les filles: IMC ≥ -3 DS au score Z sous la valeur correspondante pour l'âge et le sexe ou $< P 0,5$ sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
- ou**
perte non souhaitée de poids $\geq 10\%$ avec état général diminué
- ou**
réduction non souhaitée de la prise alimentaire dans la semaine précédente (0 – 25% des besoins)

• **E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée**

On est en présence d'une malnutrition modérée lorsque les deux critères suivants sont remplis:

- **1^{re} condition:** Score total au PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) d'au moins 3 plus **2^e condition:** un des 3 critères suivants:

- Jusqu'à 120 cm: poids pour taille ≥ -2 à $-2,9$ DS (déviations standard) au score Z ou $< P 3$ sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
 - A partir de 120 – 175 cm pour les garçons et 120 – 163 cm pour les filles: poids idéal pour la taille (classification de Wellcome) 70 – 79% avec état général diminué
 - A partir de 175 cm pour les garçons et 163 cm pour les filles: IMC -2 à $-2,9$ DS au score z sous la valeur correspondante pour l'âge et le sexe (percentiles IMC) avec état général diminué
- ou**
perte non souhaitée de poids $\geq 7,5\%$ avec état général diminué
- ou**
réduction non souhaitée de la prise alimentaire dans la semaine précédente (26 – 50% des besoins)

• **E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère**

On est en présence d'une malnutrition légère lorsque les deux critères suivants sont remplis:

- **1^{re} condition:** Score total au PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) d'au moins 2 plus

2^e condition: un des 3 critères suivants:

- Jusqu'à 120 cm: poids pour taille ≥ -1 à $-1,9$ DS (déviations standard) au score z ou $< P 16$ sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
 - A partir de 120 – 175 cm pour les garçons et 120 – 163 cm pour les filles: poids idéal pour la taille (classification de Wellcome) 80 – 89% avec état général diminué
 - A partir de 175 cm pour les garçons et 163 cm pour les filles: IMC -1 à $-1,9$ DS au score z par rapport à la valeur correspondante pour l'âge et le sexe avec état général diminué
- ou**
perte non souhaitée de poids $\geq 5\%$ avec état général diminué
- ou**
réduction non souhaitée de la prise alimentaire dans la semaine précédente (51 – 75% des besoins)

Index alphabétique

A

Ablation	
– cathéter péritonéal de dialyse	157
– implants mammaires	155
– shunt AV	157
Abréviations	10
Accident vasculaire cérébral	
– aigu	130
– Déficits fonctionnels	132
Accouchement	
– anomalies de la coagulation	163
– atonie utérine et hémorragie	177
– avant l'admission	175
– avant terme	175
– césarienne primaire	162
– césarienne secondaire	162
– choix du diagnostic principal	163
– cicatrice utérine	162
– complications	162
– enfant mort-né	158
– épisiotomie	163
– faux travail	175
– induction du travail	164
– mouvements réduits du fœtus	162
– naissances multiples	174
– par césarienne	162
– par forceps	162
– par ventouse	162
– prélèvement de cellules souches	177
– Règles spéciales	163
– résultat de l'accouchement	174
– travail prématuré	175
– Travail prolongé	176
Adhérences (péritonéales)	83
Affection	
– chroniques avec poussée aiguë	50
– de plusieurs valvules cardiaques	143
– pendant la grossesse	160
Ajustement	
– prothèse auditive implantée	137
Angine de poitrine	139
Annexe	
– classification CDC	231
– diabète sucré décompensé	229
– malnutrition	232

Anomalies

– de la coagulation pendant la grossesse	163
– de la sécrétion pancréatique	125
Appareil	
– circulatoire	138
– digestif	153
– génito-urinaire	156
– respiratoire	148
appendicite	153
Arthroscopie	69
Asphyxie obstétricale	184
Atonie utérine et hémorragie	177
Avortement	158

B

Bactériémie	87
Brûlures	
– surface du corps	201

C

Cardionéphropathie hypertensive	138
Cardiopathie	
– angine de poitrine	139
– hypertensive	138
– ischémique	139
– ischémique, traitement chirurgicalement (stent/bypass)	140
– syndrome coronarien aigu	139
Cas de traitement	
– définition	29
Cathéter péritonéal	
– ablation	157
Causes externes	194
Césarienne	
– césarienne primaire	168
– césarienne secondaire	171
– césarienne sur demande maternelle	170
Chimiothérapie	117
Chirurgie	
– bariatrique, opération de peau	155
– plastique	155
Choc	193
Choc septique	91
Choix du diagnostic principal	31
CHOP	
– abréviations	25
– Cicatrice utérine	162

