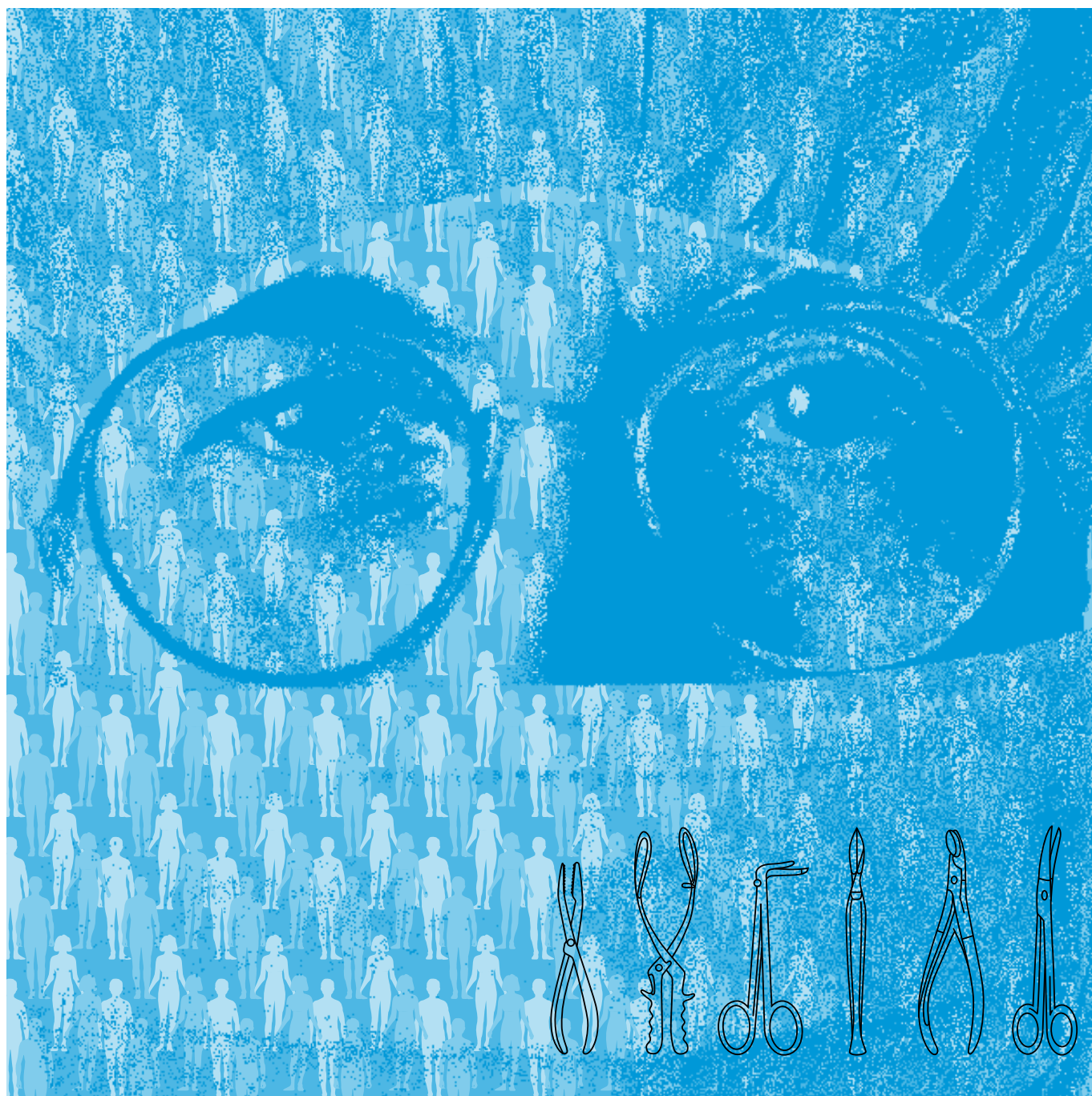


Manuel de codage

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 3.0, 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Neuchâtel, 2009

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** Culture, médias, société de l'information, sport
- 17** Politique
- 18** Administration et finances publiques
- 19** Criminalité et droit pénal
- 20** Situation économique et sociale de la population
- 21** Développement durable et disparités régionales et internationales

Manuel de codage

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 3.0, 2009

Rédaction Chantal Vuilleumier-Hauser, OFS
Ursula Althaus, USB
Phédon P. Tahintzi, HUG

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: Secrétariat de codage OFS
e-mail: codeinfo@bfs.admin.ch

Auteur: Office fédéral de la statistique

Réalisation: Christiane Ricci

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: 544-0900

Prix: Fr. 15.– (TVA excl.)

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Page de couverture: Roland Hirter

Graphisme/Layout: OFS

Copyright: OFS, Neuchâtel 2009
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14134-2

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	3
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	8
<i>Abréviations utilisées dans la table des matières et la structure du manuel</i>	8
<i>Abréviations utilisées dans les exemples</i>	8
REMARQUES GÉNÉRALES G00 – G05	9
G00 CADRE GÉNÉRAL DU CODAGE MÉDICAL	9
G01 STATISTIQUE MÉDICALE	10
G01.1 Introduction	10
G01.2 Bases légales	10
G01.3 Objectifs	11
G01.4 Anonymisation des données	11
G01.5 La série de données de la statistique médicale: définitions et variables	11
G01.6 Séries de données supplémentaires	12
G01.6.A Série de données sur les nouveau-nés	12
G01.6.B Série de données sur les patients en psychiatrie	12
G01.6.C Série de données sur des groupes de patients	12
G02 LA STATISTIQUE MÉDICALE ET LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION DES PATIENTS DRG	13
G03 LES CLASSIFICATIONS CIM-10 ET CHOP	14
G03.1 CIM-10	14
G03.1.A Introduction	14
G03.1.B Historique	14
G03.1.C Structure	14
G03.2 Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)	19
G03.2.A Remarques générales	19
G03.2.B Structure	19
G03.2.C Conventions typographiques et abréviations	21
G03.3 Procédé de codage correct	22
G04 DEFINITIONS	23
G04.1 Définition du cas	23
G04.2 Le diagnostic principal	23
G04.3 Complément au diagnostic principal	25
G04.4 Les diagnostics supplémentaires	25
G04.5 Traitement principal	26
G04.6 Traitements supplémentaires	26
G05 RÈGLES GÉNÉRALES DE CODAGE	27
G05.1 Règles générales de codage des diagnostics	27
Saisie des diagnostics dans le data-set médical	27
G05.1.A Symptômes	27
G05.1.B Diagnostics bilatéraux	27
G05.1.C Codes de diagnostics spéciaux	27
G05.1.D Status post / Etat après	31
G05.1.E Séquelles	31
G05.1.F Diagnostics présumés	32
G05.1.G Codage d'affections multiples	32
G05.1.H Affections chroniques avec poussée aiguë	33
G05.1.I Codes combinés	33

G05.1.J Complications	33
G05.1.K Syndromes	38
G05.1.L Admission pour une opération/procédure non effectuée	39
G05.1.M Ablation de matériel d'ostéosynthèse	39
G05.2 Règles générales de codage des procédures	40
G05.2.A Endoscopie et interventions endoscopiques	41
G05.2.B Interventions combinées – Opérations complexes	41
G05.2.C Interventions interrompues	41
G05.2.D Procédures répétées plusieurs fois	42
G05.2.E Opérations bilatérales	43
G05.2.F Révisions d'une région opérée / Réopérations	43
G05.2.G Mesures diagnostiques & thérapeutiques non invasives	43
RÈGLES SPÉCIALES S01-S21	44
S01 MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	44
S01.g Généralités	44
S01.g.1 Nouveautés	44
S01.g.2 Définitions	44
S01.d Règles de codage	45
S01.d.1 SIRS	45
S01.d.2 Bactériémie	45
S01.d.3 Sepsis	45
S01.d.4 Maladies dues au VIH	46
S01.d.4A Règles de codage VIH	47
S01.d.5 Vrai croup – pseudo-croup – syndrome du croup	48
S01.d.6 Gastro-entérite infectieuse	48
S02 ONCOLOGIE (TUMEURS)	49
S02.g Généralités	49
S02.g.1 Exception: tumeurs du système hématopoïétique et lymphatique	50
S02.g.2 Activité tumorale	50
S02.d Règles de codage	50
S02.d.1 Choix du diagnostic principal	50
S02.d.2 Récidives	52
S02.d.3 Excision étendue dans la région tumorale	52
S02.d.4 Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement	52
S02.d.5 Complications	52
S02.d.6 Contrôle	52
S02.d.7 Tumeurs avec activité endocrine	52
S02.d.8 Localisations particulières	53
S02.d.9 Rémissions	53
S02.d.10 Syndrome carcinoïde / Syndrome paranéoplasique	54
S02.d.11 Lymphangiose carcinomateuse	54
S02.d.12 Chimiothérapie et radiothérapie	54
S04 MALADIES ENDOCRINIENNES, NUTRITIONNELLES ET MÉTABOLIQUES	55
S04.g Généralités	55
S04.g.1 Diabète sucré: terminologie	55
S04.d Règles de codage	56
S04.d.1 Règles de codage du diabète sucré	56
S04.d.2 Fibrose kystique (Mucoviscidose)	60
S05 TROUBLES MENTAUX	61
S05.g Généralités	61

S05.g.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19) (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine)	61
S05.d Règles de codage	62
S05.d.1 Intoxication aiguë non accidentelle	62
S05.d.2 Intoxication aiguë accidentelle	62
S05.d.3 Abus d'une substance non psycho-active	62
S05.d.4 Abus simultané de plusieurs substances	62
S05.d.5 Admission pour sevrage et cure de désintoxication	62
S06 MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX	63
S06.d Règles de codage	63
S06.d.1 Les accidents vasculaires cérébraux	63
S06.d.2 Tétraplégie et paraplégie, non traumatique	64
S06.d.3 Traitements neurologiques complexes	64
S07 MALADIES DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES	65
S07.d Règles de codage	65
S07.d.1 Cataracte: insertion secondaire de cristallin artificiel	65
S07.d.2 Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil	65
S08 MALADIES DE L'OREILLE ET DE L'APOPHYSE MASTOÏDE	66
S08.d Règles de codage	66
S08.d.1 Problèmes d'ouïe et surdité	66
S09 MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	67
S09.d Règles de codage	67
S09.d.1 Hypertension et maladies hypertensives	67
S09.d.2 Maladies cardiaques coronaires	67
S09.d.3 Affections des valvules cardiaques	69
S09.d.4 Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques	70
S09.d.5 Contrôle de greffe cardiaque	71
S09.d.6 Œdème pulmonaire aigu	71
S09.d.7 Arrêt cardiaque	71
S09.d.8 Artériopathie périphérique	72
S09.d.9 Artériopathie aiguë	72
S10 MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES	73
S10.d Règles de codage	73
S10.d.1 Ventilation	73
S10.d.2 Pneumonies	74
S10.d.3 BPCO (maladie pulmonaire obstructive chronique)	74
S11 MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	75
S11.d Règles de codage	75
S11.d.1 Appendicite	75
S11.d.2 Adhérences	75
S11.d.3 Hémorragie gastro-intestinale	75
S11.d.4 Déshydratation lors d'une gastroentérite	75
S15 OBSTETRIQUE	76
S15.g Généralités	76
S15.g.1 Définitions	76
S15.d Règles de codage	77
S15.d.1 Règles générales	77
S15.d.2 Interruption précoce d'une grossesse de < 22 semaines (O00-O08)	77
S15.d.3 Interruption précoce d'une grossesse de > 22 semaines	78
S15.d.4 Affections pendant la grossesse	79
S15.d.5 Complications de la grossesse, touchant la mère ou l'enfant	80
S15.d.6 Règles spéciales pour l'accouchement	81

S15.d.7	Durée de la grossesse et complication du travail et de l'accouchement	83
S16	NEONATOLOGIE	85
S16.g	Généralités	85
S16.g.1	Définitions	85
S16.d	Règles de codage	85
S16.d.1	Choix du diagnostic principal et des diagnostics supplémentaires	85
S16.d.2	Données supplémentaires des nouveau-nés	87
S16.d.3	Mesures particulières pour le nouveau-né malade	87
S16.d.4	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né/maladie des membranes hyalines/carence en surfactant	88
S16.d.5	Syndrome néonatal d'aspiration aigu et tachypnée transitoire du nouveau-né	88
S16.d.6	Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)	88
S19	LESIONS TRAUMATIQUES, EMPOISONNEMENTS ET CERTAINES AUTRES CONSEQUENCES DE CAUSES EXTERNES	89
S19.1	Lésions traumatiques	89
S19.1.d	Règles de codage	89
S19.1.d.1	Lésions superficielles	89
S19.1.d.2	Fracture et luxation	89
S19.1.d.3	Plaies/lésions ouvertes	90
S19.1.d.4	Perte de connaissance	90
S19.1.d.5	Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie traumatique et tétraplégie)	91
S19.1.d.6	Lésions multiples	91
S19.1.d.7	Brûlures et corrosions	92
S19.2	Intoxications (accidentelles et intentionnelles)	93
S19.2.g	Généralités	93
S19.2.d	Règles de codage	93
S19.2.d.1	Intoxication volontaire	93
S19.2.d.2	Intoxication médicamenteuse et alcool	93
S19.2.d.3	Intoxication accidentelle ou surdosage	94
S19.2.d.4	Intoxication médicamenteuse dont l'intention est non-déterminée	94
S19.2.d.5	Coma et intoxication médicamenteuse	94
S19.2.d.6	Intoxication due à l'ingestion de plusieurs substances	94
S19.3	Tentative de suicide autre que par intoxication médicamenteuse	95
S19.3.g	Généralités	95
S19.3.d	Règles de codage	95
S19.4	Les effets indésirables de substances thérapeutiques	95
S19.4.g	Généralités	95
S19.4.d	Règles de codage	95
S19.4.d.1	Effet secondaire survenant en cours d'hospitalisation	96
S19.4.d.2	Choc anaphylactique	96
S21	READAPTATION, REEDUCATION	97
S21.g	Généralités	97
S21.d	Règles	97
ANNEXE AU CHAPITRE S16		98
ANNEXE AU CHAPITRE S19		99

Remerciements

Le présent manuel est le fruit d'un travail minutieux fourni par des experts et d'une coopération étroite entre des spécialistes du codage en Suisse. L'Office fédéral de la statistique les remercie vivement de leur précieux engagement. Dans le cadre de l'introduction du système de facturation SwissDRG, basé sur les forfaits par cas, nous avons apprécié de collaborer avec le bureau d'experts Casemix-Office de la SwissDRG SA. Nous adressons aussi des remerciements tout particuliers à Madame Ursula Althaus de l'Hôpital universitaire de Bâle, qui a réalisé avec un soin scrupuleux l'essentiel du travail de conception et de rédaction de ce manuel, malgré des délais serrés.

Responsables de la version 3.0

Rédaction

Ursula Althaus, médecin, Hôpital universitaire, Bâle, membre du groupe d'experts en classifications médicales

Dr med. Phédon Tahintzi, Hôpital universitaire, Genève

Dr med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

Contrôle de la compatibilité avec les systèmes de forfaits par cas de SwissDRG

Ursula Althaus, médecin, Hôpital universitaire, Bâle, membre du groupe d'experts en classifications médicales

Dr med. Alfred Bollinger, Hôpital universitaire, Zurich, président du groupe d'experts en classifications médicales

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

Dr med. Bettina Holzer, Hôpital universitaire de Bâle, membre du Comité de la SSCM

Dr med. Cristina Pangrazzi, H Services AG, Baar, membre du groupe d'experts en classifications médicales et du Comité de la SSCM

Dr med. Phédon Tahintzi, Hôpital universitaire, Genève

Dr Chantal Vuilleumier-Hauser, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

En étroite collaboration avec Dr med. Constanze Hergeth, Casemix-Office, SwissDRG AG, Berne

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. Outre les règles de codage, il contient des informations relatives aux principales variables de la statistique médicale utilisées dans la série de données, ainsi qu'un bref historique de la classification CIM-10. Même si, de nos jours, le travail de codage se fait souvent à l'aide de programmes informatiques, il nous a paru important de présenter aussi la structure de la classification CHOP qui est utilisée en Suisse.

