



Circulaire pour les codeuses et codeurs

1 Informations générales

Veuillez prendre note des informations suivantes concernant les documents de codage valables dès le 1^{er} janvier 2010.

Le Manuel de codage 3.0 entre en vigueur le 1.1.2010 et remplace les versions précédentes. La refonte totale du manuel de codage rend caduques à compter du 1.1.2010 toutes les informations, directives, règles de codage et circulaires de l'OFS qui ont été publiées avant le 31.07.2009 et qui contredisent la nouvelle version.

Les règles de codage publiées dans le manuel de codage 3.0 doivent obligatoirement être appliquées à toutes les données que les hôpitaux codent avant de les transmettre à l'Office fédéral de la statistique pour la statistique médicale. En effet, selon l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques, l'OFS est responsable d'édicter chaque année des directives à l'intention des participants au relevé ; il spécifie notamment le manuel de codage et les classifications en vigueur qui doivent être utilisés pour saisir les diagnostics et les traitements. **Les participants au relevé (c.-à-d. les hôpitaux) ont par conséquent l'obligation légale d'utiliser les classifications/le manuel de codage en vigueur selon les directives de l'OFS. Si cela n'est pas le cas actuellement, cette pratique doit être modifiée immédiatement. L'utilisation, notamment, d'autres manuels de codage tels que le manuel de codage allemand ou des manuels de codage édités à l'interne sont strictement interdits.**

Le manuel de codage et les classifications en vigueur en 2010 peuvent être téléchargés sur les pages suivantes :

Manuel de codage version 3.0 :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04/04_05.html

Classification des procédures version 11.0 (CHOP) :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/chop/02.html>

Classification des diagnostics - CIM 10 GM 2008 :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02.html>

Notre hotline reste à votre disposition pour toutes questions concernant le codage médical :

codeinfo@bfs.admin.ch

2 Précisions concernant le Manuel de codage 3.0

Ci-dessous des précisions, explications, corrections du nouveau manuel dans l'ordre d'apparition des chapitres du manuel :

Page 25 :

G04.3 Complément au diagnostic principal

La rubrique « Complément au diagnostic principal » doit obligatoirement être complétée dans les deux situations citées, mais peut facultativement être remplie comme par exemple dans la situation d'une hospitalisation pour effets secondaires de médicament.

Exemple : DP	E13.90 « Autres diabètes sucrés précisés, sans complication, non désigné comme décompensé »
DC	Y57.9 ! « Complications dues à des médicaments ou à des drogues ».

G04.4 Les diagnostics supplémentaires

Les diagnostics supplémentaires sont listés, notés, développés dans la lettre de sortie et/ou dans le dossier médical du patient par le médecin hospitalier. Le codeur n'interprète pas les listes de médicaments, les résultats de laboratoire, le traitement à la sortie ou les notices de soins et ne prend pas l'initiative d'établir de nouveaux diagnostics supplémentaires en fonction de ces éléments. Le rôle du codeur est de vérifier si les diagnostics supplémentaires nommés par le médecin hospitalier répondent aux critères de la définition du DS et doivent de ce fait figurer au codage du cas. Dans les cas « limite », c'est au médecin de décider du bien-fondé d'un diagnostic.

Page 26 :

G04.6 Traitements supplémentaires

Dans l'exemple « Un patient souffrant d'une commotion.... », la cause externe n'est pas précisée, mais dans un cas réel, le complément au diagnostic principal doit être rempli.

Page 27 :

G05.1 Règles générales de codage des diagnostics

Saisie des diagnostics dans le data-set médical

Activité tumorale :

L'activité tumorale est indiquée pour toutes les tumeurs du chapitre II de la CIM-10 GM (C00-D48).

Latéralité pour les maladies d'organes pairs :

L'indication de la latéralité dans les variables est obligatoire pour :

les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex clavicule, côtes, omoplate, etc).

Page 28 :

2^e exemple de la page : « Un patient est hospitalisé pour traiter une anémie due aux métastases.... » : cet exemple vient de l'ancienne version du manuel et n'est plus actuel avec les nouvelles règles de codage de l'oncologie. Remplacer l'exemple par celui-ci :

Exemple : Un patient est hospitalisé pour traiter une anémie rénale. Le code N18.9 « Insuffisance rénale chronique » devient un code † avec le code D63.8* « Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs ».