— classes résiduelles	24	— complément au diagnostic principal	32
— conventions typographiques	25	— diagnostic principal	32
— index systématique	23	— diagnostics supplémentaires	33
— l'index alphabétique	22	— durée de la grossesse	158
— Structure	22	— enfant mort-né	158
— Structure de la classification	23	— exclusion	20
CIM-10-GM	16	— mortinaissance	158
— abréviations	19	— naissance à terme	158
— conventions typographiques	19	— naissance avant terme	158
— Historique	16	— naissance vivante	158
— index alphabétique	16	— période périnatale et néonatale	180
— Introduction	16	— période placentaire	158
— Structure	16	— période post-partum	158
Classifications		— période post-placentaire	158
— CHOP	22	— puerpéralité	158
— CIM-10-GM	16	— traitement principal	35
— conventions typographiques, abréviations CHOP	25	— traitements supplémentaires	35
Codage		Dépassement de terme	176
— procédé de codage correct	27	Déshydratation	154
Code		Diabète sucré	
— combiné	51	— avec angiopathie périphérique	124
— de cause externe	61	— avec complications	124
Codes		— avec complications rénales	122
— codes Z	207	— catégories	119
complément au diagnostic principal		— en diagnostic principal	120
— définition	32	— en diagnostic supplémentaire	120
Complications		— pendant la grossesse	161
— Anomalies de la coagulation pendant la grossesse	163	— syndrome du pied diabétique	124
— après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	157	— types	119
— Cicatrice utérine	162	Diagnostic	
— de la grossesse	162	— bilatéral	39
— d'une plaie ouverte	196	— localisations multiples	39
— Mouvements réduits du fœtus	162	— présumé, aucun diagnostic établi	49
Contrôle		— présumé exclu	49
— après transplantation cardiaque	144	— présumé probable	49
Contusion osseuse	195	— principal, choix du diagnostic principal	54
Convalescence	61	— principal, définition	54
Convulsions fébriles	186	— supplémentaire, définition	54
Corrosions	201	— supplémentaire, ordre des diagnostics	34
— surface du corps	201	— unilatéral	39
CPAP		Dialyse	
— chez le nouveau-né et le nourrisson	151	— pose de cathéter péritonéal	157
— chez les adultes, enfants, adolescents	151	Douleur	
— instauration	151	— aiguë	187
Croup		— chronique	189
— pseudo croup	99	— résistante au traitement	189
— syndrome du croup	99	Durée de la grossesse	158
— vrai croup	99	Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire	146
D		E	
Date du traitement	67	Echec	
Défibrillateurs cardiaques	144	— après transplantation	80
— changement d'agrégat	144	— de greffe de cornée de l'œil	136
— Complications	144	Effets indésirables	
Définitions		— de substances prises en association (contre prescription)	205
— Avortement/fausse-couche	158	— de substances thérapeutiques (selon prescription)	203
— cas de traitement	29		

