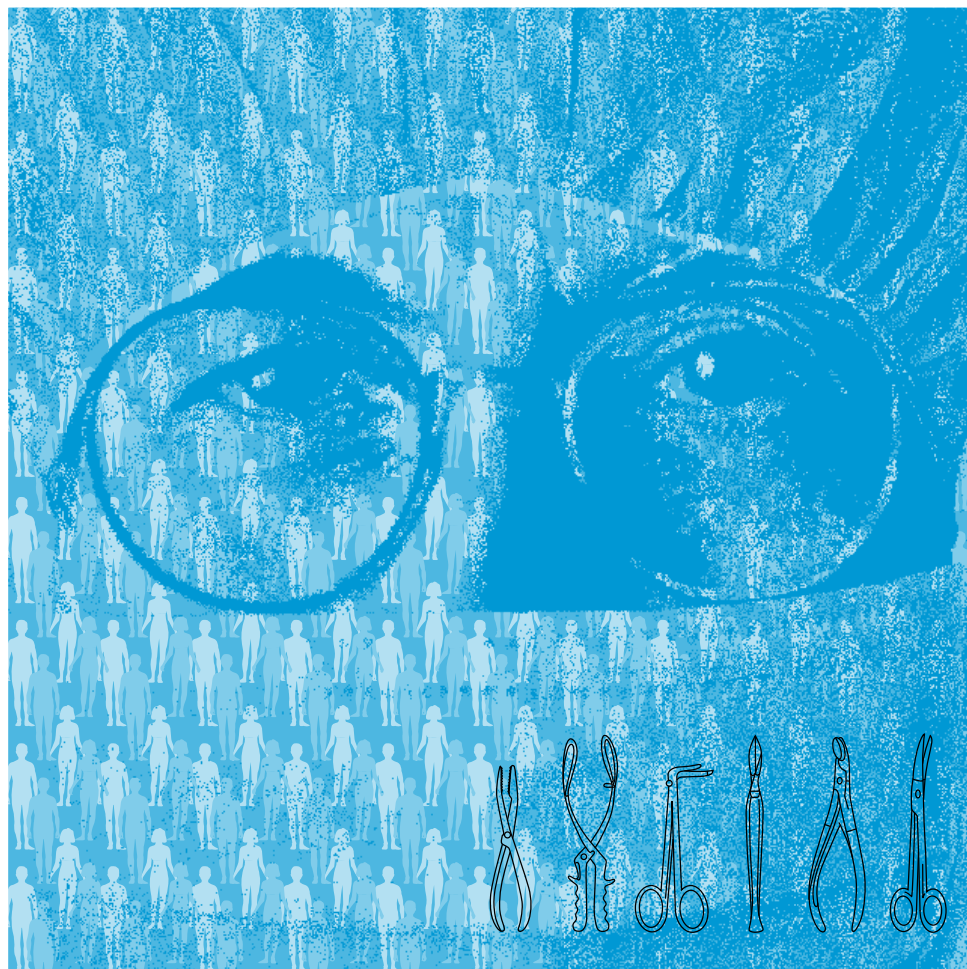


Manuel de codage

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2.0, 2008



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Neuchâtel, 2008

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0 Bases statistiques et produits généraux
- 1 Population
- 2 Espace et environnement
- 3 Vie active et rémunération du travail
- 4 Economie nationale
- 5 Prix
- 6 Industrie et services
- 7 Agriculture et sylviculture
- 8 Energie
- 9 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Mobilité et transports
- 12 Monnaie, banques, assurances
- 13 Protection sociale
- 14 Santé
- 15 Education et science
- 16 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 et disparités régionales
et internationales

Manuel de codage

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2.0, 2008

Rédaction Chantal Vuilleumier-Hauser

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: Chantal Vuilleumier-Hauser
Kodierungssekretariat, tél 032 713 63 60
E-mail: Chantal.Vuilleumier@bfs.admin.ch

Auteur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Réalisation: Chantal Vuilleumier-Hauser

Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
tél. 032 713 60 60 / fax 032 713 60 61 / e-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande: 544-0700-05

Prix: 15 francs (TVA excl.), impression à la demande

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Français-allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Page de couverture: Roland Hirter, Berne

Graphisme/Layout: OFS

Copyright: OFS, Neuchâtel 2007
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14123-6

Table des matières

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse	5
Remerciements	6
Introduction	7
Généralités G00-G11	8
G00 Cadre général du codage médical	8
G01 La statistique médicale	9
G01.1 Introduction	9
G01.2 Cadre légal	9
G01.3 Buts et objectifs	10
G01.4 Utilité	10
G01.5 Anonymisation des données	10
G01.6 La liste de données minimale, définition et variables	11
G02 Statistique médicale et systèmes de classification de patients tel DRG (diagnosis related groups)	12
G02.1 Directives concernant le classement d'une hospitalisation dans un APDRG forcé	12
G02.2 Classement dans l'APDRG 468, 469, 470, 476 ou 477	13
G02.3 Incohérence de cost-weights lorsque plusieurs interventions sont réalisées	14
G02.4 Incohérence de cost-weights en présence d'une comorbidité ou complication (cc)	15
G02.5 Classement dans l'APDRG 415, 424, 461 ou 581	16
G02.6 Accouchement durant l'hospitalisation	17
G02.7 Cas pour lesquels le code diagnostique principal commence par P	18
G02.8 Cas pour lesquels le code diagnostique principal est Q21.1	18
G02.9 Opération unilatérale du genou (codes CHOP 00.81-00.82)	18
G02.10 Remarques finale	18
G03 Les classifications (CIM-10 et CHOP)	20
G03.1 CIM-10	20
G03.2 CHOP (classification suisse des interventions chirurgicales)	27

G10	Définitions et directives générales	31
G10.1	Définition du cas	31
G10.2	Le diagnostic principal	31
G10.3	Complément au diagnostic principal	33
G10.4	Les diagnostics supplémentaires	33
G10.5	Le traitement principal	34
G10.6	Les traitements supplémentaires	34
G10.7	Le procédé de codage correct	34
G11	Règles générales du codage des diagnostics	36
G11.A	Directives générales pour le codage des diagnostics	36
G11.B	Règles générales du codage des procédures	48
Règles spéciales		50
S01	Maladies infectieuses et parasitaires	50
S02	Oncologie	54
S04	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	59
S05	Troubles mentaux	61
S09	Maladies de l'appareil circulatoire	64
S10	Maladie de l'appareil respiratoire	75
S15	Obstétrique	79
S16	Néonatalogie	91
S19	Empoisonnement et tentative de suicide médicamenteuse Intoxications accidentelles ou intentionnelles	95
S21	Réadaptation, rééducation	102
Annexe G01.5		105
Annexe G11.B4		118
Annexe S16		122
Annexe S02		123
Annexe S19		124

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Responsables version 2.0:

Direction et coordination: Dr Chantal Vuilleumier-Hauser, Office fédéral de la statistique

Rédaction: Ursula Althaus, Hôpital universitaire, Bâle; membre du groupe d'experts en classifications médicales

Dr Alfred Bollinger, Hôpital universitaire, Zurich;
membre du groupe d'experts en classifications médicales

Dr. François Borst, Hôpital universitaire, Genève; membre du groupe d'experts en classifications médicales

Hélène Cailbeaux, Hôpital universitaire, Genève

Dr Bertrand Camey, Registre fribourgeois des tumeurs, Fribourg,
membre du groupe d'experts en classifications médicales

Johanne Chevalier, Hôpital universitaire vaudois, Lausanne

Caroline Farmer, Observatoire valaisan de la santé, Sion

Dr Hervé Guillaïn, Hôpital universitaire vaudois, Lausanne;
membre du groupe d'experts en classifications médicales

Rolf Malk, Malk Medizin Controlling, Lachen,

Katrin Rachinger, Malk Medizin Controlling, Lachen,

Fabienne Porret, Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel,

Dr Phédon Tahintzi, Hôpital universitaire, Genève

Remerciements

Ce manuel est le fruit d'un travail minutieux fourni par les experts et d'une coopération étroite entre les personnes actives dans le domaine du codage en Suisse. C'est grâce à cette collaboration fructueuse entre les différents protagonistes que ce manuel a pu voir le jour.

Nous remercions tout particulièrement les experts:

Ursula Althaus (Hôpital universitaire, Bâle; membre du groupe d'experts en classifications médicales), Dr Alfred Bollinger, (Hôpital universitaire, Zurich; membre du groupe d'experts en classifications médicales), Dr François Borst (Hôpital universitaire, Genève; membre du groupe d'experts en classifications médicales), Hélène Cailbeaux (Hôpital universitaire, Genève), Dr Bertrand Camey (Registre fribourgeois des tumeurs, Fribourg, membre du groupe d'experts en classifications médicales), Johanne Chevalier (Hôpital universitaire vaudois, Lausanne; membre du groupe d'experts en classifications médicales), Caroline Farmer (Observatoire valaisan de la santé, Sion), Dr Hervé Guillain (Hôpital universitaire vaudois, Lausanne; membre du groupe d'experts en classifications médicales), Rolf Malk (Malk Medizin Controlling, Lachen), Katrin Rachinger, (Malk Medizin Controlling, Lachen), Fabienne Porret (Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel), Dr Phédon Tahintzi (Hôpital universitaire, Genève; membre du groupe d'experts en classifications médicales), Dr Julius Schultz (Hôpital cantonal de Soleure, Olten), Christiane Ricci (Établissements hospitaliers du nord vaudois, Yverdon).

Introduction

Le présent manuel est destiné à toutes les personnes chargées du codage des diagnostics et des traitements dans le cadre de la statistique médicale. Dans un souci d'intégralité, ce manuel contient également des informations quant à la statistique médicale obligatoire qui est le cadre dans lequel le codage doit s'effectuer. De même, il est donné au lecteur un bref aperçu de l'historique de la classification CIM-10.

Même si nombre de codeurs effectuent leur recherche de code grâce à des outils informatiques, il nous est apparu essentiel d'aborder la structure des classifications utilisées en Suisse.

Ce manuel est d'abord un ouvrage contenant les règles de base du codage destiné aux personnes débutant dans cette activité mais se veut également un ouvrage de référence pour les personnes ayant déjà de l'expérience en la matière et désirant approfondir ou rafraîchir leurs connaissances.

Cette version constitue une deuxième conception du manuel. Comme dans la première version (version 1.0) les règles générales sont spécifiées séparément des règles spécifiques. Comme auparavant, à chaque paragraphe correspond une règle avec, à la fin de celui-ci des exemples illustrant la règle en question. À la fin de certains paragraphes et à la fin de chaque chapitre se trouvent des tableaux résumant le sujet abordé.

La nouvelle structure permet une recherche par thème plus aisée. Les chapitres S01-S21 «règles spéciales» ont été numérotées sur le modèle des chapitres de la classification CIM-10. Toutes les règles qui ont été publiées depuis 2001 dans le CodeInfo sont contenues dans ce manuel. Quelques règles ont été adaptées dans le sens d'une précision.

Nous vous rendons attentifs au fait que les règles publiées dans ce manuel ont été élaborées en étroite collaboration avec les experts du groupe suisse d'experts en classifications de santé et que ces règles sont obligatoires.

Généralités G00-G11

G00 Cadre général du codage médical

Avant 1996, il n'existait aucune statistique médicale officielle pour la Suisse et seule la VESKA (actuellement H+), l'association faîtière des hôpitaux suisses, récoltait des données dans le cadre d'un projet de statistiques hospitalières. Les diagnostics et les interventions étaient codés grâce aux codes VESKA dont la base était la classification ICD-9. Une documentation statistique à l'intention des hôpitaux résultait de ces données, mais la saisie des données n'ayant été obligatoire que dans quelques cantons, ces dernières ne représentaient qu'environ 45% des hospitalisations, et n'étaient, de ce fait, pas représentatives à l'échelle nationale.

Afin d'obtenir un système d'information complet, les données recueillies doivent être de nature administrative (p. ex. nombre d'employés, information sur l'infrastructure, etc.), médicale (diagnostic(s) et opération(s)) et financière (coûts).

En 1995 la conception générale du projet «statistique des établissements de santé» a été soumise aux principaux intéressés (services cantonaux, représentants de milieux hospitaliers, offices fédéraux) qui se sont, dans l'ensemble, prononcé en faveur du projet.

La statistique médicale des hôpitaux s'inscrit dans un vaste projet de statistiques sanitaires englobant plusieurs domaines (ayant chacun son relevé propre). Cette statistique sanitaire a pour but de répondre aux questions suivantes:

- Quel est l'état de santé de la population?
- A quels problèmes de santé est-elle confrontée et quelle est leur gravité?
- Quelle est l'influence du cadre de vie et du mode de vie sur la santé?
- Comment les coûts évoluent-ils dans le secteur de la santé et les moyens de financement?
- De quels moyens le secteur de la santé dispose-t-il (infrastructures, personnel, finances) et quelles sont ses prestations?
- Quels sont les besoins (actuels et futurs) en matière de prestations sanitaires?
- Quelles sont les incidences des mesures prises en matière de politique sanitaire?

Dans ce cadre, quatre types de relevés ont été désignés comme prioritaires:

- Statistique médicale des hôpitaux (données médicales)
- Statistique des hôpitaux (données administratives)
- Statistique des institutions médico-sociales (données administratives)
- Statistique des coûts par cas

La CSSS (Commission suisse de statistiques sanitaires) d'alors, qui était à l'origine du projet, ainsi que la CDS (Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires) ont soutenu la conception détaillée qui a été publiée en 1997.

C'est ainsi qu'une statistique médicale exhaustive sur le plan national a été mise sur pied, statistique qui a pour but de couvrir l'ensemble du domaine intra-muros, c'est-à-dire les hôpitaux de soins aigus mais également les cliniques de réhabilitation, les établissements psychiatriques, etc.

G01 La statistique médicale

G01.1 Introduction

L'OFS est responsable de la mise sur pied de la statistique médicale, de la collecte des données et de leur traitement. Les cantons ou les services de statistique cantonaux organisent la collecte des données auprès des hôpitaux. Dans ce cadre, ils informent les établissements sur les délais de livraison des données et vérifient que ceux-ci soient tenus. De plus les cantons sont chargés de la vérification de la qualité des données ainsi que de leur validation. En outre le canton est responsable de l'envoi des données à l'OFS.

Les établissements hospitaliers sont quant à eux tenus de renseigner, autrement dit de livrer leurs données à l'instance cantonale responsable ou à une instance mandatée par le canton (p. ex. H+).

Les hôpitaux suisses sont tenus d'indiquer les variables prévues dans la liste de données minimale pour tous les cas d'hospitalisation selon la définition du cas établie par l'OFS (voir chapitre 610, paragraphe définitions). Ils sont responsables de l'établissement des listes de données minimales qui sont établies à la fin du séjour du patient. Les données sont recueillies grâce aux formulaires de relevé qui correspondent à la liste de données minimale (version papier ou électronique). Aux dates convenues, les listes sont transférées sur support électronique à l'instance cantonale. Les formats électroniques et les transferts informatiques sont réglés par des règles de l'OFS.

Lorsque le patient est transféré dans un autre établissement hospitalier, une autre liste sera établie.

G01.2 Cadre légal

La statistique médicale des hôpitaux a comme base la loi sur la statistique fédérale (LSF) du 9 octobre 1992 et l'Ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux mais également la Loi sur l'assurance maladie (LAMal).

La loi sur la statistique fédérale (LSF) indique que la mise sur pied de statistiques sanitaires à l'échelle nationale est un devoir (art. 3, al. 2b) et que, dans ce cadre, les cantons, communes et

autres partenaires impliqués doivent collaborer. De plus, l'article 6 (art. 6, al. 1) donne la possibilité au Conseil fédéral de rendre la participation à un relevé obligatoire si certains critères (tels que critères d'intégralité, de comparaison, etc.) l'exigent.

Dans l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (et dans son annexe) sont décrits les organes responsables des différents relevés statistiques. Dans le cas de la statistique médicale des hôpitaux, c'est l'OFS qui a été désigné comme l'organe responsable de l'enquête. L'ordonnance précise également les conditions de réalisation de cette statistique, dont entre autre le caractère obligatoire de ce relevé. Elle affirme également la nécessité d'utiliser, pour la saisie des diagnostics et des traitements, les classifications CIM-10 (pour les diagnostics) et CHOP (pour les traitements).

La Loi sur l'assurance maladie (LAMal) quant à elle, oblige les hôpitaux à tenir de façon homogène une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique des prestations (art. 49, al. 6).

G01.3 Buts et objectifs

La statistique médicale poursuit quatre objectifs principaux:

- Garantir la surveillance épidémiologique de la population. Ces données donnent d'importantes informations sur la prévalence et l'incidence des principales maladies et permettent la planification et/ou l'éventuelle application de mesures préventives ou thérapeutiques.
- Poser les bases d'une saisie homogène des prestations et calcul des coûts par cas. Une saisie homogène des prestations est essentielle pour permettre l'introduction de système de classification des patients (synonyme: système de regroupement des cas. Ex. les DRG) qui ont pour but le financement des hôpitaux. De plus, ces saisies permettent une analyse des prestations fournies par les établissements.
- Donner un aperçu des prestations fournies par les hôpitaux. Les prestations concernant le patient sont saisies sous forme de cas définis par les diagnostics et traitements ce qui permet de décrire le case-mix (population hospitalière) de l'hôpital concerné, mais également d'étudier le taux de réhospitalisations.
- Offrir des données pour la recherche et le public.

G01.4 Anonymisation des données

Tel que l'exige la loi fédérale du 22 juin 1992, les données saisies sont rendues anonymes. Ainsi chaque patient possède un code de liaison anonyme généré à partir du nom, prénom, de la date de naissance complète et du sexe du patient. Ce code est un code crypté (hachage et codage des données) et structuré de façon à ce qu'on ne puisse identifier la personne.

G01.5 La liste de données minimale, définition et variables

La liste de données minimale est prévue par la statistique médicale pour décrire les variables soumises à l'obligation de renseigner. Ces variables précisent des paramètres:

- d'ordre technique,
- identifiant le fournisseur des prestations,
- relatifs au patient et au séjour,
- identifiant le ou les diagnostics et procédures.

Variables d'ordre technique	Type de relevé Définition du cas Données supplémentaires
Fournisseur des prestations	Numéro de l'établissement Code NOGA Canton
Variables relatives au patient	Code de liaison anonyme Sexe, date de naissance, âge, région de domicile et nationalité
Variables relatives au séjour	Date d'admission Séjour avant l'admission Mode d'admission Décision d'envoi, type de prise en charge, etc.
Diagnostic(s)	Diagnostic principal Complément au diagnostic principal 30 diagnostics supplémentaires possibles
Traitement(s)	Traitement principal Date et heure de son début 30 traitements supplémentaires possibles

Pour une description détaillée, voir annexe G01.5.

G01.6 Liste de données supplémentaires

La liste minimale des données de la statistique médicale peut être complétée par d'autres questions. Celles-ci se répartissent en modules qui se complètent l'un l'autre. Ce système s'ajoute à la liste minimale de données, valable à l'échelle suisse.

G01.6.A Liste de données sur les nouveau-nés

Pour les nouveau-nés, une liste minimale de données, obligatoire, ainsi qu'une liste de données complémentaire doivent être remplies. Il est ainsi possible de recueillir, dans le cadre de la statistique médicale, à des fins médicales et épidémiologiques, des informations complémentaires sur les naissances intervenues à l'hôpital (plus de 95% des cas en Suisse), concernant notamment la parité, la durée de la grossesse, le poids à la naissance et les transferts.

L'annexe G01.5 présente les variables contenues dans la liste des données supplémentaires.

G01.6.B. Liste de données psychiatriques

Une liste de données supplémentaires dans le domaine psychiatrique a été développée en collaboration avec la Société suisse de psychiatrie et de l'Association suisse des chefs des cliniques psychiatriques. Cette liste porte sur des variables socio-démographiques, sur les traitements et l'accompagnement après la sortie. L'obligation de renseigner ne s'applique pas à ces données; ces dernières seront spécifiées par la suite.

G02 Statistique médicale et systèmes de classification de patients tel DRG (diagnosis related groups)

L'utilisation récente, dans quelques cantons, de la statistique médicale dans le financement des établissements de santé (forfaits par APDRG par exemple) soulève des questions quant à la compatibilité entre le codage effectué à des fins épidémiologiques et un codage effectué dans un même temps à des fins économiques.

En Suisse, pour l'instant, c'est la classification par APDRG, utilisant le logiciel développé par la société 3M qui est la plus utilisée. Ce logiciel a été adapté aux caractéristiques suisses tout en respectant strictement les règles de codage émises par l'OFS. Il s'agit d'un logiciel qui permet, sur la base des diagnostics et des procédures, de classer les séjours en 641 groupes de pathologies homogènes. À chaque groupe correspond un cost-weight (valeur relative) qui détermine le remboursement. Bien coder les diagnostics et les interventions se révèle donc d'une importance essentielle pour les hôpitaux car une mauvaise transcription peut entraîner des répercussions financières négatives pour ces derniers. Il est donc essentiel que le codage soit exhaustif et précis afin de ne pas pénaliser les fournisseurs de soins.

Parfois, les règles de codage officielles de l'OFS et les règles du groupeur peuvent présenter des contradictions, p. ex. cas codés de manière exacte (en respectant les règles édictées par l'OFS) mais classés dans un APDRG erroné. Il est important de souligner que ces contradictions, déjà peu nombreuses, sont en diminution grâce au travail d'experts qui récoltent les cas problématiques et s'occupent de leur correction. A ce sujet, le groupe APDRG Suisse a affirmé à plusieurs reprises la nécessité de se conformer aux règles émises par l'OFS. De plus, le nombre de cas codé touchés par ces contradictions sont si peu nombreux, qu'ils n'ont aucune influence sur les statistiques

G02.1 Directives concernant le classement d'une hospitalisation dans un APDRG forcé

Le groupeur APDRG classe parfois des hospitalisations correctement codées dans un APDRG qui ne peut pas être utilisé pour la facturation, dans un APDRG dont le cost-weight ne correspond pas à celui qui est attendu ou dans un APDRG qui est aberrant.

Dans ces situations il est admis que l'hospitalisation soit classée dans un APDRG différent de celui qui est initialement déterminé par le groupeur. Cet APDRG est alors appelé «APDRG forcé» car il ne correspond pas à celui dans lequel l'hospitalisation devrait se trouver si l'on prend en considération les données utilisées pour le groupeur.

Lorsque les hospitalisations sont facturées en fonction des APDRG dans lesquelles elles sont classées, l'APDRG déterminé par le groupeur est alors remplacé par l'APDRG forcé. Ce que nous appelons «APDRG facturé» est donc généralement celui qui est déterminé par le groupeur et exceptionnellement un APDRG forcé¹.

Pour éviter que l'APDRG d'une hospitalisation ne soit modifié en fonction des souhaits ou avantages que les personnes ou institutions concernées pourraient en tirer, les conditions dans lesquelles un APDRG peut être forcé sont établies de manière stricte et précise. Ces conditions sont décrites ci-dessous.

¹ Ce sont les personnes responsables du codage des hospitalisations qui déterminent alors l'APDRG forcé.

G02.2 Classement dans l'APDRG 468, 469, 470, 476 ou 477

Les APDRG 468, 469, 470, 476 ou 477, communément appelés «APDRG poubelle», ne sont pas facturables. Dès lors, une hospitalisation correctement codée qui est classée dans l'un de ces APDRG doit être reclassée dans un autre APDRG en tenant compte au mieux des règles et algorithmes qui sont généralement appliquées par le groupeur.

Ci-dessous figure la procédure générale permettant de déterminer l'APDRG facturable correspondant à une hospitalisation classée par le groupeur dans l'APDRG 468, 476 ou 477. Grâce à cette procédure la plupart de ces hospitalisations peuvent être reclassées dans un APDRG facturable et cohérent. Un exemple illustrant l'emploi de cette procédure figure dans l'encadré ci-après.

1. Identifier le code de l'intervention la plus importante².
2. Rechercher dans l'annexe C du Definitions Manual (pages 1191 à 1237) les MDC (Major Diagnostic Categories) associés à ce code.
3. Déterminer parmi ces MDC celui dans lequel l'hospitalisation devrait être classée (selon toute vraisemblance).
4. Enregistrer le code diagnostique principal comme code diagnostique supplémentaire et le remplacer par un code associé au MDC choisi.
5. Reclasser l'hospitalisation au moyen du groupeur³.

Une justification du choix de l'APDRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet⁴.

La procédure décrite ci-dessus peut être utilisée dans la plupart des situations où une hospitalisation est classée dans l'APDRG 468, 476 ou 477. Il n'est cependant pas obligatoire de l'appliquer si l'hospitalisation peut être reclassée en fonction d'autres paramètres cliniquement pertinents⁵.

² Il s'agit en principe de l'intervention enregistrée comme traitement principal dans la statistique médicale.

³ Un classement dans l'APDRG 468, 469 ou 477 malgré un codage correct survient par exemple dans les situations suivantes:

- lorsque le code diagnostique principal est D18.0 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 5;
- lorsque le code diagnostique principal est G47.3 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 1;
- lorsque le code diagnostique principal est R61.0 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 9;
- lorsque le code diagnostique principal est S02.7 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 1;
- lorsque le code diagnostique principal est un code dague et que l'intervention réalisée est en rapport avec l'affection correspondant au code astérisque.

⁴ Dans les hôpitaux où les APDRG sont utilisés pour la facturation deux champs permettent généralement d'enregistrer dans le système informatique les informations suivantes concernant chaque APDRG forcé: d'une part, le code de l'APDRG forcé et, d'autre part, une explication des raisons et du choix de l'APDRG forcé. Si ces informations ne peuvent pas être enregistrées dans le système informatique, elles doivent être consignées dans le dossier du patient ou tout autre document approprié afin qu'elles puissent être aisément retrouvées et, le cas échéant, communiquées aux payeurs.

⁵ Par exemple, si le code diagnostique principal appartient à la catégorie E66 (Obésité) et que le code d'intervention 44.31 (Bypass gastrique proximal) est enregistré, l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 288 (Interventions chirurgicales pour obésité); en revanche, si le code diagnostique principal appartient à la catégorie E66 (Obésité) et que le code d'intervention 44.95 (Intervention laparoscopique restrictive de l'estomac) ou 44.96 (Révision laparoscopique d'opération restrictive de l'estomac) est enregistré, l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 477 car les codes de la catégorie E66 sont associés au MDC 10 alors que les codes 44.95 et 44.96 sont associés au MDC 6. Dans ce cas l'hospitalisation peut être reclassée dans l'APDRG 288, même si cet APDRG ne se trouve pas dans le MDC associé aux codes 44.95 et 44.96 (l'APDRG 288 fait partie du MDC 10 et les codes 44.95 et 44.96 sont associés au MDC 6).

Exemple de recherche de l'APDRG forcé dans lequel une hospitalisation classée dans l'APDRG 468 devrait se trouver

Soit une hospitalisation classée dans l'APDRG 468 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

S36.0 [Lésion traumatique de la rate]

Codes diagnostiques supplémentaires

C78.0 [Tumeur maligne supplémentaire du poumon]

T82.7 [Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires]

Y83.8 [Réactions anormales ou complications ultérieures lors d'une interv. chir. avec abouchement externe, sans accident opératoire]

Z85.0 [Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs]

Code d'intervention

38.86 [Autre occlusion chirurgicale d'artères abdominales]

Le code diagnostique S36.0 est associé au MDC 16 [voir page 1181 du Definitions Manual des APDRG], alors que le code d'intervention 38.86 est associé aux MDC 5, 6, 11, 21, 25 (voir page 1211 du Definitions Manual des APDRG). Cette hospitalisation est classée dans l'APDRG 468 car aucun des MDC associés au code 38.86 ne correspond au MDC associé au code S36.0.

Néanmoins, le classement d'une telle hospitalisation dans le MDC 21 (Traumatismes, empoisonnements et effets toxiques de drogues) apparaît judicieux et il peut être réalisé de la manière suivante:

1. en convertissant le code S36.0 en code diagnostique supplémentaire;
2. en choisissant comme code diagnostique principal un code associé au MDC 21.

Si l'on considère que le code diagnostique principal est S38.8 (Lésion traumatique d'autres organes intra-abdominaux) ou S38.9 (Lésion traumatique d'un organe intra-abdominal non précisé) et que les codes diagnostiques supplémentaires sont C78.0, T82.7, Y83.8, Z85.0 et S36.0, l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 583, qui est ainsi l'APDRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans l'APDRG 468.

G02.3 Incohérence de cost-weights lorsque plusieurs interventions sont réalisées

Lors de l'attribution d'un APDRG à une hospitalisation durant laquelle plusieurs interventions ont été réalisées il se peut que le cost-weight d'une telle hospitalisation soit paradoxalement inférieur à celui d'une même hospitalisation durant laquelle une seule des interventions en question aurait été réalisée⁶. Une telle situation est appelée «incohérence de cost-weights» (un exemple figure ci-après). L'hospitalisation peut alors être classée dans l'APDRG déterminé par le groupeur lorsque l'intervention qui est à l'origine d'une baisse du cost-weight est ignorée⁷.

Les règles figurant ci-dessous s'appliquent lorsqu'une incohérence de cost-weights est découverte, afin qu'il y ait une meilleure correspondance entre le montant facturé et les coûts de l'hospitalisation. Il n'y a néanmoins aucune obligation à rechercher systématiquement tous les cas où une telle incohérence peut se produire.

⁶ Cette situation étonnante résulte notamment du fait que parmi toutes les interventions réalisées au cours d'une hospitalisation, le groupeur APDRG en retient une considérée comme la plus importante selon sa propre hiérarchie. Cependant, l'intervention retenue n'est pas forcément la plus coûteuse. Dès lors, si uniquement l'intervention la plus coûteuse était réalisée durant cette même hospitalisation, le cost-weight de l'APDRG obtenu pourrait être supérieur à celui de l'APDRG attribué lorsque toutes les interventions sont réalisées.

⁷ Si plusieurs interventions sont à l'origine d'une baisse du cost-weight, toutes celles-ci peuvent être ignorées.

Les règles suivantes doivent être respectées:

1. Les codes d'intervention omis à des fins de facturation doivent impérativement figurer dans l'enregistrement produit pour la statistique médicale de l'OFS;
2. Aucune des interventions effectuées ne doit être une transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque, rénale, pancréatico-rénale ou de moelle osseuse;
3. Le ou les codes d'intervention qui ont été omis afin de classer l'hospitalisation dans l'APDRG facturé doivent être explicitement mentionnés dans un champ prévu à cet effet;
4. La situation clinique correspondant aux codes d'intervention pris en compte pour déterminer l'APDRG forcé doit être plausible⁸.

Exemple d'incohérence de cost-weights lorsque plusieurs interventions sont réalisées

Soit une hospitalisation classée dans l'APDRG 55 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

J37.1 [Laryngo-trachéite chronique]

Codes diagnostiques supplémentaires

J38.3 [Autres maladies des cordes vocales]

J38.7 [Autres maladies du larynx]

E11.9 [Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication]

Codes d'intervention

31.99 [Autres opérations de la trachée]

30.09 [Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du larynx]

31.0 [Injection du larynx]

Si l'intervention correspondant au code 30.09 n'est pas réalisée, l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 63. Or, le cost-weight de l'APDRG 63 est plus élevé que celui de l'APDRG 55. L'APDRG 63 est donc l'APDRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans l'APDRG 55.

G02.4. Incohérence de cost-weights en présence d'une comorbidité ou complication (cc)

Il se peut que la présence d'une cc majeure conduise au classement de l'hospitalisation dans un APDRG dont le cost-weight est inférieur à celui de l'APDRG dans lequel la même hospitalisation serait classée en l'absence de cette cc majeure. Dans ce cas l'hospitalisation peut être classée dans l'APDRG déterminé par le groupeur après omission du code diagnostique correspondant à la cc majeure qui est à l'origine de la baisse du cost-weight⁹ (un exemple figure ci-dessous). Le code omis à des fins de facturation doit impérativement figurer dans l'enregistrement produit pour la statistique médicale de l'OFS et une justification du choix de l'APDRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet.

⁸ Par exemple, si les codes 51.23 (cholécystectomie laparoscopique) et 87.53 (cholangiographie peropératoire) sont saisis, le code 51.23 ne peut pas être omis car un enregistrement ne contenant que le code 87.53 est cliniquement aberrant.

⁹ Ou, s'il y a plusieurs codes correspondant à des cc majeures, après omission de ces codes.

Exemple d'incohérence de cost-weights en présence d'une comorbidité ou complication (CC)

Soit une hospitalisation classée dans l'APDRG 558 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

S22.0 [Fracture d'une vertèbre dorsale]

Codes diagnostiques supplémentaires

I26.9 [Embolie pulmonaire sans mention de coeur pulmonaire aigu]

I50.0 [Insuffisance cardiaque congestive]

Codes d'intervention

81.05 [Arthrodèse dorsale ou dorsolombaire postérieure]

81.62 [Arthrodèse ou reprise d'arthrodèse de 2-3 vertèbres]

84.51 [Insertion de dispositif intervertébral d'arthrodèse]

Si l'affection correspondant au code I26.9 n'est pas présente, l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 806. Or, le cost-weight de l'APDRG 806 est plus élevé que celui de l'APDRG 558. L'APDRG 806 est donc l'APDRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans l'APDRG 558.