Ce manuel contient également, en plus des règles de base en vigueur jusqu'ici, de nombreuses instructions nouvelles qui peuvent aussi s'avérer utiles pour des codeurs expérimentés. Une refonte totale de la version précédente s'imposait, en particulier dans la perspective de l'introduction du système de facturation SwissDRG, basé sur les forfaits par cas. La numérotation des chapitres et sous-chapitres a dû être complètement revue et ne correspond donc plus à celle des versions précédentes du manuel. Un grand nombre d'exemples nouveaux viennent illustrer les règles.

La présente version est la troisième du genre. Comme dans la version 1.0, les règles générales (chapitres G pour général) sont mentionnées séparément des règles spécifiques (chapitres S pour spécifique). La numérotation des chapitres consacrés aux règles spécifiques correspond à celle de la classification CIM-10. Comme dans les versions précédentes, à chaque paragraphe correspond une règle, qui est expliquée et illustrée par des exemples. Des tableaux résumant le sujet traité se trouvent à la fin de certains paragraphes et chapitres.

Les règles de codage publiées dans le présent manuel doivent obligatoirement être appliquées à toutes les données que les hôpitaux codent avant de les transmettre à l'Office fédéral de la statistique pour la statistique médicale.

Le Manuel de codage 3.0 entre en vigueur le 1.1.2010 et remplace les versions précédentes.

Les classifications CIM-10 GM 2008 et CHOP 11.0 ont servi de base à ce manuel.

La refonte totale du manuel de codage rend caduques à compter du 1.1.2010 toutes les informations, directives, règles de codage et circulaires de l'OFS qui ont été publiées avant le 31.07.2009 et qui contredisent la nouvelle version.

Abréviations utilisées dans la table des matières et la structure du manuel

<i>d.</i>	<i>Directive</i>
<i>G / g</i>	<i>Généralités</i>
<i>S</i>	<i>Règles spéciales</i>

Abréviations utilisées dans les exemples

<i>CD</i>	<i>Complément au diagnostic principal</i>
<i>DP</i>	<i>Diagnostic principal</i>
<i>DS</i>	<i>Diagnostic supplémentaire</i>
<i>TP</i>	<i>Traitement principal</i>
<i>Trait..</i>	<i>Traitement (principal ou supplémentaire, selon la situation)</i>
<i>TS</i>	<i>Traitement supplémentaire</i>

Remarques générales G00 – G05

G00 Cadre général du codage médical

La VESKA (aujourd'hui H+), l'association faîtière des hôpitaux suisses, collectait depuis 1969 des données dans le cadre d'un projet de statistique hospitalière. Les diagnostics et les traitements étaient codés à l'aide de codes VESKA, définis à partir de la CIM-9. Une statistique des hôpitaux a ainsi pu être établie. La collecte des données n'étant alors obligatoire que dans quelques cantons, les informations recueillies ne représentaient toutefois que 45% des hospitalisations et n'étaient par conséquent pas représentatives à l'échelle nationale.

En 1997/1998, une série de statistiques sur les établissements de soins intra-muros a été mise en place pour l'ensemble de la Suisse. Depuis, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte et publie des données de la statistique médicale des hôpitaux, statistique qui fournit des informations sur les patients traités dans les hôpitaux suisses.

Ce relevé est complété par une statistique administrative des hôpitaux (statistique des hôpitaux). Une statistique des institutions médico-sociales fournit en outre des données administratives sur les clients des homes pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux, des institutions pour handicapés, pour personnes dépendantes et pour personnes présentant des troubles psycho-sociaux, complétant ainsi l'offre dans le domaine des établissements de soins intra-muros.

De manière générale, les statistiques sanitaires ont pour but de répondre aux questions suivantes :

- Quel est l'état de santé de la population, quels problèmes de santé rencontre-t-elle et quelle est leur gravité ?
- Quels segments de la population sont touchés par l'un ou l'autre problème (selon l'âge, le sexe et d'autres facteurs - tels que la formation, l'origine migratoire, etc. – qui, d'après les connaissances actuelles, créent des disparités) ?
- Quelle est l'influence du cadre de vie et du mode de vie sur la santé ?
- A quelles prestations de santé la population a-t-elle recours ? Comment la demande se répartit-elle entre les divers segments de la population ?
- Comment les coûts et les moyens de financement évoluent-ils ?
- De quelles ressources le système de santé dispose-t-il (infrastructure, personnel, finances) et quelles prestations offre-t-il ?
- Quels sont les besoins (actuels et futurs) dans le secteur de la santé ?
- Quelles sont les incidences des mesures prises sur le plan politique ?

Le codage des diagnostics et des traitements hospitaliers fournit des éléments essentiels pour répondre à ces questions.

G01 Statistique médicale

G01.1 Introduction

L'Office fédéral de la statistique (OFS) est responsable de l'établissement de la statistique médicale. Les offices cantonaux de statistique, les services statistiques des directions cantonales de la santé publique et, pour certains cantons, l'association H+ coordonnent la collecte des données des hôpitaux au niveau cantonal. Ils informent notamment les hôpitaux des délais de livraison des données et contrôlent que ces derniers les respectent. Ces organismes sont en outre chargés de contrôler la qualité des données et de les valider, puis de les transmettre à l'OFS.

Les hôpitaux centralisent la collecte des données des patients. Ils établissent le fichier de données comprenant les codes des diagnostics et des traitements. Ils ont l'obligation légale de fournir ces données pour la statistique médicale. L'OFS précise aux services cantonaux quelles sont les données à livrer, le format et le mode de transmission, en les priant de communiquer ces informations aux hôpitaux. Ces prescriptions figurent sur le site Internet de l'OFS.

G01.2 Bases légales

La statistique médicale des hôpitaux se base sur la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale, sur l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques et sur la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Une révision partielle de la LAMal, entrée en vigueur le 1.1.2009, a aussi des incidences sur la statistique médicale.

En vertu de la loi sur la statistique fédérale, l'établissement de statistiques sanitaires est une tâche de portée nationale (art. 3, al. 2b), qui exige la coopération des cantons, des communes et d'autres partenaires impliqués. Conformément à l'article 6, al. 1, le Conseil fédéral peut rendre obligatoire la participation à un relevé.

L'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques mentionne les organes responsables des divers relevés statistiques. L'annexe décrit en détail les caractéristiques de chaque relevé. Dans le cas de la statistique médicale des hôpitaux, c'est l'OFS qui est désigné comme organe responsable de l'enquête. L'ordonnance précise aussi les conditions de réalisation, notamment le caractère obligatoire de la participation. Elle spécifie également que les classifications CIM-10 et CHOP (classification suisse des opérations) doivent être utilisées pour saisir respectivement les diagnostics et les traitements.

La LAMal contient elle aussi, des dispositions concernant l'enquête effectuée pour établir la statistique médicale. En vertu de cette loi, les hôpitaux et les maisons de naissance « doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations » (art. 22a, al. 1). Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique et doivent être mises gratuitement à disposition par les fournisseurs de prestations (art. 22a, al. 2 et 3).

La révision partielle de la LAMal prévoit l'introduction en Suisse d'un système de facturation basé sur les forfaits par cas. Les données de la statistique médicale seront utilisées dans ce cadre (voir chapitre G02). La loi révisée prévoit en outre que l'OFS mettra ces données à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant des prix, de l'Office fédéral de la justice, des cantons et des assureurs, ainsi que de quelques autres organes selon le fournisseur de prestations. Ces données seront ensuite publiées par l'OFSP par catégorie ou fournisseur de prestations (par hôpital). Les résultats concernant les patients ne seront publiés que sous forme anonyme, rendant impossible toute déduction sur les personnes concernées.

G01.3 Objectifs

- Garantir la surveillance épidémiologique de la population (population hospitalisée). Les données fournissent de précieuses informations sur la fréquence des principales maladies à l'origine d'une hospitalisation, permettant ainsi de planifier et, le cas échéant, d'appliquer des mesures préventives ou thérapeutiques.
- La saisie homogène des prestations est une condition préalable à l'introduction d'un système de classification des patients. L'objectif visant à lier le financement des hôpitaux aux prestations, comme le prévoit le système des forfaits par cas SwissDRG, pourra ainsi être atteint.
- Les données relevées permettront aussi de procéder à une analyse générale des prestations fournies par les hôpitaux et de leur qualité à partir, par exemple, de la fréquence de certaines opérations ou de la fréquence des réhospitalisations dans le cas de certains diagnostics ou traitements.
- Ces données permettent en outre de se faire une idée de la situation dans le domaine de la prise en charge hospitalière. Les zones d'attraction des divers hôpitaux peuvent ainsi être visualisées. Les données de la statistique médicale peuvent servir dès lors à la planification hospitalière à l'échelon cantonal et intercantonal.

Elles peuvent également être utilisées pour la recherche et être diffusées à l'intention d'un public intéressé.

G01.4 Anonymisation des données

Conformément à la loi fédérale du 22 juin 1992 sur la protection des données, les données doivent être transmises sous forme anonyme. Un code de liaison anonyme, généré à partir du nom, du prénom, de la date de naissance complète et du sexe, est ainsi associé à chaque patient. Ce code est un code crypté (produit par hachage et codage des données), qui rend impossible toute identification de la personne.

G01.5 La série de données de la statistique médicale: définitions et variables

Les données de la statistique médicale sont réparties en plusieurs séries de données, considérées du point de vue de leur transmission (interfaces) : une série de données minimales, une série de données supplémentaires sur les nouveau-nés, une série de données sur les patients en psychiatrie et, depuis 2009, une série de données sur des groupes de patients. Le service d'enquête cantonal peut demander la production d'autres séries de données, en particulier une série de données cantonales. Les prescriptions en la matière ne sont pas édictées par l'OFS et ne sont par conséquent pas mentionnées ci-après.

La série de données minimales de la statistique médicale comprend les variables qui doivent obligatoirement être transmises. La statistique médicale ayant été adaptée à la date du 1.1.2009 en vue de la mise en place du système de facturation SwissDRG, basé sur les forfaits par cas, une série de données supplémentaire a vu le jour ; cette série contient les données qui doivent obligatoirement être relevées pour tous les patients (série de données sur des groupes de patients). Pour des raisons pratiques, une répartition des variables obligatoires a été faite entre les deux séries de données afin que, pendant une période transitoire, certains hôpitaux puissent utiliser l'ancienne interface et d'autres déjà la nouvelle. A partir de 2010, les deux séries de données devront obligatoirement être livrées.

Les variables de toutes les séries de données sont décrites sur le site Internet de l'OFS.

Voir sous : www.bfs.admin.ch > Infothèque>Enquêtes, Sources>Statistique médicale des hôpitaux>Concept ou http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

G01.6 Séries de données supplémentaires

La série minimale de données de la statistique médicale est complétée par des données supplémentaires. Ces séries supplémentaires constituent un système modulaire dont les données se complètent. Elles peuvent être ajoutées selon la situation des patients.

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

Pour les nouveau-nés, une série spécifique de données doit être saisie. Il est ainsi possible de collecter des informations supplémentaires épidémiologiques et médicales sur les naissances ayant eu lieu à l'hôpital (plus de 95% des naissances en Suisse). Ces informations portent notamment sur la parité des sexes, la durée de la grossesse, le poids à la naissance et les transferts.

G01.6.B Série de données sur les patients en psychiatrie

En collaboration avec la Société suisse de psychiatrie et l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie, une liste de données supplémentaires a été mise au point pour répondre aux besoins dans le domaine psychiatrique. Ces données portent sur des caractères sociodémographiques, sur les traitements et le suivi après la sortie. L'obligation de renseigner ne s'applique pas à ces données.

G01.6.C Série de données sur des groupes de patients

La statistique médicale a été adaptée à la date du 1.1.2009 aux besoins d'un financement des hôpitaux orienté sur les prestations (SwissDRG, voir chapitre G02). Pour assurer la compatibilité du système suisse avec le modèle allemand qui a été retenu, il est nécessaire de collecter des informations plus détaillées qu'auparavant. Cette nouvelle série de données sur des groupes de patients permet de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements. Elle contient en outre d'autres informations utiles à la facturation.

G02 La statistique médicale et les systèmes de classification des patients DRG

Depuis quelque temps, certains cantons se basent sur la statistique médicale pour financer les établissements de santé (forfaits par cas selon les APDRG). A partir de 2012, le financement des hôpitaux au niveau fédéral se fondera sur le système SwissDRG. L'introduction de ce nouveau système nécessite une adaptation des classifications et des règles de codage. Les séries de données qui doivent être transmises pour la statistique médicale en particulier, ont été complétées (par une série de données supplémentaires) ; une nouvelle classification des diagnostics CIM-10 GM (German Modification) a été choisie et la classification des procédures CHOP a été étendue et le sera encore. Pour que le système de groupage selon SwissDRG puisse effectivement être utilisé, il faut encore que les règles de codage soient adaptées.

En attendant l'introduction du nouveau système, la facturation continuera de se faire en beaucoup d'endroits selon l'APDRG. La question de la compatibilité entre les règles de codage officielles de l'OFS et les règles du groupeur se posera par conséquent. Afin d'éviter toute incohérence, les hôpitaux concernés sont priés de continuer à observer les directives concernant le classement forcé d'un cas dans un groupe APDRG correct. Ces directives peuvent être obtenues auprès d'APDRG Suisse ou être consultées sous

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

G03 Les classifications CIM-10 et CHOP

G03.1 CIM-10

G03.1.A Introduction

Le but premier d'une classification, dans le domaine médical, est de coder les diagnostics ou les traitements afin de permettre l'analyse statistique des données collectées au travers de cette généralisation. Une classification statistique des maladies doit permettre à la fois d'identifier des entités pathologiques spécifiques et d'établir une présentation statistique des données pour de plus grands groupes de maladies afin d'obtenir ainsi des informations utiles et compréhensibles (CIM-10 OMS, volume 2, chapitre 2.3).

Une classification, méthode de généralisation comme l'affirmait William Farr, doit limiter son nombre de rubriques tout en incluant toutes les maladies connues, ce qui implique nécessairement une perte d'information. Elle ne peut par conséquent pas représenter fidèlement la réalité médicale.

La classification CIM-10 a été conçue pour permettre d'analyser et de comparer les données sur la mortalité et la morbidité. Un outil de codage des diagnostics est indispensable à une telle interprétation des données.

La version de la CIM-10 qui sera utilisée dès le 01.01.2010 en Suisse pour coder les diagnostics est la CIM-10 GM 2008 (German Modification). Celle-ci correspond, dans sa structure fondamentale, à la CIM-10, édition de l'OMS, mais s'en différencie aussi sensiblement. Elle contient entre autres des règles de codage à l'intérieur de la classification. Ces règles doivent être observées, mais en cas de doute ce sont les règles suisses qui s'appliquent.

G03.1.B Historique

William Farr, responsable du service statistique officiel de l'Angleterre et du Pays de Galle, et Marc d'Espine, de Genève, se sont fortement investis, à l'époque, dans le développement 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 conséquences de traumatismes) est à la base de la structure de la CIM-10. En 1893, Jacques Bertillon, chef du service statistique de la ville de Paris, présenta à la réunion de l'Institut International de Statistique sa classification « *Nomenclature internationale des causes de décès* ». Celle-ci fut adoptée, puis révisée tous les dix ans. En 1948, cette classification fut adoptée par l'Organisation mondiale de la santé.