Empoisonnement	194	I	
Encéphalopathie hypoxique ischémique	183	Implants mammaires	
Endoscopie		– ablation	155
– avec passage en chirurgie ouverte	70	Incontinence	186
Enfant mort-né		Infarctus du myocarde	
– codage	160	– aigu	139
Entretien		– récidivant	139
– prothèse auditive implantée	137	Insuffisance	
Etat après	80	– rénale aiguë	157
Excision		– rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	157
– étendue dans la région tumorale	109	– respiratoire	152
		– respiratoire du nouveau-né	185
F		Interruption précoce de grossesse	
Faux travail	175	– avortement	159
Fermeture		Intervention	
– de fistule AV	157	– arthroscopique	72
Fibrose kystique	126	– bilatérale	77
Fistule AV	157	– combinée	71
Fracture		– complexe	71
– avec lésion des tissus mous	194	– endoscopique	72
– avec luxation	195	– interrompue	72
– de vertèbres	194	– laparoscopique	72
– ouverte avec lésion intracrânienne	196	Intoxication	
		– aiguë accidentelle	128
G		– aiguë non accidentelle	128
Gastrite		– ivresse	128
– avec ulcère de l'estomac	153	– par des médicaments, drogues et substances biologiques	202
Gastroentérite		– surdosage d'insuline chez un diabétique	203
– avec déshydratation	154	Intubation sans ventilation mécanique	151
Généralités G00 – G56	11	Ivresse	128
Grossesse		L	
– anomalies de la coagulation	163	Laparoscopie	
– avortement	159	– avec passage en chirurgie ouverte	153
– cicatrice utérine	162	Latéralité	
– complications	162	– abréviation	10
– définitions	174	Lésion	
– durée	158	– de la moelle épinière	198
– enfant mort-né	159	– des tissus mous	194
– extra-utérine, avec complications	161	– multiples	200
– interruption précoce	159	– ouverte	195
– maladies du foie	162	– ouverte, intraabdominale	196
– molaire, avec complications	174	– ouverte, intracrânienne	196
– mouvements réduits du fœtus	176	– ouverte, intrathoracique	196
– naissances multiples		– traumatique	194
– prolongée et dépassement de terme		Luxation	
H		– avec fracure	194
Hémodialyse	156	– avec lésion des tissus mous	194
Hémorragie		– de même location ou de localisation différente	195
– gastro-intestinale	153	– de vertèbres	199
– post-partum	177	Lymphangiose carcinomateuse	116
hernie hiatale	217	Lymphome	116
Historique	11		
Hypertension			
– et cardionéphropathie hypertensive	138		
– et cardiopathie hypertensive	138		
– et néphropathie hypertensive	138		

M		
Maladie		
— après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	52	
— de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	155	
— de l'appareil circulatoire	138	
— de l'appareil digestif	153	
— de l'appareil génito-urinaire	156	
— de l'appareil respiratoire	148	
— de l'œil et de ses annexes	136	
— de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	137	
— de plusieurs valvules cardiaques	143	
— des membranes hyalines	183	
— du système nerveux	130	
— imminente	48	
— menace de	48	
Maladie cardiaque		
— angine de poitrine	139	
— infarctus aigu du myocarde	139	
— infarctus du myocarde ancien	140	
— infarctus du myocarde récidivant	139	
— ischémique	139	
— ischémique, autres formes chroniques	140	
— syndrome coronarien aigu	139	
Malnutrition		
— chez les adultes	126	
— chez les enfants	127	
Menace de maladie	48	
Métastase		
— traitement	104	
Métastases ganglionnaires		
— localisations multiples	114	
Méthodes de traitement de la douleur	188	
MoCA	208	
Mouvements réduits du fœtus	162	
Mucoviscidose	126	
N		
Naissances multiples	174	
Néphropathie hypertensive	138	
Neurostimulateur		
— ablation	193	
— implantation	193	
Nouveau-né		
— asphyxie obstétricale	184	
— choix du diagnostic principal	163	
— définition	158	
— encéphalopathie hypoxique ischémique	183	
— enfant mort-né	182	
— insuffisance respiratoire	185	
— maladie des membranes hyalines	183	
— période périnatale et néonatale	180	
— photothérapie	182	
— prophylaxie postexposition	182	
— réanimation primaire	182	
— sain de mère diabétique	182	
— série de données	180	
— syndrome de détresse respiratoire	183	
— syndrome néonatal d'aspiration aigu	183	
— tachypnée transitoire	183	
— thérapie parentérale	182	
O		
Obstétrique		
— définitions	158	
Occlusion		
— de stent/pontage coronaire	141	
Oedème	144	
Opération		
— après perte de poids	155	
— arthroscopique	72	
— bilatérale	77	
— combinée	71	
— complexe	71	
— endoscopique	70	
— interrompue	72	
— laparoscopique	72	
— prophylactique	117	
P		
Pancréas		
— anomalies de la sécrétion	125	
Panendoscopie		
— phase chronique	70	
paraplégie	212	
Parkinson	135	
Patient en attente de placement	29	
Période néonatale		
— définitions	180	
Période périnatale		
— définitions	180	
Perte de connaissance		
— liée à une lésion	197	
Phlyctène	155	
Photothérapie	182	
Plaie		
— ouverte	195	
post-partum	178	
Poussée aiguë		
— donneur vivant	79	
— examen d'un donneur	79	
— post-mortem	80	
— pour transplantation	81	
— tableau	81	
Présence de	43	
Procédure		
— bilatérale	77	
— date du traitement	67	
— de routine	69	
— documentation	28	
— latéralité	67	
— non effectuée	60	
— traitement en USI ou en U-IMC	76	
— unilatérale	39	
Procédures		