G02.5 Classement dans l'APDRG 415, 424, 461 ou 581

Les APDRG 415, 424, 461 et 581 font partie des MDC 18 (Infections et maladies parasitaires, systémiques ou de site non précisé), 19 (Maladies mentales et psychiatriques) ou 23 (Facteurs influençant la santé et autres contacts avec les services de santé). Les hospitalisations classées dans l'un de ces APDRG sont des hospitalisations durant lesquelles au moins une intervention considérée comme «Operating Room Procedure» (voir annexe C du Definitions Manual) est réalisée, quelle que ce soit cette intervention. D'un point de vue chirurgical il s'agit donc d'APDRG sans aucune spécificité ni homogénéité et, le cas échéant, il est permis de classer ces hospitalisations dans un APDRG chirurgical d'un autre MDC qui corresponde à l'intervention ou aux interventions réalisées. Pour déterminer l'APDRG forcé le code diagnostique principal initialement saisi est alors remplacé par un code associé au MDC qui correspond à l'intervention ou aux interventions réalisées. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

Exemple de reclassement d'une hospitalisation initialement classée dans l'APDRG 461

Soit une hospitalisation classée dans l'APDRG 461 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

Z04.8 [Examen et mise en observation pour d'autres raisons précisées]

Codes diagnostiques supplémentaires

E11.9 [Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication]

E66.9 [Obésité, sans précision]

E78.0 [Hypercholestérolémie essentielle]

I08.0 [Atteintes des valvules mitrale et aortique]

I11.0 [Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)]

I24.0 [Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde]

I25.1 [Cardiopathie artérioscléreuse]

I25.8 [Autres formes de cardiopathie ischémique chronique]

I42.0 [Myocardiopathie avec dilatation]

K05.3 [Périodontite chronique]

Z95.0 [Présence d'un stimulateur cardiaque]

Codes d'intervention

23.09 [Extraction d'une autre dent]

36.01 [Angioplastie coron. translumin. percut. [PTCA] d'un seul vaisseau ou athérectomie coronaire sans mention d'agent thrombolytique]

36.06 [Insertion de stent(s) coronaire(s) sans libération de substance médicamenteuse]

37.23 [Cathétérisme cardiaque combiné, droit et gauche]

88.56 [Artériographie coronaire avec deux cathéters]

88.72 [Ultrasonographie (diagnostique) du coeur]

Le code diagnostique principal de cette hospitalisation est associé au MDC 21, alors que le tableau clinique correspond indubitablement au MDC 5. En remplaçant le code Z04.8 par un code associé au MDC 5 (par exemple par le code I24.0 ou I25.1 ou I25.8) l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 112. L'APDRG 112 est donc l'APDRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans l'APDRG 461.

G02.6 Accouchement durant l'hospitalisation

Lorsqu'un accouchement (par voie basse ou par césarienne) a lieu durant l'hospitalisation et que celle-ci est classée dans un APDRG spécifique à l'ante-partum ou au post-partum malgré un codage correct, cette hospitalisation doit être reclassée dans un APDRG correspondant à une hospitalisation avec accouchement. Pour déterminer l'APDRG forcé le code diagnostique principal initialement saisi est alors remplacé par un code des catégories O80-O84. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

Une justification du choix de l'APDRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet.

G02.7 Cas pour lesquels le code diagnostique principal commence par P

Chez les enfants de plus de 28 jours ayant une affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, il se peut que le groupeur classe l'hospitalisation dans l'APDRG 469. Un APDRG forcé peut être trouvé soit en remplaçant temporairement le code commençant par P par celui de la même affection chez un adulte, soit en modifiant provisoirement l'âge de l'enfant de telle sorte qu'il devienne inférieur à 29 jours. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

Une justification du choix de l'APDRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet.

G02.8 Cas pour lesquels le code diagnostique principal est Q21.1

Si le code diagnostique principal est Q21.1 et qu'un code d'intervention associé à l'APDRG 809 est enregistré¹⁰, le groupeur classe l'hospitalisation dans l'APDRG 108, alors qu'en principe il devrait la classer dans l'APDRG 809. L'APDRG peut alors être forcé en remplaçant le code Q21.1 par le code Q21.2. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

G02.9 Opération unilatérale du genou (codes CHOP 00.81-00.82)

Lorsque les codes 00.81 et 00.82 sont utilisés pour décrire une intervention unilatérale et que l'hospitalisation est initialement classée par le groupeur dans le DRG 471, en l'absence de complication ou comorbidité majeure cette hospitalisation est à reclasser dans le DRG 789 si le code diagnostique principal est T84.x ou dans le DRG 209 si le code diagnostique principal n'est pas T84.x. En présence d'un code de complication ou comorbidité majeure (dont la liste figure dans l'annexe F du Definitions Manual) cette hospitalisation est à reclasser dans le DRG 558. Pour trouver dans quel DRG une telle hospitalisation peut être reclassée, il suffit d'utiliser le groupeur en enregistrant uniquement le code 00.81 (et, par conséquent, en omettant temporairement d'enregistrer le code 00.82).

G02.10 Remarque finale

Un APDRG ne peut être forcé que dans les situations décrites ci-dessus. La détermination d'un APDRG forcé est une tâche pour laquelle les personnes responsables du codage ont généralement l'expérience, les connaissances et le bon sens nécessaires. Néanmoins, en cas de doute quant au droit de modifier un APDRG ou au choix de l'APDRG dans lequel une hospitalisation peut être reclassée, nous vous prions instamment de vous adresser au Secrétariat de codage de l'Office fédéral de la statistique (codeinfo@bfs.admin.ch, Tél.: 032 713 63 60).

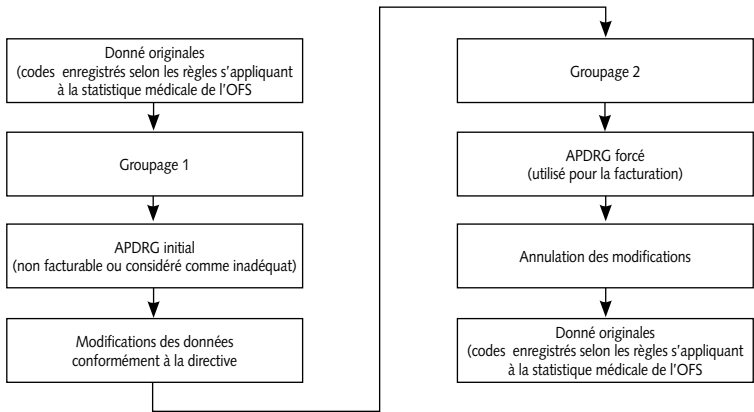
Si le classement d'une hospitalisation dans un APDRG semble inapproprié, veuillez également le signaler au Secrétariat de codage au moyen du formulaire qui été établi à cet effet. Ce formulaire est disponible sur le site web du secrétariat de codage de l'OFS¹¹. Le cas échéant, une autorisation de modifier l'APDRG sera publiée lors de la mise à jour de la présente directive. Un classement apparemment aberrant ne donne pas le droit de forcer automatiquement un APDRG.

¹⁰ La liste des codes d'intervention associés à l'APDRG 809 figure à la page 264 du Definitions Manual des APDRG.

¹¹ L'URL de la page d'accueil du secrétariat de codage de l'OFS est le suivant: <http://www.medcode.bfs.admin.ch>

Dans tous les cas, les modifications réalisées pour forcer un APDRG ne doivent pas avoir d'influence sur la statistique médicale. Si, par exemple, un code d'intervention est omis en raison d'une incohérence de cost-weights ou un code diagnostique est remplacé par un autre afin de classer l'hospitalisation dans un APDRG facturable, cette omission ou ce remplacement ne doivent pas affecter l'enregistrement des données produites pour la statistique médicale de l'OFS.

Le schéma ci-dessous montre les étapes du reclassement d'une hospitalisation dans un APDRG forcé.



G03 Les classifications (CIM-10 et CHOP)

G03.1 CIM-10

G03.1.A Introduction

L'objectif premier d'une classification est de traduire les diagnostics (ou les traitements) en code afin de permettre l'analyse statistique de ces données au travers d'une 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 [...] et d'obtenir des informations utiles et compréhensibles (CIM-10, volume 2, chapitre 2.3).

Une classification, qui est une généralisation comme l'affirmait William Farr, doit limiter son nombre de rubriques incluant toutes les morbidités connues, ce qui implique nécessairement une perte d'information. Ainsi, les classifications ne permettent pas une représentation absolument fidèle de la réalité médicale.

La classification CIM-10 a été conçue pour permettre l'analyse et la comparaison des données de mortalité et de morbidité. Pour permettre une telle interprétation, un outil de transposition de diagnostic en code est indispensable. La classification CIM-10 est cet outil.

G03.1.B Historique

William Farr, responsable du registre anglais des statistiques, et Marc d'Espine, de Genève, se sont attelés à la création d'une classification uniforme des causes de mortalité. 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 les conséquences de traumatisme), est la base de la structure de la CIM-10. En 1893, Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, présente à la réunion de l'Institut international de Statistique sa classification «*nomenclature internationale des causes de décès*», classification qui sera adoptée et révisée tous les dix ans. La sixième révision de cette classification sera adoptée par l'OMS en 1948. En 1975, dans la 9^e révision de la classification, correspondant à la CIM-9, était introduit un 5^e caractère ainsi que le système dague-étoile. En 1993 fut validé la 10^e révision de la classification où la structure des codes devient alphanumérique.

G03.1.C Structure

Les codes constituant la classification CIM-10 sont des codes alphanumériques et se composent avec une lettre en première position suivie par deux chiffres un point et une, voire deux décimales (p. ex. K38.1).

La CIM-10 est constituée par trois volumes: le premier contient l'index systématique, le deuxième est le manuel d'utilisation et le troisième l'index alphabétique.

G03.1.C1 Structure du Volume 1

L'index systématique est divisé en 21 chapitres. Les dix-sept premiers chapitres concernent les maladies, le chapitre XVIII les symptômes et résultats anormaux de laboratoires, le chapitre XIX les lésions traumatiques, le chapitre XX (intimement lié au chapitre XIX comme on le verra par la suite) les causes externes de morbidité et le chapitre XXI concerne principalement les motifs de recours aux services de santé.

Tableau des chapitres et leurs catégories correspondantes

Chapitre	Titre	Catégorie
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-D89
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
V	Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
VI	Maladies du système nerveux	G00-G99
VII	Maladie de l'œil et de ses annexes	H00-H59
VIII	Maladie 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-Y98
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99

Chaque chapitre est divisé en blocs, ces derniers étant 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-catégorie: les catégories sont subdivisées en sous-catégories à quatre caractères. Elles permettent de coder des localisations ou les variétés (si la catégorie concerne une affection particulière) ou des maladies particulières si la catégorie désigne un groupe d'affections.

Subdivision supplémentaire à cinq caractères: se trouve dans les chapitres XIII (5^e caractère pour déterminer la localisation), XIX (5^e caractère pour déterminer les lésions ouvertes ou fermées) et XX (5^e caractère pour déterminer le type d'activité).

Maladies de l'appendice (K35-K38)

Catégorie à quatre caractères	K35	Appendicite aiguë	Catégorie à trois caractères
	K35.0	Appendicite aiguë avec péritonite généralisée Appendicite (aiguë) avec: • perforation • Péritonitis (diffus) • Ruptur	
	K35.1	Appendicite aiguë avec abcès péritonéal Abcès de l'appendice	
	K35.9	Appendicite aiguë, sans précision Appendicite aiguë sans: • abcès péritonéal • perforation • péritonite • rupture	
	K36	Autres formes d'appendicite Appendicite: • chronique • récidivante	Catégorie à trois caractères
Catégorie à quatre caractères	K37	Appendicite, sans précision	
	K38	Autres maladie de l'appendice	
	K38.0	Hyperplasie de l'appendice	
	K38.1	Concrétions appendiculaires Fécalome Stercolithe	} 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	Maladie de l'appendice, sans précision	

G03.1.C2 Structure du Volume 2

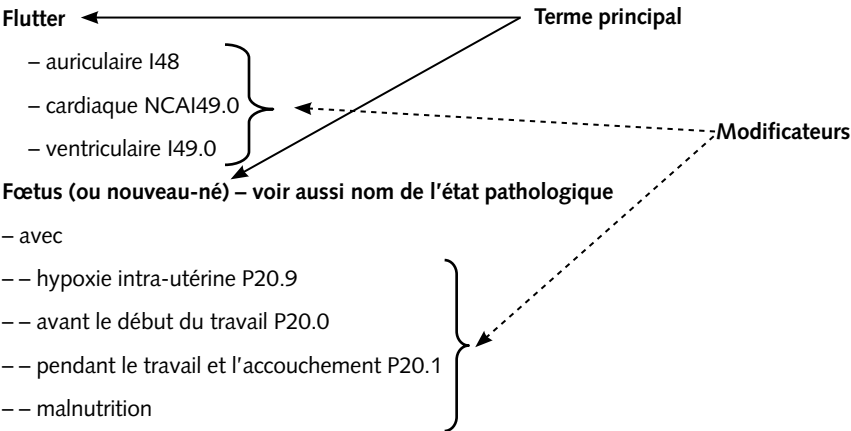
Comme signalé plus haut, le volume 2 est un manuel d'utilisation de la CIM-10. Il contient des règles pour le codage, une description sommaire de la classification ainsi qu'une vue d'ensemble de l'historique de cette dernière. La dernière partie de ce volume est consacrée à la présentation et l'interprétation des données.

Il est important de signaler que les règles de codage officielles de l'OFS reposent en grande partie sur cet ouvrage, mais qu'il existe des spécificités propres à la Suisse. C'est la raison pour laquelle il n'est pas conseillé de se référer au volume 2 de la CIM-10 pour les règles de codage.

G03.1.C3 Structure du Volume 3

L'index alphabétique contient trois sections : la première est l'index des maladies, syndromes, traumatismes et symptômes, la deuxième est l'index des causes externes de traumatisme et la troisième est le tableau des médicaments et substances chimiques responsables d'effets nocifs.

Dans les section I et II, le terme principal, désignant une maladie ou un état pathologique, se trouve à l'extrême gauche de la colonne, suivi par des modificateursou qualificateurs décalés sur la droite:



Les modificateurs sont des précisions indiquant des variantes, des localisations ou des spécificités du terme principal.

Comme mentionné ci-dessus, la section III est constitué par un tableau:

Substance	Empoisonnement				Effet indésirable en usage thérapeutique
	Chapitre XIX	accidentel	intentionel auto-induit	intention non-déterminée	
Hexachlorophène	T49.0	X44.-	X64.-	Y14.-	Y56.0
Hexachlorure (de)					
– gammabenzène (médicinal)	T49.0	X44.-	X64.-	Y14.-	Y56.0
– – non médical (vapeur)	T53.7	X46.-	X64.-	Y16.-	
Hexadiline	T46.3	X44.-	X66.-	Y14.-	Y52.3

Dans la première colonne se trouve la substance responsable de l'effet toxique, dans la deuxième colonne se trouve le code de l'intoxication (codes T36 à T65) et dans les troisième à sixième colonnes le code de cause externe correspondant aux circonstances de l'empoisonnement.

G01.3.C4 Conventions typographiques

La classification CIM-10 contient des abréviations et des conventions qu'il convient de connaître et d'observer. En voici la liste:

Parenthèses (): se trouvent dans le volume 1 et 3. Elles...

- Incluent des termes supplémentaires qui sont des précisions

I10

Hypertension essentielle (primitive)

Hypertension (artérielle) (bénigne) (essentielle) (maligne) (primitive) (systémique)

- Incluent le code auquel un terme d'exclusion correspond

H01.0 Blépharite

À l'exclusion de: blépharo-conjonctivite (H10.5)

- Sont employées dans le titre du bloc pour y incorporer les codes à trois caractères des catégories incluses

Maladies de l'appendice
(K35-K38)

- Incluent le code dague dans une catégorie avec astérisque ou inversement

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

B57.2† Maladie de Chagas (chronique) avec atteinte cardiaque (I41.2* , I98.1*)

Ces précisions n'impliquent aucune modification de code.

«**NCA**»: cette abréviation se trouve dans les volumes 1 et 3, signifie non classé ailleurs et indique que certaines variétés précisées des affections énumérées peuvent apparaître dans d'autres parties de la classification. Cette indication est ajoutée:

- À des termes classés dans des catégories résiduelles ou non spécifiées,
- À des termes eux-mêmes mal définis.

Renvois (voir, voir aussi): se trouve dans le volume 3. Les renvois sont utilisés afin d'éviter des répétitions inutiles.

- Voir désigne le terme spécifique auquel l'on est renvoyé.
- Voir aussi désigne les termes principaux sous lesquels chercher.

Crochets []: les crochets sont utilisés dans le volume 1 pour:

- Inclure des synonymes ou des phrases explicatives, par exemple

A30 Lèpre [maladie de Hansen]

- Renvoyer à des notes précédentes, par exemple

C00.8 Lésion à localisation de la lèvre

[voir note 5 page 191]

- Renvoyer à un groupe de subdivisions à 4 caractères, communs à un certain nombre de catégories, par exemple

K27 Ulcère digestif, de siège non précisé

[voir les subdivisions page 603]

Deux points: les deux points sont utilisés dans le volume 1 pour énumérer les termes à inclure et exclure, lorsque le terme précédent n'est pas suffisamment complet.

L57.0 Kératose actinique

Kératose:

- SAI
- sénile
- solaire

Accolade { }: les accolades sont utilisées dans le volume 1 pour énumérer inclus et exclus, aucun des mots qui la précèdent ou la suivent ne sont des termes complets pour être assignés à cette rubrique.

M23.3 Autres atteintes du ménisque

Blocage
Dégénérescence
Ménisque détaché } du ménisque

SAI: cette abréviation est utilisée dans le volume 1, signifie «sans autre indication» et équivaut à «non précisé». Les codes portant ce qualificatif sont assignés à des diagnostics n'étant pas spécifié plus précisément.

N85.8 Affection non inflammatoire de l'utérus, sans précision

Affection de l'utérus SAI

Et: le mot dans les titres des catégories (volume 1) signifie « et/ou ».

I74 Embolie et thrombose artérielles

Dans cette catégorie doivent être classées les embolies, les thromboses et les thromboembolies.

Point tiret .-: apparaît dans le volume 1 et dans le volume 3. Le tiret remplace le 4^e caractère du code, par exemple:

J43 Emphysème

A l'exclusion de : bronchite emphysemateuse (obstructive) (J44.-)

Cet indication prévient le codeur qu'il doit chercher le 4^e caractère correspondant dans la catégorie appropriée.

A l'exclusion de: Ces termes n'appartiennent pas au code choisi

K60.4 Fistule rectale

Fistule recto-cutanée

À l'exclusion de: fistule:

- recto-vaginale (N82.3)
- vésico-rectale (N32.1)

A l'inclusion de: Ces termes sont inclus dans le code choisi

J15

Pneumopathie bactérienne, non classées ailleurs

Comprend: bronchopneumopathie due à des bactéries autres que S. pneumoniae et H. influenzae

En résumé

Volume 1, index systématique contient 21 chapitres structurés de la façon suivantes:

- chapitres par groupes de maladies spécifiques (I à V, XV à XVII, XIX)
- chapitres par organes (VI à XIV)
- symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (XVIII)
- causes externes d'une lésion (XX)
- facteurs influençant l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (XXI)

Volume 2 contient les règles de codage et les indications pour la mise en tableau. Attention! pas toujours compatible avec les des règles de codage officielles de l'OFS!

Volume 3, index alphabétique: contient trois sections:

- **Section I:** répertoire alphabétique des maladies, lésions et symptômes (correspond aux chapitres I à XIX et XXI de l'index systématique)
 - **Section II:** répertoire alphabétique des causes externes de lésions et intoxications (correspond au chapitre XX de l'index systématique)
 - **Section III:** tableau des médicaments et des substances chimiques
-

G03.2 CHOP (classification suisse des interventions chirurgicales) (ICD-9-CM, vol.3)

G03.2.A Généralités

La CHOP est une traduction et adaptation suisse du volume 3 de la classification américaine ICD-9-CM et contient la liste des codes d'opérations, procédures et mesures thérapeutiques et diagnostiques. Les codes sont numériques.

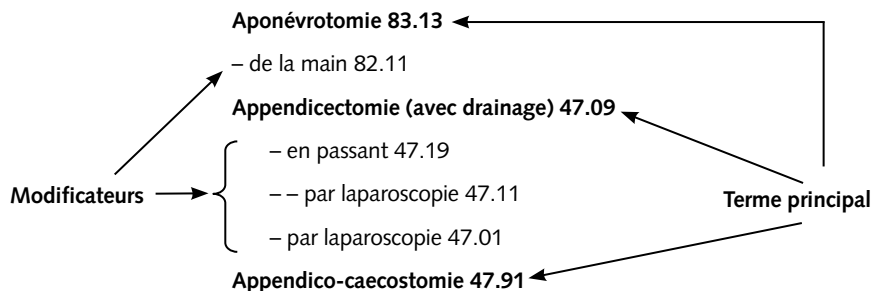
La classification ICD-9-CM est constituée de trois volumes et est une modification clinique (Clinical Modification) de la CIM-9 publiée par le gouvernement américain pour la codification de la morbidité aux États-Unis. Cette modification a été effectuée afin d'obtenir une description plus détaillée des patients. Les volumes 1 et 2 contiennent les codes de diagnostic et leurs codes complémentaires, le volume 3, les codes de traitements chirurgicaux.

G03.2.B Structure

La CHOP est constituée par un seul volume divisé en deux parties distinctes, la première partie comprenant l'index alphabétique et la deuxième partie comprenant l'index systématique.

La structure des codes est une structure numérique c'est-à-dire qu'ils se composent de deux premiers chiffres suivis par un point puis une ou deux décimales (p.ex. 06.4 ou 45.76).

L'index alphabétique est structuré de façon similaire à la CIM-10, c'est-à-dire que le terme principal, inscrit en caractères gras, se trouve à l'extrême gauche de la colonne et les modificateurs lui correspondant décalés sur la droite:



Les termes principaux peuvent être soit une désignation courante d'une intervention chirurgicale (p.ex. appendicectomie), soit une procédure générale (p.ex. mise en place, ablation, excision) soit un éponyme (Bassini, Latzko, Polya) soit encore un adjectif (locale, pédiculé).

Les modificateurs fournissent des précisions et des éléments supplémentaires sur la localisation d'une intervention ou sur sa nature.

La classification systématique de la CHOP est divisée en 17 chapitres. Les chapitres 1 à 15 concernent les interventions chirurgicales et sont structurés d'après l'«anatomie». Le dernier chapitre concerne les mesures diagnostiques et thérapeutiques.

Chapitres		Catégories
0	Opérations 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 hématique 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

Les axes de classification des chapitres montrent un degré croissant de complexité. Une catégorie débute avec l'acte le plus simple et se termine avec le plus complexe. On trouve généralement la succession suivante: ponction, incision, techniques de diagnostic (biopsies, etc.), excision ou suppression partielles de lésions ou de tissus, excision ou suppression totales de lésions ou de tissus, suture, plastie et excision ou suppression totales de lésions ou de tissus, suture, plastie et reconstruction, autres interventions.

26 Opération de glandes et de canaux salivaires, y compris la parotide

INCLUS Opération sur les glandes salivaires accessoires
Opération sur la parotide
Opération sur la glande sublinguale
Opération sur la glande sous-maxillaire

Coder aussi: Tout évidemment ganglionnaire cervical (40.40-40.42)

26.0 Incision de glande ou de canal salivaire

26.1 Techniques diagnostiques concernant les glandes et les canaux salivaires

26.11 Biopsie fermée [à l'aiguille] de glande salivaire

26.12 Biopsie ouverte de glande ou canal salivaire

26.19 Autres techniques diagnostiques concernant les glandes et les canaux salivaires

EXCLUS Radiographie de glande salivaire (87.09)

26.2 Excision de lésion de glande salivaire

26.21 Marsupialisation de kyste de glande salivaire

Marsupialisation de grenouillette (ranula) *

26.29 Autre excision de lésion de glande salivaire

EXCLUS Biopsie de glande salivaire (26.11-26.12)

Fermeture de fistule salivaire (26.42)

G03.2.C Conventions typographiques

Comme la CIM-10, la classification CHOP contient également des abréviations et des conventions qu'il convient de connaître et d'observer. En voici la liste :

NCA: cette abréviation, utilisée dans l'index alphabétique et dans l'index systématique signifie non classable ailleurs et indique qu'il n'existe pas de sous-code pour l'intervention spécifique.

SAP: cette abréviation, utilisée dans l'index alphabétique et dans l'index systématique signifie sans autre précision et indique qu'il n'existe pas de détails permettant de préciser l'intervention.

Parenthèses (): les parenthèses se trouvent dans l'index alphabétique et dans l'index systématique et délimitent des termes précisant le titre du code mais ne modifiant pas ce dernier.

Crochets []: les crochets se trouvent dans l'index alphabétique et dans l'index systématique et contiennent un synonyme du terme qui précède. Dans l'index alphabétique, ils contiennent les codes qui sont également à coder (coder aussi).

EXCLUS les exclusions se trouvent dans l'index systématique. L'intervention mentionnée sous **EXCLUS** n'appartient pas au code. Ces procédures doivent être codées par le code correspondant indiqué en italique, par exemple:

54.97 Injection d'agent thérapeutique local dans la cavité péritonéale

EXCLUS Dialyse péritonéale (54.98)

Cette exclusion signifie que la dialyse péritonéale sera codée avec le code 54.98 et non avec le code 54.97.

INCLUS les inclusions se trouvent dans l'index systématique. Les interventions signalées par le terme **INCLUS** sont comprises dans le code. Par exemple:

54.24 Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] de masse intra-abdominale

INCLUS Biopsie fermée de l'épiploon
Biopsie fermée du péritoine
Implant du péritoine

Ces inclusions signifient que les biopsies et implant sont contenus dans le code 54.24.

Coder aussi: Un code supplémentaire doit être mis. Cette instruction se trouve dans l'index systématique et rend attentif aux interventions qui – si elles ont été effectuées – sont également à coder. Par exemple:

81.81 Gastrectomie partielle, avec transposition jéjunale

Opération de transposition jéjunale (Henley)
Coder aussi: Toute résection intestinale simultanée (45.51)

Omettre le code: Un code pour ce geste opératoire est déjà compris dans un autre code. Par exemple:

01.2 Craniotomie et craniectomie

EXCLUS Comme voie d'abord opératoire – omettre le code

Voir renvoie à une autre entrée de l'index alphabétique.

Voir aussi renvoie à une autre entrée de l'index alphabétique qu'il faut aussi consulter.

Et signifie «et/ou».

Astérisque * indique un ajout suisse ne se trouvant pas dans l'original.

En résumé

1^{re} partie, index alphabétique les **termes principaux** sont inscrits en caractères gras. Ils peuvent être: une désignation courante d'une intervention chirurgicale (p.ex. appendicectomie), une procédure générale (p.ex. mise en place, ablation) ou un éponyme (p.ex. opération méthode Bassini). Sous le terme principal se trouvent le ou les modificateurs qui sont des précisions.

2^e partie: La classification systématique est divisée en 16 chapitres.

Les chapitres 1 à 15 concernent les interventions chirurgicales et sont structurés d'après «l'anatomie». Le dernier chapitre, chapitre 16 concerne les mesures diagnostiques et thérapeutiques.

Les axes de classification des chapitres montrent un degré croissant de complexité, c'est-à-dire que la catégorie débute avec l'acte le plus simple et termine avec le plus complexe.

G10 Définitions et directives générales

G10.1 Définition du cas

La statistique médicale est un relevé exhaustif de tous les cas d'hospitalisation stationnaires et semi-stationnaires.

Un cas est défini comme le séjour d'un patient dans un hôpital, quelle que soit la cause de l'hospitalisation.

Les variables obligatoires de ce relevé sont décrites dans le questionnaire des données minimales (ou dans le questionnaire supplémentaire nouveau-nés, voir G01.4). Le diagnostic principal et le traitement principal comptent parmi les variables plus importantes. Les variables sont définies ci-après.

G10.2 Le diagnostic principal

La définition du diagnostic principal correspond à celle de l'OMS (volume 2, chapitre 4.4.1):

L'affection principale est définie comme **«l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits»**. En présence de plusieurs affections de ce type, on choisira celle qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales.

C'est l'analyse du dossier **à de la sortie** du patient qui permet de déterminer laquelle des affections doit être indiquée comme diagnostic principal (celle qui est à l'origine de l'hospitalisation ou celle qui a été diagnostiquée pendant le séjour).

Comment procéder lorsque:

Une nouvelle pathologie est diagnostiquée durant le séjour?

L'apparition, durant le séjour à l'hôpital, d'une nouvelle affection qui n'était pas présente lors de l'admission du patient, doit être relevée dans le dossier du patient et doit être prise en compte lors du résumé de l'hospitalisation, en particulier dans le choix du diagnostic principal.

Une nouvelle pathologie plus grave est diagnostiquée durant le séjour?

Si une pathologie plus grave (que celle ayant conduit à l'hospitalisation) apparaît durant le séjour, celle-ci sera indiquée comme diagnostic principal.

Une ou plusieurs complication(s) surviennent?

Une complication, même si elle s'avère plus grave que la pathologie responsable de l'hospitalisation, n'est jamais un diagnostic principal. Même graves, les complications se codent comme diagnostics supplémentaires si elles apparaissent durant le séjour hospitalier (voir dans ce cadre G11).

Remarque: si aucun diagnostic n'a été posé, voir chapitre diagnostic supposés (G11.A.5).

Schéma pour le codage du diagnostic principal

Situation clinique	Diagnostic à la sortie	Codage
A) Admission pour: SYMPTÔME(S)	1) diagnostic à la sortie établi	⇒ coder la pathologie correspondante
	2) aucun diagnostic établi	⇒ coder le symptôme le plus important en diagnostic principal
	3) diagnostic supposé (probable)	⇒ coder comme si le diagnostic était établi (voir chapitre «Diagnostics supposés»)
	4) diagnostic supposé exclu	⇒ coder Z03.-
	5) plusieurs diagnostics possibles	⇒ voir 2)
B) Admission pour: • INTERVENTION • TRAITEMENT SPÉCIFIQUE	1) traitement initial	⇒ coder la maladie
	2) traitement spécifique programmé	⇒ coder Z (exemple: Z47.0 «soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation», Z51.1 «chimiothérapie», etc.)
C) Admission pour: EXAMENS	1a) maladie connue, pas de nouvelle pathologie	⇒ coder Z (exemple: Z09.8 «examens de contrôle après d'autres traitements pour d'autres affections», bilan de diabète, bilan préopératoire, bilan pré-transplantation)
	1b) pathologie nouvellement découverte lors du séjour et prise en charge de celle-ci	⇒ coder la pathologie nouvellement apparue
	2) patient sans symptôme, mais présentant un risque potentiel de maladie et une maladie est diagnostiquée	⇒ coder la maladie (exemple: polypose familiale, porteur du virus VIH)
	3) patient sans symptôme, mais présentant un risque potentiel de maladie; à la fin du séjour, aucune maladie n'est diagnostiquée	⇒ coder Z (exemple: Z80.- «antécédents familiaux de tumeur maligne», Z57.8 «expositions professionnelles à d'autres facteurs de risque»)
D) Admission pour: MALADIE CONNUE ET RÉGULIÈREMENT SUIVIE MAIS EN PHASE AIGÜE	1) rien de nouveau que cette maladie (phase aigüe)	⇒ coder la maladie (exemple: poussée aiguë de sclérose en plaque, ou diabète sucré déséquilibré)
	2) coder la complication apparue	⇒ coder la complication (exemple: dermite infectée sur dermite chronique)
E) Admission pour: AFFECTIONS MULTIPLES	durant le séjour, plusieurs pathologies présentes à l'admission ont été prises en charge	coder en fonction du cas: ⇒ coder la pathologie qui selon vous a mobilisé le maximum de ressources (voir chapitre pathologies multiples)

G10.3 Complément au diagnostic principal

La rubrique «Complément au diagnostic principal» ne sera complétée que dans les deux cas suivants:

- Le diagnostic principal est un code-dague† auquel il faut ajouter, sous la rubrique «Complément au diagnostic principal», le code-astérisque* correspondant. Par exemple patient hospitalisé pour le traitement d'une rétinopathie diabétique. Diagnostic principal: E11.3† «diabète sucré non insulino-dépendant avec complications oculaires», complément au diagnostic principal: H36.0* «rétinopathie diabétique»
- Le diagnostic principal est un traumatisme ou une intoxication (code S ou T) auquel il faut ajouter, sous la rubrique «Complément au diagnostic principal», le code correspondant à la cause extérieure. Par exemple patient hospitalisé pour une fracture de l'avant-bras (radius et cubitus) suite à une chute de cheval. Diagnostic principal S52.4 «fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale», complément au diagnostic principal V80.0 «Chute ou éjection d'une personne montant un animal ou occupant un véhicule à traction animale dans un accident sans collision»

L'indication du complément au diagnostic principal est obligatoire dans les deux cas. Cette directive se distingue des règles de l'OMS, qui d'ailleurs ne définit pas aussi précisément le complément au diagnostic principal, puisque ce dernier est identique à un diagnostic supplémentaire, ce qui n'est pas le cas en Suisse.

G10.4 Les diagnostics supplémentaires

Une maladie ou une lésion, déjà présente en même temps que le diagnostic principal ou qui apparaît pendant l'hospitalisation, est indiquée comme diagnostic supplémentaire quand les facteurs suivants sont remplis:

- le diagnostic nécessite un examen clinique exigeant
ou
- le diagnostic nécessite un examen diagnostique exigeant
ou
- nécessite des ressources sensiblement accrues (suivi, soins, surveillance et/ou ressources médicales).

Sont considérées comme exigeants: les adaptations de thérapie, les changements de thérapie et les mesures invasives.

Il est à noter que les mesures susmentionnées ne constituent pas des examens ou des traitements de routine, mais qu'elles sont prises explicitement en raison de cette maladie ou de cette lésion et qu'elles entraînent une mobilisation accrue de ressources qui doit être documentée en tant que telle (p. ex. décubitus: débridement → sous vide).

Les maladies qui ont été documentées p. ex. par l'anesthésiste pendant l'évaluation préopératoire sont codées uniquement si elles remplissent les critères ci-dessus.

Les diagnostics anamnestiques qui n'ont pas influencé sur le traitement du patient selon la définition ci-dessus ne sont pas codés.

G10.5 Le traitement principal

Selon la définition de l'OFS, le traitement principal est la procédure chirurgicale (ou éventuellement médicale) ou la mesure diagnostique majeure induite par le diagnostic principal, ou encore la mesure qui s'est révélée la plus décisive pour l'établissement du diagnostic ou le processus de guérison.

Pour tout traitement principal, l'indication de la date et de l'heure du début de celui-ci est obligatoire.

G10.6 Les traitements supplémentaires

Les traitements supplémentaires effectués soit dans le cadre du diagnostic principal soit dans le cadre de diagnostics supplémentaires pourront être codés comme «traitements supplémentaires».

Remarque: la saisie des codes de traitements (principal et supplémentaire) est obligatoire, au même titre que celle des diagnostics.

Pourtant, l'indication d'un code de traitement n'est pas toujours possible, notamment dans les cas de médecine interne où par exemple, seul un traitement ne pouvant être codé est effectué.

Exemple: patient souffrant d'une commotion cérébrale et dont le seul traitement consiste en une surveillance.