En 1975, à l'occasion de la 9^e révision de la classification, un cinquième caractère et le système dague/astérisque ont été introduits dans la CIM-9. En 1993, la 10^e révision de la classification a été validée. Celle-ci a introduit la structure alphanumérique des codes. Plusieurs pays ont apporté des modifications à la CIM-10, principalement à des fins comptables. En Suisse, la version CIM-10 GM (German Modification) sera utilisée dès le 01.01.2010.

G03.1.C Structure

Les codes de la classification CIM-10 présentent une structure alphanumérique consistant en une lettre en première position, suivie de deux chiffres, un point et une ou deux décimales (par ex. K38.1).

La CIM-10 GM se compose de deux volumes: l'index systématique et l'index alphabétique.

G03.1.C1 Structure de l'index systématique

L'index systématique est divisé en 22 chapitres. Les dix-sept premiers décrivent les maladies, le chapitre XVIII les symptômes et les résultats anormaux de laboratoire, le chapitre XIX les lésions traumatiques et les empoisonnements, le chapitre XX (étroitement lié au chapitre XIX, comme nous le verrons plus loin) les causes externes de morbidité. Le chapitre XXI concerne principalement des facteurs qui conduisent à recourir aux services de santé.

Le chapitre XXII contient des codes réservés à une utilisation particulière. Il s'agit de codes supplémentaires permettant de spécifier plus précisément des maladies classées sous une autre rubrique ou de classer des limitations fonctionnelles, etc.

Tableau des chapitres et des catégories correspondantes

Chapitre	Titre	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-D90
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
V	Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
VI	Maladies du système nerveux	G00-G99
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	H00-H59
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	H60-H95
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99
X	Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
XI	Maladies de l'appareil digestif	K00-K93
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	L00-L99
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	M00-M99
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N99
XV	Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00-O99
XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P96
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00-Q99
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	R00-R99
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité	V01-Y98
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99
XXII	Codes d'utilisation particulière	U00-U99

Chaque chapitre est divisé en blocs constitués par des **catégories à trois caractères** (une lettre et deux chiffres). Un bloc est donc un groupe de catégories. Ces dernières correspondent à des affections particulières ou à des groupes de maladies ayant des caractères communs.

Sous-catégories: les catégories sont subdivisées en **sous-catégories à quatre caractères**. Elles permettent de coder les localisations ou les variétés (si la catégorie concerne une affection particulière) ou des maladies particulières si la catégorie désigne un groupe d'affections.

Codes à cinq caractères: des codes à cinq caractères sont utilisés dans certains chapitres pour préciser le codage.

Remarque importante: seuls sont valables les codes terminaux, c.-à-d. les codes qui ne se subdivisent plus.

Maladies de l'appendice (K35-K38)

Bloc/Groupe

Catégorie à 3
caractères

Sous-catégories à
4 caractères

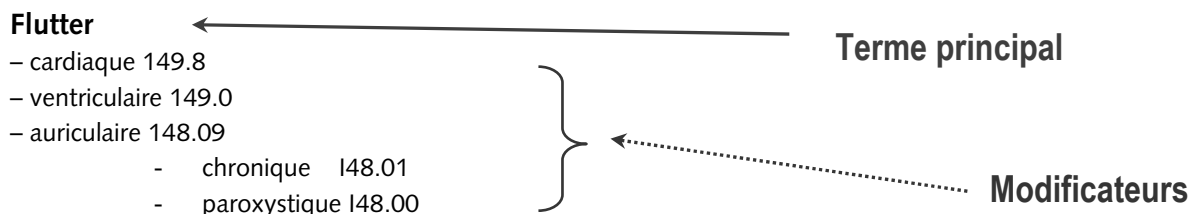
K35	Appendicite aiguë
K35.0	Appendicite aiguë avec péritonite généralisée
	Appendicite (aiguë) avec : • perforation • péritonite (généralisée) (localisée) après rupture ou perforation • rupture
K35.1	Appendicite aiguë avec abcès péritonéal
	Abcès de l'appendice
K35.9	Appendicite aiguë, sans précision
	Appendicite aiguë avec péritonite, localisée ou SAI Appendicite aiguë sans : • abcès péritonéal • perforation • péritonite généralisée • rupture
K36	Autres formes d'appendicite
	Appendicite : • chronique • récidivante
K37	Appendicite, sans précision
K38	Autres maladies 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

Catégories à 3
caractères

Sous-catégories à
4 caractères

G03.1.C2 Structure de l'index alphabétique

L'index alphabétique répertorie les termes désignant les maladies, les syndromes, les traumatismes et les symptômes. Le terme principal désignant une maladie ou un état pathologique se trouve à l'extrême gauche de la colonne. Il est suivi par les modificateurs ou qualificateurs, qui sont décalés sur la droite selon un ordre hiérarchique.



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

G03.1.C3 Conventions typographiques et abréviations

La classification CIM-10 utilise des abréviations et des conventions typographiques qu'il y a lieu de connaître et d'observer.

Les parenthèses () :

Elles incluent des termes qui complètent le terme principal en le précisant :

I10.- Hypertension essentielle (primitive)
Tension artérielle élevée
Hypertension (artérielle) (essentielle) (primitive) (systémique)

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

H01.0 Blépharite
Excl. : blépharoconjonctivite (H10.5)

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

Maladies de l'appendice
(K35-K38)

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

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

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

Ces précisions n'impliquent aucune modification du code.

NCA : Cette abréviation signifie **non classé ailleurs**. Elle indique que certaines variétés précisées des affections énumérées peuvent se trouver dans d'autres parties de la classification. Cette abréviation est ajoutée :

- à des termes classés dans des catégories résiduelles ou non spécifiées
- à des termes mal définis.

Renvois (voir, voir aussi):

Des renvois se trouvent dans l'index alphabétique. Ils servent à éviter les répétitions.

- « Voir » renvoie au terme spécifique auquel on se réfère.
- « Voir aussi » renvoie aux 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 remarques faites précédemment, par exemple :

C00.8 Lésion à localisation de la lèvre

[voir note 5 au début du chapitre]

Deux points :

Les deux points sont utilisés dans le volume 1 pour énumérer des termes, lorsque le terme précédent n'est pas suffisamment complet.

L08.0 Pyodermmite

Dermite :

- purulente
- septique
- suppurée

Trait vertical (remplace l'accolade { }) :

Le trait vertical est utilisé dans le volume 1 pour énumérer des termes inclus ou exclus, aucun des termes précédant ou suivant le trait vertical n'étant complet et ne pouvant donc être attribué à la rubrique en question sans cet ajout.

H50.3 Hétérotropie intermittente

Esotropie

Exotropie

(alternante) (monoculaire)

SAI :

Cette abréviation est utilisée dans le volume 1. Elle signifie « sans autre indication » et équivaut à « non précisé ». Les codes dotés de ce modificateur sont attribués à des diagnostics qui ne sont pas spécifiés plus précisément.

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

Affection de l'utérus SAI

Et :

Signifie, dans le titre des catégories (volume 1), **et/ou**.

I74.- Embolie et thrombose artérielles

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

Point tiret .- :

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

J43.- Emphysème

Excl. : Bronchite emphysémateuse (obstructive) (J44.-)

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

Excl. (À l'exclusion de) :

Ces termes n'appartiennent pas au code choisi :

K60.4 Fistule rectale

Fistule recto-cutanée

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

Incl. (à l'inclusion de) :

Ces termes sont inclus dans le code choisi :

J15.- Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs

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

G03.2 Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

G03.2.A Remarques générales

La CHOP est une traduction et adaptation suisse du volume 3 de la classification américaine ICD-9-CM. Elle contient la liste des codes des opérations, procédures et techniques thérapeutiques et diagnostiques. La classification ICD-9-CM est constituée de trois volumes. Elle a été publiée par le gouvernement américain pour la codification de la morbidité aux Etats-Unis. L'adaptation suisse a été réalisée pour obtenir une description plus détaillée des patients. Les volumes 1 et 2 contiennent les codes de diagnostic et les codes supplémentaires, le volume 3, les codes de procédures.

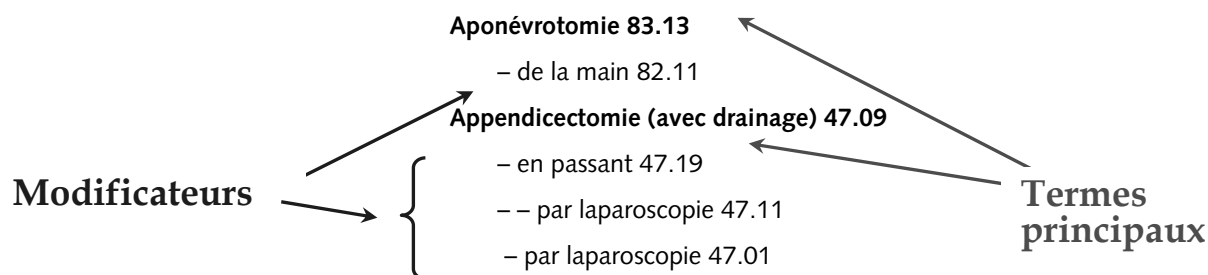
La CHOP est adaptée annuellement. La version 11.0 est utilisée en 2009 ; dès le 01.01.2010, ce sera la version 12.0.

G03.2.B Structure

La CHOP comprend un seul volume, divisé en deux parties distinctes. La première partie contient l'index alphabétique et la deuxième l'index systématique. La structure des codes est en principe alphanumérique; mais, pour des raisons historiques, la plupart des codes sont en réalité des codes numériques, qui se composent en règle générale de deux chiffres suivis d'un point, puis de 1 à 4 chiffres (par ex. 06.4 ; 45.76, 93.38.10). Seuls des codes terminaux de 3, 4 ou 6 caractères peuvent être utilisés. Le code à 5 caractères représente toujours une catégorie supérieure et ne doit jamais être utilisé pour le codage.

Index alphabétique

Dans l'index alphabétique, le terme principal figure en caractères gras à l'extrême gauche de la colonne. Les modificateurs sont décalés sur la droite par rapport au terme principal.



Les termes principaux peuvent être soit une désignation courante d'une intervention chirurgicale (par ex. appendicectomie), soit une procédure générale (par ex. mise en place, ablation, excision), soit un éponyme (nom propre devenu celui d'une procédure, comme Bassini, Latzko, Polya), soit encore un adjectif (artificiel, pédiculé).

Les modificateurs précisent le terme principal et fournissent des informations supplémentaires sur la localisation d'une intervention ou sur sa nature.

Index systématique

L'index systématique de la CHOP se subdivise en 18 chapitres. Les chapitres 1 à 15 sont structurés d'après l'anatomie.

Chapitre		Catégories
0	Procédures et interventions, non classées ailleurs	00
1	Opérations du système nerveux	01 – 05
2	Opérations du système endocrinien	06 – 07
3	Opérations des yeux	08 – 16
4	Opérations des oreilles	18 – 20
5	Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	21 – 29
6	Opérations du système respiratoire	30 – 34
7	Opérations du système cardio-vasculaire	35 – 39
8	Opérations du système 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
17 (nouveau)	Nouvelles procédures	17

Les axes de classification des chapitres présentent un degré croissant de complexité. Les interventions les plus simples figurent au début du chapitre, les plus complexes à la fin. Elles se succèdent en principe dans l'ordre suivant:

1. Incision, ponction
2. Biopsie ou autre intervention diagnostique
3. Excision ou suppression partielle de lésion ou de tissu
4. Excision ou suppression totale de lésion ou de tissu
5. Suture, plastie et reconstruction
6. Autres interventions

Suite à l'introduction de nouveaux codes, l'ordre initial ne peut plus être respecté partout.

G03.2.C Conventions typographiques et abréviations

La CHOP utilise aussi des abréviations et des conventions typographiques qu'il y a lieu de connaître et d'observer.

NCA : « non classable ailleurs », indique qu'il n'existe pas de sous-code pour l'intervention spécifique.

SAP : « sans autre précision », indique qu'il n'existe pas de détails permettant de préciser l'intervention.

Parenthèses () : Les parenthèses contiennent des indications complémentaires ou des explications d'un terme. Elles n'influencent pas le code.

Crochets [] : Les crochets contiennent un synonyme du terme qui précède.
Ex.: - Trompe utérine [trompe de Fallope][salpinx]

EXCLU : Les exclusions se trouvent dans l'index systématique. L'intervention qui est exclue n'appartient pas au code en question. Ces procédures doivent être codées à l'aide du code correspondant indiqué en italiques, par ex. :

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 ex. :

20.97 Implantation ou remplacement de prothèse cochléaire, à un seul canal

Implantation de récepteur, insertion d'électrode dans la cochlée

INCLUS Mastoïdectomie

Cette inclusion signifie que la mastoïdectomie est contenue dans le code 20.97 et ne doit pas être codée avec un code supplémentaire.

Coder aussi : Un code supplémentaire doit être attribué. Cette indication figure dans l'index systématique et signale les interventions qui, si elles sont effectuées, doivent également être codées, p.ex.:

43.81 Gastrectomie partielle, avec transposition jéjunale

Opération de transposition jéjunale (Henley)

Coder aussi: toute résection intestinale simultanée (45.51)

Omettre le code : Un code pour cette intervention est déjà compris dans un autre code, par ex. :

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 ».

G03.3 Procédé de codage correct

Pour trouver un code, il faut commencer par chercher le terme clé du diagnostic ou de l'opération dans l'index alphabétique, puis vérifier son exactitude dans l'index systématique. En résumé :

Etape 1 Chercher le terme clé dans l'index alphabétique

Etape 2 Vérifier le code trouvé dans l'index systématique

- CIM-10 : les exclusions et les inclusions qui se trouvent au même niveau que le code ainsi que celles figurant au niveau de la catégorie ou du groupe doivent être impérativement observées, tout comme les règles spéciales de codage.
- CHOP : tenir compte impérativement des mentions « coder aussi », « omettre le code » ainsi que des exclusions et des inclusions.
Principe : choisir les codes les plus spécifiques.

G04 Définitions

L'établissement de la liste des diagnostics et/ou des procédures dans le dossier de sortie relève de la responsabilité du médecin traitant. Le codage est effectué sur la base de ces informations. On ne répètera jamais assez combien il est important que le dossier du patient soit cohérent et complet. A défaut, il est difficile, voire impossible d'appliquer les règles de codage.

G04.1 Définition du cas

Est défini comme cas tout séjour d'un patient dans un hôpital, quelle que soit la cause de son hospitalisation. Le séjour depuis l'entrée jusqu'à la sortie compte comme un cas.

Le diagnostic principal et le traitement principal comptent parmi les variables les plus importantes du fichier de données de la statistique médicale. Ces variables sont définies ci-après.

G04.2 Le diagnostic principal

La définition du diagnostic principal est celle de l'OMS.

Le diagnostic principal est défini comme

« l'affection qui, au terme du 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 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).

Cela signifie que la maladie ou l'affection principale à l'origine de l'hospitalisation n'est diagnostiquée comme telle qu'à la fin du séjour hospitalier. Le médecin traitant détermine pendant et après l'hospitalisation quels sont les diagnostics pertinents et indique quel a été leur traitement. La personne chargée du codage choisit le diagnostic principal sur la base de ces informations, en appliquant la définition précitée. Le diagnostic à l'admission (cause de l'hospitalisation) ne coïncide pas nécessairement avec le diagnostic principal.