– bilatérales	77	Série de données	
– interrompues	72	– supplémentaire	14
– qui doivent être codées	68	– sur des groupes de patients	14
– significatives	68	– sur les nouveaux-nés	14
professions	209	– sur les patients en psychiatrie	14
Prophylaxie postexposition		Shunt AV	157
– chez le nouveau-né	182	SIDA	97
Prothèse auditive implantée	137	SIRS	96
R		Statistique médicale et codage médical	
Radiothérapie	117	– anonymisation des données	13
réadaptation	219	– bases légales	12
Réadaptation	61	– objectifs	13
Réadaptation aiguë	216	– organisation	12
Réadaptation précoce	210	Status après	46
Règles générales de codage		– changement d'agrégat	144
– pour les maladies/diagnostics D00 – D16	37	– complications	144
Règles spéciales de codage pour les procédures		– permanent	144
et traitements SP0100 – SP0400	209	Suite de soins	
– désignations des professions	209	– convalescence	61
– réadaptation aiguë	216	– réadaptation	61
– réadaptation en paraplégie	212	Suivi interventionnel planifié	46
– réadaptation précoce	210	Surdité	137
Regroupement de cas	29	Suspicion	
Réhabilitation	61	– de tumeur ou de métastases	113
Réhospitalisation		Symptôme	
– dans les 18 jours pour complications	65	– comme diagnostic principal	38
Rejet		– comme diagnostic supplémentaire	38
– après transplantation	80	– convulsions fébriles	186
– de greffe de cornée de l'œil	136	– dysphagie	186
Relaparotomie	78	– incontinence	186
Rémission		– signes et résultats anormaux d'examens cliniques	
– de leucémie	116	et de laboratoire	186
réopération	78	Syndrome	59
Réopération du cœur et du péricarde	78	– comme diagnostic supplémentaire	59
Respiration artificielle	148	– congénital	59
– Calcul de la durée de la ventilation	149	– coronarien aigu	139
– codage	148	– de détresse respiratoire du nouveau-né	181
– début de la durée de la ventilation	149	– du pied diabétique	124
– définition	148	– métabolique	125
– fin de la durée de la ventilation	150	– néonatal d'aspiration aigu	183
– patients transférés	151	Système	
– sevrage	150	– de classification des patients SwissDRG	15
– ventilation mécanique en unité de soins intensifs	148	– nerveux	130
– ventilation mécanique en unité de soins intermédiaires		T	
(U-IMC)	148	tachypnée transitoire du nouveau-né	183
Résultat de l'accouchement	174	tétraplégie non traumatique	
Résultats anormaux	186	– Phase initiale (aiguë)	133
Révision		– Phase tardive (chronique)	133
– de cicatrice	155	Tétraplégie traumatique	
S		– phase chronique	199
Sepsis	88	Thérapie parentérale	182
– chez l'adulte	88	Thérapie par pression négative	74
– chez l'enfant	91	Thrombose	
– ordre de saisie des codes	92	– de stent ou de pontage coronaire	141
Séquelles	45	Traitement palliatif	
		– des maladies tumorales	118