G10.7 Le procédé de codage correct

Pour une recherche adéquate d'un code il faut premièrement chercher le terme de diagnostic ou d'opération dans l'index alphabétique puis, dans un deuxième temps vérifier son exactitude dans l'index systématique. Schématiquement:

1^{er} pas Chercher le terme dans le répertoire alphabétique

- CIM-10: section I pour les morbidités, section II pour les causes externes et tableau des substances chimiques pour les intoxications

2^e pas Vérifier le code trouvé dans l'index systématique

- CIM-10: les exclusions (et inclusions) se trouvant au niveau du code même, mais également celles au niveau de la catégorie ou du groupe, sont impérativement à observer!
- CHOP: les «coder aussi», «omettre le code», exclusions et inclusions sont impérativement à observer!

Remarque: un code à trois caractères ne peut être utilisé que dans les cas où il n'existe pas de quatrième caractère. Dans tous les autres cas, l'indication d'un tel code constitue une erreur.

En résumé

Procéder correctement à la recherche des codes

1. Chercher le terme dans l'index alphabétique
 2. Vérifier son exactitude dans l'index systématique
-

Définitions

Diagnostic principal

- l'affection qui au terme du traitement est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens
- code dague†, code de lésions, blessures, intoxications

Attention! pas de code-étoile* et pas de code de cause externe (X, Y, V et W)

Complément au diagnostic principal

- codes-étoiles* correspondant aux codes-dague†
- codes de causes externes de lésions ou empoisonnements

Seulement dans les cas où le diagnostic principal est un code-dague† ou un code de lésions, blessures, intoxications

Diagnostics supplémentaires

- co-morbidités
 - complications
-

Traitements: obligation d'indiquer pour les codes des chapitres 1 à 15 et ceux de la liste rouge

Traitement principal

- procédure (chirurgicale, médicale ou diagnostique) majeure induite par le diagnostic principal
- procédure s'étant révélé la plus décisive pour l'établissement du diagnostic ou le processus de guérison

! L'indication du début du traitement principal est obligatoire !

Traitements supplémentaires

- traitements supplémentaires effectués
-

G11 Règles générales du codage des diagnostics

G11.A Directives générales pour le codage des diagnostics

G11.A1 Symptômes

Un symptôme n'est pas codé quand il est assimilé en général à une conséquence directe et manifeste de la maladie sous-jacente. Si un symptôme (manifestation) constitue néanmoins un problème important à lui seul pour le suivi médical, il est indiqué comme diagnostic supplémentaire s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire.

Les codes de symptômes (codes du chapitre XVIII de la CIM-10) sont indiqués uniquement si aucun diagnostic définitif n'a été posé au terme de l'hospitalisation (voir le schéma de synthèse sous G10.2).

Les troubles de l'équilibre électrolytique dans le cadre d'autres maladies de base ne sont pas indiqués sauf si ils sont graves au point de nécessiter des mesures importantes (voir définition du diagnostic supplémentaire, G10.4).

Les observations fortuites durant les examens (radiographie, sonographie, ultrasons, CT, IRM, etc.) qui n'entraînent aucune mesure supplémentaire (voir définition diagnostic supplémentaire) ne sont pas codées.

G11.A2 Diagnostics bilatéraux

Si une maladie se présente sur deux ou plusieurs localisations, la maladie et le traitement doivent être codés selon les règles suivantes:

1. Le numéro de code de diagnostic n'est indiqué qu'une seule fois.
2. Si la CIM prévoit un numéro de code spécifique pour une maladie ou un traitement à deux faces, c'est ce numéro qui doit être utilisé.

Remarque: les états pathologiques antérieurs n'ayant aucune répercussion sur l'hospitalisation ne sont pas codés. Exemple: «état après hystérectomie» n'est pas codé quand la patiente est hospitalisée pour une opération des varices.

G11.A3 Cohérence entre code de diagnostic et code de traitement

En règle générale, à chaque procédure doit correspondre un diagnostic (principal ou supplémentaire). Il est important que le diagnostic principal soit accompagné d'un code de procédure et, réciproquement, il découle de la définition ci-dessus qu'au moins un des actes effectués (le traitement principal en général) doit se référer directement au diagnostic principal.

Exemple: chez un patient souffrant à la fois de gonarthrose, de diabète sucré et de bronchite obstructive chronique, la gonarthrose sera considérée comme diagnostic principal si l'hospitalisation a été décidée en vue d'implanter une prothèse. Si, en revanche, le séjour a lieu afin de soigner le diabète par administration de médicaments, celui-ci sera retenu comme diagnostic principal.

Pour un patient dont la fracture distale du radius fait l'objet d'un traitement conservateur, la fracture du fémur présente conjointement, et exigeant quant à elle une intervention chirurgicale, formera le diagnostic principal, la fracture du radius n'étant qu'un diagnostic supplémentaire.

G11.A4 Les codes daguet-étoile*

Ce système de codage permet d'associer l'étiologie d'une maladie à sa manifestation. Le code-daguet, code utilisé pour désigner la maladie initiale (ou l'étiologie de la maladie), est prioritaire sur le code-étoile*, code de la manifestation de la maladie.

Lorsque le code-daguet est un diagnostic principal, son **code-étoile*** correspondant sera indiqué comme **complément au diagnostic principal**.

Dans les cas où il s'agit de diagnostics supplémentaires, alors le code-daguet sera notifié avant son code-étoile* correspondant. On fera donc suivre le code-daguet immédiatement par son code-étoile*.

Ne jamais utiliser un code-étoile* sans son code-daguet correspondant et inversement! Ces deux codes sont toujours associés.

Exemple: patiente souffrant d'un lupus érythémateux disséminé avec atteinte pulmonaire: diagnostic principal M32.1† «lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes et d'appareils» et complément au diagnostic principal J99.1* «troubles respiratoires au cours d'autres affections disséminées du tissu conjonctif»

M32 Lupus érythémateux disséminé

À l'exclusion de: lupus érythémateux (discoïde) (SAI) (L93.0)

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

Lupus érythémateux disséminé avec atteinte des:

- poumons (J99.1*)

- reins (N08.5*, N16.4*)

Maladie de Libmann-Sacks (I39.-)*

Péricardite lupique (I32.8)*

Remarque: certains codes ne sont pas d'emblée des codes-daguet, mais le deviennent par leur association avec un code étoile*.

Exemple: patient traité pour une anémie due aux métastases osseuses d'un carcinome prostatique. Index alphabétique: Anémie due à maladie tumorale D63.0*, index systématique D63.0* «anémie au cours de maladies tumorales (C00-D48†)». La pathologie principale, correspondant à un code-étoile*, sera obligatoirement indiquée comme complément au diagnostic principal, et on choisira le code-daguet correspondant pour le diagnostic principal. Dans le cas présent il s'agit de C79.5 «tumeur maligne supplémentaire des os et de la moelle osseuse», qui devient daguet par son association avec D63.0*.

G11.A5 Causes externes de lésions et intoxications

Ainsi que nous l'avons déjà signalé plus haut (voir paragraphe Définitions, complément au diagnostic principal), dans les cas de lésions traumatiques et d'intoxications, la lésion – ou l'intoxication – sera indiquée comme diagnostic principal et on ajoutera obligatoirement comme complément au diagnostic principal la cause externe ayant provoqué la blessure ou l'intoxication. Le but de ce codage est une description aussi précise que possible de la nature de la lésion et des circonstances qui l'ont provoquées.

Le diagnostic principal, qui décrit la lésion (ou l'intoxication) est un code provenant du chapitre XIX (lettres S et T).

Les causes (complément au diagnostic principal) qui ont conduit à cette pathologie sont des codes du chapitre XX (lettres V, W, X et Y) et seront cherchés dans la section II (pour les causes de lésion) de l'index alphabétique.

Attention! De même que les codes-étoiles*, les causes externes ne peuvent jamais être un diagnostic principal.

Exemple: Plaie ouverte de la plante du pied chez un jeune patient ayant trébuché sur un objet métallique à la forêt: diagnostic principal: S91.3 «plaie ouverte d'autres parties du pied» et complément au diagnostic principal W22.8 «heurte contre ou par d'autres objets».

La façon de procéder pour les intoxications est similaire mais la recherche s'effectuera dans le tableau des médicaments et substances chimiques se trouvant dans la section III du volume 3 de la CIM-10. Le diagnostic principal livre l'information nécessaire quant à l'intoxication même et le complément au diagnostic principal indique la nature même de l'évènement (pour les règles spécifiques aux empoisonnements, voir chapitre 3, paragraphe 15).

Exemple: enfant ayant ingéré accidentellement un insecticide: diagnostic principal T60.2 «effet toxique d'autres pesticides» et complément au diagnostic principal X48.- «intoxication accidentelle par des pesticides et exposition à ces produits».

Remarque: lors de l'indication du code de cause externe, il est vivement conseillé d'indiquer le quatrième caractère qui donne de précieuses informations sur le lieu de l'évènement. Les informations quant au 4^e caractère se trouvent au début du chapitre XX (voir paragraphe 5^e caractère).

G11.A6 Status post/États après

Disons d'emblée que les «états après» n'ayant aucune signification pour l'hospitalisation actuelle ne seront pas codés. Seront uniquement indiqués ceux qui constituent la cause d'un état pathologique actuel ou qui sont susceptibles d'influencer le traitement actuel.

Afin de trouver un code correspondant à «état post», il faut chercher sous les mots-clefs suivants dans l'index alphabétique de la classification CIM-10:

- antécédent, p. ex. patient ayant souffert voilà plusieurs années d'un paludisme: Z86.1 «antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires»
- greffe, p. ex. patient ayant subi une greffe de foie: Z94.4 «greffe de foie»
- présence (de), existence (de), p. ex. patient ayant subi une opération de pontage aorto-coronarien: Z95.1 «présence d'un pontage aorto-coronarien»

- absence (de), perte (de), amputation (de), p. ex. un patient amputé de l'intégralité d'un membre inférieur après un accident de la circulation: Z89.6 «absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessus»
- état (de), par ex état post-opératoire Z98.-
- séquelle (de), voir paragraphe séquelles

Il convient dans tous les cas cités ci-dessus d'indiquer la pathologie actuelle comme diagnostic principal et les codes d'état après comme diagnostic supplémentaire.

Un diagnostic qui n'est plus actuel ne peut donc pas être codé en tant que tel mais il est possible de coder le fait que la maladie a existé en utilisant les codes Z85-Z92.

Exemple: patient hospitalisé pour une pneumonie à klebsielles, le traitement est compliqué car le patient étant porteur d'une greffe hépatique: diagnostic principal J15.0 «pneumopathie due à *Klebsiella pneumoniae*», diagnostic supplémentaire Z94.4 «greffe de foie».

G11.A7 Séquelles

Les codes de séquelles sont utilisés pour coder les conséquences d'affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins. **Le code retenu pour désigner l'affection principale doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes**, on ajoutera le code de séquelle en diagnostic supplémentaire.

La CIM-10 fournit un certain nombre de catégories désignant des séquelles:

B90-B94	«séquelles de maladies infectieuses et parasitaires»
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»
O97.-	«mort de séquelles relevant directement d'une cause obstétricale»
T90-T98	«séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes»
Y85-Y89	«séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité»

Exemple: Patient hospitalisé pour traitement d'une dysphasie à la suite d'un infarctus cérébral: diagnostic principal R47.0 «dysphasie», diagnostic supplémentaire I69.3 «séquelles d'infarctus cérébral».

Exemple: Patient hospitalisé pour le traitement de cicatrices chéloïdes au thorax suite à des brûlures: diagnostic principal L91.0 «cicatrice chéloïde», diagnostic supplémentaire T95.1 «séquelles de brûlures, corrosion et gelures du tronc».

Exemple: Salpingite tuberculeuse il y a dix ans, responsable d'une stérilité: diagnostic principal: N97.1 «stérilité d'origine tubaire», diagnostic supplémentaire B90.1 «séquelles de tuberculose génito-urinaire».

A noter que les codes T90-T98 «Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnement et d'autres conséquences de causes externes» doivent être utilisés pour indiquer des états classés en S00-S99 et T00-T88, comme la cause d'effets tardifs. Les séquelles comprennent les pathologies qui sont précisées comme telles et/ou présentes au moins une année après la lésion traumatique. On peut utiliser également les codes Y85 – Y89.

Exemple: Épilepsie généralisée dont la cause est un traumatisme intracrânien dû à un accident de voiture: diagnostic principal G40.4 «autres épilepsies et syndromes épileptiques généralisés», diagnostic supplémentaire Y85.0 «séquelle d'un accident de transport de véhicule à moteur».

Certains codes de séquelles peuvent être utilisés en diagnostic principal lorsqu'un patient présente plusieurs séquelles très précises et qu'aucune ne prédomine ni par sa gravité ni par la consommation de ressources thérapeutiques qu'elle entraîne. Dans ces cas, on peut retenir comme affection principale le terme «séquelles de...».

Exemple: Patient souffrant de paralysie, déformation des membres et troubles vasomoteurs après une poliomyélite grave durant l'enfance: diagnostic principal B91 «séquelles de poliomyélite».

G11.A.8 Diagnostics présumés

Trois cas de figures peuvent se présenter:

1. Diagnostic présumé probable

Dans les cas où le diagnostic suspecté n'est pas confirmé à la fin de l'hospitalisation, mais reste très probable car tous les symptômes concordent avec celui-ci, il convient de coder comme si celui-ci était confirmé.

Exemple: patiente hospitalisée d'urgence et présentant des coliques côté droit de l'abdomen, état fébrile, nausée; une cholécystite aiguë sur lithiase est suspectée. Les symptômes déclinant rapidement, la patiente rentre sans avoir subi d'interventions. Le diagnostic d'entrée présumé est plus que probable, le diagnostic principal sera donc le K80.0 «calcul de la vésicule avec cholécystite aiguë».

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 de tels cas, il conviendra de coder les symptômes principaux (le symptôme le plus important comme diagnostic principal et les autres symptômes comme diagnostics supplémentaires).

Exemple: un patient est hospitalisé pour des céphalées avec agitation et nausée. Les investigations ne révèlent aucun diagnostic. Ce sont donc les céphalées qui seront indiquées comme diagnostic principal (R51) suivi par les diagnostics supplémentaires R11 «nausée» et R45.1 «agitation».

3. Diagnostic présumé exclu

Un diagnostic présumé à l'entrée du patient est exclu par les investigations et il n'a pas été établi de diagnostic différentiel, indiquer un code de la catégorie : Z03.-.

Exemple: un patient est hospitalisé sur recommandation de son médecin traitant, ce dernier ayant remarqué sur une radiographie du thorax une opacité laissant suspecter un foyer de tuberculose. La tuberculose est exclue par les diverses investigations effectuées à l'hôpital: diagnostic principal Z03.0 «mise en observation pour suspicion de tuberculose».

En résumé

Diagnostic présumé probable:	Coder comme s'il avait été confirmé
Diagnostic présumé non confirmé, pas de diagnostic différentiel:	Coder les symptômes
Diagnostic présumé exclu:	Indiquer un code Z03.-

G11.A.9 Codage des affections multiples

Selon la définition du diagnostic principal mentionnée précédemment (paragraphe 5, Le diagnostic principal), lorsqu'il existe plusieurs états morbides, ayant tous, au terme du séjour (à posteriori), justifié en soi le traitement, on codera le diagnostic qui a exigé le plus de moyens médicaux comme diagnostic principal. Cependant, il existe dans la classification, notamment dans les cas de maladies par VIH et les traumatismes multiples, des codes spécifiques pour le codage d'états pathologiques multiples. Ces codes spécifiques seront utilisés si aucun diagnostic n'est «prioritaire», c'est-à-dire n'est plus grave qu'un autre. La possibilité du codage multiple devrait être utilisée chaque fois que cela est possible et la catégorie «...multiples» sera utilisée de préférence. Chaque affection individuelle apparaîtra comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: un patient VIH hospitalisé pour le traitement d'une pneumonie à pneumocystis carinii et d'un lymphome de Burkitt: diagnostic principal B22.7 «maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs», diagnostics supplémentaires B20.6 «maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à pneumocystis carinii» et B21.1 «maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt».

En cas de **traumatismes**:

Les codes de lésions traumatiques se trouvent dans la section S et T du chapitre XIX. Les codes S00-S99 s'utilisent pour le codage de différents types de traumatismes localisés à une seule région du corps. Les codes de la section T servent au codage des traumatismes ayant des localisations multiples, de siège non précisé ainsi que des empoisonnements et autres conséquences de cause externe.

Selon les règles de codage (correspondant dans ce cas à celles de l'OMS, page 126, volume 2) utiliser les catégories «multiples» lorsque aucune des lésions n'est choisie comme affection principale. Les codes désignant les «lésions multiples» seront alors indiqués comme diagnostic principal. Il s'agit dans les catégories S00 à S99 des 4èmes caractères .7 et des codes des catégories T00 à T05. Ajouter comme diagnostics supplémentaires les lésions individuelles.

En revanche, dans un cas de polytraumatisme où une lésion est nettement plus grave que les blessures concomitantes, ne pas utiliser le code « multiple » mais choisir la lésion prédominante comme diagnostic principal. Les lésions suivantes sont considérées comme graves:

- Lésion traumatique interne
- Lésion intracrânienne
- Hémorragie intracrânienne
- Fracture ouverte

Les lésions concomitantes moins graves seront indiquées comme diagnostics supplémentaires.

Exemple: un patient présente, suite à une chute dans l'escalier d'un restaurant, une fracture des deux os de l'avant-bras ainsi qu'une entorse du pouce: diagnostic principal S52.4 «fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale», diagnostic supplémentaire S63.6 «entorse et foulure de doigt(s)». Naturellement la cause des blessures ne sera pas omise et indiquée comme complément au diagnostic principal, dans ce cas W10.5 «chute dans et d'un escalier et de marches, restaurant».

Remarque: Dans un cas de polytraumatisme important (plusieurs lésions considérées comme graves), c'est la notion de polytraumatisme qui l'emporte, même si une lésion prédomine sur les autres. Il convient dans un tel cas de choisir comme diagnostic principal un code T de traumatisme multiple et comme diagnostics supplémentaires les lésions individuelles. C'est cette variante qu'appliqueront de préférence les traumatologues car dans un tel cas, c'est le jugement clinique qui importe.

Remarque concernant les codes désignant des lésions multiples:

Les **mêmes types de blessures** localisées à une **même région** du corps sont désignées par le quatrième caractère .7 des codes de la section S (p. ex. S72.7 «fractures multiples du fémur»),

Les **différents types de blessures** localisés à une **même région** du corps sont désignées par le quatrième caractère .7 de la dernière catégorie de chaque groupe de la section S correspondante (p. ex. S09.7 «lésions traumatiques multiples de la tête», S19.7 «lésions traumatiques multiples du cou»),

Les **blessures de même type d'au moins deux régions** du corps sont désignées par les codes T00.- à T05.- «lésions multiples».

G11.A.10 Affections chroniques avec poussée aiguë

Dans les cas où une maladie chronique montre une exacerbation et qu'il n'existe aucun code spécifique à cet effet, il convient d'indiquer la poussée aiguë de la maladie comme diagnostic principal, puisque c'est elle qui conduit à l'hospitalisation qui sinon n'aurait pas lieu. L'état chronique est indiqué comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: patiente de 40 ans, connue pour une cholécystite chronique sur lithiase et hospitalisée pour une poussée aiguë diagnostic principal K80.0 «calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite», diagnostic supplémentaire K80.1 «calcul de la vésicule biliaire avec une autre forme de cholécystite».

G11.A.11 Personnes hospitalisées sans affection actuelle

Les codes du chapitre XXI de l'index systématique (Z00 à Z99) décrivent des motifs de recours aux services de santé autres que maladie, traumatisme ou intoxication (CIM-10, volume 1, page 1213), ce qui peut survenir lorsque le patient est pris en charge pour une raison précise, telle que p. ex. vaccination, examen, extraction de fixateurs externes, sevrage d'alcool, convalescence, etc. mais également dans les cas où il existe des circonstances influençant sur l'état de santé du sujet en question, tel p. ex. environnement social difficile, surmenage, status après opération, status après radiothérapie, etc.

Ces codes sont indiqués comme diagnostic principal lorsqu'un patient est hospitalisé dans le but de remédier d'une façon ou d'une autre à l'un des ces motifs (voir également le paragraphe état post G11.A.3).

G11.A.12 5^e caractère

Le 5^e caractère permet de coder plus spécifiquement des informations cliniques. On le trouve dans trois chapitres de la classification CIM-10, notamment les chapitres XIII (maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif), XIX (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes) et XX (causes externes de morbidité). Les informations nécessaires quant à la signification du 5^e caractère sont décrites au début du chapitre respectivement des catégories correspondantes.

➤ **Chapitre XIII.** Dans ce chapitre, le 5^e caractère permet une indication de la localisation de la pathologie (information page 673, volume 1). Attention! Quelques catégories sont subdivisées de façon différentes, il s'agit des atteintes du genou (M23, page 687, volume 1), des dorsopathies (M40-M54, page 695, volume 1) et des lésions biomécaniques non classées ailleurs (M99, page 726, volume 1).

Exemple: patient souffrant d'une déchirure spontanée du tendon d'Achille: M66.37 «déchirures spontanées des tendons fléchisseurs, cheville et pied».

➤ **Chapitre XIX.** Dans ce chapitre, le 5^e caractère du permet de différencier les fractures ouvertes des fractures fermées, les lésions corporelles internes des lésions ouvertes (5^e caractère 0 correspondant aux lésions fermées et le 5^e caractère 1 correspondant aux lésions ouvertes).

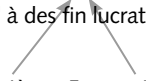
Exemple: fracture ouverte de la diaphyse fémorale S72.31 «fracture de la diaphyse fémorale, fracture ouverte».

Exemple: contusion cérébrale sans plaie ouverte: S06.20 «lésion traumatique cérébrale diffuse, sans plaie intracrânienne ouverte».

➤ **Chapitre XX.** Le chapitre XX présente deux subdivisions différentes: la première concerne les catégories W00-Y34 (sauf Y06.- et Y07.-) et correspond au 4^e caractère. Celui-ci permet d'indiquer le lieu de l'événement. (Remarque: les catégories V01-V99 ont leur propre subdivision). Une deuxième subdivision, correspondant au 5^e caractère, permet d'indiquer le type d'activité exercé par la personne lors de l'événement. Cette subdivision s'utilise avec les catégories V01-Y34.

L'indication du 5^e caractère est recommandée dans tous les cas où elle livre des informations importantes sur le plan clinique et/ou épidémiologique (p. ex. conséquences d'opérations, complications). Attention! L'indication du 5^e caractère ne doit pas être confondue avec celle du 4^e caractère!

Exemple: un patient est hospitalisé après une collision brutale avec son collègue de travail au bureau W51.52 «collision entre deux personnes, dans une zone de commerce, en exerçant un travail à des fins lucratives».



4^e caractère 5^e caractère

Remarque: Selon les directives de l'OMS, la 5^{ème} position des codes à trois caractères doit conserver sa position et il convient d'utiliser le X à la place du 4^{ème} digit (volume 2, chapitre 2.4.5., premier paragraphe «[...] *Quand une catégorie à trois caractères n'est pas subdivisée, il est recommandé d'utiliser la lettre X pour remplir la quatrième position de telle façon que les codes soient d'une même longueur pour le traitement des données.*»).

Exemple: T10.X0 «fracture du membre supérieur, niveau non précisé, fracture fermée».

Exemple: patient souffrant d'une spondylarthrite ankylosante au niveau des vertèbres dorsales M45.X4 «spondylarthrite ankylosante, région dorsale».

G11.A.13 Complications

Une complication est un événement ou une circonstance qui modifie le cours normal d'une maladie, d'un traitement médical ou d'un processus naturel (p. ex. un accouchement). Une complication peut évoluer vers un problème diagnostique ou thérapeutique indépendant (Psychembel, Klinisches Wörterbuch, 259^e édition, de Gruyter).

La plupart des chapitres de la CIM-10 contiennent des codes spécifiques pour les pathologies qui sont la conséquence d'un acte médical ou chirurgical. Mais certaines complications, comme par exemple l'embolie pulmonaire ou la pneumonie postopératoire, ne sont pas considérées par la classification comme des entités particulières et ne peuvent en conséquence pas être codées par des codes spécifiques.

Il existe également dans chapitre XIX, les catégories T80 à T88 qui décrivent des complications après interventions (médicales ou chirurgicales). Ces codes concernent généralement des complications systémiques ou d'ordre général (p. ex. des infections), ou causées par un implant ou une prothèse, ou encore consécutives à une amputation, une greffe, etc. Certaines complications sont désignées par des codes explicites qui ne font pas partie du chapitre XIX (codes S et T).

Exemple: un patient est hospitalisé pour la révision d'un stoma intestinal pour prolapsus. Diagnostic principal: K91.4 «Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie ou d'une entérostomie».

G11.A.13.d Règles

G11.A13.d.1 Complication comme diagnostic principal

Le code correspondant à la complication sera indiqué comme diagnostic principal si le patient a été hospitalisé expressément pour cette complication. La cause externe (codes Y60 à Y84) sera indiquée comme complément au diagnostic principal. Dans tous les autres cas, la complication sera indiquée comme diagnostic supplémentaire, même si elle s'avère finalement plus grave que la pathologie initiale.

Exemple: patient hospitalisé pour la révision d'un pace-maker qui s'est déplacé. Diagnostic principal T82.1 «Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique», complément au diagnostic principal Y83.8 «Autres interventions chirurgicales».

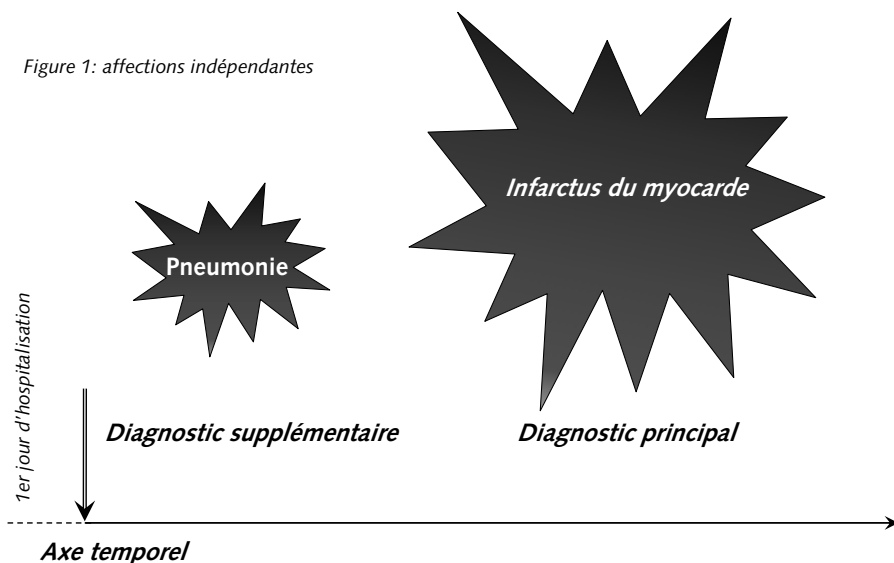
G11.A13.d.2 Complication comme diagnostic supplémentaire

Si une complication survient pendant le séjour hospitalier du patient, elle est codée comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: un patient chez qui une colectomie a été effectuée en raison d'un carcinome au niveau du cæcum et chez qui une déhiscence de plaie est constatée trois jours après cette intervention. Diagnostic principal: C18.0 «tumeur maligne du cæcum», diagnostics supplémentaires: T81.3 «Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs» et Y83.3 «Intervention chirurgicale avec abouchement externe».

Est considérée comme complication toute affection apparue en relation avec celle qui a nécessité le ou les traitements initiaux. Une affection qui se développe indépendamment n'est pas considérée comme une complication mais comme une seconde affection distincte, qui pourra, suivant sa gravité, être indiquée éventuellement comme diagnostic principal.

Figure 1: affections indépendantes

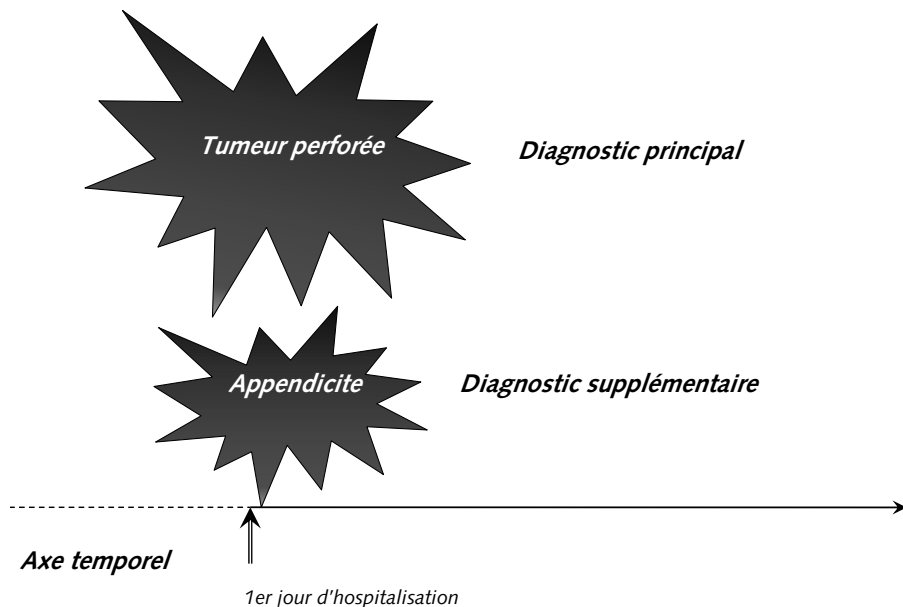


Exemples d'affections indépendantes: un patient hospitalisé pour une bronchopneumonie à streptocoques développe durant son séjour hospitalier un infarctus transmural de la paroi antérieure. Il s'agit de deux affections distinctes sans rapport l'une avec l'autre. L'infarctus étant l'affection la plus grave, il sera indiqué comme diagnostic principal (fig. 1).

Diagnostic principal I21.0 «Infarctus transmural aigu du myocarde, paroi antérieure», diagnostic supplémentaire J13 «Pneumonie due à streptococcus pneumoniae».

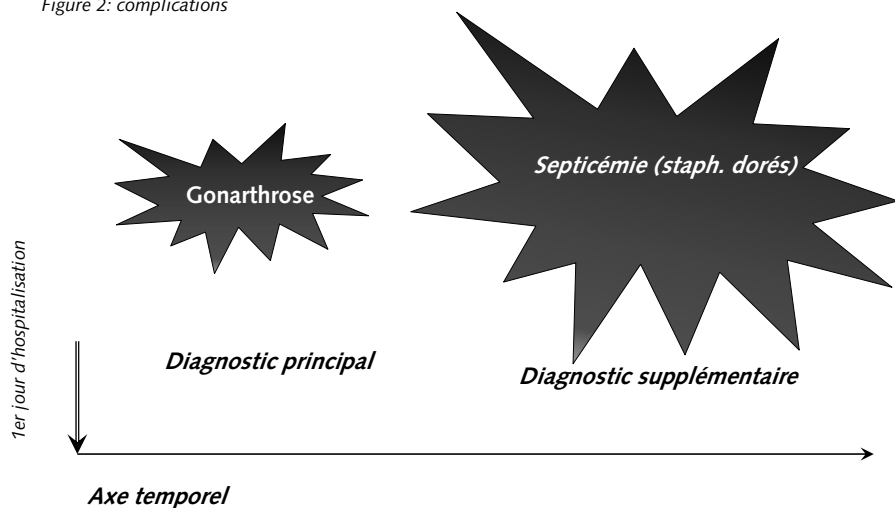
A noter que le moment d'apparition d'une affection indépendante importe peu. Deux affections indépendantes peuvent se manifester ou être diagnostiquées simultanément, comme le montre l'exemple suivant (fig. 1b): un patient est hospitalisé d'urgence pour une appendicite. Durant l'opération, une tumeur perforante de l'appendice est également mise en évidence. L'examen histologique révèle le caractère malin de la tumeur. Une chimiothérapie est immédiatement débutée. Diagnostic principal C18.1 «Tumeur maligne, appendice», diagnostic supplémentaire K35.0 «Appendicite aiguë avec péritonite généralisée».

Figure 1: affections indépendantes d'apparition simultanée



Exemple de complication: un patient est hospitalisé pour la mise en place d'une prothèse du genou en raison d'une gonarthrose primaire bilatérale. Son état s'aggrave suite à une infection de la prothèse qui entraîne une septicémie à staphylocoques dorés. La complication et son traitement sont manifestement plus lourds que l'affection initiale. La septicémie est néanmoins codée comme diagnostic supplémentaire (fig. 2).

Figure 2: complications



Diagnostic principal M17.0 «Gonarthrose primaire, bilatérale», diagnostics supplémentaires A41.0 «Septicémie à staphylocoques dorés», T84.5 «Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne», Y83.1 «interventions chirurgicales avec implantation d'une prothèse interne».

Pour trouver le code exact, il faut d'abord chercher dans l'index alphabétique sous «Complications (de) (dues à)», puis vérifier la justesse du code dans l'index systématique. S'il n'existe pas de code approprié ou spécifique désignant la complication en tant que telle – comme dans le cas de l'embolie pulmonaire –, la pathologie sera indiquée par le code habituel.

Résumé

Si le code du diagnostic principal est tiré du chapitre XIX (T80.- à T88.-), p. ex. T84.5 «Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne», l'indication de la cause externe est obligatoire comme complément au diagnostic principal (catégories Y60 à Y84).

Si le code du diagnostic principal n'est pas tiré du chapitre XIX, p. ex. K91.3 «Occlusion intestinale post-opératoire, non classée ailleurs» ou I26.9 «Embolie pulmonaire sans mention de coeur pulmonaire», l'indication de la cause externe n'est pas obligatoire.

Si la complication survient durant le séjour hospitalier, on l'indique comme diagnostic supplémentaire et l'on ajoute le code de la cause externe (si le code de la complication est tiré du chapitre XIX).

G11.B Règles générales du codage des procédures

G11.B.1 Interventions laparoscopiques et arthroscopiques

Il existe des codes spécifiques permettant de coder certaines interventions effectuées par voie laparoscopique, telle p. ex. une cholécystectomie par laparoscopie qui est désignée par le code 51.23. Pourtant, la plupart des interventions endoscopiques ne sont pas décrites par de tel code spécifique. Dans ces cas, le code de l'intervention conventionnelle sera indiqué en premier et sera suivi par le code d'endoscopie correspondant.