3^e exemple de la page, correction pour la version française uniquement :

« Un patient souffrant de diabète sucré de type1.... » : le code I79.2* « Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs » doit être inscrit en DC et les diagnostics H36.0* « Rétinopathie diabétique » et N08.3* « Glomérulopathie au cours du diabète sucré » en DS.

Page 39 :

G05.1.L Admission pour une opération/procédure non effectuée

a) Dans l'exemple « Un patient est hospitalisé pour une insertion de drains transtympaniques.... », le diagnostic principal correct est le H65.4 au lieu du H65.3.

Page 40 :

G05.2 Règles générales de codage des procédures

Procédures qui doivent être codées

- Toutes les procédures significatives effectuées pendant l'hospitalisation doivent être codées. Par procédures significatives, on entend des mesures diagnostiques, thérapeutiques ou curatives. Ce sont:
 - les procédures énumérées aux chapitres 0-15
 - **les procédures du chapitre 16** qui présentent un risque potentiel pour le patient, dont l'exécution n'est pas routinière ou qui nécessitent un équipement technique spécial.

Page 42-43 :

G05.2.D Procédures répétées plusieurs fois

Au haut de la page 43, sous remarque, une correction uniquement pour la version française :

Remarque : Médecine nucléaire et radiothérapie..... :

la traduction de la remarque comporte une imprécision dans la dernière phrase. Le libellé correct est : « Dans le cas de cette dernière, la totalité de la dose de iode radioactif appliqué doit être saisie en cas d'applications multiples pendant une hospitalisation ».

Page 44-45 :

S01.g.2B SIRS – Bactériémies – Septicémies

SIRS : ajouter sous l'énumération des symptômes la note suivante :

Note : Les normes diffèrent en pédiatrie.

Page 51 :

Métastases

Dans le dernier exemple de la page « Un patient est hospitalisé pour une chimiothérapie..... », ajouter l'activité sous le DS :

DS C80 Tumeur maligne de siège non précisé

Activité : *inconnue*

Page 54:

S02.d.12 Chimiothérapie et radiothérapie

Dans l'exemple « Patient avec sarcome d'Ewing.... », il faut corriger le traitement principal :

TP 99.25.02 Séries de chimiothérapie moyennement complexes et intensives



Page 55 :

S04.g.1 Diabète sucré : terminologie

Les codes P doivent se libeller de manière séparée :

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

Page 63 :

S06.d.1 Les accidents vasculaires cérébraux

Corriger l'exemple de la manière suivante :

Exemple : Un patient est hospitalisé des suites d'un infarctus cérébral avec hémiplégie flasque et aphasie. Les radiographies révèlent une occlusion par thrombose de l'artère cérébrale moyenne.

Page 70-71 :

S09.d.4A Stimulateurs cardiaques permanents

Insertion programmée de stimulateur cardiaque :

Une insertion programmée de stimulateur cardiaque se code selon la règle « Choix du diagnostic principal », page 24, paragraphe 2 « Le patient est admis avec un diagnostic connu ».

Changement d'agrégat (= changement de pile / générateur de pulsation) d'un stimulateur / défibrillateur cardiaque

On indiquera dans ce cas le code Z45.0 « Adaptation et manipulation d'un stimulateur cardiaque implanté » comme DP, avec les codes de procédures correspondants. Comme diagnostic supplémentaire, on mentionnera la maladie qui a nécessité la pose de l'appareil si elle est actuellement présente. Dans l'exemple de la page 71, il est dit «suite à un bloc auriculoventriculaire.... », le bloc n'est pas présent actuellement et le diagnostic supplémentaire est à supprimer.

S09.d.5 Contrôle de greffe cardiaque

Le code pour le contrôle de greffe cardiaque Z09.0 est à remplacer par Z09.80 « Examen de suivi après transplantation d'organe ».

