



Circulaire pour les codeuses et codeurs : 2012 / N° 1

1 Généralités

1.1

Dès le 1^{er} janvier 2012, seuls le manuel de codage version 2012, les circulaires n°9 et n°10 de 2011 et la présente circulaire sont valables. La refonte totale du manuel de codage rend caduques toutes les règles de codage, directives, circulaires et CodeInfos antérieurs.

Les règles de codage publiées dans le manuel de codage 2012 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 et 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.

1.2

Les classifications en vigueur dès le 1.1.2012 sont la CIM-10-GM 2010 et la CHOP 2012. Il est de la responsabilité des utilisateurs de connaître l'intégralité des classifications et de tenir compte des changements et des nouveautés entre les différentes versions (p.ex. codes « U » : codes d'utilisation particulière qui n'existaient pas dans la version OMS).

1.3

Pour les classifications et le manuel de codage, en cas de divergence entre les versions linguistiques, les versions originales (versions en langue allemande) font foi.

1.4

Dans le courant de l'année, des informations et des précisions seront publiées par de nouvelles circulaires et par la FAQ. Ces documents sont des outils de codage officiels de l'OFS et doivent être pris en compte dans tout codage ultérieur. Afin d'uniformiser le codage en Suisse, les réponses que l'OFS donne à des questions d'ordre général (pas de nouvelles règles) seront publiées sur la FAQ chaque fin de mois et sont obligatoirement à appliquer dès le 1^{er} du mois suivant.

1.5

Toutes les questions générales de codage pour la Hotline doivent être envoyées à CodeInfo@bfs.admin.ch et non à des adresses personnelles.

Dès janvier 2012, il existera des adresses spécifiques pour les :

- litiges concernant le codage médical entre hôpitaux et assureurs : kodierungsexpertise@bfs.admin.ch en utilisant le formulaire qui sera à disposition dès 2012
- questions concernant les révisions : kodierungsrevision@bfs.admin.ch.

1.6

Dans le système SwissDRG, il n'existe plus d'autorisation pour forcer les DRG. Le cas doit être codé entièrement et la suppression de diagnostics ou de procédures pour influencer le groupeur n'est pas admise. Voir « Règles et définitions pour la facturation des cas par SwissDRG », point 1.4.

2 Informations complémentaires Manuel de codage 2012

2.1 Page 43: P00a Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Latéralité

Dans la CHOP 2012, les codes nécessitant la précision de la latéralité sont marqués d'un (L). Cette information est à utiliser comme une aide au codage, car le marquage n'est pas totalement exhaustif. En effet, la latéralité est à saisir pour toutes les interventions sur un organe pair ou une partie du corps paire, même si ces codes ne sont pas marqués (p.ex. au code 38.35.13, il manque le (L)). De même, dans certaines situations, il est possible que certains codes marqués d'un (L) ne nécessitent pas toujours l'indication de la latéralité. Dans ce cas, il faut laisser la variable 4.3.V011 vide. Cette situation est due au fait que certains codes englobent des procédures qui peuvent représenter des actes avec des localisations paires ou non.

2.2 Page 44: P02a Procédures qui ne sont pas codées

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 incluses dans le code de l'opération.

2.3 Page 51: P09a Prélèvement d'organe et transplantation

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

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.

Il en est de même des autopsies.

2.4 Page 54: S1002a Septicémie

Une traduction inexacte de l'allemand vers le français dans la CIM-10-GM rend la compréhension des exemples 4 et 5 de la page 55 difficile. Traductions à prendre en compte :

Code	ICD-10-GM allemand	CIM-10-GM française	Libellé correct
O85	Puerperalfieber	Septicémie puerpérale	Fièvre puerpérale
P36.-	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	Infection bactérienne du nouveau-né	Septicémie bactérienne du nouveau-né

Exemple 4

Apparition d'une septicémie après accouchement, due à une infection à streptocoques du groupe A.

O85 ~~Septicémie puerpérale~~ **Fièvre puerpérale**

A40.0 ~~Septicémie à streptocoques, groupe A~~

R65.0! ~~Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques~~

Exemple 5

Nouveau-né souffrant d'une septicémie à staphylocoques dorés.

P36.2 ~~Infection du nouveau-né~~ **Septicémie du nouveau-né** à staphylocoques dorés

R65.0! ~~Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques~~

2.5 Page 109: S1603a Nouveau-nés

Lors d'un transfert de la mère, accompagnée par son nouveau-né sain, on ouvre un cas administratif pour le nouveau-né et on le code avec le Z76.8 *Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées* comme diagnostic principal. Ce cas n'est pas facturé par DRG (cf informations de la MS : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.html).

2.6 Page 130: Annexe

Nouveau pour l'annexe: la définition de l'insuffisance rénale aiguë. Ceci est à prendre en considération lors du codage.

Insuffisance rénale aiguë

L'insuffisance rénale aiguë est une péjoration subite de la fonction rénale (en règle générale en moins de 48 heures). Elle se différencie de l'insuffisance rénale chronique par le fait que l'insuffisance rénale aiguë est généralement réversible.