Exemple: une résection arthroscopique du ménisque: Traitement principal 80.6 «ménisectomie», traitement supplémentaire 80.26 «arthroscopie du genou».

G11.B.2 Opérations complexes

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, la partie de l'opération la plus conséquente étant codée comme traitement principal.

Exemple: patient subissant une gastrectomie totale avec résection du grand épiploon et des ganglions lymphatiques de la région gastrique Traitement principal 43.99 «autre gastrectomie totale», traitements supplémentaires 40.3 «excision de ganglions lymphatiques régionaux» et 54.4 «excision ou destruction de tissu péritonéal».

Remarque: les accès opératoires ou les sutures en fin de procédure ne sont pas codés.

G11.B.3 Opérations interrompues

Si une opération programmée doit être interrompue, quelle qu'en soit la raison, seule la partie réalisée de l'opération sera codée. Un code pour une opération ne sera attribué que dans le cas où celle-ci a été menée à terme !

G11.B.4 Mesures diagnostiques & thérapeutiques

Ce sont surtout – mais pas uniquement – les codes du chapitre 16 de la CHOP qui décrivent de telles mesures. Ils doivent être utilisés lorsqu'ils sont importants pour la description du cas.

Exemple: patient hospitalisé pour des transfusions de sang dans le cadre d'une anémie tumorale: Traitement principal 99.03 «autre transfusion de sang total».

Tout traitement se trouvant dans la liste rouge doit obligatoirement être indiqué (voir liste rouge, annexe G11.B.4).

Des mesures diagnostiques courantes, telles p. ex. une radiographie du thorax dans le cas d'un patient souffrant d'une pneumonie, ne sera pas codée, cette procédure allant de soi dans un tel cas.

G11.B.5 Opérations bilatérales

Dans tous les cas où la classification CHOP ne contient pas de code spécifiques pour des opérations bilatérales, on prendra le (même) code deux fois: un fois comme traitement principal et une fois comme traitement supplémentaire; mais **attention!** Il n'est **jamais possible de coder plus de deux fois** la même opération.

Exemple: un stripping de varices aux deux jambes: Traitement principal 38.59 «ligature et stripping de veines variqueuses de membre inférieur», traitement supplémentaire 38.59 «ligature et stripping de veines variqueuses de membre inférieur».

En résumé

Intervention endoscopique	
Utilisez lorsqu'il existe le code spécifique	Sinon: 1° code conventionnel 2° code d'endoscopie
Opérations complexes	
Indiquez tous les codes correspondant aux différentes composantes	
Opérations interrompues	
Codez uniquement la partie effectuée de l'opération	
Mesures diagnostiques et thérapeutiques	
Indiquez les codes de la liste rouge	
Opérations bilatérales	
Indiquez deux fois le code lorsqu'il n'existe pas de code spécifique pour une opération bilatérale	

Règles spéciales

S01 Maladies infectieuses et parasitaires

S01.g Généralités

Les maladies infectieuses sont énumérées au chapitre I de la Classification CIM-10 («Certaines maladies infectieuses et parasitaires», codes A00-B99). On entend par maladies infectieuses les maladies reconnues comme étant contagieuses ou transmissibles.

Sont exclus de ce chapitre:

- Sujet porteur ou suspecté porteur d'une maladie infectieuse (Z22.-),
- Certaines infections localisées, que l'on trouvera dans les chapitres consacrés aux organes,
- Les maladies infectieuses et parasitaires qui compliquent la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité [à l'exception du tétanos et des maladies VIH durant cette période] (O98),
- Les maladies infectieuses et parasitaires spécifiques de la période périnatale [à l'exception du tétanos néonatal, de la syphilis congénitale, des infections périnatales à gonocoques et des maladies périnatales dues au VIH (P35-39),
- La grippe et autres affections aiguës des voies respiratoires (J00-J22).

S01.d Directives

S01.d.1 SIRS – Bactériémies – septicémies

S01.d.1A Définitions

SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome): SIRS est un terme générique pour une réaction inflammatoire systémique due à une cause non infectieuse ou dont le caractère infectieux n'est pas garanti avec au moins deux des symptômes suivants: fièvre $> 38,0^{\circ}\text{C}$ ou $< 36,0^{\circ}\text{C}$; fréquence cardiaque $> 90/\text{min.}$; fréquence respiratoire $> 20/\text{min.}$; leucocytes $> 12000/\text{mm}^3$ ou $< 4000/\text{mm}^3$.

Bactériémie: une bactériémie signifie une présence de bactéries dans le sang mais sans symptôme de septicémie.

Septicémie: infection avérée au plan clinique et / ou microbiologique avec diffusion systémique des germes et les symptômes cités ci-dessus (sous le point SIRS).

Une grave septicémie peut entraîner des défaillances de multiples organes, notamment: défaillance cardiovasculaire (choc septique), rénale, respiratoire, hépatique, du SNC et une coagulopathie.

S01.d.1C Règles de codage

Le **SIRS** est indiqué par le code R50.1.

Les **bactériémies** sont indiquées par le code A49.9.

Les **septicémies** sont indiquées par un code des catégories A40.- ou A41.-, selon le germe qui en est à l'origine.

Exemple: patient hospitalisé pour une septicémie avec staphylocoques dorés et pneumonie: diagnostic principal A41.0 «septicémie due à des staphylocoques dorés», diagnostic supplémentaire J15.2 «pneumonie due à des staphylocoques».

Remarque! Attention aux nombreuses exclusions de ces deux catégories. Les septicémies dues à d'autres germes spécifiques, les septicémies au cours d'un avortement, d'une grossesse, consécutives à des actes médicaux ou chirurgicaux et celles affectant les nouveaux-nés, sont désignées par des codes d'autres catégories.

Exemple: nouveau-né souffrant d'une septicémie à staphylocoques dorés: diagnostic principal P36.2 «Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés».

Exemple: patient de 18 ans hospitalisé d'urgence pour une septicémie à méningocoques aiguë: diagnostic principal A39.2 «Méningococcémie aiguë».

Urosepsis (septicémie à point de départ urinaire): La fièvre urinaire (septicémie urinaire) devrait être codée selon l'index alphabétique de la CIM-10 par le code N39.0 «Infection des voies urinaires, siège non précisé». Toutefois, ceci ne correspond pas à la réalité clinique et il convient donc de coder l'urosepsis de la façon suivante: A41.x (selon le germe) et N39.0 comme diagnostic supplémentaire.

Remarque! Si un patient est hospitalisé pour une septicémie dans le cadre d'une agranulocytose, le diagnostic principal sera la septicémie et le diagnostic supplémentaire l'agranulocytose. Si le patient a contracté une septicémie lors de son hospitalisation, à la suite d'une complication consécutive à un traitement, les deux codes sont indiqués comme diagnostics supplémentaires, dans le même ordre que précédemment.

Exemple: patiente hospitalisée d'urgence pour une septicémie à staphylocoques dorés dans le cadre d'une agranulocytose: diagnostic principal A41.0 «Septicémie à staphylocoques dorés», diagnostic supplémentaire D70 «agranulocytose».

Exemple: patient hospitalisé pour une chimiothérapie destinée à traiter un carcinome des bronches (siège: bronche principale) qui développe une septicémie à candida: diagnostic principal Z51.1 «Séance de chimiothérapie pour tumeur», 1^{er} diagnostic supplémentaire C34.0 «tumeur maligne de la bronche souche», 2^e diagnostic supplémentaire B37.7 «Septicémie à candida» et 3^e diagnostic supplémentaire D70 «Agranulocytose».

En cas de septicémie grave, les complications, notamment les chocs sont en outre à également à coder.

S01.d Séquelles de maladies infectieuses (B90 – B94)

Ces catégories ne doivent pas être indiquées comme diagnostic principal mais comme diagnostic supplémentaire. Elles indiquent qu'une maladie actuelle est la conséquence d'une maladie antérieure (maladie infectieuse) qui ne nécessite plus de traitement ni d'examen. Pour le diagnostic principal, utiliser le code qui décrit le type d'état de séquelle (OMS, volume II, chapitre 4.4.2).

Exemple: patient présentant une cornée cicatricielle après une conjonctivite trachomateuse: diagnostic principal H17.8 «Autres cicatrices et opacités cornéennes», diagnostic supplémentaire B94.0 «Séquelles du trachome».

S01.d.3 Sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse, Z22.-

Sont considérés comme des sujets porteurs de germes responsables d'une maladie infectieuse les patients dont le sang contient encore des germes infectieux après la phase aiguë de la maladie. Ils ne présentent plus de symptômes, mais restent contagieux. Les codes des catégories Z22.- doivent seulement être indiqués comme diagnostic supplémentaire et n'être attribués que si cela a une conséquence sur le traitement.

S01.d.4 Maladies dues au HIV

S01.d.4A Généralités

Les maladies dues au VIH et les pathologies associées au VIH sont décrites par les codes des catégories B20-B24. Il existe en outre deux codes qui décrivent des états se produisant lors d'infections dues au VIH (ou supposées telles): les codes R75 et Z21.

S01.d.4C Codage des maladies dues au HIV (B20 – B24; R75; Z21)

B20-B24

Dans le cas des patients souffrant du VIH et hospitalisés en raison de plusieurs maladies, il convient d'examiner si l'une d'entre elles est plus grave que les autres. Si ce n'est pas le cas, le code «multiple» sera indiqué comme diagnostic principal.

Exemple: patient souffrant du VIH et hospitalisé pour une tuberculose et un sarcome de Kaposi: diagnostic principal B22.7 «maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs», diagnostic supplémentaire B20.0 «maladie par VIH à l'origine d'une infection mycobactérienne» et B21.0 «maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi».

Dans le cas contraire, on retiendra comme diagnostic principal la maladie la plus grave.

Exemple: patient souffrant du VIH et hospitalisé pour un lymphome immunoblastique (lymphomes B diffus à grandes cellules) Il souffre également de candidose buccale: diagnostic principal B21.2 «Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens», diagnostic supplémentaire B20.4 «Maladie par VIH à l'origine de candidose».

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

Ce code est utilisé pour les patients chez qui les résultats des tests de recherche du VIH ne sont pas concluants; c'est le cas, par exemple, lorsque le 1^{er} test réagit positivement aux anticorps et que le second n'est pas concluant ou qu'il est négatif. Ce code ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

Z21 «Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]»

Le code Z21 s'applique aux patients qui sont infectés du VIH, mais qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie. Ce code doit figurer comme diagnostic supplémentaire et uniquement dans les cas où ce diagnostic influence l'hospitalisation en cours.

Hospitalisations pour complications dues à la thérapie anti-rétrovirale

Les thérapies anti-rétrovirales sont souvent à l'origine d'effets supplémentaires et de complications. Si le patient est hospitalisé pour traiter ces complications, celles-ci sont indiquées comme diagnostic principal. Le fait que le patient est porteur du VIH est signalé comme diagnostic supplémentaire à l'aide du code Z21.

Exemple: patient VIH suivant une trithérapie et hospitalisé pour une polynévrite: diagnostic principal G62.0 «Polynévrite médicamenteuse», diagnostic supplémentaire Z21 «Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]».

S01.d.5 Croup – faux croup – syndrome croupal

Le codage du croup versus faux croup pose problème car l'index alphabétique des différentes versions linguistiques de la classification CIM-10 n'indique pas le même code.

Le [vrai] croup (affection plutôt rare chez nous) est la diphtérie du pharynx et larynx et s'indique par les codes A36.0 «diphtérie pharyngée» respectivement A36.2 «diphtérie laryngée». Sous le terme de «syndrome croupal» sont répertoriés plusieurs affections, notamment le croup viral, auquel correspond le code J05.0 «laryngite obstructive aiguë [croup]», le croup spasmodique J38.5 «spasme laryngé», la laryngo-trachéite bactérienne (J04.2 «laryngo-trachéite aiguë»), le vrai croup (ou croup diphtérique) et le faux croup.

Les pédiatres recommandent d'indiquer les maladies suivantes comme suit:

Vrai croup (<u>diphtérie</u> laryngée)	A36.2 «diphtérie laryngée»
Croup viral	J05.0 «laryngite obstructive aiguë [croup]»
Faux croup (ou croup spasmodique, en allemand, sous Krupp > Falscher ou Pseudokrupp)	J38.5 «spasme laryngé»
Laryngo-trachéite bactérienne	J04.2 «laryngo-trachéite aiguë»

Le faux croup étant un type de syndrome croupal très fréquemment rencontré en pédiatrie, il convient de le distinguer avec un codage spécifique malgré qu'il soit d'origine virale.

Ce codage correspond à la version allemande de la CIM-10. La version française qui indique sous Faux > croup J05.0 n'est donc correct que s'il s'agit d'un croup viral.

S01.d.6 Gastro-entérite infectieuse

A04.x – A08.x Lors de l'infection du tractus gastro-intestinal avec agent infectieux précisé.

A09 Lorsque la gastro-entérite est suspectée d'être d'origine infectieuse.

K52.9 Les gastro-entérites non infectieuses sont indiquées par les codes de la catégorie K52.

S01.d.7 Catégories B95-B97

Les catégories B95-B97 «Agents d'infections bactériennes, virales et autres» ne doivent pas être indiquées comme diagnostic principal mais comme diagnostic supplémentaire. Elles aident à préciser l'agent infectieux à l'origine des maladies qui ne sont pas classées dans le chapitre I.

Exemple: Infection des voies urinaires causée par le *Pseudomonas aeruginosa*: diagnostic principal N39.0 «Infection des voies urinaires, siège non précisé», diagnostic supplémentaire B96.5 «*Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei)* cause de maladies classées dans d'autres chapitres».

S02 Oncologie

S02.g Généralités

Il existe dans la classification CIM-10 deux systèmes pour coder les tumeurs: un classement par localisation et un classement par morphologie. La structure des codes est très différente entre les deux systèmes.

- Les codes par localisation montrent la structure CIM 10 classique X99.99 (C00.0 - D48.9).
- Les codes de morphologie ont une structure X9999/9 (M8000/0 – M9989/1). Les codes morphologiques M sont à cinq caractères, les quatre premiers chiffres se rapportant à l'histologie et le cinquième, suivant la barre oblique, au degré de malignité (0 = bénin, 1 = indéterminé si bénin ou malin, 2 = carcinome in situ, 3 = maligne, siège primitif, 6 = malin, siège métastatique, 9 = malin, incertain si primitif ou métastatique). Un adénome cortico-surrénalien aura donc le code M8370/0, tandis qu'un carcinome cortico-surrénalien sera codé M8370/3.

Pour la statistique médicale, seul le codage selon la localisation est utilisé. Les codes correspondants sont les codes du chapitre II (C00-D48) de l'index systématique.

Un recensement des tumeurs, codées selon leur morphologie, est également effectué, mais ce codage intéresse en particulier les instituts de pathologie et registres de tumeur. Pour renseigner les dossiers, il est possible de coder aussi la morphologie des tumeurs, mais ces codes ne faisant pas partie du dataset de la statistique médicale, ils ne doivent pas être exportés et transmis à l'OF5.

S02.g.1 Comment chercher?

La recherche s'effectue dans l'index alphabétique sous le terme «tumeur» où se trouve le tableau contenant les codes correspondants, classés selon la localisation des tumeurs.

Ce tableau indique les codes de la classification topographique des tumeurs. À chaque siège correspondent généralement cinq (parfois quatre) codes possibles, selon la malignité et la nature de la tumeur en question. Il est bien entendu également possible de chercher un code dans l'index alphabétique sous la dénomination histologique ou morphologique de la tumeur, mais sauf de rares cas où l'index indique directement un code du chapitre II (p. ex. mélanome (malin)), il renvoie presque toujours au tableau des tumeurs.

	Maligne		In situ	Bénigne	Évolution imprévisible ou inconnue
	primitive	supplémentaire			

Tumeur (de)

– abdomen, abdominale	C76.2	C79.8	D09.7	D36.7	D48.7
– cavité	C76.2	C79.8	D09.7	D36.7	D48.7
– organe	C76.2	C79.8		D36.7	D48.7
– paroi	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
– abdomino-pelvienne	C76.8	C79.8		D36.7	D48.7
– acromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

1. cherchez selon la localisation

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

Exemple: chondrosarcome de l'acromion. La recherche s'effectue 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, omoplate et os longs du membre supérieur». Le terme chondrosarcome figure dans l'index alphabétique mais renvoie au tableau des tumeurs.

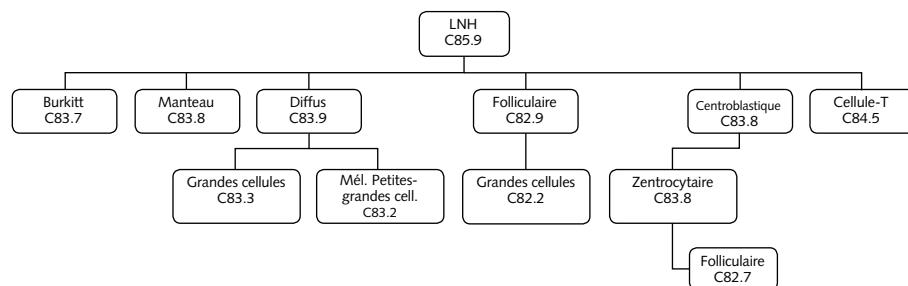
S02.g.1A Exception

Les tumeurs primaires du système hématopoïétique et lymphatique (lymphomes, leucémies) ne sont pas classées selon le siège mais selon leur morphologie et ne se trouvent de ce fait pas **dans le tableau des tumeurs**.

Exemple: leucémie lymphoblastique aiguë: C91.0

Les pathologies, malignes ou bénignes, classées selon leur morphologie sont: voir annexe S02

Les lymphomes malins non hodgkiniens les plus fréquents sont indiqués dans le schéma suivant:



S02.d Directives

S02.d.1 Tumeur

Une tumeur est codée comme diagnostic principal si:

elle est la **cause de l'hospitalisation et qu'elle fait l'objet des soins** durant la période de traitement, peu importe qu'elle soit primaire ou métastatique.

Si la raison de l'hospitalisation est le traitement d'une métastase, celle-ci sera alors indiquée comme diagnostic principal et la tumeur primaire comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: patient hospitalisé pour l'ablation d'une métastase cutanée d'un carcinome du rein: diagnostic principal C79.2 «tumeur maligne supplémentaire de la peau», diagnostic supplémentaire C64 «tumeur maligne du rein, à l'exception du bassin».

Remarque! La tumeur n'est indiquée que si elle est encore actuelle. Si la tumeur primaire a été réséquée lors d'une précédente hospitalisation, alors il conviendra d'indiquer un code de la catégorie Z85.- «antécédents personnels de tumeur maligne».

Exemple: Patient hospitalisé pour une résection d'une métastase hépatique d'un adénocarcinome du côlon réséqué six mois auparavant: diagnostic principal C78.7 «tumeur maligne supplémentaire du foie», diagnostic supplémentaire Z85.0 «antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs».

S02.d.2 Récidives

Lorsqu'un patient est hospitalisé pour le traitement d'une récurrence de tumeur, la tumeur est recodée telle quelle puisqu'il n'existe pas de code spécifique désignant des récurrences. Pour compléter l'information, l'existence passée de la première tumeur sera indiquée comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: patiente hospitalisée pour le traitement d'une récurrence d'un carcinome mammaire trois ans après une tumorectomie (le carcinome se situe dans le quadrant supéro-externe). Diagnostic principal C50.4 «tumeur maligne de sein, quadrant supéro-externe», diagnostic supplémentaire Z85.3 «antécédents personnels de tumeur maligne du sein».

S02.d.3 Complications – contrôles

Lorsque l'hospitalisation est motivée par une complication d'une maladie tumorale ou d'un traitement, la complication est indiquée comme diagnostic principal et la tumeur ou son existence passée comme diagnostic supplémentaire. Procéder de la même façon lorsque le motif d'hospitalisation est une visite de contrôle.

Exemple: patiente souffrant d'un œdème lymphatique suite à une mastectomie pour carcinome mammaire. Diagnostic principal I97.2 «lymphœdème après mastectomie», diagnostic supplémentaire Z85.3 «antécédents personnels de tumeur maligne du sein».

Exemple: patient hospitalisé pour divers examens de contrôle après pneumonectomie et chimiothérapie pour carcinome bronchique. Diagnostic principal Z08.7 «examen de contrôle après traitements combinés pour tumeur maligne», diagnostic supplémentaire Z85.1 «antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons».

S02.d.4 Thérapies

Lorsqu'un patient est hospitalisé en vue de subir une chimio- ou une radiothérapie, celles-ci seront indiquées comme diagnostic principal et la tumeur, respectivement son existence passée, indiquée comme diagnostic supplémentaire. S'il s'agit d'hospitalisations à répétition, il convient de procéder pour chaque séjour de la même manière.

Exemple: patient souffrant d'un lymphome de Hodgkin à prédominance lymphocytaire de stade I. Le patient est hospitalisé en vue de subir un traitement par radiothérapie. Diagnostic principal Z51.0 «séance de radiothérapie», diagnostic supplémentaire C81.0 «maladie de Hodgkin, prédominance lymphocytaire».

S02.d.5 Ganglions sentinelles

Dans les cas d'hospitalisation pour ablation de ganglions sentinelles, il convient de coder de la façon suivante:

- Si les ganglions sont libres de métastase, indiquez le code Z12.8 indiquant qu'il s'agit d'un examen spécial de dépistage de tumeur.
- Si les ganglions contiennent des métastases, c'est un code de la catégorie C77 «tumeur maligne des ganglions lymphatiques, supplémentaire et non précisé» qui sera indiqué, p. ex. C77.3 «tumeur maligne supplémentaire ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur». Ajouter comme diagnostic supplémentaire un code Z85 pour indiquer que la tumeur primaire a été traitée.

S02.d.6 Tumeurs avec activité endocrine

Toutes les tumeurs sont classées dans le chapitre II, indépendamment de leur éventuelle activité endocrine. Afin de décrire une telle activité, utiliser au besoin un code supplémentaire du chapitre IV.

Exemple: Phéochromocytome malin sécrétant des catécholamines. Diagnostic principal C74.1 «tumeur maligne de la médullosurrénale», diagnostic supplémentaire E27.5 «hyperfonctionnement de la médullosurrénale».

S02.d.7 Localisations particulières

S02.d.7A Localisation primaire inconnue

Le code C80 sera indiqué uniquement dans les cas où la localisation primaire d'une tumeur reste inconnue. Ces cas sont le plus souvent révélés par une ou des localisations, dont l'analyse immuno-histochimique indique qu'il s'agit très probablement de métastases d'une tumeur primaire d'un autre organe, la recherche de cette tumeur primaire restant négative.

S02.d.7B Localisations multiples

Le code C97 «tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)» sera indiqué comme diagnostic principal si un patient souffre de plusieurs tumeurs malignes primaires simultanément et qu'aucune d'entre elle ne prédomine. Les codes des tumeurs individuelles sont à indiquer comme diagnostics supplémentaires.

S02.d.7C 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. Une tumeur empiétant sur deux ou plusieurs sous-catégories devra être indiquée par un code de la sous-catégorie .8 qui décrit des lésions empiétant sur plusieurs localisations ou sous-catégories contiguës.

Exemple: adénocarcinome s'étendant du canal anal jusqu'au rectum. Diagnostic principal C21.8 «tumeur, lésion à localisations contiguës du rectum, de l'an us et du canal anal».

Exception: si l'empiétement de la tumeur est désignée par un code spécifique.

Exemple: adénocarcinome s'étendant du sigmoïde au rectum. C19 «tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne».

S02.d.8 Instructions particulières

S02.d.8A Codes marqués # ou ◇

Dans le tableau des tumeurs de l'index alphabétique, les localisations marquées du signe # doivent être codées:

- comme tumeurs malignes de la peau s'il s'agit de carcinome spinocellulaire ou épidermoïde
- comme tumeurs bénignes de la peau s'il s'agit de papillome

Dans le tableau des tumeurs de l'index alphabétique, les localisations marquées du signe ◇ doivent être codées:

- comme tumeurs malignes supplémentaires (métastases) sauf si elles sont intra-osseuses ou odontogènes.

S02.d.8B Syndrome carcinoïde / Syndrome para-néoplasique

Le code E34.0 «syndrome carcinoïde» sera utilisé comme diagnostic principal uniquement dans les cas où l'hospitalisation a pour but la thérapie de ce dernier. Dans les cas où l'hospitalisation a d'abord pour but la thérapie de la tumeur elle-même, c'est cette dernière que l'on indiquera comme diagnostic principal.

Il existe des codes ICD-10 permettant de préciser certains syndromes paranéoplasiques. L'anémie, en tant que syndrome paranéoplasique se codera D63.0*, avec un code de tumeur (C00 – D48) comme code †. Si un patient est hospitalisé pour le traitement de cette anémie, la règle du codage des couples †/* prévaut.

Résumé

Diagnostic principal = motif d'hospitalisation, c'est-à-dire

- Tumeur primaire
 - Tumeur supplémentaire
 - Tumeur récidivante
 - Complication
- } faisant l'objet de soins
- Chimiothérapie/radiothérapie
 - Examen(s) de contrôle

Diagnostic(s) supplémentaire(s)

- La tumeur encore existante

ou

- L'existence passée de la tumeur (antécédents, Z85.-)

S04 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

S04.g Diabète sucré type I versus type II

S04.g.1 Généralités

D'un point de vue clinique, la classification CIM-10 pose un problème pour le codage du diabète sucré car les titres des catégories E10 et E11 se réfèrent à la thérapie et non au type du diabète. Ainsi, quel code indiquer lorsque l'on doit coder le cas d'un patient souffrant d'un diabète de type II mais dont la thérapie consiste en injections d'insuline. Faut-il prendre en considération la thérapie et indiquer E10 «diabète sucré insulino-dépendant» ou faut-il au contraire se référer au type de diabète et coder E11 «diabète sucré non-insulino-dépendant»?

S04.g.2 Pathophysiologie

La classification CIM-10 a avant tout pour but l'épidémiologie des morbidités et n'est donc pas basée sur un aspect thérapeutique. Le diabète sucré est divisé en cinq catégories E10.- à E14.-. La catégorie E10.-, qui a pour titre «diabète sucré insulino-dépendant» comprend entre autre le diabète juvénile. La catégorie E11.- «diabète sucré non insulino-dépendant» comprend entre autre le diabète adulte. D'après la nomenclature de l'OMS le diabète sucré type I (IDDM) correspond au diabète insulino-dépendant (diabète juvénile). Il s'agit d'un diabète avec manque d'insuline, c'est-à-dire une forme génétiquement prédisposée présentant un épuisement de la sécrétion d'insuline. La thérapie de ce type de diabète est la substitution d'insuline. Le type II (NIDDM) ou diabète sucré non insulino-dépendant (diabète adulte, patients d'un âge avancé, fréquence familiale) présente une sécrétion d'insuline soit normale, soit diminuée soit même augmentée. Dans ces cas, le patient souffre donc d'un manque relatif d'insuline et la thérapie ne consiste pas automatiquement en injection d'insuline mais plutôt en diète, anti-diabétiques oraux.

En décembre 1996 une consultation de l'OMS avec participation de l'ADA (association américaine du diabète) s'est tenue afin de passer en revue les critères de diagnostic et la classification du diabète et de ses complications. En ce qui concerne la classification, il a été décidé lors de cette conférence que les termes «Type I» et «Type II» sont plus appropriés que les termes diabète «insulino-dépendant» et «non-insulino-dépendant», car la première terminologie est basée sur une approche pathologique plutôt que thérapeutique.

Exemple: patient âgé de 75 ans, souffrant d'un diabète de type II (avec complications multiples) traité par injections d'insuline et par anti-diabétiques oraux. Diagnostic principal E11.7 «diabète sucré non-insulino-dépendant avec complications multiples».

Au cours de la maladie, le taux de sucre dans le sang (glycémie) peut montrer de grandes variations (hyper- et hypoglycémie), variations qui ne correspondent toutefois pas à des complications telles que acidose, acidocétose ou coma (4^e position 0 ou 1, par exemple E11.1 «diabète sucré non insulino-dépendant avec acidocétose»). Pour coder les complications susmentionnées, celles-ci doivent être explicitement indiquées par le médecin. A noter qu'une «simple décompensation» sans autre indication se code par le 4^e caractère .9 (par exemple E11.9 «diabète sucré non insulino-dépendant sans complication».

S04.d.1 Mal perforant (Malum perforans)

Le codage du mal perforant plantaire diabétique est problématique car les différentes versions linguistiques de la CIM-10 ne sont pas conséquentes: l'index alphabétique de la version française indique pour le mal perforant d'origine diabétique les codes E10-E14 avec le quatrième caractère .4. L'index alphabétique de la version allemande ne tient pas compte de l'étiologie et indique le code L97 «ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs».

Le mal perforant diabétique est un ulcère cutané profond situé au niveau de la plante du pied aux points d'appui (talon et orteils). L'étiologie est d'abord neurologique avec une composante supplémentaire vasculaire. Le patient, à cause de la diminution de la sensibilité, provoquée une lésion des nerfs due au diabète (neuropathie végétative), ne ressent pas les éventuelles lésions cutanées. Les lésions s'infectent, aggravation en partie favorisée par la diminution de la perfusion vasculaire due au diabète (microangiopathie diabétique).

Les directives sont donc les suivantes: indiquer en diagnostic principal le code E10/E11.4† «diabète sucré [...] avec complications neurologiques», complément au diagnostic principal G99.0* «neuropathie du système nerveux autonome au cours de maladie endocrinienne et métaboliques», diagnostic supplémentaire L97 «ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs».

A noter que les ulcères cutanés diabétiques d'origine vasculaire, c'est-à-dire dus à une microangiopathie diabétique, se code par E10/E11.5† «diabète sucré [...] avec complications vasculaires périphériques» associé à I79.2* «angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs». Dans ce cas l'ulcère n'est pas ajouté (L97) car implicitement contenu dans le code E10/11.5.

S05 Troubles mentaux

S05g Généralités

Les codes du chapitre V - codes F00 à F99 – se réfèrent exclusivement à des maladies psychiques ainsi qu'à des troubles du comportement. Les codes de ce chapitre incluent également les troubles du développement psychique.

S05.g.1 Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

S05.g.1A Définition

Codage du 4^e caractère F...1 et/ou F... 2 dans le cas des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

Ce groupe se réfère exclusivement à des pathologies causées par une dépendance.

Dépendance = abus = le «syndrome de dépendance» désigne l'ensemble de phénomènes comportementaux, parmi lesquels le désir compulsif de consommer la substance et la perte du contrôle de la consommation, entraînant chez le patient un désinvestissement progressif des autres activités.

Bien souvent se pose la question de la différence de signification du 4^e caractère des codes F...1 et F...2. En présence d'un trouble mental ou du comportement lié à l'utilisation d'une substance psycho-active et compte tenu de la définition du diagnostic supplémentaire, il convient d'établir la distinction suivante:

Une utilisation nocive pour la santé (= F....1) désigne une consommation de substances psycho-actives entraînant des complications physiques (p. ex. inflammation de la paroi nasale due à l'inhalation de cocaïne), psychiques (p. ex. épisodes dépressifs suite à une consommation abusive d'alcool) ou sociales (incapacité à honorer ses engagements professionnels, familiaux, etc.).

Un syndrome de dépendance (= F...2) désigne un ensemble de phénomènes comportementaux, dont entre autres le désir compulsif de consommer la substance et la perte du contrôle de la consommation, conduisant le patient à se désintéresser progressivement des autres activités. Dans ce cadre et selon les directives de l'OMS (CIM-10, chapitre V: Troubles mentaux et du comportement, descriptions cliniques et Directives pour le diagnostic), trois des six critères suivants doivent être remplis pour établir un diagnostic de syndrome de dépendance:

- Désir puissant de consommer la substance,
- Difficultés à contrôler la consommation,
- Apparition d'un syndrome de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la consommation,
- Développement d'une tolérance aux effets de la substance,
- Désinvestissement progressif des autres centres d'intérêt au profit de la consommation de la substance, augmentation du temps passé à se procurer la substance,
- Poursuite de la consommation de la substance malgré les conséquences néfastes et bien que le patient soit informé de la nocivité du produit consommé.

Remarques sur les codes F17.1 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, utilisation nocive pour la santé» et F17.2 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, syndrome de dépendance»

Comme il n'est pas toujours facile de savoir précisément quand les codes 17.1 et 17.2 doivent être utilisés, il a été décidé de n'employer plus que le code 17.1 pour désigner la dépendance à la nicotine.

S05.d.1 Directives générales de codage

Les codes F sont utilisés en principe dans les diagnostics supplémentaires pour des cas somatiques aigus, dans la mesure où ceux-ci exercent une influence sur la maladie en cours de traitement!

Exemple: Chef d'entreprise dont les valeurs hépatiques sont pathologiques dans le cadre d'une hépatite alcoolique. Diagnostic principal K70.1 «Hépatite alcoolique», diagnostic supplémentaire F10.1 «Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation nocive pour la santé».

Remarques générales:

Est dépendant au sens médical du terme le patient ou la patiente qui a besoin d'une substance psycho-active. La dépendance peut être physique ou psychique. La dépendance physique se caractérise d'une part par une certaine tolérance vis-à-vis de la substance addictive et, d'autre part, par l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la consommation.

La dépendance psychique se manifeste par un besoin très puissant, voire compulsif, de consommer la substance.

Les phénomènes de dépendance ne sont pas spécifiques aux substances. Les critères défini-
toires énumérés sont valables pour toutes les substances.

S05.d.2 Intoxication aiguë chez un patient dépendant

Les catégories F10 à F19 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives» regroupent les cas de patients chroniquement dépendants de substances psycho-actives et hospitalisés pour une intoxication aiguë. L'intoxication aiguë, qui motive le traitement actuel, est indiquée comme diagnostic principal, la dépendance chronique étant un diagnostic supplémentaire.

Exemple: alcoolique notoire hospitalisé en état d'ébriété avancé. Diagnostic principal: F10.0 «Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, intoxication aiguë», diagnostic supplémentaire F10.2 «Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance».