Choix du diagnostic principal (DP) dans les situations les plus courantes

1. Le patient est admis avec des symptômes	Un diagnostic est établi (et le cas traité)	Ce diagnostic tient lieu de DP
	Plusieurs diagnostics sont établis.	Le diagnostic qui a entraîné l'engagement le plus élevé de moyens médicaux tient lieu de DP
	Aucun diagnostic n'est établi.	Le symptôme le plus important tient lieu de DP
	Un diagnostic est fortement supposé, mais pas confirmé	Le diagnostic le plus probable (voir le chapitre Diagnostic supposé) tient lieu de DP
2. Le patient est admis avec un diagnostic connu		Le diagnostic connu tient lieu de DP à moins qu'une pathologie plus grave soit diagnostiquée pendant l'hospitalisation. Le cas échéant, celle-ci sera codée comme DP
	NB: Si, en cas de diagnostic connu, seule une intervention spécifique programmée est effectuée, ceci sera codé en DS avec les codes Z51.- ; Z47.- ; Z50.- NB: Si une thérapie spécifique, qui était programmée, ne peut pas être menée à bien, le cas est codé comme suit : le diagnostic connu tient lieu de DP et le code Z53 est attribué comme DS Exception: Si le patient est admis uniquement pour traiter un symptôme d'une maladie connue, ce symptôme tient lieu de DP, la maladie de DS (par ex. patient souffrant d'ascite et atteint de cirrhose du foie, codé ponction d'ascite, sans autre thérapie)	
3. Patient sans symptômes et sans diagnostic	Admission pour examen de contrôle de nature purement diagnostique, subséquent à un traitement achevé	DP dérivé de Z08 – ou Z09.-
	Admission d'un patient présentant un risque potentiel ; un diagnostic est établi	Ce diagnostic tient lieu de DP. (p.ex. anamnèse familiale de carcinome du côlon, la coloscopie montre un polype qui est réséqué. DP = polype)
	Admission pour éclaircir un diagnostic supposé, qui pourra être exclu	DP dérivé de Z03.- (Ex. : Mise en observation d'un jeune enfant qui a été retrouvé par sa mère avec une boîte vide de médicaments. Pas de symptômes, évolution ne laissant pas conclure à une intoxication. DP = Z03.6 Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées)
4. Patient présentant des complications		Une complication ne peut être DP que si elle survient à l'admission. Les complications qui surviennent au cours de l'hospitalisation sont toujours des DS, même si elles sont plus graves que le DP (voir G05)

DP = diagnostic principal, DS = diagnostic supplémentaire

Le choix du diagnostic principal obéit à des règles spéciales dans le cas de certains chapitres, en particulier pour ce qui concerne l'obstétrique.

G04.3 Complément au diagnostic principal

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

1. Le diagnostic principal est codé avec un code dague† auquel il faut ajouter, sous la rubrique « Complément au diagnostic principal », le code astérisque (étoile)* correspondant. Par exemple, patient hospitalisé pour le traitement d'une rétinopathie diabétique.

Diagnostic principal : E11.30† « Diabète sucré non insulino-dépendant avec complications oculaires, non désigné comme décompensé ».

Complément au diagnostic principal (CD) : H36.0* « Rétinopathie diabétique »

2. Le diagnostic principal est un traumatisme ou une intoxication (codes S ou T) auquel il faut ajouter, sous la rubrique « Complément au diagnostic principal », le code correspondant à la cause externe. 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 (CD) : V99! « Accident de transport »

G04.4 Les diagnostics supplémentaires

Depuis le 1.1.2009, la définition en vigueur du diagnostic supplémentaire est la suivante:

« Une maladie ou une lésion, concomitante avec le diagnostic principal ou qui apparaît pendant l'hospitalisation ».

Lors du codage, il est tenu compte des diagnostics supplémentaires qui remplissent une des conditions suivantes:

- nécessiter des mesures thérapeutiques,
- nécessiter des mesures diagnostiques,
- nécessiter des moyens accrus (suivi, soins et/ou surveillance).

Les maladies qui ont été documentées, par ex. par l'anesthésiste pendant l'évaluation préopératoire, ne sont codées que si elles remplissent les critères susmentionnés. Les diagnostics anamnestiques qui n'ont pas influencé le traitement du patient selon la définition ci-dessus ne sont pas codés (par ex. pneumonie guérie depuis 6 mois ou ulcère guéri).

Résultats anormaux: Les résultats anormaux (d'examens cliniques, radiographiques et de laboratoire, etc.) ne sont pas codés, à moins qu'ils aient une conséquence thérapeutique (traitement ou examen plus poussé).

Attention: le contrôle d'une valeur anormale n'est pas considéré comme un traitement.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une pneumonie. Le test de laboratoire fait apparaître un taux de gamma-GT légèrement élevé. Un deuxième test montre une valeur normale. Diagnostic principal: pneumonie. Le taux plus élevé de gamma-GT ne correspond pas à la définition d'un diagnostic supplémentaire et n'est par conséquent pas documenté comme tel.

En résumé :

<i>Codage, si effort de soins > 0</i>
--

Ordre des diagnostics supplémentaires

Il n'y a pas de règle disant dans quel ordre les diagnostics supplémentaires doivent être indiqués. Il y a lieu, toutefois, de mentionner en premier les diagnostics supplémentaires les plus importants.

Exemple: Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une leucémie myéloïde chronique (LMC sans rémission). Dix ans auparavant, elle a été opérée d'une lésion au ménisque et n'en a plus souffert depuis. Elle souffre par ailleurs d'une affection coronarienne, pour laquelle elle reçoit un traitement médicamenteux durant son hospitalisation. L'examen échographique visant à contrôler les ganglions lymphatiques abdominaux ne révèle rien d'autre qu'un myome utérin, déjà connu. Ce myome ne nécessite pas d'autres investigations, ni de traitements. Pendant son hospitalisation, la patiente a une réaction dépressive, qui est traitée avec des antidépresseurs. Elle bénéficie aussi d'une physiothérapie pour la soulager d'une lombalgie persistante.

DP C92.10 Leucémie myéloïde chronique, sans mention de rémission complète

DS F32.- Episode dépressif

M54.86 Autres dorsalgies, région lombaire

I25.19 Cardiopathie artérioscléreuse, sans précision

Les autres diagnostics (myome utérin et statut après l'opération du ménisque) ne remplissent pas les conditions nécessaires et ne sont par conséquent pas codés.

G04.5 Traitement principal

Selon la définition de l'OFS, est codée comme traitement principal la procédure chirurgicale ou médicale la plus importante ou la mesure diagnostique majeure.

G04.6 Traitements supplémentaires

Les traitements supplémentaires effectués soit dans le cadre du diagnostic principal soit dans le cadre de diagnostics supplémentaires sont codés comme tels. En règle générale, toute procédure suppose qu'un diagnostic lui soit attribué, mais tout diagnostic n'entraîne pas nécessairement un traitement.

Exemple: Un patient souffrant d'une commotion cérébrale est hospitalisé. Son traitement se limite à une surveillance (surveillance après commotion).

DP S06.0 Commotion cérébrale

TP aucun

G05 Règles générales de codage

G05.1 Règles générales de codage des diagnostics

Saisie des diagnostics dans le data-set médical

Pour certains diagnostics, il faut saisir :

- l'activité tumorale (active / inactive) pour les tumeurs malignes
- la latéralité pour des maladies d'organes pairs.

G05.1.A Symptômes

Symptôme codé comme diagnostic principal: les codes de symptômes ne sont indiqués comme diagnostic principal que si aucun diagnostic définitif n'a été posé au terme de l'hospitalisation (voir le schéma sous G04.2).

Exception: Si un patient est hospitalisé en raison d'un symptôme lié à une maladie déjà connue et que le traitement porte uniquement sur le traitement du symptôme, c'est celui-ci qui est codé comme diagnostic principal.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une ascite, avec cirrhose du foie connue. Une ponction d'ascite est le seul traitement effectué.

DP R18 Ascite

DS K74.6 Cirrhoses du foie, autres et sans précision

TP 54.91 Ponction abdominale percutanée (drainage)

Symptôme codé comme diagnostic supplémentaire: Un symptôme n'est pas codé s'il est assimilé à une conséquence directe et manifeste de la maladie sous-jacente. Si un symptôme (phénomène qui se manifeste) constitue néanmoins à lui seul un problème important pour le suivi médical, il est indiqué comme diagnostic supplémentaire à condition d'en remplir la définition. Les troubles de l'équilibre électrolytique dans le cadre d'autres maladies de base ne sont pas indiqués sauf s'ils sont graves au point de nécessiter des mesures (voir la définition du diagnostic supplémentaire sous G04.4).

G05.1.B Diagnostics bilatéraux

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

1. Le code diagnostic n'est indiqué qu'une seule fois.
2. Si la CIM-10 prévoit un code spécifique pour une maladie bilatérale, c'est ce code qui doit être utilisé.
3. Sinon, le caractère bilatéral du diagnostic dans le cas d'organes pairs doit être saisi dans le champ prévu à cet effet du fichier de données de la statistique médicale.

G05.1.C Codes de diagnostics spéciaux

La CIM-10 GM prévoit des codes qui ne peuvent pas être utilisés seuls, mais toujours en association avec un autre diagnostic. Ces codes ne doivent JAMAIS être indiqués comme diagnostic principal. On distingue 3 cas:

- les codes étoile * (associés aux codes daguet †, voir plus bas)
- les codes des causes externes (chapitre XX, voir plus bas)
- d'autres codes suivis d'un point d'exclamation (!) dans divers chapitres (nouveau dans la CIM-10 GM, voir plus bas).

*G05.1.C1 Les codes daguet† - étoile**

Ce système de codage permet d'associer l'étiologie d'une maladie à sa manifestation. Le code daguet†, utilisé pour la maladie initiale (ou l'étiologie de la maladie) est prioritaire par rapport au code étoile*, qui décrit la manifestation de la maladie.

Si le code dague† figure dans l'indication du diagnostic principal, le code étoile* correspondant doit être mentionné en complément au diagnostic principal. Dans les cas où il s'agit de diagnostics supplémentaires, le code dague† doit précéder le code étoile* qui lui est associé. On fera donc suivre immédiatement le code dague† de son code étoile*.

Ne jamais utiliser un code étoile* sans son code dague† et inversement ! Ces deux codes sont toujours associés.

Exemple: Patient souffrant d'un lupus érythémateux disséminé avec atteinte pulmonaire:

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

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

Extrait de la CIM-10 GM systématique :

M32

Lupus érythémateux disséminé

A l'exclusion de : Lupus érythémateux (discoïde) (SAI) (L93.0)

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

Maladie de Libermann-Sacks (I39.-*)

Péricardite lupique (I32.8*)

Lupus érythémateux disséminé avec atteinte des:

- poumons (J99.1*)
- reins (N08.5*, N16.4*)

Remarque: Certains codes ne sont pas d'emblée des codes dague†, mais le deviennent par leur association avec un code étoile*.

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

Nouveau dès le 1.1.2010 : un code dague† peut être suivi de plusieurs codes-étoile.

Exemple: Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 et de complications multiples (arthérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisé pour cause de grave décompensation métabolique.

DP E10.71† Diabète sucré insulino-dépendant primaire avec complications multiples, désigné comme décompensé

DS I79.2* Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

H36.0* Rétinopathie diabétique

N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Remarque: Le code E10.71 fait office de code étiologique, d'où l'ajout de la dague†. Selon les règles de codage, le code indiquant l'étiologie de la maladie doit précéder les codes indiquant sa manifestation. Il précède ainsi tous les codes étoile correspondants (manifestations) jusqu'à ce qu'un nouveau code dague ou un code sans signe distinctif soit utilisé. Ainsi, l'étiologie des manifestations I79.2*, H36.0* et N08.3* est codée avec E10.71†.

G05.1.C2 Causes externes de lésions et intoxications

Comme précisé plus haut (voir sous Définitions, complément au diagnostic principal), la lésion ou l'intoxication – dans les cas de lésions traumatiques et d'intoxications – sera indiquée comme diagnostic principal. Le code de la cause externe ayant provoqué la blessure ou l'intoxication doit obligatoirement être mentionné comme complément au diagnostic principal. Le but de ce codage est de fournir une description aussi précise que possible de la nature de la lésion et des circonstances qui l'ont provoquée.

Le code du diagnostic principal qui décrit la lésion (ou l'intoxication) provient du chapitre XIX (lettre S ou T).

Les causes (complément au diagnostic principal) à l'origine de cette pathologie sont codées avec des codes du chapitre XX (lettres V, W, X et Y).

Attention! Comme les codes étoile*, les causes externes ne doivent jamais figurer comme diagnostic principal.

Exemple: *Plaie ouverte de la plante du pied chez un jeune patient ayant trébuché sur un objet métallique dans la forêt.*

DP S91.3 Plaie ouverte d'autres parties du pied

CD W49.9! Accident dû à l'exposition à des forces mécaniques d'objets inanimés

Pour les intoxications, la façon de procéder est similaire. Le diagnostic principal livre l'information nécessaire sur l'intoxication même et le complément au diagnostic principal indique la nature de l'événement (pour les règles spécifiques aux empoisonnements, voir le chapitre S19.2).

G05.1.C3 Codes avec point d'exclamation (!)

Les codes suivis d'un point d'exclamation servent à décrire le code mentionné précédemment de manière différenciée. Leur indication est **obligatoire**.

Seuls les codes de « causes externes de morbidité et de mortalité » (V01!-Y98!) peuvent être indiqués en complément au diagnostic principal, les autres codes (!) seront toujours indiqués en diagnostic supplémentaire.

Catégories des codes pourvus d'un point d'exclamation obligatoires et à coder en diagnostic supplémentaire

B95.-!	Streptocoques et staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B96.-!	Autres agents bactériens, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
B97.-!	Virus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
C95.8!	Leucémie, réfractaire au traitement d'induction standard
C97!	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)
G82.6-!	Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière
O09.-!	Durée de la grossesse
R65.-!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS])
S14.7-!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale
S24.7-!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale
S34.7-!	Niveau fonctionnel d'une lésion médullaire lombo-sacrée
S01.83!	Plaie ouverte (toute partie de la tête) associée à une lésion intracrânienne
S21.83!	Plaie ouverte (n'importe quelle partie du thorax) communiquant avec une lésion intrathoracique
S31.83!	Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale
Sx1.84!	Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture fermée ou de luxation
Sx1.85!	Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture fermée ou de luxation
Sx1.86!	Lésion des tissus mous de stade III lors de fracture fermée ou de luxation
Sx1.87!	Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture ouverte ou de luxation
Sx1.88!	Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation
Sx1.89!	Lésion des tissus mous de stade III lors de fracture ouverte ou de luxation
T31.-!	Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte
T32.-!	Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte
U60.-!	Catégories cliniques de l'infection par le VIH
U61.-!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au VIH
U69.00!	Pneumonie contractée en milieu hospitalier, classée ailleurs, chez les patients âgés de 18 ans et plus
U69.10!	Maladie classée ailleurs, suspectée d'être la conséquence d'une opération esthétique contre-indiquée médicalement, d'un tatouage ou d'un piercing
U80.-!	Micro-organismes résistants à certains antibiotiques et nécessitant des mesures thérapeutiques ou hygiéniques spéciales
U81!	Bactéries multirésistantes aux antibiotiques
U82.-!	Mycobactéries résistantes aux antituberculeux (de première ligne)
U83!	Candida résistants au fluconazole ou au voriconazole
U84!	Virus de l'herpes résistants aux virostatiques
U85!	Virus de l'immunodéficience humaine résistant aux virostatiques ou aux inhibiteurs de protéases
Z37.-!	Résultat de l'accouchement
Z50.- !	Soins impliquant une rééducation
Z54.- !	Convalescence

Il peut arriver qu'un code suivi d'un point d'exclamation puisse être attribué, du point de vue clinique, à plusieurs codes de diagnostic. En pareil cas, le code suivi du point d'exclamation doit être mentionné de façon précise à la fin des codes de diagnostic.

Exemple: *Un patient est hospitalisé suite à un accident de la circulation avec plaie abdominale ouverte, déchirure complète du parenchyme rénal, déchirure de la rate et petite déchirure à l'intestin grêle.*

DP S37.03 Rupture totale du parenchyme rénal

CD V99 !Accident de transport

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

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

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

G05.1.D Status post / Etat après

Les diagnostics « état après » qui n'ont aucune signification pour l'hospitalisation actuelle ne sont pas codés. Seront uniquement indiqués ceux qui constituent la cause d'un état pathologique actuel ou qui sont susceptibles d'influencer le traitement actuel (voir définition du diagnostic supplémentaire).