La classification des stades de l'insuffisance rénale aiguë se fait grâce aux critères suivants :

RIFLE : Risk – Injury – Failure – Loss – ESRD (End Stage Renal Disease) ou

AKIN : Acute – Kidney – Injury – Network

Classification des stades de l'insuffisance rénale aiguë			
RIFLE	AKIN	Créatininémie	Diurèse
Risk	1	Elévation de la créatininémie de 1,5 à 2 fois (RIFLE/AKIN) ou Elévation de la créatininémie $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,4 \mu\text{mol/l}$) (AKIN)	$<0,5$ ml/kg/h pour 6 h
Injury	2	Elévation de la créatininémie de 2 à 3 fois	$<0,5$ ml/kg/h pour 12 h
Failure	3	Elévation de la créatininémie > 3 fois ou créatininémie > 4 mg/dl ($> 352 \mu\text{mol/l}$) avec une élévation aiguë $\geq 0,5$ mg/dl ($44 \mu\text{mol/l}$) ou chute de la DFG $> 75\%$ (débit de filtration glomérulaire)	$<0,3$ ml/kg/h pour 24 h ou diurèse manquante (anurie) pour 12 h
Loss		Défaillance rénale durable de > 4 semaines	
ESRD		Défaillance rénale durable de > 3 mois	
ESRD		Défaillance rénale durable de > 3 mois	

Codage de l'insuffisance rénale aiguë :

- Une **insuffisance rénale aiguë** est présente lorsque les critères pour « Failure » (RIFLE) ou le stade 3 (AKIN) sont remplis. Ceci est valable indépendamment de son origine (rénale ou extrarénale).
- Un patient peut présenter simultanément une insuffisance rénale aiguë et une insuffisance chronique, si la péjoration aiguë de l'insuffisance rénale chronique est apparue dans un laps de temps court et remplit les conditions du stade 3 AKIN. Ceci veut dire qu'une insuffisance rénale « acute on chronic » qui ne remplit pas les critères du stade 3 AKIN est à considérer comme insuffisance rénale chronique (décompensée).

A considérer comme annexe supplémentaire du manuel de codage 2012, approuvée par la Société Suisse de Néphrologie.

2.7 Patients 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 et on le code avec le *Z75.8 Autres difficultés liées aux installations médicales et d'autres soins de santé* comme diagnostic principal. Ce cas n'est pas facturé par DRG. Cf informations de la MS : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.html.

2.8 Facturation en cas d'obligation de prestation par plusieurs institutions d'assureurs sociaux

Indépendamment des obligations de prestations entre les différentes institutions d'assureurs sociaux, ces séjours sont à coder selon les règles et définitions comme un seul cas de traitement. Pour la facturation, les « Règles et définitions pour la facturation des cas par SwissDRG » sont à considérer.

http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4_2011_f.pdf

2.9 Regroupement de cas

Lors de regroupement de cas selon les « Règles et définitions pour la facturation des cas par SwissDRG », seul le cas regroupé (un codage) est transmis (pour marquer les réadmissions, les variables 4.7.V01 – 4.7.V41 sont à saisir).

3 Informations complémentaires CHOP

3.1 Informations pour les codes de dialyse

S1401a Dialyse

Le code 39.95.-- *Hémodialyse* permet de différencier la dialyse intermittente et la dialyse continue. La dialyse continue est à saisir avec la durée exacte. Cette durée doit être déterminée du début à la fin d'un traitement. Une interruption de plus de quatre heures ne devra pas être incluse dans le compte de la durée totale du traitement.

Si une procédure **continue** est appliquée à plusieurs reprises pendant une hospitalisation, chaque application doit être désignée par un code séparé (pas d'addition des temps de traitement). Toutefois, une interruption de 24 heures ou moins d'une procédure continue ne justifie pas de nouveau codage.

Définitions :

Intermittente prolongée:

Une dialyse intermittente prolongée doit durer plus de 6 heures.

Continue, jusqu'à 24 heures:

Une dialyse continue planifiée pour plus de 24 heures, mais interrompue précocement est à coder avec les codes « jusqu'à 24 heures ».

Thérapie de substitution rénale après échec de transplantation de rein (39.95.F-, 39.95.G-):

Ce sont des codes supplémentaires pour les différents types de dialyse. Ils ne sont utilisés que lorsque la dialyse pour dysfonctionnement ou échec du transplant a lieu durant le même séjour stationnaire que celui de la transplantation rénale.

Dialyse péritonéale (54.98.--) :

Chaque dialyse péritonéale réalisée est à coder. Pour les dialyses péritonéales continues, le cycle de traitement débute avec l'admission du patient et se termine à sa sortie ou lors de l'interruption de la procédure pour une durée de plus de 24 heures. Lors de changement de filtre, poche, système, un nouveau codage de la procédure n'est pas justifié.

3.2 CHOP 2012

Dans la version française, il y a 3 codes sans libellé:

86.67.31 Remplacement permanent de la peau par matériel de remplacement dermique

88.76.12 Ultrasonographie d'artères viscérales

89.08.19 Surveillance épidémiologique, autre

4 Statistique médicale

4.1 NEMS, PIM II, SAPS 2, CRIB II

Si, pendant une même hospitalisation, le patient fait plusieurs séjours dans le service de soins intensifs, les scores de gravité doivent être additionnés.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.119322.pdf

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.121781.pdf

5 Divers

CIM-10-GM 2012 Version allemande :

Nous vous rendons attentifs que pour l'année 2013, la classification des diagnostics en vigueur sera la CIM-10-GM 2012. Nous vous conseillons de passer vos commandes pour la version allemande dans les librairies pour parer à d'éventuelles ruptures de stocks.

Les versions françaises et italiennes seront mises à disposition par l'OFS dans le courant 2012.