



Circulaire pour les codeuses et codeurs

1 FAQ (nommée « Hotline » sur la page web du secrétariat de codage)

Au vu de l'évolution des classifications et des règles de codage, il a été nécessaire d'actualiser notre FAQ. Les informations y figurant actuellement sont en accord avec les classifications et les règles de codage en vigueur. Nous attirons spécialement votre attention sur le fait que toutes les anciennes informations doivent être considérées comme caduques. Nous vous suggérons de visiter ce site, afin de prendre connaissance des réponses toujours en vigueur.

Dès le 1er juillet 2010, nous introduirons de nouvelles informations, précisions et réponses à vos questions et ce en allemand et en français. Toute nouvelle information sera signalée en début de texte par l'année de mise en ligne, donc actuellement 2010.

Ci-dessous le lien direct avec la Hotline :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/faq.html>

2 Publications CodeInfo

Comme pour la FAQ, au vu de l'évolution des classifications et des règles de codage, nous avons analysé nos anciennes éditions du CodeInfo. Les informations encore en adéquation avec les classifications et les règles de codage en vigueur seront transférées dans la FAQ début juillet 2010. Toutes les autres seront à considérer comme « intérêt historique » et ne doivent plus être utilisées dans l'activité quotidienne du codage.

3 Respiration artificielle, CPAP, ventilation invasive et non invasive

Au vu de l'introduction d'un remboursement qui tient compte de la lourdeur d'un cas ventilé aux soins intensifs, de nouvelles règles ont été introduites dans le manuel de codage 3.0. Suite à certaines difficultés d'application de ces règles, nous aimerions apporter quelques précisions pour un codage correct et uniforme.

Si la respiration artificielle répond à la définition de la page 73 du manuel de codage 3.0, elle est saisie de la manière suivante :

1. La durée de la ventilation invasive et non invasive (CPAP inclus), exprimée en heures, est saisie par les soins intensifs ou soins continus dans les données du « Minimal Dataset SGI-SSMI» dans le champ prévu à cet effet.
2. Au moment où ce champ est rempli, au niveau du codage, cette durée est transcrite par un code CHOP de la catégorie 96.7- (CPAP inclus).
3. Le codeur saisit également le ou les codes pour le type de ventilation effectué (96.04 / 93.90 / 31.1 / 31.29).

N.B. Dans la classification CHOP, les exclusions concernant les codes 93.90 avec 96.7- sont de ce fait à ignorer.

4 Choix du diagnostic principal pour les transferts et les suites de soins

Lorsqu'un patient est transféré pour suites de soins, chaque hôpital code un cas séparément. L'établissement vers lequel le patient est transféré code un cas autonome et indique en diagnostic principal la maladie initiale, qui est la principale raison du traitement hospitalier (conformément à la page 23/24 du manuel de codage 3.0). Le fait que le patient a déjà subi un traitement primaire peut se traduire avec le code Z48.- ou le Z51.- en diagnostic secondaire.

Par exemple :

- Patient transféré après traitement primaire d'une maladie coronarienne par pontage aorto-coronarien : l'établissement qui prend en charge les suites de soins code en DP la maladie coronarienne.
- Patient transféré après traitement primaire d'une arthrose de hanche par implantation d'une prothèse totale de hanche : l'établissement qui prend en charge les suites de soins code en DP l'arthrose de hanche.
- Patient transféré après traitement primaire pour une blessure (code S ou T) : l'établissement qui prend en charge les suites de soins code en DP la blessure, sans causes externes (ignorer le message d'avertissement de MedPlaus). Explication : la blessure est soignée mais pas encore guérie.

5 Diabète avec complications en diagnostic secondaire

Précisions et adaptation S04.d.1B, page 57 du manuel 3.0 :

Pour un patient diabétique, hospitalisé pour une autre raison que son diabète, ce dernier sera codé s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G04.4, page 25).

Lorsque cette condition est remplie, il est important, sur le plan épidémiologique, de savoir s'il s'agit d'un diabète sans complications ou avec complications. Donc celles-ci seront codées, sans faire intervenir la définition du DS.

Corrigé du chapitre du manuel :

S04.d.1B Le diabète sucré comme diagnostic supplémentaire

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

Si le diabète sucré entre dans la définition du diagnostic supplémentaire, il faut le coder en tant que tel. Si des complications (manifestations) sont constatées, on ajoutera un 4^e caractère correspondant à la complication au code E10-E14 concerné.

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; dans les cas de complications multiples, on utilisera « .7 » comme 4^e caractère du code.

***Exemple 4:** Un patient est hospitalisé pour une fracture fermée de la tête de l'humérus sans lésion des tissus mous. Il a par ailleurs du diabète sucré de type 2, avec traitement diététique et médicamenteux. La seule complication observée est une néphropathie diabétique.*

DP S42.21 Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus: tête

DC X59.9 ! Autre accident et accident non précisé

DS E11.20† Diabète sucré non primaire insulo-dépendant [diabète de type 2] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé

N08.3 Glomérulopathie au cours du diabète sucré*

6 Sepsis et SIRS

Lors d'une septicémie, il y a présence d'un SIRS, donc les codes de la septicémie doivent toujours être suivis d'un code de la catégorie R65.- !

Ceci n'a malheureusement pas été retranscrit dans les exemples des pages 45/46 du manuel de codage 3.0.

7 Opérations complexes

Suite à de nombreuses demandes, nous précisons ceci :

- Il faut tout d'abord s'assurer qu'il n'existe pas un code CHOP spécifique qui englobe l'intégralité de l'opération.
- Si cela n'est pas le cas, il faut s'assurer (parfois avec l'aide du médecin-opérateur), que ces gestes ne sont pas effectués de routine. Le cas échéant, coder les différentes étapes séparément.

8 Infoblatt

La statistique médicale publie régulièrement des informations à l'attention des instances chargées du relevé. Certaines informations peuvent vous être utiles, raison pour laquelle nous vous joignons le lien pour les consulter.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/04_03.html