Pour trouver un code correspondant à un « état après », il faut chercher dans l'index alphabétique de la CIM-10 sous les mots clés suivants:

- Antécédent, par ex. Z86.1 « antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires »
- Greffe (état après la greffe), par ex. Z94.4 « greffe de foie »
- Présence (de), existence (de), par ex. Z95.1 « présence d'un pontage aorto-coronarien »
- Absence de, perte de, amputation de, par ex. Z89.6 « absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou »
- état (de), par ex. état postopératoire Z98.- « Autres états post-chirurgicaux »
- séquelle (de), voir paragraphe Séquelles

Dans tous les cas susmentionnés, la pathologie actuelle doit être codée comme diagnostic principal, l'« état après » étant codé 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: Un patient est hospitalisé pour une pneumonie à *klebsiella*. Son traitement est compliqué parce qu'il a subi antérieurement une greffe du foie.

DP J15.0 Pneumopathie due à *Klebsiella pneumoniae*

DS Z94.4 Greffe de foie

G05.1.E Séquelles

Par séquelles ou suites d'une maladie, on entend un état pathologique **actuel** qui est la conséquence d'une maladie antérieure. Le codage s'effectue à l'aide de deux codes: les conséquences actuelles de la maladie antérieure font office de diagnostic principal. Le fait qu'il s'agisse de séquelles d'une maladie est codé comme diagnostic supplémentaire.

Il n'y a pas de restriction générale pour limiter dans le temps l'utilisation des codes prévus pour les séquelles. Dès qu'un médecin emploie le terme de « séquelles », il y a lieu d'utiliser le code correspondant.

Codes spéciaux pour les séquelles :

B90.-	Séquelles de tuberculose
B91	Séquelles de poliomyélite
B92	Séquelles de lèpre
B94.-	Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires, autres et non précisées
E64.-	Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles
E68	Séquelles d'excès d'apport
G09	Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central
I69.-	Séquelles de maladies cérébrovasculaires
O94	Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité
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

Exemple: Un patient est hospitalisé pour le traitement d'une dysphasie à la suite d'un infarctus cérébral.

DP R47.0 Dysphasie et aphasie

DS I69.3 Séquelles d'infarctus cérébral

Exemple: Un patient est hospitalisé pour le traitement de cicatrices chéloïdes au thorax suite à des brûlures.

DP L91.0 Cicatrice chéloïde

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

Exemple: Salpingite tuberculeuse dix ans auparavant, responsable d'une stérilité : le diagnostic principal est la stérilité.

DP N97.1 Stérilité d'origine tubaire

DS B90.1 Séquelles de tuberculose génito-urinaire

G05.1.F Diagnostics présumés

Trois cas de figure 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 parce que tous les symptômes concordent, il convient de coder comme si ce diagnostic était confirmé.

Exemple: Patiente hospitalisée d'urgence et présentant des coliques au côté droit de l'abdomen, état fébrile, nausée ; une cholécystite aiguë sur lithiase est suspectée. Les symptômes s'atténuant rapidement, la patiente rentre chez elle sans avoir subi d'intervention. Le diagnostic d'entrée présumé étant plus que probable, le diagnostic principal sera K80.0 « calcul de la vésicule biliaire 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 convient 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 nausées. Les investigations ne révèlent aucun diagnostic. Ce sont donc les céphalées qui seront indiquées comme diagnostic principal (R51), suivi des diagnostics supplémentaires.

HD R51 Céphalée

ND R11 Nausées et vomissements

R45.1 Agitation

3. Diagnostic présumé exclu

Dans les cas où le diagnostic présumé à l'admission du patient est exclu par les investigations, où il n'y a pas de symptômes et où aucun autre diagnostic n'a été établi, il faut indiquer un code de la catégorie Z03.- « Mise en observation et suspicion de maladies ».

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 ».

G05.1.G Codage d'affections multiples

Conformément à la définition du diagnostic principal (chapitre Définitions G04), on code comme diagnostic principal, lorsque coexistent plusieurs états morbides ayant tous, au terme du séjour, justifié en soi le traitement, l'état qui a nécessité le plus de moyens médicaux.

Exemple: Patient souffrant simultanément de gonarthrose, de diabète sucré et d'une bronchite chronique obstructive : la gonarthrose est considérée comme diagnostic principal si le patient est hospitalisé pour implantation d'une prothèse. Si, par contre, son hospitalisation a pour but d'établir le dosage médicamenteux de son diabète, c'est ce dernier qui est retenu comme diagnostic principal.

Il en va de même pour des blessures multiples : c'est la blessure la plus grave qui sera indiquée en diagnostic principal (voir chapitre S19).

G05.1.H Affections chroniques avec poussée aiguë

En cas d'aggravation d'une maladie chronique et s'il n'existe pas de code spécifique, la poussée aiguë de la maladie sera indiquée comme diagnostic principal, puisque c'est elle qui conduit à l'hospitalisation. L'état chronique est indiqué comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une poussée aiguë d'une pancréatite idiopathique chronique sans complication d'organe.

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

DS K86.1 Autres pancréatites chroniques

Exceptions

a) Cas où la CIM-10 GM prévoit un code spécifique pour la poussée aiguë d'une maladie chronique : par ex. J44.1- « Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision »

b) La classification prévoit un autre code, par ex. C92.0- « Leucémie myéloïde aiguë », à l'exclusion de « poussée aiguë au cours d'une leucémie myéloïde chronique (C92.1-) ». Dans ce cas, il faut uniquement coder C92.1- et indiquer l'état de rémission à l'aide du 5e caractère : C92.10 « Leucémie myéloïde chronique, en rémission partielle »

c) Conformément à la CIM-10 GM, un seul code est utilisé, par ex. en cas de poussée aiguë d'une lymphadénite mésentérique chronique, l'index alphabétique pointe sur le même code pour l'épisode aigu et l'état chronique : I88.0 « Lymphadénite mésentérique non spécifiée »

G05.1.I Codes combinés

Un code unique utilisé pour la classification de deux diagnostics ou d'un diagnostic et de sa manifestation, ou d'un diagnostic et de la complication qui lui est associée, est appelé « code combiné ». Dans l'index alphabétique, il faut vérifier si des modificateurs précisent le terme principal et rechercher dans l'index systématique les termes inclus ou exclus dans le code en question.

Le code combiné ne doit être utilisé que s'il restitue intégralement l'information sur le diagnostic et si l'index alphabétique donne l'indication correspondante. Les codages multiples ne sont pas autorisés si la classification prévoit un code combiné spécifique.

Exemple: Athérosclérose des extrémités avec gangrène. I70.24 « Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène ». Il ne serait pas correct de coder séparément I70.20 « Athérosclérose des artères distales, autres et non précisées » et R02 « Gangrène, non classée ailleurs ».

G05.1.J Complications

G05.1.J.g Remarques générales

« 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 (par ex. un accouchement). Une complication peut évoluer vers un problème diagnostique et thérapeutique indépendant » (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259^e édition, de Gruyter).

- La plupart des chapitres contiennent des codes spécifiques pour les complications, par ex. K62.7 « Rectite due à une irradiation ».
- La plupart des chapitres consacrés aux organes prévoient aussi une catégorie pour les maladies ou les affections « après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs ».

E89.-	Anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
G97.-	Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
H59.-	Maladies de l'œil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
H95.-	Affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
I97.-	Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
J95.-	Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
K91.-	Atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
M96.-	Affections du système ostéo-articulaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
N99.-	Affections de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA

- Le chapitre XIX répertorie en outre les catégories T80 – T88 « Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs ».
- Certaines complications, telles que les pneumonies postopératoires ou les embolies pulmonaires ne sont pas considérées comme pathologies en soi et ne peuvent par conséquent pas être codées à l'aide de codes spécifiques.

G05.1.J.d Règles de codage

G05.1.J.d.1 Sélection du bon code

- Les complications doivent être codées en se référant le plus possible à un organe et de manière aussi spécifique que possible.
- Les codes « non classés ailleurs » doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique pour la maladie ou si celui-ci est exclu par une exclusion. Les codes des chapitres consacrés aux organes seront privilégiés aux codes T80-T88, si ces derniers ne décrivent pas la complication de manière plus spécifique.
- Pour trouver le code correct, on peut chercher dans l'index alphabétique sous « Complications (de) (dus à) (après) (au cours de) », puis vérifier son exactitude dans l'index systématique. S'il n'existe aucun code plus approprié ou plus spécifique désignant la complication en tant que telle – c'est le cas pour les embolies pulmonaires, la pathologie est codée avec le code qui lui est habituellement attribué.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour la révision d'un stoma intestinal pour prolapsus.

DP K91.4 Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie ou d'une entérostomie

Exemple: Un patient est hospitalisé pour la révision d'une prothèse de la hanche qui a du jeu.

DP T84.0 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne

CD Y82.8 ! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux

G05.1.J.d.2 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 Y40 ! 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: Un patient est hospitalisé pour la révision d'un pace-maker qui s'est déplacé:

DP T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique

CD Y82.8! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une thrombose veineuse de la jambe après avoir été traité pour une fracture osseuse (jambe).

DP I80.2 Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs

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

Remarque : Le code I97.8 « Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA » ne doit pas être retenu comme diagnostic principal parce qu'il décrit la nature de la complication moins précisément que le code I80.2.

Exemple: Un patient VIH suivant une tri-thérapie est hospitalisé pour une polynévrite, attribuée aux médicaments.

DP G62.0 Polynévrite médicamenteuse

CD Y57.9 ! Complications dues à des médicaments ou des drogues

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

G05.1.J.d.3 Complication comme diagnostic supplémentaire

Si une complication survient pendant le séjour hospitalier, elle sera toujours codée comme diagnostic supplémentaire, même si elle s'avère finalement plus grave que la pathologie initiale.

Exemple: Un patient chez qui une colectomie a été effectuée en raison d'un carcinome au niveau du caecum et chez qui une déhiscence de plaie est constatée trois jours après cette intervention.

DP C18.0 Tumeur maligne du caecum

DS T81.3 Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs

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

G05.1.J.d.4 Distinction complication – Affection indépendante

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. Le moment auquel une affection indépendante survient ne joue aucun rôle pour le choix du diagnostic principal.

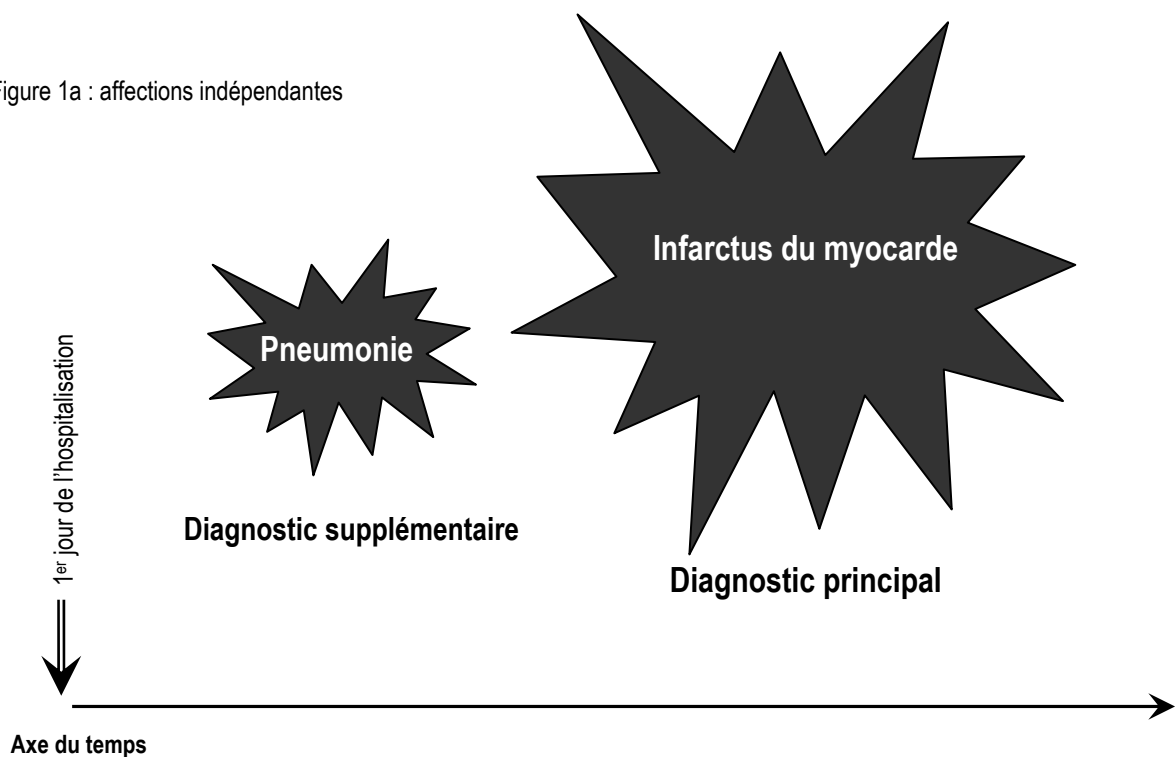
Exemples d'affections indépendantes :

Exemple 1a: Un patient hospitalisé pour une bronchopneumonie à streptocoques développe durant son hospitalisation un infarctus transmurale 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. 1a).

DP I21.0 Infarctus transmurale aigu du myocarde, de la paroi antérieure

DS J13 Pneumonie due à *Streptococcus pneumoniae*

Figure 1a : affections indépendantes

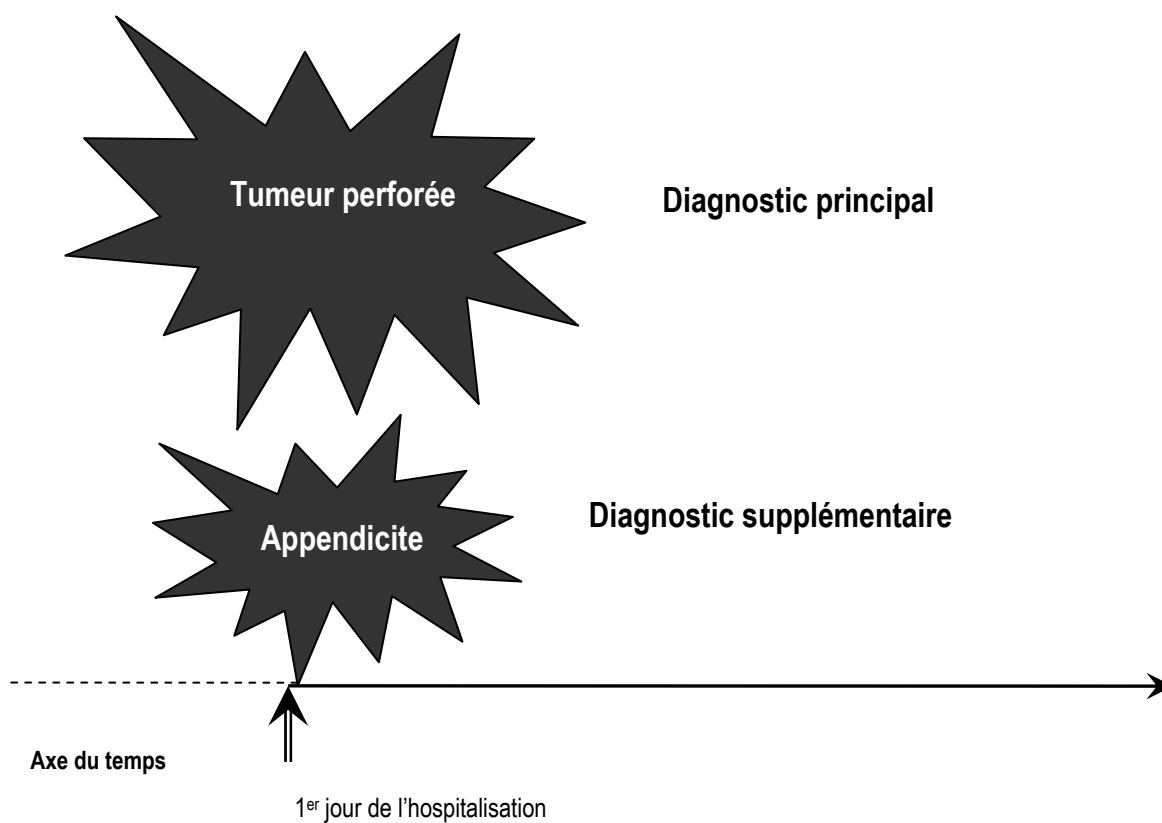


Exemple 1b: Un patient est hospitalisé d'urgence pour une appendicite. Durant l'opération, une tumeur perforante de l'appendice est également mise en évidence. L'examen histologique révèle le caractère malin de la tumeur. Une chimiothérapie est immédiatement commencée.