Attention! Les intoxications accidentelles (involontaires) (p. ex. le code T51.0 pour une intoxication à l'alcool) ou des intoxications/empoisonnements aigus chez des patients non dépendants ne sont pas munies d'un code en F, mais d'un code du chapitre XIX (soit T36– T50 «Intoxications par des médicaments et des substances biologiques» ou T51- T65 «Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale», voir à ce propos S19.d.2).

S05.d.3 Abus d'une substance non psycho-active

L'abus doit être désigné par le code F55 «Abus de substances n'entraînant pas de dépendance». Parmi ces substances figurent les médicaments psycho-actifs qui n'entraînent pas de dépendance, tels les antidépresseurs, les laxatifs et des analgésiques pouvant être achetés sans ordonnance médicale, comme le paracétamol.

S05.d.4 Abus simultané de plusieurs substances

Lorsqu'un patient consomme plusieurs substances différentes le diagnostic principal sera choisi en fonction de la substance qui est responsable du tableau clinique (CIM-10, volume 1, F10-F19). Les autres substances seront indiquées comme diagnostics supplémentaires si elles ont été consommées en quantité suffisante pour provoquer des symptômes ou une dépendance. Les codes de la catégorie F19 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives» doivent être réservés aux cas de polytoxicomanie avérée, dans lesquels il n'est guère possible de différencier les effets des différentes substances.

S05.d.5 Admission pour sevrage et cure de désintoxication

Les patients qui sont hospitalisés expressément pour un sevrage ou une cure de désintoxication se voient attribuer, pour le diagnostic principal, le code Z50.2 «Sevrage d'alcool» ou le code Z50.3 «Rééducation des drogués ou après abus de médicaments».

La nature de la substance psycho-active et le degré d'atteinte à la santé sont indiqués comme diagnostics supplémentaires.

Exemple: Un alcoolique notoire est hospitalisé pour sevrage. Un syndrome de sevrage apparaît pendant l'hospitalisation et nécessite un traitement. Diagnostic principal Z50.2 «Sevrage d'alcool», diagnostic supplémentaire F10.3 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage».

S09 Maladies de l'appareil circulatoire

S09.d Directives

S09.d.1 Maladies hypertensives

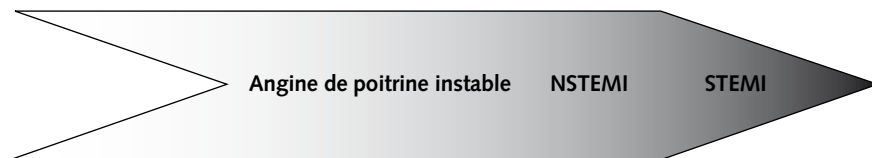
L'association de l'hypertension artérielle avec l'un des codes de la catégorie I50.-, I51.4 à I51.9, N18.-, N19., N26.- ne doit pas être faite systématiquement. Bien que l'origine de ces maladies soit fréquemment hypertensive, il arrive que l'origine soit d'une autre étiologie.

S09.d.2 Syndrome coronarien aigu (SCA), NSTEMI et STEMI

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. Vu la transition insensible de celle-ci, 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 (troponine), répartis en trois catégories:

1. Angine de poitrine instable
2. NSTEMI (**N**on-**ST** Elevation **M**yocardial Infarction)
3. STEMI (**ST** Elevation **M**yocardial Infarction) (voir fig. S09.d.2).

Aussi bien le NSTEMI que le STEMI sont des infarctus du myocarde.



Il est à noter que l'angine de poitrine stable ne fait PAS partie du syndrome coronarien aigu (SCA). Autrefois, on utilisait à la place du terme SCA ceux d'angine de poitrine instable, de début d'infarctus ou d'infarctus à ondes Q (infarctus transmural).

Les patients chez qui un NSTEMI est diagnostiqué sont subdivisés en deux catégories, en fonction du taux de la protéine troponine, celle des patients à risque élevé et celle des patients à faible risque. A noter que ceci n'a aucune incidence sur le codage.



Fig. S09.d.2: ECG en cas de STEMI et de NSTEMI

Malheureusement, la CIM 10 accuse un certain retard dans ce domaine, de sorte que le codage des pathologies évoquées peut poser certaines difficultés. En effet, la classification subdivise les ischémies du myocarde non pas d'après les résultats de l'ECG, mais d'après le diagnostic anatomopathologique.

Voici donc comment procéder pour le codage:

Angine de poitrine instable: I20.0 «angine de poitrine instable»

NSTEMI: I21.4 «infarctus sous-endocardique aigu du myocarde»

STEMI I21.0-I21.3 «infarctus transmural aigu du myocarde».

De plus, un syndrome coronarien à troponine positive se code à I21.-

S09.d.3 Infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde I21.- si celui-ci a eu lieu dans les 28 jours précédents l'admission et ce, même s'il s'agit d'une seconde hospitalisation.

Exemple 1:

Un patient est hospitalisé d'urgence dans l'établissement A pour un infarctus du myocarde, puis transféré dans l'hôpital B pour une coronarographie et pose d'un stent. Enfin, il est retransféré dans l'établissement A.

Hôpital A	Diagnostic principal: I21.- «infarctus aigu du myocarde»	Traitement principal: le traitement effectué si b) correspondant
Hôpital B		
a)	Si le patient est considéré comme cas stationnaire:	
	Diagnostic principal: I21.- «infarctus aigu du myocarde»	Le(s) traitement(s) effectué(s)
b)	Si le patient est considéré comme cas ambulatoire:	
	N'est pas codé puisqu'il s'agit d'un seul et même séjour étant donné que le séjour dans l'établissement B est un congé administratif.	

Exemple 2:

Patient admis le 25.04.2006 pour appendicite aiguë pour laquelle il subit une appendicectomie par laparoscopie le jour même. En co-morbidité, on retrouve un hypertension artérielle, hypercholestérolémie et un status post-infarctus inférieur le 07.04.2006.

Il faut coder de la façon suivante:

Diagnostic principal: K35.9 «appendicite aiguë, sans précision»

Diagnostic supplémentaire: I10 «hypertension essentielle (primitive)» E78.0 «hypercholestérolémie essentielle» I21.1 «infarctus transmural aigu du myocarde, paroi inférieur»

Intervention: 47.01 «appendicectomie par laparoscopie»

Attention, si le patient présente un deuxième infarctus de même localisation et dans les 28 jours suivants le premier, on utilisera un code de la catégorie I22.- «infarctus du myocarde à répétition».

S09.d.4 Cardiopathie ischémique aiguë

Les codes de la catégorie I20.- «angine de poitrine» ne peuvent être simultanément codés avec les I24.- «autres cardiopathies ischémiques aiguës». L'exclusion est justifiée car une thrombose coronaire (I24.0) apparaît généralement sur un terrain d'angine de poitrine ou y est étroitement associée.

S09.d.5 (Re) Sténose de pontage coronarien

Une re-sténose n'est pas une complication à proprement parler puisqu'il s'agit en fait d'une progression ou d'une continuation du phénomène d'artériosclérose. Dans ces cas, il convient donc de coder comme diagnostic principal un code des catégories I24.- «autres cardiopathies ischémiques aiguës» ou I25.- «cardiopathie ischémique chronique» correspondant à la pathologie survenue. Afin de préciser le cas, ajoutez comme diagnostic supplémentaire le code Z95.1 «présence d'un pontage aorto-coronarien».

S09.d.6 Sténose de stent

Une sténose de stent peut être une complication du stent (exemple: formation excessive des couches de cellules épithéliales sur le stent) ou bien une continuation du phénomène d'artériosclérose. Généralement, la complication du stent se développera dans les trois mois suivant la mise en place du stent.

Voici donc comment procéder pour le codage:

Complication de stent: T82.8 «Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires» en diagnostic principal et le Y83.1 en complément au diagnostic principal.

Continuation de l'artériosclérose: I25.1 «cardiopathie artérioscléreuse» en diagnostic principal. En diagnostic supplémentaire, indiquer le Z95.5 «présence d'implants et de greffe vasculaires coronaires» pour la présence de stent.

S09.d.7 Myocardiopathie ischémique

Le code I25.5 «myocardiopathie ischémique» est général et désigne une cardiomyopathie due à une ischémie, qu'elle soit due à une sténose des coronaires ou une ischémie relative. Le I25.1 «cardiopathie artérioscléreuse» est plus spécifique et désigne une myocardiopathie due exclusivement à une sténose des coronaires. Cette dernière est naturellement le cas le plus fréquent. Mais il est vrai que les deux codes sont très proches. Préférez toutefois inscrire le I25.1 lorsqu'il est établi que la myocardiopathie est d'origine coronaire et I25.5 lorsque l'origine n'est pas établie de façon claire.

Un infarctus du myocarde datant de plus de 28 jours sera codé à I25.8 «autres formes de cardiopathie ischémique chronique».

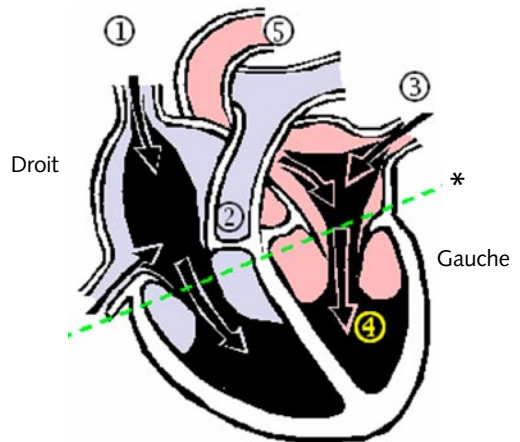
S09.d.8 Affection des valvules cardiaques

Comment coder les pathologies des valvules cardiaques?

Avant d'aborder la question du codage, quelques explications sur les valvules cardiaques.

Le cœur est constitué par quatre «chambres»: deux oreillettes (une gauche et une droite) et deux ventricules (un gauche et un droit). Le sang veineux (pauvre en oxygène) arrive au cœur par la veine cave dans l'oreillette droite (①), passe par la valvule tricuspide, entre dans le ventricule droit, d'où il est projeté lors de la contraction du cœur (systole) par la valvule pulmonaire et l'artère pulmonaire (②) dans les poumons. Après s'être oxygéné dans les poumons, le sang arrive au cœur gauche par les veines pulmonaires (③). Il traverse l'oreillette gauche, passe par la valvule mitrale et parvient ainsi au ventricule gauche (④). Au prochain mouvement systolique, le ventricule expulse le sang oxygéné au travers de la valvule aortique dans l'aorte (⑤) et par là dans tout le corps.

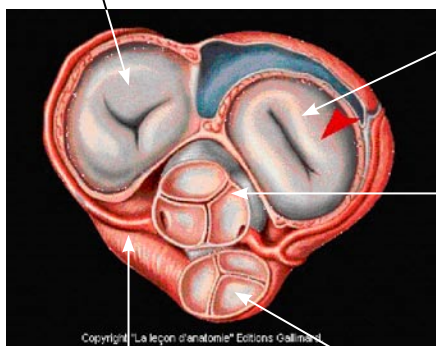
Illustration S09.d8: valvules cardiaques



Le cœur compte donc quatre valvules (voir illustr. S09.d8 bis) qui séparent d'une part les oreillettes des ventricules et, d'autre part les ventricules des grandes artères (artère pulmonaire et aorte).

Illustration S09.d8 bis: coupe au travers du plan des valvules (* sous illustr. S09.d8).

Valve tricuspide



Artères coronaires

Valve mitrale

Valve aortique

Valve pulmonaire

Généralement, ce sont les valvules mitrales et aortiques qui présentent des pathologies. Les pathologies se classent grossièrement en deux catégories: selon le type «mécanique» de la défectuosité et selon l'origine de celle-ci. Le type de défectuosité peut être soit une sténose, c'est-à-dire un rétrécissement de la lumière, soit une insuffisance, c'est-à-dire que la valvule n'est plus étanche. Il se peut que les deux types de défectuosité se combinent. A noter que ces défectuosités peuvent être soit congénitales, soit acquises. Nous parlons dans ce cadre uniquement des défectuosités acquises, les malformations valvulaires congénitales se trouvant indiquées par des codes du chapitre XVII (Q). Les étiologies de ces affections peuvent être diverses, mais l'on distingue généralement les pathologies d'origine rhumatismale ou non rhumatismale. Les affections sont les suivantes:

- **Sténose mitrale**, en général d'étiologie rhumatismale, rarement d'origine congénitale.
- **Insuffisance mitrale**, la moitié des cas est d'origine rhumatismale. L'insuffisance survient également en cas de dilatations cardiaque ou, plus rarement, dans le cadre de lupus érythémateux disséminé (SLE), arthrite rhumatoïde ou spondylite ankylosante.
- **Sténose aortique**, peut être d'origine congénitale ou rhumatismale. Il peut également s'agir de sténose due à des calcifications d'origine inconnue.
- **Insuffisance aortique**, d'origine rhumatismale ou due à une endocardite infectieuse, cette dernière se manifestant généralement de façon aiguë et sur une valvule déjà endommagée.
- **Sténose de la tricuspide**. Cette affection plutôt rare est généralement d'origine rhumatismale et n'apparaît pratiquement jamais seule mais en association avec une sténose de la valvule mitrale ou de la valvule aortique.
- **Insuffisance de la tricuspide**. Il s'agit généralement d'une insuffisance fonctionnelle dans le cadre d'une dilatation du ventricule droit (avec insuffisance cardiaque droite) et associée avec une sténose.
- Des affections de la **valvule pulmonaire** sont rares. Lorsque c'est le cas, elles sont d'origine rhumatismale ou due à une endocardite infectieuse.

Remarque: la classification CIM-10 ne répertorie pas les affections de valvules cardiaques de façon conséquente comme l'illustre les affections de la valvule mitrale: une insuffisance d'origine non précisée de la valvule mitrale s'indique par un code de la catégorie I34.- «atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale» alors qu'une sténose d'origine non précisée est indiquée par un code de la catégorie I05 «maladie rhumatismale de la valvule mitrale». Au vu de la rareté des affections rhumatismales dans notre pays et pour simplifier le codage, en accord avec les experts, nous avons décidé que les affections de valvules de cause non précisée seraient indiquées par les codes des catégories I34.- à I37.- comme l'illustre le tableau ci-dessus, divergeant ainsi de la classification CIM-10.

Lorsque plusieurs valvules sont affectées, il convient d'indiquer un des codes correspondants de la catégorie I08.- (voir table ci-dessous).

Codage des affections des valvules cardiaque:

		Précisée NON rhumatismale	Précisée rhumatismale	Sans autre précisions ou de cause précisée NON rhumatismale
Valve mitrale	Insuffisance	I34.0	I05.1	I34.0
	Sténose	I34.2	I05.0	I34.2
	Sténose avec insuffisance		I05.2	I05.2 *
Valve aortique	Insuffisance	I35.1	I06.1	I35.1
	Sténose	I35.0	I06.0	I35.0
	Sténose avec insuffisance	I35.2	I06.2	I35.2
Valve tricuspide	Insuffisance	I36.1	I07.1	I36.1
	Sténose	I36.0	I07.0	I36.0
	Sténose avec insuffisance	I36.2	I07.2	I36.2
Valve pulmonaire	Sténose	I37.0	I09.8	I37.0
	Insuffisance	I37.1	I09.8	I37.1
	Sténose avec insuffisance	I37.2	I09.8	I37.2

Affections de plusieurs valvules	
Valvules mitrale et aortique	I08.0 «atteintes des valvules mitrale et aortique» Comprend: atteintes précisées ou non d'origine rhumatismale
Valvules mitrale et tricuspide	I08.1 «atteintes des valvules mitrale et tricuspide» Comprend: atteintes précisées ou non d'origine rhumatismale
Valvules aortique et tricuspide	I08.2 «atteintes des valvules aortique et tricuspide» Comprend: atteintes précisées ou non d'origine rhumatismale
Valvules mitrale, aortique et tricuspide	I08.3 «atteintes des valvules mitrale, aortique et tricuspide» Comprend: atteintes précisées ou non d'origine rhumatismale
Valvules mitrale, aortique, tricuspide et pulmonaire	I08.8 «autres maladies valvulaires multiples» Comprend: atteintes précisées ou non d'origine rhumatismale

S09.d.9 *Maladie de Takatsubo*

Le mot Takatsubo vient du japonais «ampoule électrique» c'est le nom donné à des myocardiopathies réversibles déclenchées par un afflux massif de catécholamines au niveau du myocarde. Ce phénomène a des sources variées, phéochromocytome, effort physique intense, stress. Il faut donc le coder à «I42.8 «autres myocardiopathies».

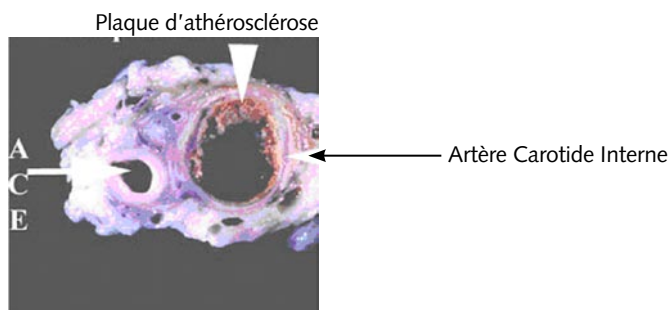
S09.d.10 *Torsade de pointe*

La torsade de pointe, étant un trouble excessif du rythme des ventricules cardiaques se traduisant par des accélérations du rythme cardiaque de type tachycardie, doit être codée à I47.2 «tachycardie ventriculaire».

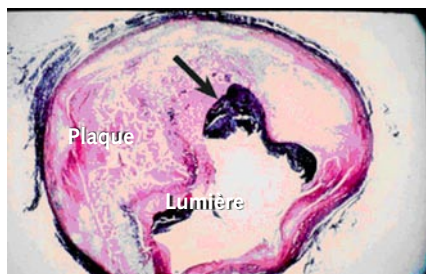
S09.d.11 *Artériopathie périphérique*

Une sténose (c'est-à-dire une occlusion d'une lumière de vaisseau) peut être due à une progression de l'artériosclérose ou à un thrombus (voir illustr. S09.d.11 et S09.d.11bis). La conséquence est la même, mais pas par le même mécanisme.

Illustration S09.d.11: Vue macroscopique de la section d'une plaque d'athérosclérose de l'origine de l'artère carotide interne.



L'illustration S09.d.11 montre une plaque d'athérosclérose qui est développée sur la paroi de l'artère carotide interne. Elle ne sténose que 30 % la lumière artérielle mais s'accompagne d'ulcérations anfractueuses où risque de se développer un thrombus mural. La section de l'artère carotide externe (ACE) est normale.



L'illustration S09.d.11bis montre une vue microscopique de la section d'une plaque d'athérosclérose de l'origine de l'artère carotide interne à un faible agrandissement. La plaque d'athérome entraîne une sténose de 70% de la lumière. Un thrombus mural (indiqué par une flèche) s'est développé au contact de la plaque.

Voici donc comment procéder pour le codage:

Artériopathie, degré 1 (ou SAI)

I73.9 «maladie vasculaire périphérique»

Artériopathie, degré 2 ou 3

I70.2 «artériosclérose des artères distales»

Artériopathie, degré 4, chronique ou SAI

I70.2 «artériosclérose des artères distales»

Artériopathie, degré 4, aiguë

I74.- «embolie et thrombose artérielles» avec

I70.2 «artériosclérose des artères distales»

Le code I77.1 «sténose d'une artère» sera utilisé dans les cas d'une sténose causée par un agent externe (ex.: tumeur).

S09.d.12 Syndrome de Cockett

Le syndrome de Cockett est une compression de la veine iliaque primitive gauche par l'artère iliaque primitive droite et qui se manifeste par des phlébites récidivantes. Il doit être codé à I87.1 «compression veineuse».

S09.d.13 Contrôle de greffe cardiaque

Pour les contrôles de greffe cardiaque, c'est le code Z09.0 «examen de contrôle après traitement chirurgical d'autres affections» qui est à indiquer en diagnostic principal. En diagnostic supplémentaire sera indiquer le Z94.1 «greffe du cœur».

S09.d.14 Mise en place, ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque

Le code Z45.0 «Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque» doit être utilisé uniquement en diagnostic principal lors d'admission pour une mise en place, un ajustement ou l'entretien d'un stimulateur cardiaque. En diagnostic supplémentaire, indiquer l'affection qui a nécessité l'implantation du pace-maker.

Exemple: Un patient, porteur d'un pace-maker pour bloc auriculoventriculaire du 2^e degré, est hospitalisé pour le changement de boîtier de son pace-maker pour épuisement de la pile. Diagnostic principal Z45.0 «ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque», diagnostic supplémentaire I44.1 «bloc auriculoventriculaire du 2^e degré».

S09.d.15 Présence d'implants et greffes cardiaques et vasculaires

Les codes de cette catégorie doivent être indiqués uniquement s'ils sont véritablement importants pour la description du cas.

S09.d.16 Ligatures de varices

Une ligature des perforantes (38.69) fait partie intégrante d'une cure de varices et est donc incluse dans le 38.59.

S09.d.17 Embolisation d'artère

Les codes 38.8- «autre occlusion chirurgicale de vaisseau» désignent expressément des occlusions chirurgicales de vaisseaux. Les codes de cette catégorie ne sont donc pas corrects dans les cas d'embolisation endovasculaire ou par cathéter. Dans les cas d'embolisation par coils, colle (par accès endovasculaire), ce sont les codes 39.7- «réparation endovasculaire de vaisseaux, réparation endoluminale» qui doivent être utilisés. S'il s'agit d'une «simple» injection ou perfusion de substance provoquant l'embolisation, c'est le code 99.29 «injection ou perfusion d'autre substance thérapeutique» qui doit être indiqué.

S09.d.18 Fistule artério-veineuse

Le code 39.27 «fistule artério-veineuse pour hémodialyse» doit être utilisé que dans les cas de création de fistule pour dialyse rénale.

Lors de réparation de fistule, il faut indiquer le code 39.42 «Révision de shunt artério-veineux pour dialyse rénale (hémodialyse)».

S09.d.19 Les accidents vasculaires cérébraux

S09.d.19A Étiologie

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est dû à une ischémie d'un territoire cérébral. L'ischémie provoque rapidement une nécrose des tissus du cerveau et a pour cause soit une obstruction soit une rupture de vaisseau.

Les obstructions ont généralement pour cause:

- Une thrombose d'artère par embolies d'origine cardiaque (embolies cardiaques),
- **L'artériosclérose:** des plaques athéromateuses se détachent et /ou s'ulcèrent et deviennent des embolies et obstruent ainsi les vaisseaux en aval (embolies artério-artérielles).

Les ruptures ont pour cause:

- Hypertension grave,
- Vasculite avec dissection consécutive,
- Rupture d'anévrisme.

S09.d.19B Anatomie

L'alimentation sanguine de la tête et du cerveau passe d'abord par les artères dites précérébrales (carotide commune, bifurcation de la carotide, artères vertébrales) qui, une fois franchi la boîte crânienne, sont appelées artères cérébrales. Le cerveau est alimenté par deux grands «affluents»: l'artère carotide interne (①) et le tronc basilaire (②), issu des artères vertébrales (③). Les artères cérébrales comprennent, outre les grands vaisseaux: l'artère choroïdienne, artère cérébelleuse, carotide intracrânienne, siphon carotidien et artère vertébrale distale.

L'artère carotide (①) interne alimente principalement:

- L'artère ophtalmique,

Et possède en outre 4 branches:

- L'artère cérébrale moyenne (appelée aussi médiane ou sylvienne) (④),
- L'artère cérébrale antérieure,
- L'artère choroïdienne,
- L'artère communicante postérieure.

L'artère basilaire a pour branche:

- Les artères cérébelleuses et
- Les artères perforantes

Illustration S09.d.19B: artères cérébrales.

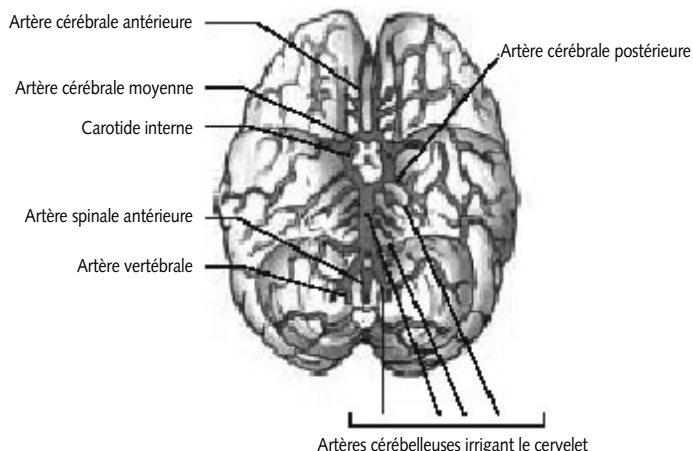
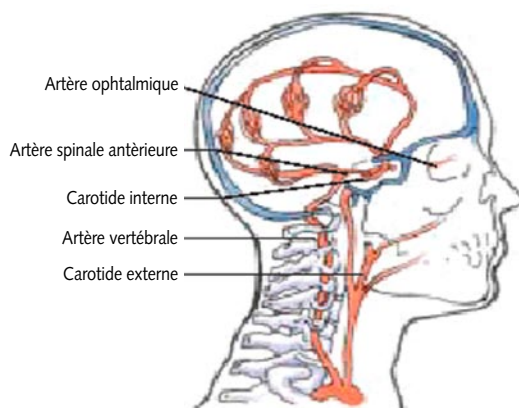


Illustration S09.d.19BBbis: artères cérébrales.



S09.d.19C Manifestation

Les manifestations d'un AVC sont diverses et elles dépendent du ou des territoires endommagés (voir illustr. S09.d.19a-d).

Environ 80% des ischémies cérébrales touchent le territoire alimenté par la carotide interne.

Une atteinte de l'artère cérébrale moyenne gauche provoque: hémiplégie, hémianopsie, troubles de la sensibilité et éventuellement aphasie lorsque l'hémisphère dominante est touchée.

Une atteinte de l'artère cérébrale antérieure provoque une hémiplégie touchant principalement le membre inférieur négligence gauche.

Une atteinte de l'artère cérébrale postérieure induit une hémianopsie.

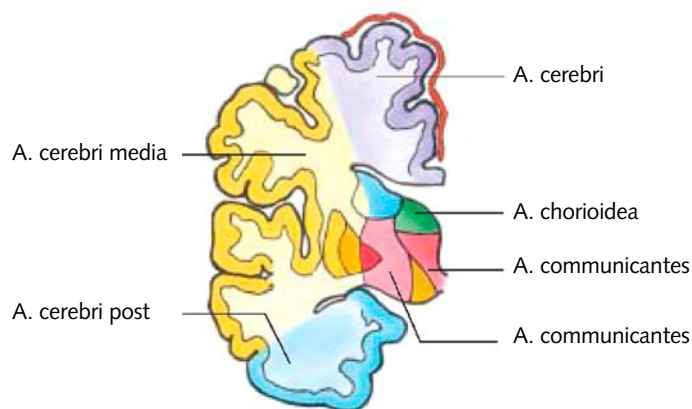


Illustration S09.d.19ter: les territoires de distribution sanguine.

Pour le codage des AVC, si l'information quant à la localisation de la lésion ou de l'artère touchée n'est pas donnée dans le rapport de sortie, il est n'est pas aisé d'attribuer le code correct. Lorsque l'information n'est pas disponible, on indique I63.9 «Infarctus cérébral, sans précision»; si l'information est disponible, il convient de procéder de la manière suivante:

Localisation de la sténose / de l'occlusion				
Codes	Polygone du Willis		Axes précébraux (A. carotide externe/ a. vertébrale)	Sinus veineux
	Sténose / Occlusion, mécanisme non précisé	Sténose / Occlusion	Sténose / occlusion	Thrombose veineuse
	I63.5	Sur embole : I63.4 Thrombose : I63.3	I63.2	I63.6

S10 Maladie de l'appareil respiratoire

S10.d.1 Les pneumonies

S10.d.1.A Anatomopathologie

Une pneumonie n'est pas égale à une pneumonie: ce terme désigne de façon générale une pathologie, généralement infectieuse, du tissu pulmonaire. Plus rarement, une allergie ou un agent chimique peut en être la cause. Les pneumonies peuvent se classer selon différents points de vue: on peut les classer selon des critères morphologiques (ou radiologiques) ou selon les critères étiologiques. Classées selon les critères morphologiques une pneumonie peut être:

- 1) Lobaire
- 2) Lobulaire
- 3) Interstitielle

1) La pneumonie lobaire: la pneumonie lobaire se situe dans un lobe des poumons (voir illustr. S10.1) et n'atteint pas les autres lobes, c'est-à-dire qu'elle reste confinée à un seul lobe, que ce soit le lobe inférieur (basal (!)), moyen ou supérieur (apical). A noter que cette pneumonie est généralement due aux pneumocoques (*streptococcus pneumoniae*) plus rarement à d'autres bactéries et que l'évolution de cette pneumonie se déroule de façon caractéristique en trois stades (hépatisation rouge, puis hépatisation grise et enfin hépatisation jaune). Lorsque l'on parle de pneumonie lobaire, il s'agit d'une pathologie spécifique bien définie. La pneumonie lobaire N'EST PAS SYNONYME DE PNEUMONIE BASALE! (Voir illustr. S10.2) et se code soit J13, si le germe responsable est connu ou J18.1 si le germe est inconnu.

Illustration S10.1: tissu atteint et non-atteint.

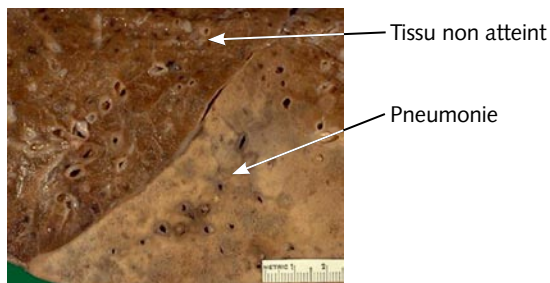
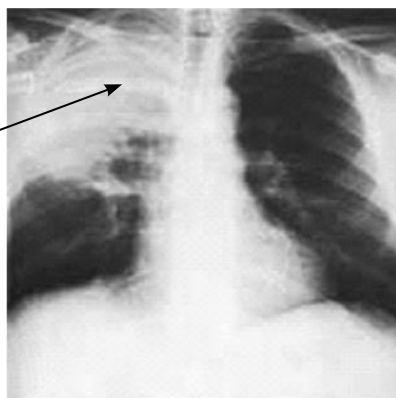
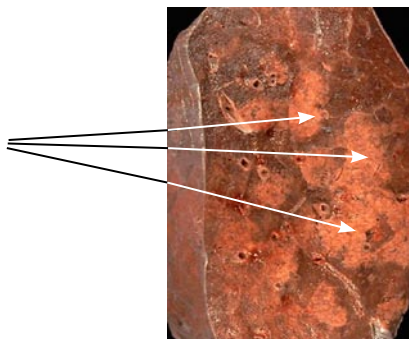


Illustration S10.2:
lobe atteint par la pneumonie
au niveau du lobe apical



2) La pneumonie lobulaire (ou bronchopneumonie) est une bronchopneumonie qui présente de nombreux «foyers» de la maladie. Dans ces cas, il s'agit d'une bronchite ou bronchiolite qui «déborde» sur les alvéoles pulmonaires. Ces pneumonies sont caractérisées par la présence de plusieurs foyers d'infections (voir illustr. S10.3). Tous les lobes peuvent être touchés. De nombreuses bactéries peuvent être responsables de ce type de pneumonie (staphylocoques, haemophilus influenza, klebsielles, etc.). Ces pneumonies se codent à J14-J16, J18.0.

Illustration S10.3:
bronchopneumonie avec multiples
foyers (*) de pneumonie



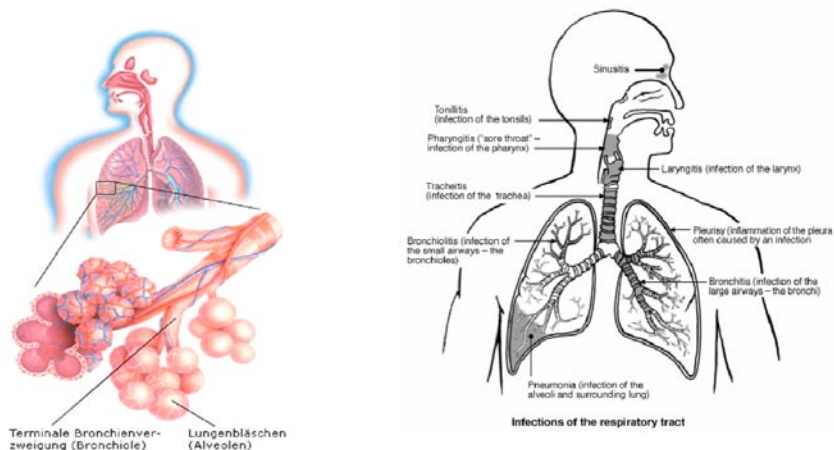
3) La pneumonie interstitielle, touchant tout l'organe et caractéristique des pneumonies virales.

En résumé: une pneumonie basale n'est pas synonyme de pneumonie lobaire et ne doit pas être classée en J18.1! Elle sera codée par J18.0 ou un autre code si l'on dispose de plus d'informations.

S10.d.2 BPCO

S10.d.2.A Anatomopathologie

Les voies respiratoires se divisent en deux parties: les voies respiratoires supérieures et les voies respiratoires inférieures. Les premières comprennent les cavités nasales avec les sinus jusqu'au pharynx. Les secondes débutent avec le larynx, continuent par la trachée, les bronches et se terminent aux bronchioles; elles comprennent donc l'arbre bronchique. Les alvéoles pulmonaires ne font plus partie de l'arbre bronchique mais appartiennent déjà au parenchyme pulmonaire (voir illustr. S10.d.2).



Les bronchites sont des inflammations des bronches et les pneumonies sont des inflammations (aiguës ou chroniques) d'origine généralement infectieuses touchant le parenchyme pulmonaire. On distingue de la pneumonie la bronchopneumonie qui touche non seulement les petites bronches et bronchioles mais «déborde» sur le parenchyme pulmonaire. Cette entité touche ainsi l'arbre bronchique et le tissu du poumon lui-même. L'on distingue donc la trachéite, bronchite, bronchiolite, bronchopneumonie et pneumonie, les quatre premières impliquant les voies respiratoires inférieures, la dernière non, puisque seul le tissu pulmonaire est touché et non les bronches.