Page 73 :

S10.d.1A Respiration artificielle

Calcul de la durée de la ventilation

Ajouter la remarque suivante :

Lors de respiration artificielle per-opératoire, **la règle des 24 heures de l'Annexe B** de l'« Adaptation de la statistique médicale aux exigences d'un financement des hôpitaux axé sur les prestations (SwissDRG), les modifications en détail, version 1.0 de juin 2008 » est à respecter.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infoteh/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.Docum nt.113977.pdf

Page 74 :



S10.d.3 BPCO

Une certaine insuffisance respiratoire fait partie intégrante des BPCO. Les codes J96.0 et J96.1 ne sont justifiés qu'en cas de traitements spécifiques suivants :

- J96.0 avec un traitement de CPAP ou de ventilation mécanique aux Soins Intensifs
- J96.1 avec un traitement de CPAP (un simple apport d'oxygène ne justifie pas ce code)

Page 76 :

S15.g.1 Définitions

Remplacer les définitions « *Enfant mort-né (mortinaissance)* » et « *Avortement / Fausse-couche* » par les libellés ci-dessous :

Enfant mort-né (mortinaissance)

Est considéré comme mort-né tout enfant né sans signes vitaux avec un âge gestationnel d'au moins 22 semaines révolues ou un poids égal ou supérieur à 500 g, un des deux critères rempli est suffisant.

Avortement / Fausse-couche

Est considéré 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, avec un poids à la naissance de moins de 500 g, les deux critères devant être remplis.

Page 81 :

S15.d.6A O80-O82 accouchement

A corriger dans la version française : remplacer les catégories O80 à O92 par O80 à O82.

Pour toutes les versions :

Nous sommes dans une période de transition jusqu'en 2012 et nos règles de codage pour le O80-O82 diffèrent des règles allemandes et des indications dans la CIM-10 GM. Pour cette raison, l'indication « unique » dans les libellés d'accouchement de O80, O81 et O82 et les notes sous O81 et O82 sont à ignorer.

S15.d.6B2 Accouchement spontané

La liste des procédures est revue ainsi :

- 03.91 *Injection épidurale et perfusion pour traitement de la douleur (anesthésie péridurale pour des raisons de confort)*
- 73.0- *Rupture artificielle des membranes (amniotomie)*
- 73.4 *Induction médicamenteuse du travail (si p. ex. pour désir maternel)*
- 73.59 *Autre assistance manuelle de l'accouchement*
- 73.6 *Episiotomie*

Page 82:

S15.d.6C Naissances multiples

Résumé

Dans le résumé de la version française, sous :

Accouchement compliqué, Diagnostics supplémentaires, il faut noter :
codes de la catégorie O80-O82 et O30.- en lieu et place du O80-O82 ou O30.-.



Pour les deux versions, sous :

Traitements, remplacer « Codes du chapitre 13 » par « Codes de la CHOP », puisque d'autres chapitres de la CHOP peuvent être concernés.

Page 90 :

S19.1.d.4A Perte de connaissance liée à une lésion

Ajouter la note suivante :

Dans les cas de perte de connaissance de durée non précisée, toutes les démarches doivent être entreprises auprès du médecin pour préciser la durée de cette dernière et pouvoir choisir le code spécifique de la catégorie S06.7- !

Page 93 :

S19.2.d.2 Intoxication médicamenteuse et alcool

Corriger l'exemple de la manière suivante :

Exemple : Patient connu pour dépression, hospitalisé pour tentative de suicide par ingestion de cocaïne massive, accompagné d'une consommation de 1 litre de whisky. Amené par sa femme tout de suite après l'ingestion avec une intoxication aiguë due à l'alcool.

Page 97 : S21.d Règles

Ajouter un 6e exemple:

6. Réhabilitation après fracture

DP Sxx.xx « Fracture... »

DS Z50.9! « Soins impliquant une rééducation, sans précision »

N.B. Codage sans mention de cause externe, comparable au codage de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

3 Divers

Diverses questions (insuffisances rénales, crises d'asthme, etc.) sont encore en discussion avec les experts, des précisions vous seront transmises par l'intermédiaire de circulaires ou de directives.

Les réponses à des questions générales seront publiées sur notre site FAQ dès que possible avec ajout d'une date de publication.