DP C18,1 Tumeur maligne, appendice

DS K35.0 Appendicite aiguë avec péritonite généralisée

Figure 1b: affections indépendantes apparaissant simultanément



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).

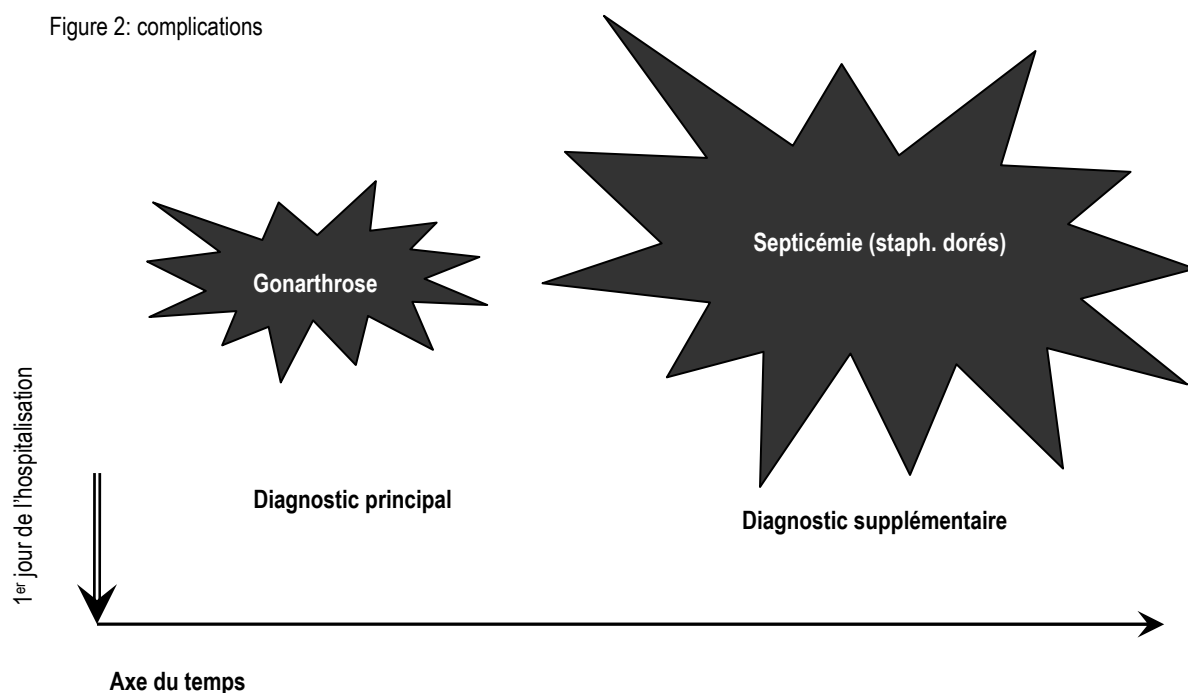
DP M17.0 Gonarthrose primaire, bilatérale

DS A41.0 Septicémie à staphylocoques dorés

T84.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne

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

Figure 2: complications

**G05.1.K Syndromes**

S'il existe un code spécifique pour un syndrome, il faut l'utiliser. Tenir compte alors de la définition du diagnostic principal de sorte que, si c'est la manifestation spécifique du syndrome qui prime, c'est l'affection à l'origine du traitement qui sera codée comme diagnostic principal.

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

DP Q90.0 Trisomie 21, non-disjonction méiotique

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

DP Q21.0 Communication interventriculaire

DS Q90.0 Trisomie 21, non-disjonction méiotique

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

En cas de syndrome congénital, on utilisera en plus les codes de la catégorie Q87 « Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes » pour coder le diagnostic supplémentaire et décrire les manifestations du syndrome. Les codes supplémentaires indiquent qu'il s'agit d'un syndrome pour lequel il n'existe pas de code spécifique.

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

DP N04.1 Syndrome néphrotique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales
DS Q40.1 Hernie hiatale congénitale
Q02 Microcéphalie
Q87.8 Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs
TP 55.23 Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein

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

Si un patient est hospitalisé pour une opération/procédure et qu'il quitte l'hôpital sans que l'intervention n'ait eu lieu, on procèdera ainsi, selon la situation:

a) Si l'opération/procédure n'est pas effectuée pour des raisons techniques :

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

DP H65.3 Otite moyenne mucoïde chronique
DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués

b) Si l'opération/procédure n'est pas effectuée en raison d'une maladie ou d'une complication survenue après l'admission :

Exemple: Un patient souffrant d'une amygdalite est hospitalisé pour une tonsillectomie. L'opération est différée pour cause de sinusite frontale aiguë.

DP J35.0 Amygdalite chronique
DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués
J01.1 Sinusite frontale aiguë

G05.1.M Ablation de matériel d'ostéosynthèse

L'enlèvement d'une plaque, d'une vis ou de toute autre pièce de métal ou tout traitement de cette nature (par ex. enlèvement d'un clou orthopédique) doivent être codés en utilisant le code de la blessure initiale ou de l'affection actuelle comme diagnostic principal, suivi du code correspondant tiré du chapitre XXI (par ex. Z47.0 Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation) comme diagnostic supplémentaire. Ces deux codes et celui du traitement informent que le patient a été hospitalisé pour l'enlèvement de matériel.

Exemple: Un patient est hospitalisé, un an après une fracture du fémur, pour l'enlèvement d'une plaque.

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

En cas d'ablation de matériel d'ostéosynthèse, il n'est pas nécessaire d'indiquer le degré de gravité de la blessure des tissus mous.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour ablation de matériel en raison de douleurs articulaires suite à une opération pour hallux valgus.

DP M25.57 Douleurs articulaires, pied
DS Z47.0 Soins de contrôle impliquant l'enlèvement et autre prothèse interne de fixation

G05.2 Règles générales de codage des procédures

Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Pour chaque procédure saisie, il faut indiquer :

- Traitement principal : la date du traitement + l'heure du traitement
- Traitements supplémentaires : les dates des traitements
- Le côté opéré lors d'une intervention faite sur un organe pair
- Si la prestation a été fournie à l'extérieur ou à l'hôpital même.

Procédures qui doivent être codées

- Toutes les procédures significatives effectuées pendant l'hospitalisation doivent être codées. Par procédures significatives, on entend des mesures diagnostiques, thérapeutiques ou curatives. Ce sont:
 - les procédures énumérées aux chapitres 0-15
 - les procédures qui présentent un risque potentiel pour le patient, dont l'exécution n'est pas routinière ou qui nécessitent un équipement technique spécial (également du chapitre 16).
- Il y a lieu d'utiliser tous les codes CHOP à 6 caractères, pour autant qu'ils soient pertinents, indépendamment du fait qu'il s'agit d'une intervention chirurgicale ou d'une mesure diagnostique ou thérapeutique.

- Les procédures indépendantes et significatives qui ne sont pas directement liées à une intervention chirurgicale sont codées séparément.

Exemple: Une angiographie coronaire précédant un pontage aortocoronarien de trois artères coronaires, machine cœur-poumon, est codée comme suit :

Trait. 36.13 Pontage aortocoronarien de trois artères coronaires
 88.56 Artériographie coronaire avec deux cathéters
 39.61 Circulation extracorporelle pour chirurgie cardiaque

- Le traitement de complications survenant en cours d'opération est codé séparément.

Procédures qui NE doivent PAS être codées

Ne sont pas codées

- les procédures effectuées de manière routinière chez la plupart des patients ayant le même diagnostic principal, les moyens mis en œuvre pour ces procédures étant impliqués dans le diagnostic ou les autres procédures utilisées :

Exemples :

- radiographie et plâtre en cas de fracture du radius (Colles)
- examens radiographiques conventionnels, par ex. radiographies de routine du thorax
- ECG (ECG au repos, de longue durée, d'effort)
- prise de sang et examens de laboratoire
- examens à l'admission, examens de contrôle, consilium
- thérapies médicamenteuses à l'**exception** des thérapies appliquées aux nouveau-nés, chimiothérapies, thérapies par immunoglobulines et autres thérapies immunitaires, thrombolyse et transfusions de produits sanguins
- certaines composantes d'une procédure: la préparation, l'installation du patient, l'anesthésie ou l'analgésie, la suture de plaie sont en règle générale incluses dans le code de l'opération.

NB: Avec la nouvelle définition des procédures à coder ou à ne pas coder, la liste rouge devient caduque.

G05.2.A Endoscopie et interventions endoscopiques

Les interventions endoscopiques (laparoscopiques, endoscopiques et arthroscopiques) doivent être codées avec le code endoscopique correspondant pour autant qu'il existe. Les mesures diagnostiques qui font partie de l'intervention et qui sont réalisées à cette occasion, font en général partie de l'opération et ne sont pas codées séparément.

Exemple: *Laparoscopie et cholécystectomie laparoscopique*

TP 51.23 Cholécystectomies laparoscopiques

En l'absence d'un code spécifique pour une intervention endoscopique, on commencera par coder l'intervention conventionnelle, en le faisant suivre du code de l'endoscopie.

Exemple: *Résection arthroscopique du ménisque*

TP 80.6 Ménisectomie du genou

DS 80.26 Arthroscopie du genou

Les panendoscopies (endoscopies de plusieurs localisations) sont codées d'après la région qui a été le plus examinée ou qui est la moins accessible.

Exemples:

- une oesophagogastroduodénoscopie est codée avec le code 45.13 « Autre endoscopie de l'intestin grêle (oesophagogastroduodénoscopie [OGD]) ».
- une oesophagogastroduodénoscopie avec biopsies d'un ou plusieurs sites impliquant l'oesophage, l'estomac ou le duodénum est codée avec le code 45.16 « Oesophagogastroduodénoscopie avec biopsie fermée ».
- une bronchoscopie de la trachée et du pharynx est codée avec le code 33.22 « Bronchoscopie par fibre optique ».

G05.2.B Interventions combinées – Opérations complexes

Il existe des codes pour les interventions combinées, impliquant plusieurs actes isolés effectués lors de la même séance opératoire. Ces codes doivent être utilisés s'ils décrivent totalement l'intervention combinée, par exemple le code 28.3 « Amygdalectomie, avec excision de végétations adénoïdes ».

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.*

TP 43.99 Autre gastrectomie totale

NB 40.3 Excision de ganglions lymphatiques régionaux

54.4 Excision ou destruction du tissu péritonéal

La CHOP contient parfois des indications précisant que certaines composantes doivent être codées en plus :

Exemple 1: 00.70 Révision d'une prothèse de hanche, composante acétabulaire et fémorale

Coder aussi: Tout enlèvement de spacer (84.57)

Nature de la surface portante, si elle est connue (00.74 – 00.77)

Exemple 2: 68.4 Hystérectomie abdominale totale

Coder aussi: Toute ablation simultanée des trompes et des ovaires (65.31 – 65.64).

G05.2.C Interventions interrompues

Si une opération programmée doit être interrompue, quelle qu'en soit la raison, ou si elle ne peut pas être effectuée de la manière prévue, les règles de codage suivantes seront appliquées:

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

Exemple: Cholécysectomie laparoscopique avec passage à la méthode chirurgicale ouverte

TP 51.22 Cholécysectomie

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

Exemple: Si, lors d'une appendectomie programmée, l'intervention doit être interrompue après la laparotomie en raison d'un arrêt du cœur, seule la laparotomie est codée.

TP 54.11 Laparotomie exploratrice

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

TP 34.02 Thoracotomie exploratrice

3. Une opération programmée n'est codée comme telle que si elle est menée à terme ou effectuée presque complètement.

G05.2.D Procédures répétées plusieurs fois

Le codage des procédures doit refléter autant que possible les moyens mis en œuvre. C'est pourquoi il faut en général coder les procédures autant de fois qu'elles sont répétées au cours du traitement.

Exceptions:

- Doivent être codées une seule fois au cours d'une séance opératoire : les excisions de lésions cutanées, les biopsies multiples ou autres procédures d'investissement semblable d'une même localisation et ceci avec le code spécifique de cette localisation.

Exemple: Un patient est admis pour l'excision de dix lésions : une causée par une tumeur maligne de la peau du nez récidivante, trois causées par une tumeur maligne de la peau du membre supérieur, deux causées par une tumeur maligne de la peau de l'oreille, trois causées par une kératose actinique au dos et une causée par une kératose actinique en dessous du genou.

DP C44.3 Tumeur maligne de la peau du nez

DS C44.2 Tumeur maligne de la peau de l'oreille

C44.6 Tumeur maligne de la peau, membre supérieur

C97! Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants

L57.0 Kératose actinique

TP 21.32 Excision ou destruction locale d'une autre lésion du nez (pour la tumeur maligne de la peau du nez)

TS 18.31 Excision radicale de lésion de l'oreille externe (pour la tumeur maligne de la peau de l'oreille)

86.4 Excision radicale d'une lésion cutanée (pour la tumeur maligne de la peau d'un membre supérieur)

86.3 Autre excision ou destruction locale de lésion ou de tissu cutané ...(pour la kératose actinique de sièges multiples)

Pour l'excision des trois tumeurs malignes au membre supérieur, un seul code est utilisé parce qu'elles sont localisées au même siège et ne peuvent donc pas être codées de manière différenciée. Il en va de même pour l'excision des 4 lésions de la kératose actinique.

- Le code CHOP contient déjà une indication relative au nombre de traitements qui couvre la totalité de l'hospitalisation.

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

TP 94.39.11 Traitement multimodal de la douleur, 14 jours (minimum) à 20 jours (maximum) de traitement

Remarque: Médecine nucléaire et radiothérapie CHOP 92.2-.

En médecine nucléaire et en radiothérapie, les procédures doivent être saisies autant de fois qu'elles sont effectuées, à l'exception de la radiothérapie par iode radioactif (92.28.0-). Dans le cas de cette dernière, la totalité des procédures doit être saisie en cas d'applications multiples pendant une hospitalisation.

G05.2.E Opérations bilatérales

Lorsqu'il existe un code spécifique pour les interventions bilatérales, celui-ci sera choisi :

Exemple: Réparation d'une hernie inguinale directe bilatérale

TP 53.17 «Réparation de hernie inguinale directe bilatérale avec implant (filet, prothèse), SAP »

A défaut de code CHOP pour les opérations bilatérales, il faut mentionner le code deux fois en précisant chaque fois le côté (d, g).

Exemple: pour une prothèse totale bilatérale de genou :

TP 81.54 Prothèse totale de genou - d

TS 81.54 Prothèse totale de genou - g

G05.2.F Révisions d'une région opérée / Réopérations

Si une région opérée est réouverte pour traiter une complication, effectuer une thérapie contre la récurrence ou procéder à une autre opération, il faut commencer par vérifier si cette intervention impliquant la réouverture peut être codée par un code spécifique tiré du chapitre relatif à l'organe concerné, par exemple :

- 28.7 Contrôle d'hémorragie après tonsillectomie et adénoïdectomie
- 34.03 Rethoracotomie
- 39.41 Contrôle d'hémorragie après chirurgie vasculaire.

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

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

G05.2.G Mesures diagnostiques & thérapeutiques non invasives

Les procédures diagnostiques et thérapeutiques non invasives sont saisies à partir du moment où elles remplissent les conditions de codage d'une procédure.