La BPCO (bronchite ou bronchopneumopathie obstructives chroniques) est une affection composée de plusieurs manifestations: en plus des altérations de la muqueuse liée à la bronchite chronique, l'on trouve une inflammation (neutrophilique et lymphocytaire) prédominant au niveau de la bronchiole terminale avec une destruction en aval de la bronchiole respiratoire et du parenchyme, destruction débouchant sur un emphysème. Elle touche fréquemment les fumeurs et est cliniquement caractérisée par une obstruction des voies respiratoires

S10.d.2.C

Pour le codage des BPCO:

- Lorsqu’il y a hospitalisation pour BPCO et pneumonie ou bronchopneumonie, il convient d’indiquer en sus du J44.0, le code correspondant à la pneumonie (p. ex. J18.0 «broncho-pneumopathie, sans précision»).
- Si la BPCO est exacerbée et est accompagnée d’une infection aiguë, indiquez le code J44.0.
- Notons que l’asthme est inclus dans les codes de la catégorie J44.- et ne doit pas être codé de façon supplémentaire.
- Lorsque le patient présente sur sa BPCO une insuffisance respiratoire qui doit être traitée par ventilation ou respiration artificielle telle que par exemple CPAP, il convient de l’indiquer.

En résumé

BPCO et ...		
1.	Principe: si le libellé «avec» (infection) existe et est clair:	J44.0 maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
2.	BPCO et asthme	J44.8 seul (asthme inclus)
3.	BPCO et pneumonie	
	Diagnostic principal:	J12-J16, J18 pneumonie
	Diagnostic supplémentaire:	J44.0
4.	BPCO et insuffisance respiratoire aiguë	
	Diagnostic principal:	J96.0
	Diagnostic supplémentaire:	J44.1
5.	BPCO et insuffisance respiratoire chronique	
	Diagnostic principal:	J96.1
	Diagnostic supplémentaire :	J44.1
6.	Patient hospitalisé pour une autre pathologie (par ex: fracture du fémur), connu pour une BPCO	
	Diagnostic principal:	S72.0
	Diagnostic supplémentaire:	J44.8

7.	Patient hospitalisé pour une autre pathologie (par ex : fracture du fémur) et souffrant qu'une BPCO avec insuffisance respiratoire chronique traitée spécifiquement	
	Diagnostic principal:	S72.0
	Diagnostic supplémentaire:	J44.8
	Diagnostic supplémentaire:	J96.1
8.	BPCO surinfectée ou surinfection de BPCO	J44.0
	Avec décompensation respiratoire: coder sous	J96.0 «insuffisance respiratoire aiguë»

Remarque: le code J44.9 «Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision» est utilisé uniquement lorsque aucune précision quant à la nature de la BPCO est connue.

S15 Obstétrique

S15.g Généralités

Les codes de diagnostic concernant l'obstétrique se trouvent dans le chapitre XV «grossesse, accouchement et puerpéralité» (codes O00-O99) de l'index systématique de la CIM-10, chapitre concernant uniquement le codage du séjour de la mère.

Certaines pathologies liées à la grossesse et puerpéralité se trouvent dans d'autres chapitres. Il s'agit des lésions traumatiques et des empoisonnements (S00-T98), de la nécrose pituitaire post-partum (E23.0), de l'ostéomalacie puerpérale (M83.0),- des surveillances de grossesse à haut risque (Z35.-),- des surveillances de grossesse normale (Z34.-), du tétanos obstétrical (A34),des troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité (F53.-).

A noter que les maladies dues au VIH (B20-B24) ont été éliminées des exclusions en début du chapitre XV. Elles peuvent donc être indiquées avec les codes O00-O99.

Les codes de procédures d'obstétrique se trouvent principalement dans le chapitre 13 de la CHOP «techniques obstétricales» (catégories 72 à 75).

S15.g.1 Définitions

Accouchement

Expulsion d'un fœtus après la 22^e semaine (plus de 154 jours) de gestation ou présentant un poids égal ou supérieur à 500g.

Accouchement extra-muros

Le code Z39.0 «soins et examens immédiatement après l'accouchement» doit être indiqué et non le code Z37.- «résultat de l'accouchement».

Après terme

42 semaines entières ou plus (plus de 294 jours) de gestation.

A terme

De 37 à moins de 42 semaines (259 à 293 jours) de gestation.

Avant terme

Moins de 37 semaines entières (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 et un âge gestationnel minimal de 22 semaines complètes ou un poids à la naissance égal ou supérieur à 500g.

Enfant mort-né (morti-naissance)

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 500g. Dans ce cadre, les codes suivants sont indiqués O35.- «soins maternels pour anomalie et lésions fœtales connues ou présumées» ou O36.- «soins maternels pour d'autres affections connues ou présumées du fœtus»¹².

Avortement / Fausse-couche

Est considérée comme avortement / fausse-couche toute interruption précoce de la grossesse avec expulsion spontanée ou provoquée du fœtus jusqu'à la 22^e semaine de grossesse révolue ou avec un poids à la naissance de 500g ou moins (dans ce cadre, les codes O02.- à O06.- «autres produits anormaux de la conception et avortement» sont utilisés).

Missed abortion

Le terme «missed abortion» est le terme anglo-saxon pour désigner une rétention d'un œuf ou d'un fœtus mort.

Période placentaire

Période depuis la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta.

Période post-placentaire

Période de deux heures après expulsion du placenta.

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.

Syndrome de HELLP

Le syndrome de HELLP, qui se caractérise par une hémolyse (H), un dysfonctionnement hépatique se manifestant par des enzymes hépatiques élevées (Elevated Liver function test) et une thrombocytopénie (Low Platelet counts) et dont l'étiologie reste peu claire, est une variante d'une pré-éclampsie sévère. L'origine de ce syndrome implique donc le code O14.1 «pré-éclampsie sévère».

¹² Concernant l'annonce à l'état civil: il est obligatoire d'annoncer à l'état civil toute naissance vivante indépendamment de la durée de gestation et de poids à la naissance et toute morti-naissance à partir de 22 semaines complètes de gestation (> 22 0/7 semaines) ou un poids à la naissance > 500 g.

S15.d Directives

S15.d.1 Directives générales pour le choix du diagnostic principal

S15.d.1A Généralités

Le diagnostic principal est toujours un code du chapitre XV (O00-O99). En présence de plusieurs affections, sera indiquée en diagnostic principal celle qui aura :

- mis en danger la santé de la mère et de l'enfant,
- nécessité le plus de ressources médicales.

S15.d.1C Accouchement (O80.- – O84.-)

Les catégories O80.- à O84.- «Accouchement» ne doivent pas être utilisées systématiquement comme diagnostic principal. La catégorie O80.- «Accouchement unique et spontané» est indiquée comme diagnostic principal dans les cas d'accouchement et de suites de couches sans problème. Dans tous les autres cas, le problème clinique majeur (p. ex.: accouchement prématuré, dystocie, grossesse à risque, etc.) est documenté comme diagnostic principal avec le code correspondant du chapitre XV.

Exemple: Une patiente est hospitalisée pour une provocation en raison d'un dépassement de terme (42 1/7 semaines). L'accouchement a lieu par césarienne d'urgence en raison d'une souffrance fœtale aiguë et d'une non-progression en phase de dilatation. Diagnostic principal O68.0 «Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus», diagnostics supplémentaires O63.0 «Prolongation de la première période [dilatation]», O82.1 «Accouchement par césarienne d'urgence», O48 «Grossesse prolongée» et Z37.0 «Naissance unique, enfant vivant».

Exemple: patiente à la 40^e semaine de grossesse, hospitalisée d'urgence pour souffrance fœtale aiguë. Un oligohydramnios est en outre constaté. Naissance d'un enfant sain. Saignements en post-partum. Diagnostic principal O68.0 «Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus», diagnostics supplémentaires O41.0 «Oligoamnios», O72.1 «Autres hémorragies immédiates du post-partum», O82.1 «Accouchement par césarienne d'urgence», Z37.0 «Naissance unique, enfant vivant».

Exceptions: Les codes suivants ne sont pas utilisés comme diagnostic principal:

- O30.- grossesse multiple,
- O70.0 et O70.1 déchirure du périnée du 1^{er} et 2^e degré,
- O75.7 accouchement par voie vaginale après une césarienne.

S15.d.2 Directives générales pour le choix du diagnostic supplémentaire

Un code de la catégorie Z37.- «résultat de l'accouchement» doit toujours être indiqué comme diagnostic supplémentaire. Cette indication permet d'obtenir une information complète de la grossesse et de l'accouchement, mais permet également une liaison plus aisée entre les informations concernant la mère (âge, maladie, grossesse à risque, naissance à risque, etc.) et le résultat de l'accouchement. Ceci est important pour les études épidémiologiques, car les données

étant rendues anonymes par le code de liaison, il est possible mais difficile de relier les informations concernant la mère aux informations du nouveau-né (la catégorie Z38.- ne sera utilisée que pour les nouveau-nés).

S15.d.3 Directives spéciales

S15.d.3C1 Grossesse se terminant par un avortement (O00-O08, O35.-)

Lorsqu'il s'agit d'une interruption précoce au sens d'un avortement (c'est-à-dire à moins de 22 semaines complètes), un code des catégories O02.- à O06.- sera indiqué. Ces codes sont à utiliser lorsqu'une grossesse de moins de 22 semaines (complètes) se termine par un avortement ou une interruption thérapeutique précoce. L'avortement est indiqué comme diagnostic principal la cause de l'interruption comme diagnostic supplémentaire.

Exemples:

1. Interruption de grossesse pour cause de syndrome de Patau (trisomie 13) après 12 semaines de grossesse. Diagnostic principal O04.9 «Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication», diagnostic supplémentaire O35.1 «soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus».
2. Interruption de grossesse dans le cadre de grossesse non désirée. Diagnostic principal O04.9 «avortement médical, complet ou sans précision, sans complication», diagnostic supplémentaire Z64.0 «difficultés liées à une grossesse non désirée».
3. Interruption de grossesse médicamenteuse par prise per os de Mifepriston en combinaison avec un médicament analogue à la prostaglandine (Misoprostol) jusqu'à une durée d'aménorrhée de 49 jours (7^e semaine de grossesse). Diagnostic principal Z30.3 «extraction cataméniale», diagnostic supplémentaire Z64.0 «difficultés liées à une grossesse non désirée».

Les codes de la catégorie O08 «complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire» se codent en diagnostic principal dans le cas d'une réhospitalisation destinée au traitement de ces complications.

Exemple: Patiente est hospitalisée pour le traitement d'une septicémie après un avortement pratiqué quelques jours plus tôt. Diagnostic principal O08.0 «Infection de l'appareil génital et des organes pelviens consécutive à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire».

Lorsqu'une grossesse est interrompue, il convient d'indiquer comme diagnostic principal l'interruption (thérapeutique) et comme diagnostic supplémentaire la cause de l'interruption.

Exemple: Patiente hospitalisée pour une fausse-couche et qui fait une hémorragie sévère lors de ce séjour. Diagnostic principal O03.6 «Avortement spontané», diagnostic supplémentaire O08.1 «Hémorragie retardée ou sévère consécutive à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire».

S'il s'agit d'une interruption de grossesse après la 22^e semaine de grossesse (ou en cas d'âge gestationnel inconnu avec un poids au-delà de 500g), on indiquera un code de la catégorie O35.– «Soins maternels pour anomalie et lésions fœtales, connues ou présumées» ou O36.– «Soins maternels pour d'autres affections connues ou présumées du fœtus»).

Exemple: Interruption de grossesse pour anencéphalie à la 26^{ème} semaine de grossesse. Diagnostic principal O35.0 «Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus», diagnostics supplémentaires O60 «Accouchement avant terme», O80-O84 «Accouchement» et Z37.1 «Naissance unique, enfant mort-né».

Mort in utero

Lorsqu'une patiente est traitée pour une mort in utero après plus de 22 semaines de gestation, le O36.4 «Soins maternels pour mort intra-utérine» est indiqué.

S15.d.3C2 Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse (O20-O29)

Ces codes désignent des affections étroitement liées à la grossesse, par exemple O21.1 «Hyperémèse gravidique avec troubles métaboliques». Si l'affection ne se trouve pas parmi ces catégories, utiliser les codes des catégories O98 - O99.

S15.d.3.C3 Maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O98-O99)

Les Codes O98-O99 désignent des complications d'une grossesse et les états qui compliquent une grossesse et donnent lieu à une thérapie. Ces états sont classés plus précisément dans d'autres chapitres de la classification CIM-10. Les codes des catégories O98-O99 sont indiqués comme diagnostic principal et le code correspondant des autres chapitres comme diagnostic supplémentaire lorsque la patiente est hospitalisée dans le cadre d'une thérapie obstétricale.

Exemple: Patiente hospitalisée pendant sa grossesse pour une anémie sévère par carence en vitamine B12.

Diagnostic principal O99.0 «anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité», diagnostic supplémentaire D51.3 «autres anémies par carence alimentaire en vitamine B12».

Si une telle affection appelle une thérapie sans influence majeure sur le séjour actuel (p. ex. thérapie per os sans influence sur la durée de séjour) ou n'est pas considérée comme diagnostic principal, elle est indiquée grâce au code précis comme diagnostic supplémentaire et le code correspondant des catégories O98-O99 n'est plus indiqué.

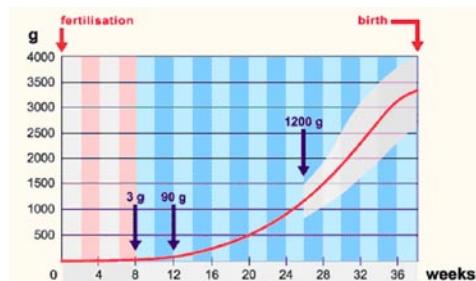
En résumé: les codes O98-O99 désignent des états ou des maladies compliquant la grossesse ou qui sont aggravés par celle-ci et qui sont la raison de traitement ou de soins. Notons que ces affections sont désignées de façon précise dans d'autres chapitres de la CIM-10. Ils se codent de la façon suivante:

Grossesse	Si l'affection compliquant ou aggravant la grossesse représente le motif d'hospitalisation respectivement de traitement	Alors O98-O99 est indiqué en diagnostic principal
	Exemple: Patiente hospitalisée pour une anémie sévère due à la grossesse et compliquant celle-ci: Diagnostic principal: O99.0 Diagnostic supplémentaire: D50.8	
	Si l'affection compliquant ou aggravant la grossesse ne représente pas le motif d'hospitalisation respectivement de traitement	Alors on indique le code précis de l'affection sans O98-O99
	Exemple: Patiente enceinte hospitalisée pour une commotion cérébrale après une chute sur le trottoir enneigé et souffrant en outre d'un côlon irritable avec de sévères diarrhées. Diagnostic principal: S06.0 Compl. au diagnostic principal: W00 Diagnostic supplémentaire: K58.9 Diagnostic supplémentaire: Z34.-	
	Lorsqu'une affection indépendante de la grossesse est diagnostiquée et est le motif du traitement	Alors l'affection est indiquée en diagnostic principal et le fait que la patiente soit enceinte par Z34.- en diagnostic supplémentaire
	Exemple: Patiente enceinte hospitalisée pour une commotion cérébrale après une chute après une chute sur le trottoir enneigé. Seul une surveillance neurologique d'une nuit est entreprise: Diagnostic principal: S06.0 Diagnostic supplémentaire: Z34.-	
	Si l'affection n'a aucune influence	elle n'est pas indiquée
Accouchement	Si l'affection concernée motive une césarienne (ou tout autre type d'accouchement autre que spontané)	alors O98-O99 est indiqué en diagnostic principal
	Exemple: Patiente avec myopie maligne, raison pour laquelle l'accouchement doit avoir lieu par césarienne (peu importe qu'elle soit en urgence ou élective): Diagnostic principal: O99.8 Diagnostic supplémentaire: H44.2 Diagnostic supplémentaire: O82.- Diagnostic supplémentaire: Z37.0	
	Si l'affection concernée influence le séjour mais pas le type d'accouchement,	Alors l'affection est indiquée en diagnostic supplémentaire
	Exemple: Patiente qui accouche par voie basse et développe une bronchite aiguë deux jours avant son retour à domicile. Diagnostic principal: O80.0 Diagnostic supplémentaire: J20.9 Diagnostic supplémentaire: Z37.0	
	Si l'affection n'a aucune influence	elle n'est pas indiquée

S15.d.3C4 Retard de croissance fœtale

Le code O36.5 «Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus» est indiqué en cas de croissance insuffisante ou suspectée insuffisante du fœtus. Il peut s'agir d'un fœtus léger (light-for-dates) ou petit (small-for-dates) pour l'âge gestationnel.

Courbe de poids de l'enfant durant la grossesse



S15.d.3C5 Grossesse multiple

Les accouchements multiples spontanés se codent à O84.0 «accouchements multiples, tous spontanés» en diagnostic principal et un code de la catégorie O30.- «grossesse multiple» en diagnostic supplémentaire.

Dans tous les autres cas, c'est l'(les) affection(s) ou la (es) complication(s) qui est (sont) indiquée(s) comme diagnostic principal et les codes O84.- et O30.- comme diagnostics supplémentaires.

Exemple: patiente, 38^e semaine de grossesse, accouchant par forceps le deuxième fœtus pour souffrance fœtale aiguë. Forceps au niveau du plancher pelvien avec épisiotomie. Diagnostic principal O68.0 «Travail et accouchement compliqué d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus», diagnostics supplémentaires O84.8 «Autres accouchements multiples», O30.0 «Grossesse multiple, jumeaux», Z37.2 «Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants», traitement principal 72.01 «Forceps bas [niveau plancher pelvien] avec épisiotomie» (pour le codage des forceps, voir S15.d.3.C10).

S15.d.3C6 Cicatrice utérine

Le code O34.2 «Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure» n'est à utiliser que dans les cas où celle-ci exige une surveillance ou un traitement spécifique.

Le code O75.7 «Accouchement par voie vaginale après une césarienne» est utilisé en diagnostic supplémentaire pour les accouchements par voie basse après une césarienne lors d'une grossesse antérieure.

S15.d.3C7 Soins maternels pour iso-immunisation (O36.-)

Chez chaque patiente enceinte le groupe sanguin est déterminé en début de grossesse. En cas d'incompatibilité des facteurs rhésus (groupes sanguins C, c, D et E, e) ou d'autres groupes sanguins entre la mère et l'enfant une surveillance attentive de la grossesse est indiquée car un passage d'anticorps maternels par le placenta peut provoquer une anémie hémolytique du fœtus (due au manque de «porteur» d'oxygène) jusqu'à un anasarque généralisé du fœtus (hydrops fetalis) voire une mort intra-utérine.

La surveillance d'une grossesse en cas d'incompatibilité de groupes sanguins consiste en une évaluation du risque fœtal en mesurant le taux d'anticorps et de l'anamnèse. Afin de juger l'éventuelle hémolyse fœtale, des mesures diagnostiques spécifiques par ultrasons (mesure de la vitesse du flux sanguin au niveau de l'artère cérébrale moyenne) et éventuellement des mesures invasives (amniocentèse et cordocentèse) sont effectuées.

En principe, une première grossesse ne pose aucun problème au niveau du système Rhésus. Ces anticorps apparaissent généralement après la première grossesse lorsqu'une mère «Rhésus-négative» est sensibilisée durant le premier accouchement par contact direct avec les globules rouges Rhésus positifs respectivement avec l'antigène D (plus rarement C, c, E ou e) de l'enfant. Plus rarement une sensibilisation peut produire durant une première grossesse par exemple en cas de menace d'accouchement prématuré, après une amniocentèse ou même sans cause constatée. Afin d'éviter une telle sensibilisation, une injection d'anticorps anti-D est effectuée au cours de la grossesse sur indication ou après environ 28 semaines de gestation. Ces anticorps peuvent être encore décelés à l'accouchement mais ne signifient pas qu'il existe une incompatibilité. Il n'existe aucune «vaccination» similaire contre les anticorps d'autres groupes sanguins.

En résumé: La simple constatation lors d'une première grossesse que la mère et l'enfant n'ont pas le même facteur rhésus n'implique pas l'indication obligatoire de ce code, et ceci même dans le cas où une injection d'anti-D a eu lieu à l'accouchement.

Le code O36.0 (et O36.1 pour les incompatibilités AB0) n'est indiqué que dans les cas où la mère doit être traitée (surveillance, mise en évidence et mesure d'anticorps, hydramnios, év. amniocentèse) pour cette incompatibilité. En revanche l'injection d'anti-D est toujours indiquée comme traitement avec 99.11 «Injection d'immunoglobuline RH».

S15.d.3C8 Durée de la grossesse et complication du travail et de l'accouchement

Lorsque l'accouchement – indépendamment qu'il soit spontané, provoqué ou par césarienne – se produit avant 37 semaines entières de gestation (moins de 259 jours), le code O60 «Accouchement avant terme» est indiqué.

Lorsque l'accouchement – indépendamment qu'il soit spontané, provoqué ou par césarienne – se produit après 42 semaines entières ou plus de gestation, le code O48 «Grossesse prolongée» est indiqué.

Faux travail (O47.-)

Des contractions utérines plus ou moins régulières mais sans effet sur le col utérin (et ne conduisant donc pas à l'accouchement) peuvent survenir, particulièrement en fin de grossesse. On parle alors de contractions sans effets sur le col.

Si de telles contractions se produisent avant 37 semaines entières de gestation, le code O47.0 «Faux travail avant 37 semaines entières de gestation» est indiqué. Dans ce cas l'on parle de menace d'accouchement prématuré.

Après 37 semaines entières, le code O47.1 «Faux travail après la 37^e semaine entière de gestation».

- O47.- en plus lors de contractions avant 37 semaines complètes sans accouchement,
- O60 en plus lorsque l'accouchement se produit avant 37 semaines entières de gestation (et le type d'accouchement).

Le renvoi à O60 de l'index alphabétique allemand est à supprimer.

O42.- «Rupture prématurée des membranes...»

Si le travail se déclenche spontanément, en moins de 12 heures après la rupture des membranes ou si la rupture de la poche des eaux survient au cours du travail, il ne s'agit **pas** d'une rupture prématurée des membranes.

Les codes O42.- sont à utiliser uniquement lorsqu'un traitement (par exemple une antibiothérapie ou une provocation) est entrepris pour une rupture des membranes.

O63.- Travail prolongé

Le travail est considéré comme prolongé lorsque:

- La période de dilatation dure plus de 12 heures, on indique alors le code O63.0 «prolongation de la première période [dilatation]»,
- La période d'expulsion dure plus d'une heure, on indique alors le code O63.1 «prolongation de la deuxième période [expulsion]».

Le code O74.6 «autres complications d'une rachianesthésie et d'une anesthésie péridurale au cours du travail et de l'accouchement» est indiqué lorsque la période d'expulsion dure plus de deux heures sous anesthésie péridurale.

Attention! Lorsqu'il s'agit d'un travail prolongé après rupture des membranes, c'est le code O75.5 «Accouchement retardé après rupture artificielle des membranes» respectivement O75.6 «Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes». Le laps de temps écoulé entre la rupture des membranes et l'accouchement doit être d'au moins 24 heures.

Provocation d'accouchement / Induction du travail

Les inductions du travail artificielles ou chirurgicales se codent par 73.0- «rupture artificielle des membranes» et 73.1- «autre induction chirurgicale du travail».

Les inductions médicamenteuses se codent par 73.4 «induction médicamenteuse du travail».

Attention! Les stimulations des contractions ne sont PAS codées.

Si l'induction se solde par un échec, indiquez un code de la catégorie O61.- «échec du déclenchement du travail».

Traumatismes dus à l'accouchement

Les traumatismes d'accouchement, qu'ils soient dus aux instruments ou spontanés sont codés avec les codes de la catégorie O71.- «Autres traumatismes obstétricaux». Les lésions dans le cadre d'une césarienne se codent en T80-T88 «Complications de soins chirurgicaux et médicaux non classés ailleurs» suivis par la cause externe (codes du chapitre XX).

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».

Est considéré comme hémorragie postpartale (O72.0 à O72.2) toute perte de sang de plus de 500 ml après un accouchement spontané et de plus de 1000 ml après une césarienne.

Attention! Chez certaines patientes, un niveau inférieur de perte de sang peut déjà impliquer une mesure thérapeutique alors que chez d'autres patientes des pertes de sang plus importantes se révèlent sans conséquences. Pour cette raison il convient de toujours observer les indications données par l'obstétricien et de considérer les deux définitions suivantes:

- Chute de plus de 10% de l'hématocrite ou de l'hémoglobine,
- Tout saignement provoquant des symptômes hémodynamiques ou nécessitant une transfusion.

S15.d.3C9 Accouchement

Les césariennes programmées (pour des raisons médicales ou de confort) sont indiquées par le code de diagnostic O82.0 «accouchement par césarienne programmée».

Exemple: Césarienne de confort. Diagnostic principal O82.0 «Accouchement par césarienne programmée», diagnostic supplémentaire Z37.- «Résultat de l'accouchement».

Exemple: Patiente hospitalisée pour une césarienne en raison d'un siège. Diagnostic principal O32.1 «Soins maternels pour présentation du siège», diagnostics supplémentaires O82.0 «Accouchement par césarienne programmée», Z37.- «Résultat de l'accouchement».

Les césariennes d'urgence ou les césariennes non programmées se codent O82.1 «accouchement par césarienne d'urgence».

Attention! Il est à noter que les termes «programmée» «non programmée» ne correspondent

pas aux termes utilisés en clinique «primaires» et «secondaires». Dans le langage clinique, une césarienne primaire signifie qu'elle est effectuée avant l'apparition des contractions, indépendamment qu'elle ait été planifiée ou non. Une césarienne secondaire signifie que la césarienne est effectuée après l'apparition des contractions. Pour le codage, il convient uniquement du considérer si la césarienne a été effectuée d'urgence ou de façon programmée. Les termes primaires respectivement secondaire ne doivent pas être pris en compte et le classement en O82.0 et O82.1 est ainsi facilité.

Naissance extra-muros

Z39.0 «Soins et examens immédiatement après l'accouchement». A utiliser lorsqu'une patiente est hospitalisée directement après l'accouchement. Dans ce cas, le résultat de l'accouchement (catégorie Z37.-) ne doit pas être indiqué.

Porteur de streptocoques

Lorsqu'une parturiente est porteuse de streptocoques il convient d'indiquer le code Z22.3 «Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées».

S15.d.3C10 Traitements

Accouchement spontané

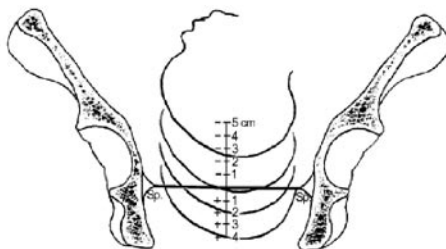
Dans les cas d'accouchements spontanés, sans intervention médicale, sans induction et sans épisiotomie, c'est le code de traitement 73.59 «autre assistance manuelle de l'accouchement» qui sera indiqué.

Anesthésie péridurale

Les anesthésies péridurales (03.91) sont à coder uniquement si elles ont un but antalgique pour un accouchement par voie basse. Pour une césarienne, l'anesthésie fait partie du code opératoire.

Accouchement par forceps

Comme forceps haut (72.3-) est considéré toute extraction au forceps au-delà d'une hauteur des spinae de l'ischion: 72.31 «forceps haut avec épisiotomie», 72.39 «autre forceps haut» (s'entend sans épisiotomie). Cette opération de forceps ne devrait en principe plus être pratiquée ou seulement sous des conditions favorables par un obstétricien très expérimenté.



Comme forceps moyen (72.2-) est considéré toute extraction au forceps depuis une hauteur des spinae de l'ischion ou immédiatement au-dessous, mais encore au-dessus de +2 cm: 72.21 «forceps moyen avec épisiotomie», 72.29 «autre forceps moyen» (s'entend sans épisiotomie).

Un forceps bas d'une hauteur de +2 jusqu'à +3cm sous les spinae des ischions, mais au-dessus du plancher pelvien sera codé par 72.1-: 72.11 «forceps bas avec épisiotomie», 72.19 «autre forceps bas» (s'entend sans épisiotomie).

Un forceps bas effectué au niveau du plancher pelvien sera codé par 72.0-: 72.01 «forceps bas, niveau plancher pelvien avec épisiotomie», 72.09 «autre forceps bas, niveau plancher pelvien» (s'entend sans épisiotomie).

Césarienne

A l'heure actuelle, ce sont les césariennes isthmiques basses qui sont principalement effectuées, le code correspondant est le 74.1 «césarienne isthmique basse».

Plus rarement des césariennes corporéales sont effectuées, surtout pour les accouchements prématurés ou en cas de placenta praevia. Le code est alors 74.0 «césarienne classique».

En résumé

Accouchement sans problème	Accouchement compliqué
<i>Diagnostic principal</i>	<i>Diagnostic principal</i>
• code de la catégorie O80.- ou le code O84.0	• indiquer le problème clinique majeur
<i>Diagnostic supplémentaire</i>	<i>Diagnostic(s) supplémentaire(s)</i>
• résultat de l'accouchement (Z37.-)	• les problèmes ou pathologies concomitants • résultat de l'accouchement (Z37.-) • code de la catégorie O81.- à O84.- (sauf O84.0)
! Attention: Z37.- doit toujours être indiqué !	
Remarque: codes de la catégorie O08.- : généralement diagnostic supplémentaire sauf si le séjour est motivé pour le traitement de ces complications	
Remarque: codes des catégories O98.- à O99.-: diagnostic principal. Codes correspondants des autres chapitres diagnostics supplémentaires	
Remarque: syndrome de HELLP correspond à O14.1	
<i>Traitements</i>	
73.59 «autre assistance manuelle de l'accouchement»	
Attention! ne pas indiquer de codes P dans le dossier de la mère	

S16 Néonatalogie

S16.g Généralités

La néonatalogie est une sous spécialité de la pédiatrie destinée à prodiguer des soins aux nouveau-nés, particulièrement le nouveau-né malade ou prématuré. C'est une spécialité hospitalière et elle est habituellement pratiquée dans des unités néonatales de soins intensifs. Les principaux patients des néonatalogues sont des nouveau-nés qui sont malades ou qui nécessitent des soins médicaux spéciaux dus à la prématurité, petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérine, malformations congénitales (défauts de naissance), septicémies, ou asphyxies obstétricales.

S16.d Directives

S16.d.1 Nouveau-né à terme

S16.d.1.A Définition

La durée de la grossesse est calculée en semaines d'aménorrhée (donc à partir du 1^{er} jour des dernières règles). Le nouveau-né à terme est né entre 37 et 42 semaines de gestation (259 à 293 jours).

S16.d.1.C Infos codage

Pour un nouveau-né **en bonne santé**, indiquer comme diagnostic principal un code de la catégorie Z38.- «enfants nés vivants, selon le lieu de naissance».

Dans les cas où un nouveau-né **présente une ou plusieurs pathologies**, il conviendra de coder l'affection la plus importante comme diagnostic principal et les éventuelles pathologies concomitantes comme diagnostics supplémentaires. Dans ce cas, l'indication d'un code Z38.- est superflue puisque l'indication de naissance apparaît dans le mode d'admission (variable 1.2.V.3).

Exemple: nouveau-né avec un muguet (mycose buccale) traité par du gel miconazole.
Diagnostic principal P37.5 «candidose néonatale».

Remarque: les codes de morbidités spécifiques aux nouveau-nés se trouvent pour la plupart dans le chapitre XVI «certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale» (P00-P96) ainsi que les codes S00-T78, E00-E90, Q00-Q99, A33 et C00-D48.

Rappelons que la période périnatale est définie comme étant la période débutant 22 semaines après le début de la gestation et se terminant 7 jours révolus après la naissance.

*La plupart des codes P sont utilisés pour coder non seulement les affections se situant durant la période périnatale mais également les affections **dont l'origine se situe clairement lors de cette période** et se manifestant plus tard. Selon la page 821 du volume 1 de la CIM10.*

Quelques codes P ne sont cependant pas autorisés au-delà du 28^e jour du nouveau-né. Ils sont destinés uniquement à la période néonatale: 1^{er} au 28^e jour de vie (voir liste annexe S19).

Pour un nouveau-né de moins de 28 jours mais au delà de 7 jours si parmi les codes cités plus haut il n'existe pas de code spécifique pour coder une pathologie, un code décrivant précisément la maladie provenant d'autres chapitres pourra être utilisé.

Cela veut dire que les codes P28.8 P28.9, P29.8, P29.9 seront utilisées quand la pathologie n'est pas précisée dans les documents.

Exemple: Pour la cardiomyopathie congénitale chez un bébé de 8 jours utiliser I42.4 au lieu de P29.8 autres affections cardio-vasculaires survenant pendant la période périnatale. I42.4 est à utiliser pour un bébé au delà de la période de périnatalogie, donc plus de 7 jours.

S16.d.2 Prématurés

S16.d.2.A Définition

Selon les définitions de l'OMS, un enfant né avant terme (prématuré) est un enfant né à moins de 37 semaines (259 jours) de gestation.

S16.d.2.C Infos codage

La prématurité se code au moyen des codes de la catégorie **P07.-** «anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs».

Quatre codes constituent cette catégorie. Parmi ceux-ci, deux codes sont relatifs au poids (P07.0 ou P07.1) et les deux autres (P07.2 ou P07.3) relatifs à l'âge gestationnel. Les codes P07.0 et P07.1 (relatifs au poids) sont prioritaires par rapport aux codes relatifs à l'âge.

Les codes de P07.0/P07.1 seront indiqués comme diagnostic principal lorsque le nouveau-né ne présente aucune autre pathologie.

Exemple: prématuré né à 36 semaines et pesant 2'430 g, mais ne présentant aucune pathologie. Diagnostic principal P07.1 «Autres poids faibles à la naissance», diagnostic supplémentaire, P07.3 «Autres enfants nés avant terme».

Pour un prématuré à 36 semaines avec un poids de naissance de 2560 g utiliser uniquement le code P07.3 «Autres enfants nés avant terme».

Dans les cas, où **il existe plusieurs pathologies**, la plus grave sera indiquée comme diagnostic principal et les codes de prématurité parmi les diagnostics supplémentaires.

Exemple: prématuré né à la 29^e semaine et souffrant d'immaturité pulmonaire. Diagnostic principal P28.0 «Atéléctasie primitive du nouveau-né», diagnostics supplémentaires P07.1 «Autres poids faibles à la naissance», diagnostic supplémentaire, P07.3 «Autres enfants nés avant terme».