Traitement principal		U	
— définition	35	Ulcère de l'estomac	
Traitements complexes	209	— avec gastrite	153
Traitement supplémentaire		V	
— définition	35	Valvules cardiaques	143
— Ordre des traitements supplémentaires	35	— chez les adultes, les enfants ou les adolescents	151
Transferts		— chez les nouveau-nés et les nourrissons	151
— avec retour dans le premier hôpital	63	Verrues anogénitales	156
— nouveau-né sain	64	VIH	97
— pour suite de soins	194	— catégories cliniques	98
— pour traitement	62	— compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	98
— pour traitement au centre hospitalier	63	— infection asymptomatique	97
Transformation de sexe	218	— maladie due au VIH	98
Transplantation		— nombre de lymphocytes T	98
— cardiaque, contrôle	144	— ordre et choix des codes	99
— contrôle	144	— syndrome d'infection aiguë	97
— donneur vivant	79		
— évaluation	59		
— prélèvement post-mortem	79		
— receveur	80		
— tableau	81		
Travail			
— prématuré	175		
— prolongé	176		
Troubles			
— après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	157		
Troubles de la conscience			
— sévères	197		
Troubles mentaux et du comportement	128		
— intoxication aiguë accidentelle	128		
— intoxication aiguë non accidentelle	128		
— liés à l'utilisation de substances psycho-actives	128		
Tumeur			
— avec activité endocrine	113		
— choix et ordre des diagnostics	101		
— du système hématopoïétique et lymphatique	101		
— examen de contrôle	113		
— excision étendue	109		
— localisations contiguës	115		
— lymphangiose carcinomateuse	116		
— lymphome	116		
— maladies et troubles aiguës et chroniques et conséquences d'actes dans le contexte de traitements de néoplasmes malignes	110		
— maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique	206		
— métastases ganglionnaires	114		
— métastases ganglionnaires de localisations multiples	114		
— primaire, localisations multiples	114		
— recherche dans l'index alphabétique	101		
— récidives	113		
— suspicion de tumeur ou de métastases	113		
— thérapie systémique	104		
— traitement de la tumeur primaire	105		
— traitement de métastase	104		
— traitement de symptômes	105		
— traitement palliatif	118		

Programme des publications de l'OFS

En tant que service statistique central de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public. Il utilise plusieurs moyens et canaux pour diffuser ses informations statistiques par thème.

Les domaines statistiques

- 00 Bases statistiques et généralités
- 01 Population
- 02 Espace et environnement
- 03 Travail et rémunération
- 04 Économie nationale
- 05 Prix
- 06 Industrie et services
- 07 Agriculture et sylviculture
- 08 Énergie
- 09 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Mobilité et transports
- 12 Monnaie, banques, assurances
- 13 Sécurité sociale
- 14 Santé
- 15 Éducation 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, disparités régionales et internationales

Les principales publications générales

L'Annuaire statistique de la Suisse



L'Annuaire statistique de la Suisse de l'OFS constitue depuis 1891 l'ouvrage de référence de la statistique suisse. Il englobe les principaux résultats statistiques concernant la population, la société, l'État, l'économie et l'environnement de la Suisse.

Le Mémento statistique de la Suisse



Le mémento statistique résume de manière concise et attrayante les principaux chiffres de l'année. Cette publication gratuite de 52 pages au format A6/5 est disponible en cinq langues (français, allemand, italien, romanche et anglais).

Le site Internet de l'OFS: www.statistique.ch

Le portail «Statistique suisse» est un outil moderne et attrayant vous permettant d'accéder aux informations statistiques actuelles. Nous attirons ci-après votre attention sur les offres les plus prisées.

La banque de données des publications pour des informations détaillées

Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, vous pouvez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch). www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Catalogues et banques de données → Publications

Vous souhaitez être parmi les premiers informés?



Abonnez-vous à un Newsmail et vous recevrez par e-mail des informations sur les résultats les plus récents et les activités actuelles concernant le thème de votre choix. www.news-stat.admin.ch

STAT-TAB: la banque de données statistiques interactive



La banque de données statistiques interactive vous permet d'accéder simplement aux résultats statistiques dont vous avez besoin et de les télécharger dans différents formats. www.stattab.bfs.admin.ch

Statatlas Suisse: la banque de données régionale avec ses cartes interactives



L'atlas statistique de la Suisse, qui compte plus de 4500 cartes, est un outil moderne donnant une vue d'ensemble des thématiques régionales traitées en Suisse dans les différents domaines de la statistique publique. www.statatlas-suisse.admin.ch

Pour plus d'informations

Centre d'information statistique

058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

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 classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour les traitements.

Le codage des diagnostics et traitements est soumis à des directives précises.

Le domaine des Classifications médicales 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.

En ligne

www.statistique.ch

Imprimés

www.statistique.ch

Office fédéral de la statistique

CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch

tél. 058 463 60 60

Numéro OFS

544-2300

ISBN

978-3-303-14355-1

**La statistique
compte pour vous.**

www.la-statistique-compte.ch