Tenir spécialement compte des nouveaux groupes de procédure :

Thérapie complexe

Certaines thérapies non invasives peuvent désormais être décrites par des codes spéciaux prévus pour les thérapies complexes. Il est important de tenir compte des conditions d'utilisation précises de ces codes, par exemple dans le cas du code CHOP 89.13.1- « Traitement neurologique de l'accident vasculaire cérébral (AVC) aigu ».

Thérapie de la douleur

Une thérapie de la douleur n'est codée comme telle que si elle constitue une mesure indépendante.

Exemple: Un patient souffrant d'un carcinome métastatique est traité par de la chimiothérapie et une thérapie de la douleur par voie péridurale.

TP 99.25.- Injection ou perfusion de substance chimiothérapique anticancéreuse

TS 03.91 Injection d'analgésique dans le canal rachidien

Les traitements de la douleur préopératoires et postopératoires ne sont pas codés, à l'exception de la catégorie CHOP 94.39.1- « Traitement multimodal de la douleur ».

Règles spéciales S01-S21

S01 Maladies infectieuses et parasitaires

S01.g Généralités

Les maladies infectieuses sont mentionnées avant tout au chapitre I de la classification CIM-10. On tiendra compte des indications faites au début dudit chapitre I.

S01.g.1 Nouveautés

La CIM-10 GM contient de nouveaux codes différenciés (!), à saisir en diagnostic supplémentaire pour spécifier les maladies infectieuses :

Catégories B95!-B97! « Agents d'infections bactériennes, virales et autres »

sont des codes-!, obligatoires avec la CIM-10 GM.

Exemple: Infection des voies urinaires par le *Pseudomonas aeruginosa*

DP N39.0 Infection des voies urinaires, siège non précisé

DS B96.5! *Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei)*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

U80.-! – U85! Agents infectieux résistants aux antibiotiques ou aux thérapies chimiques précisés

Les agents infectieux résistants aux antibiotiques ou aux thérapies chimiques précisés peuvent désormais être indiqués par les codes des catégories U80.-! - U85!. Ces codes sont à utiliser lorsque l'agent infectieux est résistant à l'un ou à plusieurs groupes de substances mentionnés.

U69.00! Pneumonie acquise à l'hôpital, classée dans un autre chapitre, chez les patients âgés de 18 ans et plus

Ce code supplémentaire peut être utilisé pour indiquer une pneumonie nosocomiale.

R65.-! Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) = SIRS (systemic inflammatory response syndrome) en anglais

Avec la catégorie R65.-!, des codes supplémentaires pour désigner les complications organiques pour le codage d'un SIRS sont à disposition.

S01.g.2 Définitions

S01.g.2A Sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse (Z22.-)

Sont considérés comme 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 de la catégorie Z22.- doivent être indiqués seulement comme diagnostic supplémentaire et n'être attribués que s'ils entrent dans la définition du diagnostic supplémentaire.

S01.g.2B SIRS - Bactériémies - septicémies

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:

Température corporelle > 38,0°C ou < 36,0°C;

Fréquence cardiaque > 90/min;

Fréquence respiratoire > 20/min;
Leucocytes >12000/mm³ ou < 4000/mm³.

Bactériémie: Une bactériémie signifie la présence *sans symptôme* de bactéries dans le sang, mais *sans signe de septicémie*.

Septicémie: Il y a 100 ans, la septicémie était définie comme suit : « On parle de septicémie ou de sepsis lorsqu'un foyer s'est formé à l'intérieur du corps, qui envoie de manière continue ou périodique des bactéries dans l'appareil circulatoire; cette invasion subjective et objective faisant apparaître des symptômes de maladie ».

La définition actuelle est la suivante: « La septicémie ou le sepsis est l'ensemble des symptômes de maladies cliniques constituant une menace pour la vie et des changements physiopathologiques en réaction à l'action de germes pathogènes et de leurs produits qui pénètrent dans le sang par un foyer infectieux, activent d'importants systèmes biologiques en cascade, des systèmes cellulaires spéciaux et provoquent la création et la libération de médiateurs humoraux et cellulaires ».

Ou:

« On est en présence d'une septicémie dans le cas d'un SIRS (2 critères remplis selon la liste ci-dessus) avec infection avérée ».

Un **sepsis grave** se caractérise par la dysfonction d'un ou de plusieurs organes tels que défaillance de l'appareil circulatoire (choc septique), des reins, du foie, insuffisance respiratoire aigüe, trouble de la coagulation, encéphalopathie.

S01.d Règles de codage

S01.d.1 SIRS

Pour le codage d'un SIRS, la CIM-10 GM prévoit la catégorie R65.-! « *Syndrome de réponse inflammatoire systémique* ». On codera en premier lieu la septicémie ou la maladie d'origine non infectieuse ayant déclenché le SIRS suivi d'un code de la catégorie R65.-! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS]. Pour indiquer des complications organiques, des agents infectieux et leur résistance, on utilisera des codes supplémentaires.

S01.d.2 Bactériémie

Pour le codage d'une bactériémie, on utilisera un code de la catégorie A49.- « Infection bactérienne, siège non précisé » ou un autre code qui désigne spécifiquement l'agent infectieux, tel A54.9 « Infection gonococcique, sans précision ». Ne pas utiliser de code de septicémie pour le codage d'une bactériémie (cf. plus bas).

Une exception : la bactériémie méningococcique pour laquelle on utilisera le code A39.4 « Méningococcémie, sans précision ».

S01.d.3 Sepsis

Les septicémies sont indiquées par un code des catégories suivantes, selon le germe qui en est à l'origine :

- pour certaines maladies infectieuses, codes du chapitre I (par ex. B37.7 Septicémie à Candida),
- catégories A40.- « Septicémie à streptocoques » et A41.- « Autres septicémies », tout en tenant compte des exclusions sous A41.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une septicémie avec staphylocoques dorés et pneumonie.

DP A41.0 septicémie due à des staphylocoques dorés

DS J15.2 pneumonie due à des staphylocoques

Une septicémie à point de départ urinaire (**urosepsis**) doit être codée comme une autre septicémie.

Exemple: Patient avec septicémie à point de départ urinaire due à une infection avec *E. coli*

DP A41.51 Septicémie avec *E. coli*

DS N39.0 Infection des voies urinaires, siège non précisé

Les septicémies en relation avec un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire, un accouchement ou des suites de couches doivent être indiquées par le code correspondant du chapitre XV. On mentionnera en outre comme diagnostic supplémentaire un code pour indiquer l'agent infectieux.

Exemple: Réhospitalisation après accouchement d'une patiente pour septicémie due à une infection à streptocoques du groupe C

DP O85 Fièvre puerpérale

DS B95.41! Streptocoques, groupe C, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Une septicémie chez un nouveau-né doit être indiquée par un code du chapitre XVI.

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

DP P36.2 Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés

En cas de **septicémie grave**, les complications organiques doivent également être codées.

Exemple: Un patient de 18 ans est hospitalisé d'urgence pour une méningococcémie aiguë. Peu après son entrée, il présente une insuffisance rénale aiguë.

DP A39.2 Méningococcémie aiguë

DS N17.- Insuffisance rénale aiguë

Septicémie dans le cadre d'une agranulocytose

Si un patient est hospitalisé pour une septicémie dans le cadre d'une agranulocytose due à un médicament, le diagnostic principal sera la septicémie et le diagnostic supplémentaire l'agranulocytose. Si le patient est déjà hospitalisé et qu'une septicémie s'avère être une complication consécutive à un traitement, les deux codes seront indiqués comme diagnostics supplémentaires, dans le même ordre que précédemment.

Exemple: Patient hospitalisée d'urgence pour cause de septicémie

DP A41.0 Septicémie à staphylocoques dorés

DS D70.19 Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament, non précisées

S01.d.4 Maladies dues au VIH

Attention: Nouveau codage des maladies dues au VIH avec la CIM-10 GM

Les codes suivants s'appliquent au VIH:

R75 Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]
(c'est-à-dire mise en évidence probable par un test sérologique non univoque)

B23.0 Syndrome d'infection aiguë par VIH

Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]
(soit statut infectieux positif HIV sans autre précisions)

B20–B24 Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

Remarque: Lorsqu'il est fait référence, dans ce manuel, au groupe de codes B20-B24, il est question de tous les codes de cette catégorie à l'exception du code B23.0 « Syndrome d'infection aiguë par VIH ».

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

U60! – U61! Définition des stades de l'infection par le VIH

Le stade de la maladie due au VIH est indiqué à l'aide d'un code supplémentaire provenant des catégories suivantes:

U60.-! « Catégories cliniques de l'infection par le VIH » et

U61.-! « Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au VIH »

S01.d.4A Règles de codage VIH

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

Ce code est utilisé dans le cas de patients dont les résultats des tests de recherche du VIH ne sont pas confirmés positifs; par exemple, lorsque le 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.

2) B23.0 « Syndrome d'infection aiguë par VIH »

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

Remarque: Cette indication de codage constitue une exception à la règle du codage des symptômes en diagnostic principal.

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

DP R59.1 Adénopathies généralisées

DS B23.0 Syndrome d'infection aiguë par VIH

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

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

Le code Z21 « Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » **ne doit pas être indiqué de manière automatique, mais uniquement comme diagnostic supplémentaire** lorsqu'un patient séropositif n'a pas de symptôme de l'infection, mais que celle-ci nécessite des soins supplémentaires.

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

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

B20 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires

B21 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes

B22 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine d'autres affections précisées

B23.8 Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés

B24 Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision

Ordre et choix des codes

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

Exemple: Patient séropositif au stade C avec lymphome immunoblastique, hospitalisé pour thérapie antirétrovirale. Il souffre également d'une stomatite à Candida.

DP B21 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes
DS 1 C83.4 Lymphome immunoblastique diffus
DS 2 B37.0 Stomatite à Candida
DS 3 U60.3! Catégorie C (présence de maladies indicatrices du SIDA (maladies définissant le SIDA)
DS 4 U61.9! Nombre de lymphocytes T auxiliaires (CD4+-) non précisé

Si une manifestation spéciale de la maladie VIH est la raison principale de l'hospitalisation, le code de cette **manifestation doit être indiqué comme diagnostic principal**. Le diagnostic supplémentaire sera indiqué par un code du groupe B20-B24 (excepté B23.0).

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

DP B37.0 Stomatite à Candida
DS 1 B20 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires
DS 2 U60.3! Catégories cliniques de l'infection par le VIH, catégorie C
DS 3 U61.9! Nombre de lymphocytes T auxiliaires (CD4+-) non précisé

S01.d.5 Vrai croup – pseudo-croup – syndrome du croup

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

De l'avis des pédiatres, il s'agit d'utiliser les codes suivants:

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

S01.d.6 Gastro-entérite infectieuse

A04.- – A08.- désignent les infections du tube gastro-intestinal avec agent infectieux précisé
A09 est utilisé lorsque l'on soupçonne la gastro-entérite d'être d'origine infectieuse
K52.9 les gastro-entérites non infectieuses sont indiquées par des codes de la catégorie K52.-

S02 Oncologie (tumeurs)

S01.g Généralités

La classification CIM-10 prévoit deux systèmes pour coder les tumeurs : un classement par localisation et un classement par morphologie (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O). La structure des codes est très différente entre les deux systèmes :

- celle des codes par localisation correspond à la structure CIM-10 classique X99.99 (C00.0 - D48.9), X représentant une lettre quelle qu'elle soit, et 9 un chiffre quel qu'il soit ;
- les codes de morphologie sont structurés comme suit : X9999/9 (M8000/0 – M9989/1).

Les codes morphologiques M comptent cinq caractères : les quatre premiers se rapportent à l'histologie de la tumeur, et le cinquième (après la barre oblique) au degré de malignité (0=bénin, 1=incertain si bénin ou malin, 2=carcinome in situ, 3=malin, siège primitif, 6=malin, siège métastatique, 9=malin, incertain si primaire ou métastatique).

Un adénome cortico-surrénalien sera indiqué par le code M8370/0, tandis qu'un carcinome cortico-surrénalien sera indiqué par le code M8370/3.

Seul le codage selon la localisation est utilisé dans la statistique médicale. Les codes correspondants proviennent du chapitre II (C00-D48) de l'index systématique.

Les tumeurs sont également recensées selon leur morphologie, indépendamment de la statistique médicale. Ce codage intéresse en particulier les instituts de pathologie et les registres des tumeurs. Il est donc autorisé de coder aussi la morphologie des tumeurs pour documenter les dossiers. Mais ces codes ne faisant pas partie de la série de données de la statistique médicale, ils ne doivent pas être exportés et transmis à l'OFS.

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

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

	Maligne		In situ	Bénigne	Evolution improbable ou inconnue
	primaire	secondaire			
-abdomen, abdominale	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
—cavité	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
—organe	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
—paroi	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
-acromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

1. 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.

On cherchera dans le tableau des tumeurs sous la localisation correspondante, puis dans la première colonne puisqu'il s'agit d'une tumeur primaire: C40.0 «tumeur maligne, omoplate et os longs du membre supérieur». Le terme de chondrosarcome figure dans l'index alphabétique mais renvoie au tableau des tumeurs.

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

Codes marqués par # ou □

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

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

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

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

S02.g.1 Exception: tumeurs du système hématopoïétique et lymphatique

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 (0/1 comme 5^e caractère permet de distinguer les cas avec rémission de ceux sans rémission).

S02.g.2 Activité tumorale

Pour chaque tumeur diagnostiquée selon le chapitre II de la CIM-10 GM, il convient de saisir l'activité tumorale en complément du code CIM dans la statistique médicale en faisant la différenciation entre les tumeurs actives ou inactives (saisies dans l'interface par les valeurs 1=active, 0=inactive).

Définition: La présence d'une tumeur indique une activité tumorale.

Une tumeur, primaire ou secondaire (métastase) dont la présence est cliniquement avérée, est définie comme active. Les tumeurs non encore traitées (par voie chirurgicale, par chimiothérapie, par radiothérapie) ou récidivantes sont considérées comme actives. Une tumeur qui, après un traitement chirurgical, une chimiothérapie ou une radiothérapie, a disparu ou dont l'existence n'est plus avérée tant au plan clinique qu'anatomo-pathologique est considérée comme inactive.

Remarque : Cette définition répond à des critères statistiques et non cliniques et n'est par conséquent pas utilisée dans le langage clinique courant.

S02.d Règles de codage

Vous trouverez dans l'introduction au chapitre II de la CIM-10 GM de précieuses informations sur le codage des tumeurs. Ces informations sont à prendre en compte, comme les indications dans les sous-chapitres et les catégories. Certaines diffèrent des règles de la version CIM-10 de l'OMS.

S02.d.1 Choix du diagnostic principal

Une tumeur doit être indiquée par le code correspondant comme diagnostic principal si elle est la cause du **traitement et/ou de l'examen pendant l'hospitalisation**, qu'elle soit primaire ou métastatique.

Tumeur primaire

Si l'hospitalisation a lieu pour diagnostiquer/traiter la tumeur primaire, le code de celle-ci doit être indiqué comme diagnostic principal.

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

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

Activité active

Le code de la tumeur primaire sera indiqué comme diagnostic principal à chaque hospitalisation destinée au premier traitement, aux traitements ultérieurs (traitements chirurgicaux, chimiothérapie et radiothérapie) ou au diagnostic (par ex. staging) et ce, jusqu'à ce que le traitement de la tumeur soit terminé.

Logique : Même si la tumeur a déjà été traitée une première fois (par ex. résection chirurgicale), elle est la cause des traitements suivants.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour suivre une chimiothérapie après une résection du lobe moyen en raison d'un carcinome bronchique.

DP C34.2 Tumeur maligne du lobe moyen (des bronches)

Activité inactive

DS Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur

Métastases

En cas d'hospitalisation pour le traitement local (chirurgical, radiothérapeutique ou chimiothérapeutique) de métastases, celles-ci sont indiquées comme diagnostic principal.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour la résection de métastases du foie d'un carcinome colorectal (réséqué).