S16.d.3 Lien codage mère-codage enfant

Les morbidités de la mère n'ont aucune influence sur les codes du nouveau-né. Il n'existe ainsi aucun lien direct entre les codes de la mère et ceux de l'enfant. Par contre, si les morbidités de la mère ont des conséquences sur la santé de l'enfant, celles-ci seront indiquées dans le data-set de l'enfant par les codes P00.- à P04.-.

Exemple: en conséquence d'infarctus placentaires, un nouveau-né montre un retard de croissance. Diagnostic principal P05.2 «Faible poids pour l'âge gestationnel», diagnostic supplémentaire P02.2 «Fœtus et nouveau-né affectés par des anomalies morphologiques et fonctionnelles du placenta, autres et sans précision».

Remarque: dans le dossier de la mère sera indiqué le diagnostic principal O43.8 «autres anomalies du placenta»

Les codes P00.- à P04.- «fœtus et nouveau-né affectés par les troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement» sont relativement peu explicites et ne donnent aucune indication exacte quant à la nature de ces affections.

Afin de fournir à la statistique médicale des informations aussi exactes que possible, il convient d'indiquer les codes correspondants les plus précis. Dans ce contexte l'affection majeure est indiquée comme diagnostic principal et le fait qu'il s'agisse d'une affection due à des facteurs maternels comme diagnostic supplémentaire.

Il existe cependant des cas où cela n'est pas applicable. L'exemple est le nouveau-né sain né d'une mère HIV, qui ne présente aucun symptôme mais subit des prises de sang et un traitement anti-viral. Le même cas s'applique aux bébés nés de mères porteuses de streptocoques, seulement si un traitement a été instauré. Dans ces cas le code approprié sera P00.2 ou P00.8 selon nature de l'infection, HIV ou infection localisée.

Exemple: jumeaux présentant un retard de croissance. Diagnostic principal P05.0 «Faible poids pour l'âge gestationnel», diagnostic supplémentaire P01.5, «Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple».

En cas de naissance par césarienne

A) césarienne de confort: et le bébé va bien: coder Z38.0 en DP et rien d'autre

B) on ne connaît pas la raison et tout va bien pour le bébé: coder Z38.0 en DP et rien d'autre

C) si naissance par ventouse, forceps, césarienne pour cause foetale alors coder en DP cette cause foetale ex: P20.- hypoxie intra-utérine

Le P03.4 sera uniquement utilisé si la césarienne a affecté le nouveau né durant son séjour naissance: par exemple wet lung, SDR transitoire, traumatisme. Le fait de naître par césarienne ne suffit pas.

S16.d.4 Enfant mort-né

S16.d.4.A Définition

Bien que l'information «mort-né» (p. ex. Z37.1 «naissance unique, enfant mort-né») apparaisse déjà dans la liste de données minimale de la mère, il convient d'ouvrir une liste de données minimale et un supplément nouveau-né également pour l'enfant. Donc, devra être considéré comme mort-né, tout enfant né sans signes vitaux avec un âge gestationnel d'au moins 22 semaines révolues ou un poids > 500g.

S16.d.4.C Directives

Bien que l'information «Mort-né» (par exemple Z37.1 «naissance unique, enfant mort-né») apparaisse déjà dans la liste de données minimales de la mère, il convient d'ouvrir une liste de données minimales (donc un cas) et un supplément nouveau-né lorsque pour l'enfant lorsque celui-ci correspond à la définition ci-dessus.

Il existe en outre des codes spécifiques aux nouveau-nés afin d'indiquer cet état de fait: codes de la catégorie P20.- «hypoxie intra-utérine», P95 «mort fœtale de cause non précisée». Procédant de cette façon, on dispose de deux dossiers complets.

S16.d.5 Naissance hors établissement hospitalier

Dans les cas d'un accouchement à domicile précédant une hospitalisation, le diagnostic principal – pour autant que l'enfant ne présente aucune pathologie – sera l'un des codes de la catégorie Z38.- suivant:

- Z38.1 «Enfant unique, né hors d'un hôpital»
- Z38.4 «Jumeaux, nés hors de l'hôpital» ou
- Z38.7 «Autres naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital»

Concernant le mode d'admission, n'indiquez pas le chiffre 3 puisqu'il désigne expressément une naissance intra-muros, utilisez le chiffre 1 (entrée en urgence) ou 2 (entrée annoncée, planifiée).

S16.d.6 Données supplémentaires nouveau-nés

Remarque concernant les données supplémentaires nouveau-nés: depuis le 1^{er} janvier 2002, la saisie des données supplémentaires des nouveau-nés est obligatoire (voir annexe G01.4).

Résumé

Naissance sans problème	Naissance compliquée
<i>Diagnostic principal</i>	<i>Diagnostic principal</i>
• code de la catégorie Z38.-	• indiquer le problème clinique majeur (généralement code P)
<i>Diagnostic supplémentaire</i>	<i>Diagnostic(s) supplémentaire(s)</i>
• Ø	• les problèmes ou pathologies concomitants (généralement codes P)
	Remarque: ici l'indication de Z38.- est superflue!

Remarque: codes de la catégorie P00.- à P04.-: à indiquer comme diagnostics supplémentaires car peu explicites sauf le P00.2. et P00.8

Naissance hors établissement hospitalier : Z38.1, Z38.4 ou Z38.7, pas de mode d'admission type 3

Prématurés sans problème	Prématurés malades
<i>Diagnostic principal</i>	<i>Diagnostic principal</i>
• selon le poids à la naissance, code P07.0 ou P07.1	• code de l'affection la plus grave

<i>Diagnostic supplémentaire</i>	<i>Diagnostics supplémentaires</i>
selon l'âge gestationnel, code P07.2 ou P07.3 P07.3 si poids >2500 g en DP	codes de prématurité: le code relatif au poids et le code relatif à l'âge gestationnel doivent être indiqués
Remarque: il convient d'ouvrir une liste de données aussi pour les enfants mort-nés dès que le poids du fœtus atteint les 500g ou âge de gestation les 22 semaines.	
Codage néonatalogie = Codes P pour périnatalogie et affections dont l'origine est périnatale (22 semaine de gestation jusqu'à 7 jours après la naissance) ainsi que les codes S00-T78, E00-E90, Q00-Q99, A33 et C00-D48.*	
Attention! ne pas indiquer de codes O dans le dossier de l'enfant	

S19 Empoisonnement et tentative de suicide médicamenteuse Intoxications accidentelles ou intentionnelles

S19.g Généralités

L'exposition à un médicament ou à une substance d'origine non médicinale, qu'elle soit accidentelle ou volontaire, (lors d'une tentative de suicide) peut provoquer des symptômes ou des pathologies impliquant le traitement du patient.

Il est également possible qu'un patient ayant absorbé des produits, soit mis sous surveillance ou traité de façon prophylactique (lavage gastrique, antidote) avant l'apparition des symptômes. Le codage dans ce cas sera identique.

Les codes des catégories T36 à T50 concernent des intoxications par des médicaments et des substances biologiques, les codes T51 à T65 concernent les effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale. Ils désignent le type de la substance responsable de l'intoxication.

Le tableau des médicaments de la CIM-10 (index alphabétique) montre dans la première colonne, pour chaque substance, un code du chapitre XIX, codes (T36.- à T65.-), puis les deuxième et troisième colonnes nous indiquent les codes du chapitre XX précisant la cause de l'intoxication: Accidentelle ou Intentionnelle.

S19.d Directives

Le code correspondant à l'intoxication (T36 à T65), doit être indiquée comme diagnostic principal. Seront obligatoirement ajoutés comme complément au diagnostic principal le code désignant les circonstances de l'événement (code X) et comme diagnostic(s) supplémentaires les symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement.

S19.d.1 Intoxication volontaire:

- Diagnostic principal: code correspondant à l'intoxication (T36-T65),
- Complément au diagnostic principal (obligatoire): circonstance de l'événement: Lésions auto-infligées: codes du groupe X60-X69 du chapitre XX, causes externes de morbidités et de mortalité,

- Diagnostics supplémentaires: symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement,
- Diagnostics supplémentaires: troubles psychiatriques diagnostiqués et actuels.

S19.d.2 Intoxication médicamenteuse et alcool:

La question se pose souvent dans le cas de tentative de suicide par médicaments avec prise d'alcool, dans ce cas le codage exact sera:

- Diagnostic principal: le code T correspondant au médicament,
- Complément au diagnostic principal (obligatoire): le code du groupe X60-X65,
- Diagnostic supplémentaire: 2 possibilités:
 - F10.2 Syndrome de dépendance à l'alcool,
 - F10.1 Utilisation nocive pour la santé de l'alcool,

Pour les intoxications accidentelles (par exemple chez l'enfant): T51.0.

Pour les intoxications intentionnelles (quelque soit l'âge) : F10.0.

- Les troubles psychiatriques responsables de l'acte seront codés comme diagnostics supplémentaires,
- Dans le cas d'antécédents personnels de lésions auto-infligées, le code Z91.5 peut être indiqué en diagnostic supplémentaire.

Exemple: patient connu pour dépression, hospitalisé pour tentative de suicide par ingestion de cocaïne massive, accompagné d'une consommation de 1 litres de whisky. Amené aux urgences par sa femme, tout de suite après l'ingestion. Asymptomatique à l'arrivée. Diagnostic principal T40.5 Intoxication par cocaïne, complément au diagnostic X62. Auto-intoxication par narcotiques, diagnostics supplémentaires F10.0 «Intoxication aiguë F32.9 «État dépressif».

S19.d.3 Intoxication accidentelle ou surdosage:

- Diagnostic principal: code correspondant à l'intoxication (T36-T65),
- Complément au diagnostic principal (obligatoire): les circonstances de l'événement, c'est-à-dire le fait qu'il s'agisse d'une intoxication accidentelle par des substances nocives et exposition à ces substances: codes du groupe X40 – X49 du chapitre XX, causes externes de morbidités et de mortalité,
- Diagnostics supplémentaires: symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement.

Exemple: patient hospitalisé pour une ciguatera (intoxication par ciguatoxine) après ingestion accidentelle de poissons toxiques et dont les symptômes sont des nausées et une faiblesse générale: diagnostic principal T61.0 «effet toxique de ciguatera», complément au diagnostic principal X49.- «intoxication accidentelle par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision» (4^e caractère selon le lieu de l'événement), diagnostics supplémentaires R11 «nausées et vomissements» et R53 «malaise et fatigue».

Exemple: petit patient de 4 ans, asymptomatique, amené d'urgence à l'hôpital par ses parents après ingestion de comprimés d'aspirine. Un lavage gastrique est effectué. Diagnostic principal T39.0 «intoxication par salicylés», complément au diagnostic principal X40.- «intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits» (4^e caractère selon le lieu de l'événement).

S19.d.3.a Intoxications médicamenteuses dont l'intention est non-déterminée

Les directives de codage précédentes s'appliquent de la même façon, cependant la circonstance de l'événement devant obligatoirement être codée en complément au diagnostic principal se trouve dans le groupe Y10- Y34 du chapitre XX, causes externes de morbidités et de mortalité.

S19.d.4 Coma et intoxication médicamenteuse:

En cas de coma (terme employé de manière générique pour les troubles de la conscience) sur prise de psychotrope accidentelle ou intentionnelle, il ne faut pas choisir en diagnostic principal le R40 qui correspond au symptôme.

- Diagnostic principal: code correspondant à l'intoxication (T42.-),
- Complément au diagnostic principal (obligatoire): les circonstances de l'événement, c'est-à-dire le fait qu'il s'agisse d'une intoxication accidentelle codes du groupe X40 – X49 ou lésions auto-infligées codes du groupe X60-X69,
- Diagnostics supplémentaires: symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement, le code R40.- du coma est alors indiqué en diagnostic supplémentaire, il renseigne l'état de santé du patient.

Exemple: une patiente tente de mettre fin à ses jours en avalant une dose massive de barbiturique. Hospitalisation d'urgence dans un état comateux*. Diagnostic principal T42.3 «intoxication par barbiturique», complément au diagnostic principal X61.- «auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs» (4^e caractère selon le lieu de l'événement), diagnostic supplémentaire R40.2 «coma, sans précision».

EXCEPTIONS:

S19.d.4.a Coma sur prise excessive d'alcool

Nous allons considérer cette situation comme découlant d'un état aigu ou effets de l'ivresse.

- Diagnostic principal: Troubles mentaux/comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë F10.0,
- Diagnostics supplémentaires: symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement, le code R40.- du coma est alors être indiqué en diagnostic supplémentaire, il renseigne l'état de santé du patient (Diagnostic supplémentaire: dépendance à l'alcool F10.2).

***Remarque:** Si il s'agit d'un enfant de moins de 10 ans, alors ne pas utiliser F10. 1, mais T51.0 «Effet toxique de l'éthanol».

S11.d.4.b Coma diabétique et intoxication

Lorsqu'il s'agit d'une intoxication due à une prise (soit accidentelle soit intentionnelle) d'insuline ou de médicament anti-diabétique se manifestant par un coma hypoglycémique, il convient d'indiquer le code E15 « coma hypoglycémique non diabétique ». Un complément au diagnostic principal ne sera pas indiqué.

Dans le cas similaire mais où le patient est hospitalisé sans aucun symptôme, c'est le code T38.3 « intoxication par insuline et hypoglycémiants oraux [antidiabétiques] » qui devra être indiqué comme diagnostic principal et le complément au diagnostic principal (soit X44.- soit X64.-) sera ajouté.

S19.d.5 Intoxication due à l'ingestion de plusieurs substances

Le diagnostic principal correspond à la substance (T36- T65) ayant induit le symptôme le plus grave ou ayant été la cause des symptômes. Si l'on a la possibilité de savoir quels sont les 2 substances conduisant l'intoxication la plus grave, on code les 2 T et les 2 X. Mais par exemple, dans le cas de la patiente qui aurait ingéré toute sa pharmacie, chercher un code T50.9 et complément au diagnostic principal comme l'illustre l'exemple ci-dessous.

Accidentel:

- X49.9 « intoxication accidentelle par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision »

ou

- X44.9 « intoxication accidentelle par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision »

Volontaire:

- X69.9 « auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision »

ou

- X64.9 « auto-intoxication accidentelle par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision »

S19.d.5.a Intoxication due à l'ingestion de plusieurs médicaments dont les molécules ne sont pas définies ou si on ne connaît pas la substance qui a entraîné l'effet

Le diagnostic principal est T50.9 Intoxication par médicaments et substances biologiques, autres et sans précision.

Le complément au diagnostic principal est un des codes désignés ci-dessus en fonction de la situation accidentelle ou volontaire.

Pour chercher le principe actif du médicament, il convient de chercher la précision dans le compendium suisse des médicaments.

Exemple: patient hospitalisé pour une dépression respiratoire due à une prise accidentelle de barbiturique avec une boisson alcoolisée. Diagnostic principal T42.3 «intoxication par barbiturique», complément au diagnostic principal X41.- «intoxication accidentelle par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs», diagnostics supplémentaires F10.0 «Intoxication aiguë à l'alcool».

Exception! Elle concerne les patients hospitalisés directement en établissement psychiatrique. Dans ces cas, il s'agit de coder la pathologie psychiatrique comme diagnostic principal, la lésion auto-infligée suivant comme diagnostic supplémentaire.

En résumé

Diagnostic principal	Intoxication code T36 à T65
Complément au diagnostic principal	La cause externe • Intoxication accidentelle: codes du groupe X40 – X49 • Lésion auto-infligée: codes du groupe X60-X69
Diagnostics supplémentaires	Symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement et le trouble psychiatrique
SAUF si le patient est hospitalisé en établissement psychiatrique!	

S19.d.6 Tentative de suicide autre que par intoxication médicamenteuse

S19.d.6.a Généralités

Dans les cas de patients hospitalisés en urgence après une tentative de suicide, se pose la question du diagnostic principal. Faut-il indiquer la blessure ou le trouble psychique responsable de l'acte comme diagnostic principal? L'index alphabétique ne fournit aucune réponse à cette question, car en cherchant sous suicide, on trouve le code T14.9 «lésion traumatique sans précision» qui est indiqué, code qui, tant d'un point de vue clinique qu'épidémiologique n'est pas explicite.

S19.d.6.b Directives

Les cas de suicide et tentative de suicide autres que par intoxication médicamenteuse doivent donc être codés de la façon suivante:

- Diagnostic principal: la lésion la plus grave. Il s'agit de codes provenant du chapitre XIX (codes S et T, lésions traumatiques et empoisonnements),
- Complément au diagnostic principal: circonstances de l'événement (obligatoire): codes du groupe X70 -X84 du chapitre XX, causes externes de morbidités et de mortalité,
- Diagnostics supplémentaires: troubles psychiatriques responsables de l'acte, pathologies découlant de cet acte,
- Dans le cas d'antécédents personnels de lésions auto-infligées, le code Z91.5 est indiqué en diagnostic supplémentaire.

Exemple: jeune patient connu pour épisodes dépressifs récurrents et hospitalisé en soins aigus après une tentative de suicide et présentant une blessure par arme blanche à la gorge, avec plaie carotide. Diagnostic principal S15.0 «lésion traumatique artère carotide», complément au diagnostic principal X78.- «lésion auto-infligée par objet tranchant» (4^e caractère selon le lieu de l'événement), diagnostic supplémentaire F33.2 «trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques».

En résumé

Diagnostic principal →	Lésion la plus grave
Complément au diagnostic principal →	la cause externe groupe X70 -X84
Diagnostic supplémentaire →	le trouble psychiatrique pathologies entraînant cet acte
SAUF si le patient est hospitalisé en établissement psychiatrique!	

S19.d.7 Les effets indésirables de substances thérapeutiques

Les effets indésirables de substances thérapeutiques **correctement prescrites et administrées** doivent être classés selon la nature de ces effets (cf. annexe S19).

Dans ce cas le complément au diagnostic principal Y40-Y59 permet seul de préciser qu'il s'agit d'un effet indésirable. Il est important de souligner que les effets indésirables ne sont pas synonymes d'intoxication.

S19.d.7.C1 Codage

Le diagnostic principal est la nature de l'affection, le complément au diagnostic principal le code du médicament responsable de celle-ci (code du groupe Y40 –Y59 «médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique».

Exemple: un patient est hospitalisé pour le traitement d'une néphropathie chronique suite à la prise prolongée d'un analgésique (phénacétine). Diagnostic principal N14.0 «Néphropathie due à un analgésique» et complément au diagnostic principal: Y45.5 «Dérivés du 4-aminophénol».

Exemple: patiente hospitalisée pour un hématome du psoas sous anti-coagulant. Diagnostic principal D68.3 «Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants», complément au diagnostic principal Y44.2 «Anticoagulants

S19.d.7.C2 Effet supplémentaire survenant en cours d'hospitalisation

La nature de l'effet est alors indiqué comme diagnostic supplémentaire immédiatement suivi par le code de cause externe.

Exemple: une patiente hospitalisée pour le traitement d'un carcinome ovarien par chimiothérapie (cisplatine) présente, durant son hospitalisation, quelques jours après le traitement, une aplasie médullaire due à la cisplatine contenue dans le traitement chimiothérapeutique. Diagnostic principal C56 «Tumeur maligne de l'ovaire», diagnostics supplémentaires D61.1 «aplasie médullaire médicamenteuse», suivi par Y43.3 «Autres médicaments antitumoraux».

Exemple: patient hospitalisé pour le traitement d'une anémie par carence en acide folique dû à une thérapie au triméthoprim: diagnostic principal D52.1 «Anémie par carence en acide folique due à des médicaments», complément au diagnostic principal Y41.8 «Autres anti-infectieux et antiparasitaires systémiques précisés».

En résumé

Diagnostic principal →	nature de l'affection
Complément au diagnostic principal →	le code du médicament responsable de celle-ci (code du groupe Y40 –Y59 «médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique»

S19.d.7.C3 Choc anaphylactique dû à des médicaments

Sur médication adéquate: diagnostic principal T88.6 «Choc anaphylactique dû des effets indésirables d'une substance médicamenteuse appropriée et correctement administrée» et complément au diagnostic principal: un code du groupe Y40 –Y59, diagnostics supplémentaires: description des effets.

S19.d.7.C4 Choc anaphylactique dû à une autre cause déclenchant la réaction

Diagnostic principal T78.2 «Choc anaphylactique, sans précision» et utiliser les codes de cause externe pour précision la cause.

Résumé

Situation	Diagnostic Principal	Complément au diagnostic principal	Diagnostic(s) supplémentaire(s)
Empoisonnement et tentative de suicide médicamenteuse:			
S19.d.1 Intoxication volontaire Si hospit en établ. psychiatrique	T36.- àT65.- Fxx-	X60.- à X69.- –	Symptôme ou pathologie T36.- à T65.- et X40.-à X49.-
S19.d.3 Intoxication Accidentelle ou surdosage	T36 – T65.-	X40.- à X49.-	Symptôme ou pathologie
S19.d.6 Tentative de suicide autre que par intoxication médicamenteuse	Lésion la plus grave	X70.- à X84.-	Trouble psychiatrique
S19.d.7 Effets secondaires de médicaments	Nature de l'affection	Y40.- à Y57.-	

S21 Réadaptation, rééducation

S21.g Généralités

Les cas de réhabilitation concernent le plus souvent des patients hospitalisés pour une réadaptation postopératoire ou pour une suite de traitement. Le codage de ces cas avec la classification CIM-10 n'est guère satisfaisant car il n'existe pour les décrire que des codes peu nombreux et de surcroît peu précis. Il s'agit en particulier des codes Z50.- «soins impliquant une rééducation», appartenant aux catégories Z40-Z54 «sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques», qui indiquent la raison de prise en charge pour des malades ayant déjà été traités, mais qui ont besoin d'une suite de traitement (soins de convalescence, soigner un état persistant, etc.).

L'ensemble des patients en réadaptation diffère clairement de celui en service aigu et se distingue généralement de la façon suivante:

- Réadaptation post-opératoire (p. ex. après implantation de prothèse de genou ou hanche, après opération d'une hernie discale, après chirurgie lourde viscérale ou thoracique, etc.).
- Réadaptation après traitement initial (aigu) de pathologie (p. ex. état après infarctus du myocarde, état après infarctus cérébral avec hémiplegie).
- Réadaptation pour maladie ou troubles chroniques (p. ex. affections rhumatismales, dorsopathies, arthropathies, syndromes douloureux, etc.).

Les codes existants, dans la CIM décrivent souvent les pathologies de façon insuffisante. A cause de cela, beaucoup de cliniques de réadaptation indiquent comme diagnostic principal la pathologie pré-opératoire ou initiale. De ce fait, chez un patient venu pour une réadaptation après prothèse de genou par exemple est codé avec le diagnostic de gonarthrose et le patient, hospitalisé pour suite de soins après ablation d'un carcinome colique est codé avec le diagnostic de la tumeur.

La façon de coder décrite ci-dessous, peut ne pas répondre aux exigences des médecins, exerçant dans les services de réadaptation, pour la documentation médicale de ces cas. Elle est cependant épistémologiquement correcte et elle permet de différencier le traitement aigu de la réadaptation supplémentaire d'un patient et elle garantit, quand elle est respectée, un codage homogène.

S21.d Directives

Observez les règles suivantes : dans les cas de réadaptation après traitement d'une maladie aiguë ou d'une lésion traumatique, le codage du diagnostic principal se fera avec un code de la catégorie Z50 «soins impliquant une rééducation», et, afin de décrire le cas de façon plus précise, ajouter le(s) diagnostic(s) supplémentaire(s) indiquant qu'il s'agit d'un status post-opératoire (présence d'implants, présence de pontage aorto-coronarien, antécédents de tumeur maligne, etc....) et les éventuelles maladies concomitantes qui seraient susceptibles d'influencer le traitement.

S21.d.1 Réhabilitation cardiaque

Patient hospitalisé en clinique de réhabilitation cardiaque après avoir subi un triple pontage aorto-coronarien. Diagnostic principal Z50.0 «Rééducation des cardiaques», diagnostic supplémentaire Z95.1 «Présence d'un pontage aorto-coronarien».

S21.d.2 Réhabilitation et suite de soins

Patient, status après pneumonectomie totale droite suite à un carcinome bronchique et souffrant d'une bronchite obstructive chronique hospitalisé en clinique de réhabilitation pour suite de soins et physiothérapie respiratoire. Diagnostic principal Z50.8 «soins impliquant d'autres moyens de rééducation», diagnostics supplémentaires Z85.1 «antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons», Z90.2 «absence acquise de poumon [partie de]» et J44.8 «autres maladies obstructives chroniques précisées».

S21.d.3 Remarque sur les maladies chroniques

Dans les cas de patients traités pour des maladies chroniques et hospitalisés pour des suites de soins générales, sans indication précise de rééducation, l'affection initiale peut être codée comme diagnostic principal (p. ex. maladies rhumatismales, dorso- et arthropathies).

Exemple: patient souffrant d'une polymyalgie rhumatismale qui est admis dans établissement de rééducation pour des suites de soins générales. Diagnostic principal M35.3 «polymyalgie rhumatismale».

Il est donc faux d'indiquer la pathologie initiale (ou préopératoire) comme diagnostic principal. Rappelons qu'une pathologie qui n'est plus actuelle ne doit plus être codée! L'indication du code de la pathologie initiale ne serait pas correcte, puisque celle-ci a déjà été saisie lors du traitement dans un établissement de soins aigus. En outre, cette façon de procéder permet de différencier le traitement en soins aigus du traitement en réadaptation/rééducation.

S21.d.4 Soins palliatifs

Lorsque l'hospitalisation d'un patient a pour but des soins palliatifs, on indiquera comme diagnostic principal Z51.5 «Soins palliatifs» indépendamment du fait que l'hospitalisation a lieu dans un établissement de soins aigus. Le code de la tumeur sera indiqué comme diagnostic supplémentaire. En revanche, concernant les procédures, il n'existe pas de code pour les traitements de confort et les traitements médicamenteux per-os. Il est toutefois possible de coder certains traitements non invasifs tels p. ex. qu'une (injection d'antibiotiques (99.21) ou des traitements physiothérapeutiques (93.1-93.3).

S21.d.5 Suite de soins maladie aiguë toujours traitée

Lorsqu'un patient est transféré dans un hôpital de gériatrie ou de réadaptation pour la suite de soins d'une maladie aiguë (pneumonie, septicémie...) et qu'il reçoit toujours des antibiotiques. Il faut noter en diagnostic principal Z51.8 et en diagnostic supplémentaire la pathologie aiguë qui est toujours traitée.

S21.d.6 Réhabilitation pour fractures non guéries

En diagnostic principal, il faut noter le Z50.1 et il n'est pas nécessaire de recoder la fracture si elle a déjà été traitée que ce soit de manière chirurgicale ou conservatrice (ostéosynthèse ou plâtre...).

S21.d.7 Hospitalisation pour mobilisation et suite de soins

Une patiente hospitalisée d'abord au Tessin suite à un accident de voiture, puis transférée dans un autre établissement pour mobilisation et suite de soins. Comment coder ce cas dans l'hôpital chargé de la suite de soins ?

Le fait que la patiente ait subi des blessures lors d'un accident de voiture, a déjà été codé dans l'hôpital de soins aigus. La patiente étant hospitalisée dans votre établissement pour suite de soins, il convient de coder de la façon suivante: Diagnostic principal: Z50.1 «Autres thérapies physiques» (ou s'il ne s'agit pas uniquement de physiothérapie, le code Z50.8 «Soins impliquant d'autres moyens de rééducation»). Si les fractures ont été traitées par fixateurs, le code Z96.7 «Présence d'autres implants osseux et tendineux» peut être ajouté.

En résumé

Réadaptation après traitement d'une maladie aiguë

Indiquer comme diagnostic principal un code Z50.-

Permettant d'être plus précis: ajouter le(s) diagnostic(s) supplémentaire(s), notamment ceux:

1. indiquant qu'il s'agit d'un status post-opératoire (présence d'implants, présence de pontage aorto-coronarien, antécédents de tumeur maligne, etc.)
2. et les maladies concomitantes (pour autant qu'elles soient importantes pour le traitement actuel)

Traitement de maladies chroniques

Coder la maladie comme diagnostic principal (p. ex. maladies rhumatismales, dorso- et arthropathies).

Annexe G01.5

Description de la liste de données minimale

Statistique médicale des hôpitaux			
N°	Intitulé	Description	Remarques
0.	Données générales		
0.1.	Etablissement		Ne doit pas être rempli par l'établissement
0.1.V01	Type de relevé	MB = statistique médicale	Genre de statistique
0.1.V02	Numéro de l'établissement dans le Registre des entreprises (satellite santé du REE)	Numéro REE	Numéro à huit chiffres de l'institution selon le Registre des entreprises et des établissements de l'OFS (REE-GES)
0.1.V03	Code NOGA		Code NOGA du type d'entreprise
0.1.V04	Canton		Abréviation selon les plaques numéralogiques
0.2.	Identification		
0.2.V01	Code de liaison anonyme		Nom, prénom, date de naissance et sexe transformés en un identificateur anonyme selon une procédure cryptologique décrite dans le document « Protection des données dans la statistique médicale ». Le code est tout à fait arbitraire (p. ex. «sV6kQEqW9»).
0.2.V02	Définition du cas	A = Saisie au moyen d'une liste de données minimale B = Annonce administrative avec liste de données réduite C = Annonce administrative avec liste de données minimale	Le cas «A» correspond à une hospitalisation «standard» dont le début et la fin se situent pendant la période de relevé. Le questionnaire minimal doit être rempli dans son intégralité. Le cas «B» correspond à une personne dont le traitement a commencé pendant la période de relevé mais qui est toujours hospitalisée au 31 décembre. Ne pas répondre dans ce cas aux questions des groupes «1.5. Variables de sortie», «1.6. Diagnostics» et «1.7. Traitements». Le cas «C» correspond à un traitement de longue durée dont le début se situe l'année précédant la période de relevé et pour lequel la personne est toujours hospitalisée au 31 décembre de la période de relevé. Dans ce cas, remplir le questionnaire minimal sans «1.5. Variables de sortie».
0.3.	Données supplémentaires		Existe-t-il des données complémentaires rattachées à ce cas?
0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	0 = non 1 = oui	Si 1 = oui, insérer à la ligne suivante la série minimale de données une série de données sur les nouveau-nés

0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	0 = non 1 = oui	Si 1 = oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données (ou les données sur les nouveau-nés) une série de données psychiatriques
0.3.V03	Questionnaire des coûts par cas	0 = non 1 = oui	Si 1 = oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données (ou les autres données supplémentaires) une série de données sur les coûts par cas
0.3.V04	Questionnaire cantonal	0 = non 1 = oui	Si 1 = oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données (ou les autres données supplémentaires) une série de données supplémentaires définie par le canton
1.	Données minimales		
1.1.	Données socio-démographiques		
1.1.V01	Sexe	1 = masculin 2 = féminin	A remplir pour tous les cas statistiques A, B, C Pour les changements de sexe, le sexe doit être indiqué selon le sexe de l'état civil qui prévaut à l'entrée de l'établissement.
1.1.V02	Date de naissance	Indication de la date	Année-mois-jour de la naissance obligatoire pour les enfants de moins de 2 ans révolus et pour les personnes décédées en cours d'hospitalisation. Pour les autres cas, il s'agit d'indiquer uniquement l'année et de compléter le mois et le jour par des zéros.
1.1.V03	Age à l'admission	Age exact	Age en années révolues au début du séjour hospitalier (Date de l'admission – date de naissance).
1.1.V04	Région de domicile		Pour les personnes domiciliées en Suisse, la région de domicile est donnée selon la typologie des régions de l'OFS qui découpe le territoire en zones d'environ 10'000 habitants. Le code postal peut être indiqué en lieu et place du code des régions (facultatif). Pour les personnes domiciliées à l'étranger, la région de domicile est définie selon la typologie des nationalités de l'OFS (voir variable 1.1.V05) et précédée d'un «E».
1.1.V05	Nationalité		Code ISO du pays d'origine. Les nationalités extra-européennes sont regroupées en régions géographiques.
1.2.	Variables d'admission		
1.2.V01	Date et heure d'admission		L'heure d'entrée est obligatoire pour les admissions en urgence (1.2.V04=1). Un cas urgent est défini par un traitement nécessaire dans les 12 heures.

1.2.V02	Séjour avant l'admission	1 = Domicile 2 = Domicile avec soins à domicile 3 = Etablissement de santé non hospitalier médicalisé 4 = Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé 5 = Hôpital psychiatrique 6 = Autre institution hospitalière (soins intra-muros) 7 = Institution d'exécution des peines 8 = Autre 9 = Inconnu	Lieu où séjournait le patient juste avant l'admission.
1.2.V03	Mode d'admission	1 = Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures) 2 = Annoncé, planifié 3 = Naissance (enfant né intra-muros) 8 = Autre 9 = Inconnu	Circonstances de l'admission. Comment le patient a-t-il été « accueilli » ?
1.2.V04	Décision d'envoi	1 = Initiative propre, proches 2 = Service de sauvetage (ambulance, police) 3 = Médecin 4 = Thérapeute non médecin 5 = Services sociaux 6 = Autorités judiciaires 8 = Autre 9 = Inconnu	Qui a pris l'initiative de l'hospitalisation ?
1.3.	Variables de séjour		A remplir pour tous les cas statistiques A, B, C
1.3.V01	Type de prise en charge	1 = Ambulatoire 2 = Semi-hospitalisation 3 = Hospitalisation 9 = Inconnu	Indication du type de prise en charge.
1.3.V02	Classe	1 = Chambre commune 2 = Semi-privé 3 = Privé 9 = Inconnu	Dans le cadre du séjour hospitalier, indiquer la classe de traitement et non la catégorie pour laquelle le patient est assuré. En cas de changement durant l'hospitalisation, indiquer la classe dans laquelle le patient a séjourné le plus longtemps.

1.3.V03	Séjour en soins intensifs	heures résolues	Décompte des heures de prise en charge en médecine intensive avec utilisation d'une infrastructure de médecine intensive ou séjour dans une station intensive de néonatalogie.
1.3.V04	Vacances, congés administratifs	heures résolues	Indiquer le nombre d'heures total pendant lesquelles le lit reste vide pendant plus de 24 heures, mais reste réservé pour un patient absent.
1.4.	Données économiques		A remplir pour tous les cas statistiques A, B, C
1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	M000 = Disciplines médicales (en général) M050 = Soins intensifs M100 = Médecine interne M200 = Chirurgie M300 = Gynécologie et obstétrique M400 = Pédiatrie M500 = Psychiatrie et psychothérapie M600 = Ophtalmologie M700 = Oto-rhino-laryngologie M800 = Dermatologie et vénéréologie M850 = Radiologie médicale M900 = Gériatrie M950 = Médecine physique et réadaptation M990 = Autres domaines d'activités	Centre de prise en charge auquel sont imputés les coûts principaux du cas d'hospitalisation. Cette variable est prévue en anticipation de l'introduction d'une comptabilité analytique par centres de prise charge dans les établissements hospitaliers. Devrait en principe correspondre aux centres de prestations de la statistique administrative.
1.4.V02	Prise en charge des soins de base	1 = Assurance-maladie (obligatoire) 2 = Assurance-invalidité 3 = Assurance-militaire 4 = Assurance-accident 5 = Autopayeur (p. ex. étrangers sans assurance) 8 = Autre 9 = Inconnue	Principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune. Une seule réponse est possible.
1.5.	Variables de sortie		Ne par répondre à ces questions pour les annonces administratives avec liste réduite (type «B» et «C» de la variable 0.2.V02).
1.5.V01	Date et heure de sortie		L'heure de sortie est facultative. Lors de décès, indiquer la date et l'heure du décès.

1.5.V02	Décision de sortie	1 = Sur l'initiative du traitant 2 = Sur l'initiative du patient (ccontre l'avis du traitant) 3 = Sur l'initiative d'une tierce personne 5 = Décédé 8 = Autre 9 = Inconnu	Qui a pris la décision de renvoyer le patient?
1.5.V03	Séjour après la sortie	0 = Décédé 1 = Domicile 2 = Etablissement de santé non hospitalier médicalisé 3 = Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé 4 = Institution psychiatrique 5 = Institution de réadaptation 6 = Autre institution hospitalière 7 = Institution d'exécution des peines 8 = Autre 9 = Inconnu	Où le patient a-t-il été renvoyé? Si le patient est décédé, n'inscrire qu'un 0.
1.5.V04	Prise en charge après la sortie	0 = Décédé 1 = Guéri, aucun besoin de suivi 2 = Soins ou traitement ambulatoires (cabinet médical ou en établissement) 3 = Soins à domicile 4 = Soins ou traitement stationnaires 5 = Réadaptation ambulatoire ou stationnaire 8 = Autre 9 = Inconnue	Soins, traitements ou réadaptation liés à l'hospitalisation. Il s'agit de spécifier le succès du traitement et le degré d'autonomie du patient. Ne choisir que la catégorie la mieux adaptée. Si le patient est décédé, n'inscrire qu'un 0.
1.6.	Diagnostics		Ne pas répondre à ces questions pour les annonces administratives avec liste réduite (type «B» de la variable 0.2.V02).

1.6.V01	Diagnostic principal	Code CIM-10	L'affection principale est définie comme l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits. En présence de plusieurs affections de ce type, on choisira celle qui a entraîné l'engagement des moyens médicaux les plus importants. Si aucun diagnostic n'a été posé, on retiendra comme affection principale le symptôme, le résultat s'écartant le plus de la norme ou le trouble affectant le plus la santé. La codification est effectuée selon les règles de la CIM-10, vol. 2. Le code peut compter jusqu'à cinq positions.
1.6.V02	Complément au diagnostic principal	Code CIM-10	Donnée complétant le code du diagnostic principal (code astérisque, code des causes externes). Les codes avec astérisque ne doivent pas être indiqués tels quels mais selon les règles de la CIM-10, vol. 2.
1.6.V03	1er diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Indication de la principale maladie concomitante liée au diagnostic principal. La sélection et la hiérarchisation doivent se faire selon des critères médicaux. Les codes avec dague ou astérisque seront introduits de manière «linéaire» dans les champs des diagnostics supplémentaires.
1.6.V04	2 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.6.V05	3 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.6.V06	4 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.6.V07	5 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.6.V08	6 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.6.V09	7 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.6.V10	8 ^e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.
1.7.	Traitements		Ne pas répondre à ces questions pour les annonces administratives avec liste réduite (type «B» de la variable 0.2.V02).
1.7.V01	Traitement principal	Code CHOP-2	Indication du principal traitement médical décidé dans le cadre du diagnostic principal. Codage selon la classification suisse des opérations chirurgicales (CHOP-2). Le code peut compter jusqu'à cinq positions.
1.7.V02	Début du traitement principal		Date et heure du début effectif des actes médicaux faisant partie du traitement principal (sans les préparations de routine).

1.7.V03	1 ^{er} traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Indication du traitement supplémentaire le plus important. Codage selon la classification suisse des opérations chirurgicales (CHOP-2).
1.7.V04	2 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V05	3 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V06	4 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V07	5 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V08	6 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V09	7 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V10	8 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
1.7.V11	9 ^e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.
2.	Données supplémentaires sur les nouveau-nés		Soumis à l'obligation de renseigner depuis le 1 ^{er} janvier 2002, à remplir pour le cas statistique A
2.1.	Données générales		
2.1.V01	Type de relevé	MN = questionnaire nouveau-nés	Type de relevé
2.1.V02	Numéro de naissance interne	numéro à 4 chiffres	Numéro interne correspondant à la naissance, selon le journal de la sage-femme
2.1.V03	Heure de la naissance	heure	Heure de la naissance
2.2.	Données concernant l'enfant		
2.2.V01	Etat à la naissance	0 = mort-né 1 = né vivant	Enfant né vivant ou né mort
2.2.V02	Naissances multiples	1 = simple 2 = jumeaux 3 = triplés 4 = quadruplés, etc.	Indication pour les naissances multiples
2.2.V03	Rang lors d'une naissance multiple	1 = né en premier 2 = né en deuxième 3 = né en troisième 4 = né en quatrième, etc..	Indication du rang lors d'une naissance multiple, comme indicateur du stress à la naissance

2.2.V04	Diagnostic principal à la naissance	en grammes	
2.2.V05	Longueur	en centimètres	
2.2.V06	Malformations congénitales	0 = non 1 = oui 9 = inconnu	A-t-on constaté chez l'enfant, avant ou pendant la naissance, des malformations ayant nécessité des examens complémentaires ou un traitement (y compris les malformations entraînant le décès)
2.2.V07	Transfert de l'enfant dans un autre hôpital	0 = non 1 = oui	L'enfant a-t-il été transféré dans un autre hôpital après la naissance?
2.3.	Données concernant la mère		
2.3.V01	Date de naissance de la mère	date (année et mois)	Indication de l'année et du mois obligatoire pour le couplage des données de l'enfant et de la mère.
2.3.V02	Durée de la grossesse 1	semaines et jours	Durée de la grossesse depuis la dernière menstruation, en semaines et en jours (semaines et jours révolus, 1er jour de la dernière menstruation = jour 0).
2.3.V03	Durée de la grossesse 2	semaines et jours	Durée de la grossesse sur la base d'un examen par ultrasons pendant la 1 ^{re} moitié de la grossesse (semaines et jours révolus)
2.3.V04	Total des grossesses précédentes	nombre	
2.3.V05	Nombre des naissances vivantes précédentes	nombre	
2.3.V06	Nombre des fausses couches et des mortinaissances précédentes	nombre	Mort fœtale (mort in utero), indépendamment de la durée de la grossesse, sans les interruptions de grossesse
2.3.V07	Nombre des interruptions de grossesse précédentes	nombre	
2.3.V08	Transfert de la mère d'un autre hôpital	0 = non 1 = oui	La mère a-t-elle été transférée d'un autre hôpital avant l'accouchement?

Détail des variables de la statistique médicale

Identification de l'établissement

- Type de relevé

Désigne le type de relevé: s'agit-il d'un relevé avec les données minimales ou s'agit-il d'un relevé comprenant des données supplémentaires (voir appendice).

MB = statistique Médicale, données de Base, obligatoire

MN = statistique Médicale, données supplémentaires sur les Nouveau-nés, obligatoire

MP = statistique Médicale, données supplémentaires Psychiatriques, facultatif

- Numéro d'établissement

Il s'agit d'un numéro à huit chiffres désignant l'établissement et attribué par l'OFS conformément au Registre des entreprises et des établissements (REE). Ce numéro permet d'exploiter les données par établissement.

- Code NOGA (Nomenclature générale des activités économiques)

Chaque établissement est classé selon son type. La typologie des établissements sert à l'organisation du relevé et à la répartition des établissements d'après la nomenclature des activités économiques coordonnées avec d'autres statistiques.

Code NOGA	Description	Appartient à ce code:
8511A	Traitement assuré par plusieurs disciplines médicales	Hôpitaux universitaires, hôpitaux généraux non universitaires
8511B	Traitement assuré par une seule spécialité	Cliniques spécialisées universitaires et non universitaires, p. ex. maternité, clinique ophtalmologique, etc.
8511C	Traitement des maladies mentales	Cliniques psychiatriques universitaires et non universitaires
8511D	Traitement des maladies gériatriques (thérapie médicale active)	Clinique de gériatrie
8531A	Maison de retraite	
8531B	Maison de retraite médicalisée	
8531C	Home médicalisé	
8531D	Institutions pour handicapés	
8531E	Institutions pour malades toxico-dépendants	
8531F	Institutions pour cas psychosociaux	

- Canton
Indication du canton selon les abréviations figurant sur les plaques minéralogiques

Identification du cas

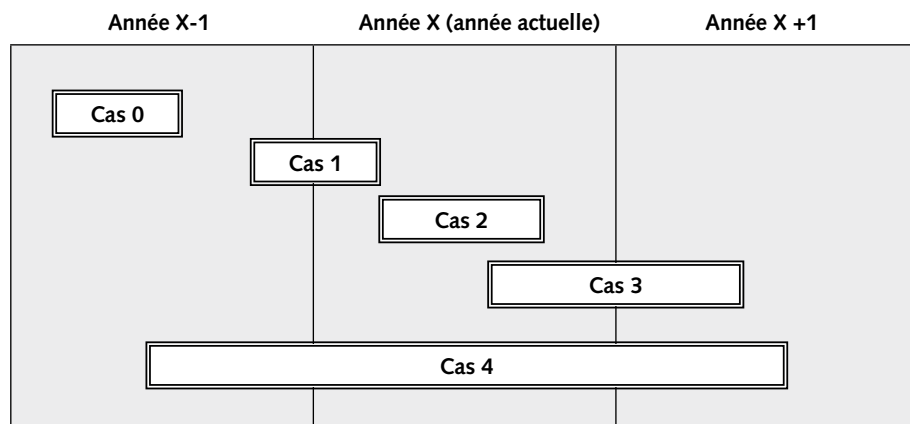
- Code de liaison anonyme.

Comme mentionné plus haut, ce code est généré au moment de la saisie des données du patient dans les hôpitaux à partir du nom, prénom, date de naissance et sexe du patient. Il s'agit d'un codage unidirectionnel, c'est-à-dire qu'une identification du patient par ce code est impossible. Grâce à ce code, les cas de réhospitalisation et les hospitalisations intercantionales peuvent être analysés.

- Définition du cas

Normalement, l'enregistrement d'un patient est établi lors de la fin de son traitement. Pour les patients restant hospitalisés au-delà du jour de référence du 31 décembre, une annonce administrative doit être effectuée. Cette dernière ne contient aucune donnée sur les diagnostics et traitements qui ne sont pas encore établis définitivement à ce moment-là (cas 3, correspond à une annonce administrative réduite, cas statistique B). Grâce à cette annonce, l'effectif des patients au jour de référence peut être calculé.

Les cas dont la durée s'étend sur plus de douze mois (autrement dit plusieurs périodes de saisie) doivent également être saisis; dans ces cas, il s'agira d'une annonce administrative minimale complète incluant les diagnostics et les traitements (cas 4, correspond à une annonce administrative minimale, cas statistique C).



En résumé

- | | |
|--------------|---|
| Cas | aucune saisie car le cas n'appartient plus à la période de saisie actuelle. |
| Cas 1 | saisie effectuée au moyen d'une liste de données minimale, cas statistique A. |
| Cas 2 | saisie effectuée au moyen d'une liste de données minimale, cas statistique A. |
| Cas 3 | annonce administrative avec une liste de données réduite, cas statistique B |
| Cas 4 | annonce administrative avec une liste de données minimale, cas statistique C. |

Données

- Sexe

Il s'agit d'une variable fondamentale en statistique.

- Date de naissance

Seule l'indication de l'année de naissance est obligatoire dans tous les cas. L'indication exacte de la date de naissance (jour, mois et année) n'est indispensable que pour les enfants de moins de deux ans révolus et les cas de décès, car ces indications précises permettent de mettre ces statistiques en relation avec les statistiques des naissances et des causes de décès.

- Âge à l'admission

Comme le sexe, cette variable est fondamentale en statistique. L'âge est calculé en années révolues.

- Région de domicile

Il s'agit d'une variable importante. À l'hôpital c'est le code postal qui est indiqué, indication qui sera remplacée par le code de région correspondant par le service cantonal avant le transfert des données à l'OFS. Cette variable permet de situer géographiquement l'établissement et informe quant à la fréquence des maladies dans une région donnée.

- Nationalité

Variable importante pour des études épidémiologiques. Cette variable est codée à l'aide des codes de pays «ISO».

Variables concernant l'admission

- Date et heure d'admission, date complète

La date et l'heure sont des données importantes du point de vue épidémiologique car elles renseignent sur la durée des hospitalisations et sur l'évolution de celles-ci pour une maladie donnée. Elles forment ainsi une base de décision importante en politique de santé. En outre, elles montrent la disponibilité d'un établissement. L'indication des heures est facultative **sauf en cas d'urgence** où elle est obligatoire.

Urgence (définition): cas nécessitant un traitement dans les 12 heures
--

- Séjour avant l'admission

Renseigne sur le lieu de séjour immédiatement avant l'hospitalisation.

- Mode d'admission

Cette variable décrit les conditions de l'admission: en urgence (définition, voir ci-dessus), admission planifiée, «naissance». Attention ! Cette dernière est à indiquer dans la liste de données minimale du nouveau-né et non de la mère.

- Décision d'envoi

Cette variable donne des informations sur l'organisation du système médical et est donc important du point de vue de la politique sanitaire. Cette variable indique qui est à l'origine de l'hospitalisation.

Variables de séjour

- Type de prise en charge

Cette variable permet de distinguer entre les hospitalisations, semi-hospitalisations ou traitements ambulatoires.

La nouvelle ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP, art. 3, 4 et 5 de l'OCP) donne une définition définitive des différents types de traitement:

- Hospitalisation: séjour d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements ou des soins. Les séjours de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, les séjours en cas de transferts ou en cas de décès sont également considérés comme des hospitalisations (Art. 3).
- Semi-hospitalisation: séjour planifié pour des examens ou des traitements nécessitant une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, avec utilisation d'un lit dans une unité de soins. Sont également considérés comme semi-hospitalisation les séjours répétés dans des cliniques de jour et de nuit (Art. 4).
- Ambulatoire: (ces cas ne doivent pas être codés) séjour planifié de moins de 24 heures et sans utilisation de lit dans une unité de soins (Art. 5).

Tous les patients hospitalisés de façon stationnaire ou semi-stationnaire doivent être obligatoirement saisis dans le cadre de la statistique médicale.

- Classe

Indiquer le genre de chambre dans laquelle est placé le patient durant son séjour et non pas tel que le prévoit l'assurance. Cette variable donne des informations sur la situation sociale du patient.

- Séjour en soins intensifs

Indication en heures (maximum de 9999 heures). Seuls les services reconnus par la société de médecine intensive peuvent faire cette indication. Cette variable permet d'estimer (de manière approximative) la charge financière de cette sorte de prise en charge. Le nombre d'heures sert d'indicateurs de cette charge.

- Vacances et congé administratif

Est à indiquer lorsque le patient quitte l'établissement pour plus de 24 heures mais qu'un lit reste réservé à son intention.

Données économiques

- Centre de prise en charge des coûts

Cette variable détermine le centre de prise en charge (service de médecine, de chirurgie, etc.). Il s'agit d'une variable importante pour l'exploitation de données économiques.

- Prise en charge des soins de base

Indique l'institution qui prend en charge le coût du traitement selon l'assurance de base du patient (assurance maladie, assurance accidents, etc.). Une seule indication est possible. Lorsqu'il existe plusieurs institutions prenant en charge les coûts, indiquez celle qui assume la plus grande partie des coûts.

Variables de sortie

- Date de sortie

Date complète. L'indication des heures est facultative SAUF en cas de décès. Cette variable permet de calculer la durée de séjour et le temps écoulé entre deux hospitalisations.

- Décision de sortie

Indiquer les modalités de sortie (sur l'initiative du médecin, sur sa propre initiative, etc.).

- Séjour après la sortie

Description de la situation après la sortie de l'hôpital (domicile, autre établissement, institution psychiatrique, etc.). En cas de décès, indiquez le chiffre 0.

- Prise en charge après la sortie

Genre de traitement et de soins dispensés après la sortie. Cette donnée informe sur le genre de soins après la sortie d'hôpital et ainsi sur le succès du traitement. Un contrôle chez le médecin traitant équivaut à une guérison (chiffre 1).

Diagnostics et traitements

- Diagnostic principal

Un seul diagnostic principal est possible. Voir les définitions dans le chapitre règles générales.

- Complément au diagnostic principal.

Voir les définitions dans le chapitre règles générales (G10.2).

- Diagnostic(s) supplémentaires

Jusqu'à trente diagnostics supplémentaires possibles. Voir les définitions dans le chapitre règles générales (G10.4).

- Traitement principal

Voir les définitions dans le chapitre règles générales (G10.5).

- Traitement(s) supplémentaire(s)

Jusqu'à trente traitements supplémentaires possibles. Voir les définitions dans le chapitre règles générales (G10.6).

Annexe G11.B.4

Liste rouge

S'ils ont été effectués, certains gestes non-chirurgicaux doivent obligatoirement être codés.
Il s'agit des gestes concernant:

- toutes les procédures invasives,
- les procédures comportant un certain risque pour le patient,
- les procédures n'étant pas considérées comme routinières,
- les procédures nécessitant un équipement particulier.

En détail:

00.10	Implantation de substance chimiothérapeutique
00.11	Perfusion de drotrecogin alpha activé
00.13	Injection ou perfusion de nesiritide
00.14	Injection ou perfusion d'antibiotique du groupe des oxazolidinones
00.50	Implantation de pace-maker à resynchronisation sans mention de défibrillation, système intégral [CRT-P]
00.51	Implantation de défibrillateur à resynchronisation, système intégral [CRT-D]
00.52	Implantation ou remplacement d'électrodes dans le ventricule gauche par le sinus coronaire
00.53	Implantation ou remplacement de pace-maker cardiaque à resynchronisation, générateur d'impulsions seul [CRT-P]
00.54	Implantation ou remplacement de défibrillateur à resynchronisation, générateur d'impulsions seul [CRT-D]
33.99	Lavage pulmonaire complet
95.04	Examen oculaire sous anesthésie
21.21	Rhinoscopie
29.11	Pharyngoscopie
31.41	Trachéoscopie par orifice artificiel
31.42	Laryngoscopie et autre trachéoscopie
31.43	Biopsie du larynx, fermée [endoscopique]
31.44	Biopsie de la trachée, fermée [endoscopique]
32.01	Excision ou destruction de lésion ou de tissu de bronche, par endoscopie
32.28	Excision ou destruction de lésion ou de tissu de poumon, par endoscopie
33.21	Bronchoscopie par orifice artificiel
33.22	Bronchoscopie [souple] par fibre optique

33.23	Autre bronchoscopie
33.24	Biopsie bronchique fermée [par voie endoscopique]
37.21	Cathétérisme cardiaque droit
37.22	Cathétérisme cardiaque gauche
37.23	Cathétérisme cardiaque combiné, droit et gauche
37.26	Etudes d'enregistrement et de stimulation électrophysiologiques cardiaques
37.27	Cardiac mapping
37.70	Insertion initiale d'électrode, non spécifiée ailleurs
37.71	Insertion initiale d'électrode dans le ventricule, par voie intraveineuse
37.72	Insertion initiale d'électrode dans l'oreillette et ventricule, par voie intraveineuse
37.73	Insertion initiale d'électrode dans l'oreillette, par voie intraveineuse
37.81	Première insertion de pace-maker à chambre unique, non spécifié comme sensible à la fréquence
37.82	Première insertion de pace-maker à chambre unique, sensible à la fréquence
37.83	Première insertion de pace-maker à double chambre
39.65	Oxygénation par membrane extracorporelle
Cat. 88.5-	Angiocardiographie (88.50-88.58)
42.22	Oesophagoscopie par orifice artificiel (stomie)
42.23	Autre oesophagoscopie
42.24	Biopsie fermée de l'oesophage [par voie endoscopique]
44.12	Gastrosopie par orifice artificiel (stomie)
44.13	Autre gastrosopie
44.14	Biopsie fermée [endoscopique] de l'estomac
45.12	Endoscopie de l'intestin grêle par orifice artificiel
45.13	Autre endoscopie de l'intestin grêle
45.14	Biopsie fermée [endoscopique] de l'intestin grêle
45.16	Oesophagogastroduodénoscopie avec biopsie fermée
45.22	Endoscopie du gros intestin par orifice artificiel
45.23	Colonoscopie
45.24	Sigmoïdoscopie flexible
45.25	Biopsie fermée [endoscopique] du gros intestin
45.30	Excision ou destruction endoscopique de lésion du duodénum
45.42	Polypectomie endoscopique du gros intestin
45.43	Destruction par endoscopie d'autre lésion ou tissu du gros intestin
46.39	Autre entérostomie
48.22	Rectosigmoïdoscopie à travers orifice artificiel (stomie)

48.23	Rectosigmoïdoscopie, rigide
48.24	Biopsie fermée [endoscopique] du rectum
49.21	Anuscopie
49.31	Excision ou destruction de lésion ou de tissu de l'anus, par endoscopie
51.10	Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde [ERCP]
51.11	Cholangiographie endoscopique rétrograde [ERC]
51.14	Autre biopsie fermée [endoscopique] des voies biliaires ou du sphincter d'Oddi
51.64	Excision ou destruction endoscopique de lésion de voie biliaire ou du sphincter d'Oddi
51.84	Dilatation de voie biliaire et ampoule de Vater, par voie endoscopique
51.85	Sphinctérotomie et papillotomie, par voie endoscopique
51.86	Insertion de sonde naso-biliaire de drainage, par voie endoscopique
51.87	Insertion de sonde (stent) de voie biliaire, par voie endoscopique
52.13	Pancréatographie rétrograde, par voie endoscopique [ERP]
52.14	Biopsie fermée [endoscopique] du canal pancréatique
52.21	Excision ou destruction de lésion ou de tissu de canal pancréatique, par voie endoscopique
52.93	Insertion de sonde (stent) dans le canal pancréatique, par voie endoscopique
52.97	Insertion de sonde de drainage nasopancréatique, par voie endoscopique
52.98	Dilatation du canal pancréatique, par voie endoscopique
87.53	Cholangiographie peropératoire
55.21	Néphroscopie
55.22	Pyéloscopie
56.31	Urétéroscopie
57.31	Cystoscopie par un orifice artificiel (stomie)
57.32	Autre cystoscopie
58.22	Autre urétéroscopie
98.51	Lithotripsie par onde de choc extra-corporelle du rein, de l'uretère et/ou de la vessie
68.12	Hystéroscopie
70.21	Vaginoscopie
70.22	Culdoscopie
86.07	Implantation de système d'accès vasculaire totalement implantable
86.09	Autre incision de peau et de tissu sous-cutané
86.3	Autre excision ou destruction locale de lésion ou de tissu cutané ou sous-cutané
92.27	Implantation ou insertion d'élément radioactif
93.90	Respiration assistée par pression positive continue [CPAP]
96.04	Intubation endotrachéale

96.6	Perfusion intestinale de substances nutritives concentrées
96.70	Ventilation mécanique continue de durée non spécifiée
96.71	Ventilation mécanique continue de moins de 96 heures consécutives
96.72	Ventilation mécanique continue de 96 heures consécutives ou plus
99.15	Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées
99.25	Injection de substance chimiothérapeutique anti-cancéreuse
99.76	Immunoadiagnostic principalorpton extracorporelle

Annexe S16

Liste des codes P non autorisés après le 28^e jour de vie

Code	Titre
Tous les P10-P15	«traumatismes obstétricaux»
Tous les P20.-	«hypoxie intra-utérine»
Tous les P21.-	«asphyxie obstétricale»
Tous les P22.-	«détresse respiratoire du nouveau-né»
Tous les P24.-	«syndromes néonataux d'aspiration»
P29.3	«persistance de la circulation fœtale»
P38	«omphalite du nouveau-né, avec ou sans hémorragie légère»
Tous les P50.-	«perte de sang fœtal»
Tous les P51.-	«hémorragie ombilicale du nouveau-né»
Tous les P52.-	«hémorragie intracrânienne non traumatique du fœtus et du nouveau-né»
P55.0	«iso-immunisation Rh du fœtus et du nouveau-né»
P55.1	«ABO-immunisation Rh du fœtus et du nouveau-né»
P56.0	«anasarque foetoplacentaire due à une iso-immunisation»
Tous les P57.-	«ictère nucléaire»
Tous les P58.-	«ictère néonatal dû à d'autres hémolyses excessives»
P59.0	«ictère néonatal associé à un accouchement avant terme»
P61.0	«thrombocytopénie néonatale transitoire»
P61.3	«anémie congénitale par perte de sang fœtal»
P61.6	«autres affections transitoires de la coagulation pendant la période néonatale»
Tous les P70-P74	«anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né»
P75* (E84.1†)	«iléus méconial»
P76.0	«syndrome du bouchon méconial»
P78.2	«hématémèse et mélaena dus à une déglutition de sang maternel»
P83.0	«sclérome du nouveau-né»
P83.1	«érythème toxique du nouveau-né»
P83.2	«anasarque foetoplacentaire non due à une maladie hémolytique»

Liste des tumeurs figurant dans l'index alphabétique sous leur dénomination morphologique:

- A** Améloblastome, Androblastome, Angiochoriome, Angioendothéliomatose, Angioendothéliome, Angiolipome, Angiome, Arrhénoblastome,
- C** Cémentoblastome bénin, Cémentome, Chlorome, Cholangiocarcinome, Cholangiohépatome, Cholangiome, Chorioadenoma (destruens), Chorioangiome, Corticosurrénalome, Cystadénocarcinome, Cystadénofibrome, Cystadénome,
- D** Dentinome,
- E** Ecchondrose, Épithélioma malin,
- F** Fibro-adénome, Fibromyome, Fibro-odontome améloblastique, Folliculome, Folliculothécome,
- G** Gangliocytome, Ganglioneurome, Gliomatose du cerveau, Glomangiome, Glomangiomyome, Glucagonome,
- H** Hépatoblastome, Hépatocarcinome, Hépatocholangiocarcinome, Hépatome (malin), Histiocytose (à), Hodgkin, Hürthle cellules de,
- I** Immunoblastosarcome, Immunocytome,
- K** Kaposi, Kupffer sarcome des cellules de, Kupfferome,
- L** Léiomyome, Leucémie, Leucémie/lymphome de l'adulte à cellules T, Lipome, Lutéinome, Lutéome, Lymphangiome, Lymphangiomyome, Lymphoblastome (diffus), Lymphogranulomatose (maligne) (à), Lymphogranulome (malin) (de), Lymphohémangiome, Lymphome, Lymphome/ Leucémie de l'adulte à cellules T, Lymphosarcome,
- M** Masculinovoblastome, Mastocytome, Mélanocytome du globe oculaire, Mélanome, Mésothéliome (malin), Myélofibrose, Myéломatose, Myélorome, Myélosarcome, Myélosclérose, Myélose,
- N** Naevus, Néphroblastome, Néphrome,
- O** Odonto-améloblastome, Odontome, Odontosarcome améloblastique, Orchioblastome, Ostéochondromatose,
- P** Paragranulome hodgkinien (nodulaire), Pindborg tumeur de, Pinéloblastome, Pinéolocytome, Pinéalome, Pinéloblastome, Pinéocytome, Plasmocytome (extra-médullaire) (solitaire), Polypose, Préleucémie (syndrome de),
- R** Réticulo-endothéliose, Réticulolymphosarcome (diffus), Réticulosarcome (diffus), Rétinoblastome, Rétinocytome,
- S** Sézary maladie ou syndrome de,
- T** Thécome

Annexe S19

Liste des codes désignant des effets supplémentaires de médicaments:

- D52.1 Anémie par carence en acide folique due à des médicaments
- D59.0 Anémie hémolytique auto-immune, due à des médicaments
- D59.2 Anémie hémolytique non auto-immune, due à des médicaments
- D61.1 Aplasie médullaire médicamenteuse
- D64.2 Anémie sidéroblastique secondaire, due à des médicaments et des toxines
- D68.3 Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants
- D70 Agranulocytose
- E03.2 Hypothyroïdie due à des médicaments et à d'autres produits exogènes
- E06.4 Thyroïdite médicamenteuse
- E16.0 Hypoglycémie médicamenteuse, sans coma
- E23.1 Hypopituitarisme médicamenteux
- E24.2 Syndrome de Cushing médicamenteux
- E27.3 Insuffisance corticosurrénale médicamenteuse
- E66.1 Obésité médicamenteuse
- G21.0 Syndrome malin des neuroleptiques
- G21.1 Autres syndromes supplémentaires parkinsoniens dus à des médicaments
- G24.0 Dystonie médicamenteuse
- G25.1 Tremblement dû à des médicaments
- G25.4 Chorée médicamenteuse
- G25.6 Tics médicamenteux et autres tics d'origine organique
- G44.4 Céphalée médicamenteuse, non classée ailleurs
- G61.1 Neuropathie sérique
- G62.0 Polynévrite médicamenteuse
- G72.0 Myopathie médicamenteuse
- G93.7 Syndrome de Reye
- H26.3 Cataracte médicamenteuse
- H40.6 Glaucome médicamenteux
- I42.7 Mycardiopathie due à des médicaments et autres causes externes

I95.2 Hypotension médicamenteuse
 J70.2 Affections pulmonaires interstitielles aiguës, médicamenteuses
 J70.3 Affections pulmonaires interstitielles chroniques, médicamenteuses
 J70.4 Affections pulmonaire interstitielle, médicamenteuse, sans précision
 L10.5 Pemphigus médicamenteux
 L23.3 Dermite allergique de contact due à des médicaments en contact avec la peau
 L24.4 Dermite irritante de contact due à des médicaments en contact avec la peau
 L25.1 Dermite de contact, sans précision, due à des médicaments en contact avec la peau
 L27.0 Éruption généralisée due à des médicaments
 L27.1 Éruption localisée due à des médicaments
 L43.2 Réaction lichénoïde médicamenteuse
 L56.0 Réaction phototoxique à un médicament
 L56.1 Réaction photoallergique à un médicament
 L64.0 Alopecie androgénique médicamenteuse
 M10. Goutte médicamenteuse
 M32.0 Lupus érythémateux disséminé médicamenteux
 M34.2 Sclérose systémique due à des médicaments et des produits chimiques
 M80.4 Ostéoporose médicamenteuse avec fracture pathologique
 M81.4 Ostéoporose médicamenteuse
 M83.5 Autres ostéomalacies médicamenteuses de l'adulte
 M87.1 Ostéonécrose médicamenteuse
 N14.0 Néphropathie due à un analgésique
 N14.1 Néphropathie due à d'autres médicaments et substances biologiques
 N14.2 Néphropathie due à un médicament ou une substance biologique, sans précision
 P58.4 Ictère néonatal dû à des médicaments ou des toxines transmis par la mère ou administrés au nouveau-né

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

<i>Moyen de diffusion</i>	<i>N° à composer</i>
Service de renseignements individuels	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'OFS sur Internet	www.statistique.admin.ch
Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents	www.news-stat.admin.ch
Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Banque de données (accessible en ligne)	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln im Internet unter der Adresse www.statistik.admin.ch → Dienstleistungen → Publikationen Statistik Schweiz.

Santé

Excès pondéral chez l'adulte en Suisse: aspects d'une problématique multifactorielle, StatSanté 3/2007, Neuchâtel 2007, no de commande: 515-0703, 43 pages, gratuit

Les nouveau-nés dans les hôpitaux de Suisse en 2004. La prise en charge hospitalière des bébés nés à terme et des prématurés, StatSanté 2/2007, Neuchâtel 2007, n° de commande: 515-0702, 23 pages, gratuit

Statistique des causes de décès. Causes de mortalité en 2003 et 2004, Neuchâtel 2007, n° de commande: 069-0400, 79 pages, 11 francs (TVA excl.)

Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements, StatSanté 1/2007, Neuchâtel 2007, n° de commande: 515-0701, 32 pages, gratuit

Statistique de la santé 2007, Neuchâtel 2007, n° de commande: 848-0700, 8 pages, gratuit

Statistique médicale des hôpitaux 2005. Résultats définitifs (Tableaux standard), Neuchâtel 2007, n° de commande: 532-0703-05, 72 pages, gratuit

Hospitalisations: principaux résultats. Résultats de la statistique médicale des hôpitaux 2005, Neuchâtel 2007, n° de commande: 532-0706-05, 22 pages, gratuit

Toutes les hospitalisations et semi-hospitalisations sont saisies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux.

Ce relevé, effectué par tous les hôpitaux et cliniques, comporte des données administratives, des informations sociodémographiques sur les patients, ainsi que les diagnostics et les traitements. Pour saisir ces informations, deux classifications médicales sont utilisées. Il s'agit d'une part de la CIM-10 pour les diagnostics, d'autre part de la CHOP (basée sur l'ICD-9-CM, vol. 3) pour les traitements. L'indication des codes issus de ces classifications est soumise à des directives bien précises. Le secrétariat de codage de l'OFS rédige, révisé et adapte au besoin ces directives, s'occupe de la maintenance desdites classifications et du soutien aux personnes chargées du codage.

Le manuel de codage contient toutes les règles de codage publiées à ce jour. Il est l'ouvrage de base du codage médical.

N° de commande

544-0700-05

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Prix

15 francs (TVA excl.), impression à la demande

ISBN 978-3-303-14123-6