DP C78.7 Tumeur maligne secondaire du foie

Activité active

DS C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

Activité inactive

Si les métastases sont traitées à l'aide d'une thérapie systémique (irradiation globale, iv-radiothérapie, chimiothérapie systémique), la tumeur primaire est indiquée comme diagnostic principal et les métastases comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une chimiothérapie systémique sur des métastases du foie d'un carcinome colorectal.

DP C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

Activité active

DS C78.7 Tumeur maligne secondaire du foie

Activité active

DS Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur

Exception: Si le siège de la tumeur primaire est inconnu, la métastase est indiquée comme diagnostic principal.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour une chimiothérapie en raison de métastases du foie sur une tumeur primaire inconnue.

DP C78.7 Tumeur maligne secondaire du foie

Activité active

DS Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur

DS C80 Tumeur maligne de siège non précisé

Si le traitement porte sur une tumeur primaire et sur des métastases, le diagnostic qui nécessite le plus de ressources sera indiqué comme diagnostic principal.

S02.d.2 Récidives

En cas d'hospitalisation pour le traitement d'une tumeur récidivante, il s'agit d'indiquer le code de la tumeur, car il n'existe pas de code spécifique pour les récurrences. Pour compléter l'information, on mentionnera les antécédents de tumeur comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une récurrence de carcinome mammaire trois ans après une tumorectomie (le carcinome se situe dans le quadrant supéro-externe).

DP C50.4 Tumeur maligne du sein, quadrant supéro-externe du sein

Activité active

DS Z85.3 Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

S02.d.3 Excision étendue dans la région tumorale

Dans les cas d'hospitalisation pour excision étendue de la région tumorale, après une première résection de la tumeur, il convient d'indiquer le code de la tumeur même lorsque le diagnostic anatomo-pathologique infirme le diagnostic de reste de tissu tumoral.

S02.d.4 Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement

Lorsqu'une biopsie effectuée pour le diagnostic d'une tumeur est positive mais qu'aucun tissu tumoral n'est trouvé dans le matériel opératoire, c'est le diagnostic initial, basé sur le résultat de la biopsie, qui doit être codé.

S02.d.5 Complications

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 comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: Une patiente souffre d'un œdème lymphatique suite à une mastectomie pour carcinome mammaire.

DP I97.2 Lymphoedème après mastectomie

DS C50.- Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4^e caractère selon le siège de la tumeur)

Activité inactive

S02.d.6 Contrôle

Lorsqu'un patient est hospitalisé pour des examens de contrôle après le traitement d'une tumeur et que celle-ci n'est plus décelée, le contrôle est indiqué comme diagnostic principal et les antécédents de tumeur comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: Un patient est hospitalisé pour divers examens de contrôle après une pneumonectomie et une chimiothérapie pour un carcinome bronchique. Aucune tumeur n'est décelée.

DP Z08.7 Examen de contrôle après traitements combinés pour tumeur maligne

DS Z85.1 Antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons

S02.d.7 Tumeurs avec activité endocrine

Toutes les tumeurs sont classées au chapitre II, indépendamment de leur éventuelle activité endocrine. Pour indiquer une telle activité, on utilisera au besoin un code supplémentaire du chapitre IV.

Exemple: Phéochromocytome malin sécrétant des catécholamines.

DP C74.1 Tumeur maligne de la surrénale, médullosurrénale

Activité active

DS E27.5 Hyperfonctionnement de la médullosurrénale

S02.d.8 Localisations particulières

S02.d.8A Localisation primaire inconnue

Le code **C80** sera indiqué uniquement dans le cas où la localisation primaire d'une tumeur reste inconnue.

S02.d.8B Localisations multiples

Le code **C97!** «Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)» ne sera indiqué, et **comme diagnostic supplémentaire uniquement**, que dans les cas où plusieurs tumeurs malignes primaires entrent dans la définition du diagnostic principal. On codera comme DP la tumeur pour laquelle le plus de ressources ont été engagées (G04.2). En cas de doute, la décision revient au médecin traitant.

Exemple: Une patiente est traitée pendant la même hospitalisation pour un mélanome malin à la jambe et pour un carcinome mammaire (quadrant supéro-externe du sein).

DP/DS1 C50.4 Tumeur maligne du sein, quadrant supéro-externe du sein

Activité active

DS1/DP C43.7 Mélanome malin du membre inférieur, y compris la hanche

Activité active

DS 2 C97! Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

S02.d.8C Localisations contiguës

Les sous-catégories .8: la majorité des catégories du chapitre II sont subdivisées en sous-catégories à quatre caractères correspondant aux diverses parties de l'organe en question. Ainsi, une tumeur qui s'étend sur deux ou plusieurs régions contiguës classées dans une catégorie à trois caractères et dont la localisation d'origine n'a pu être déterminée, doit être classée dans la sous-catégorie .8 à quatre caractères correspondante.

Exemple: Adénocarcinome s'étendant du canal anal jusqu'au rectum mais dont la localisation primaire reste inconnue.

DP C21.8 Tumeur maligne de l'anus et du canal anal; lésion à localisations contiguës du rectum, de l'anus et du canal anal

Activité active

S'il existe un code désignant la contiguïté, celui-ci doit être indiqué.

Exemple: Adénocarcinome s'étendant du sigmoïde au rectum.

DP C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

Activité active

Lorsque l'origine de la tumeur est connue, seule la localisation primaire est codée.

Exemple: Carcinome du col de l'utérus (exocol) infiltrant le vagin.

DP C53.1 Tumeur maligne de l'utérus, exocol

Activité active

S02.d.9 Rémissions

Les codes **C88.-** «Maladies immunoprolifératives malignes», **C90** «Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocyte» et **C91–C95** «Leucémies» comptent un 5^e caractère permettant de décrire une éventuelle rémission:

0 Sans indication de rémission (complète), en rémission partielle ou

1 En rémission complète

Exemple: Un patient est hospitalisé pour le traitement d'une leucémie promyélocytaire.

DP C92.40 Leucémie promyélocytaire aiguë, sans indication de rémission

Activité Active

Exemple: Patient hospitalisé, en rémission totale d'une macroglobulémie de Waldenström.

DP C88.01 Macroglobulinémie de Waldenström, en rémission complète

Activité inactive

S02.d.10 Syndrome carcinoïde / Syndrome paranéoplasique

Le code E34.0 «syndrome carcinoïde» sera utilisé comme diagnostic principal uniquement si l'hospitalisation est motivée par le traitement de ce dernier. Si l'hospitalisation a d'abord pour but le traitement de la tumeur, c'est cette dernière qui sera indiquée comme diagnostic principal.

Certains codes de la CIM-10 peuvent être utilisés pour indiquer des syndromes paranéoplasiques. Le code D63.0* sera indiqué pour l'anémie comme syndrome paranéoplasique, avec un code de tumeur (C00–D48) comme code +. Si un patient est hospitalisé pour le traitement de ce type d'anémie, la règle de codage des couples +/* s'applique.

S02.d.11 Lymphangiose carcinomateuse

La lymphangiose carcinomateuse n'est pas codée selon l'histologie (vaisseaux lymphatiques) mais selon le siège, comme pour la formation de métastases.

Exemple: Lymphangiose carcinomateuse de la plèvre.

DP C78.2 Tumeur maligne secondaire de la plèvre

Activité active

S02.d.12 Chimiothérapie et radiothérapie

Z51.0/Z51.1 ne sont jamais codés en diagnostic principal ; ils seront indiqués en diagnostic supplémentaire lorsque l'hospitalisation a lieu uniquement pour procéder à ces thérapies.

On tiendra compte, pour coder une chimiothérapie, de son degré de complexité.

Exemple: Patient avec sarcome d'Ewing (localisation primaire: bassin) hospitalisé pour un cycle (bloc) de 4 jours d'une chimiothérapie avec séries VAI, VAC (chimiothérapie complexe).

DP C41.4 Tumeur maligne des os, pelvis, sacrum et coccyx

Activité active

DS Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur

TP 99.25.10 Séries de chimiothérapie hautement complexes et intensives: une série de chimiothérapie est donnée en milieu hospitalier

En cas de séances multiples de radiothérapie, il s'agit de coder chaque séance.

Exemple: Une patiente est hospitalisée après la résection d'un carcinome mammaire (touchant plusieurs quadrants) pour une radiothérapie (radiothérapie à photons [accélérateur linéaire]). Elle a une séance de radiothérapie pendant quatre jours consécutifs.

DP C50.8 Tumeur maligne du sein, lésion à localisation contiguë

Activité inactive

DS Z51.0 Séance de radiothérapie

TP 92.24.09 Téléradiothérapie à photons, accélérateur linéaire, sans autre précision + date+ heure

DS 92.24.09 Téléradiothérapie à photons, accélérateur linéaire, sans autre précision + date

DS 92.24.09 Téléradiothérapie à photons, accélérateur linéaire, sans autre précision + date

DS 92.24.09 Téléradiothérapie à photons, accélérateur linéaire, sans autre précision + date

S04 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

S04.g Généralités

S04.g.1 Diabète sucré: terminologie

On distingue plusieurs types de diabète sucré, qui sont classés comme suit dans la CIM-10 GM:

- E10.- *Diabète sucré insulino-dépendant (diabète de type 1)*
Englobe tous les diabètes de type I, notamment le diabète juvénile, le diabète insulino-dépendant (DID)
- E11.- *Diabète sucré non insulino-dépendant (diabète de type 2)*
Englobe tous les diabètes de type II, notamment le diabète adulte, le diabète non insulo-dépendant (DNID)
- E12.- *Diabète sucré de malnutrition*
Cette forme de diabète se rencontre avant tout chez des patients des pays en voie de développement. Ce code ne s'applique pas au diabète sucré lié à un syndrome métabolique.
- E13.- *Autres diabètes sucrés précisés*
Notamment le diabète dû à des mesures médicales, telles que le diabète dû aux stéroïdes
- E14.- *Diabète sucré, sans précision*
- O24.0-.3 *Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant*
- O24.4 *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse*
- P70.0-.2 *Diverses formes de diabète sucré du nouveau-né*
- R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*

Remarque: Le traitement à l'insuline ne permet **pas** de déterminer le type de diabète et ne constitue pas une preuve de dépendance primaire à l'insuline.

Le 4^e caractère des codes des catégories E10–E14 sert à désigner les éventuelles complications (.0 pour le coma; .2 pour les maladies rénales, etc).

Diabète sucré décompensé

Le **5^e caractère** est utilisé comme suit :

0	pour les diabètes « considérés comme non décompensés »
1	pour les diabètes « considérés comme décompensés »

Notons qu'il n'est pas toujours judicieux, du point de vue médical, de combiner tous les codes à quatre caractères avec les 5^{es} caractères. La glycémie au moment de l'admission ne doit pas être un indicateur de contrôle pour le diagnostic « diabète sucré décompensé », ni pour le diabète sucré de type 1 ni pour celui de type 2. L'évaluation « décompensé » ou « non décompensé » est faite en général sur la base de l'ensemble des traitements suivis (évaluation rétrospective). Le terme de « décompensé » se réfère à l'état du métabolisme. Voici quelques caractéristiques du diabète sucré décompensé (critères discutés avec un spécialiste FMH en endocrinologie) :

- hypoglycémies récidivantes à moins de 3 mmol/l avec symptômes, avec contrôles de la glycémie 3x/jour et adaptation de la thérapie, ou
- glycémie variant fortement (différence min. 5 mmol/l) avec contrôles de la glycémie 3x/jour et adaptation de la thérapie, ou
- HBA1C nettement élevé (>9%) pendant les 3 derniers mois et contrôles de la glycémie 3x/jour et/ ou
- Valeurs >15 mmol/l au moins 3 fois, avec adaptations de la thérapie
- Valeurs <15 mmol/l) mais management lourd avec contrôles de la glycémie plus de 3x/jour pendant plusieurs jours et nouvelle injection documentée.

S04.d Règles de codage

S04.d.1 Règles de codage du diabète sucré

Le codage du diabète sucré comme diagnostic principal ou supplémentaire est soumis à des règles détaillées. Le but est la répartition correcte des cas entre les groupes DRG.

S04.d.1A Diagnostic principal diabète sucré avec complications

En cas de diabète sucré désigné par un code des catégories E10.- à E14.- et présentant des complications, on vérifiera avant de procéder au codage si l'hospitalisation a pour but avant tout

- le traitement du diabète sucré en tant que maladie primaire ou
- le traitement d'une ou de plusieurs complications.

Par ailleurs, il importe pour le codage de déterminer combien de complications du diabète sucré ont été recensées et si elles entrent dans la définition du diagnostic supplémentaire (voir G04.4).

a) La maladie primaire « diabète sucré » est traitée ; seule une complication (manifestation) à cette maladie a été observée.

DP E10–E14, 4^e caractère « .6 »

CD On indiquera de plus un code pour la manifestation.

Cette règle de codage représente une **exception aux règles de la CIM-10** concernant le codage du diabète sucré. Selon cette règle, le 4^e caractère « .6 » du code du diabète vise un DRG concernant le diabète. Avec le 4^e caractère « .2 » (complication rénale), on obtiendrait un DRG concernant les reins.

Exemple 1: Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 est hospitalisé pour une grave décompensation métabolique. De plus, il présente, comme unique complication, une néphropathie diabétique.

DP E10.61† Diabète sucré primaire insulo-dépendant [diabète de type 1] avec complications précisées, spécifié comme décompensé

CD N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

b) La maladie primaire « diabète sucré » fait l'objet d'un traitement ; des complications (manifestations) multiples de ce diabète ont été observées, mais aucune ne fait l'objet d'un traitement en priorité.

DP E10–E14, quatrième caractère « .7 ».

CD/DS Il faut également indiquer les codes pour chacune des manifestations.

Exemple 2: Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 et de complications multiples (athérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisé pour cause de grave décompensation métabolique. Toutes ces complications font également l'objet d'un traitement.

DP E10.71† Diabète sucré primaire insulo-dépendant [diabète de type 1] avec complications multiples, spécifié comme décompensé

CD I79.2* Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

DS H36.0* Rétinopathie diabétique

N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

c) L'hospitalisation a lieu avant tout pour le traitement d'une complication (manifestation) du diabète sucré

DP E10–E14, quatrième caractère selon la manifestation

CD suivie du code de cette manifestation

DS Les codes de chacune des autres manifestations doivent aussi être indiqués, pour autant que celles-ci remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 3: Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 avec complications vasculaires périphériques sous forme d'athérosclérose des artères distales avec douleurs au repos est hospitalisé pour une opération de by-pass. Une rétinopathie limite par ailleurs considérablement sa faculté visuelle.

DP E10.50† Diabète sucré primaire insulo-dépendant [diabète de type 1] avec complications vasculaires périphériques, spécifié comme décompensé
CD I79.2* Angiopathie périphérique au cours de maladies classées
DS I70.22 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos
E10.30† Diabète sucré avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé
H36.0* Rétinopathie diabétique
TP 39.25 Pose d'un by-pass ilio-fémoral

Remarque: Le code I70.22 « Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos » sert, dans cet exemple, à spécifier le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

d) L'hospitalisation a lieu avant tout pour le traitement de complications (manifestations) multiples du diabète sucré

DP/CD Conformément à la définition du DP (l'état nécessitant le plus de ressources médicales), la complication qui requiert les plus de moyens sera codée comme diagnostic principal, avec la manifestation comme complément au diagnostic.
DS Les codes des autres manifestations doivent être indiqués, pour autant que celles-ci remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire.

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

Si l'hospitalisation a eu lieu **pour une raison autre que le diabète sucré**, on vérifiera pour le codage

- si le diabète sucré remplit les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire,
- si l'on observe des complications du diabète sucré et
- si ces complications remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire.

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

Contrairement aux règles appliquées au diagnostic principal « diabète sucré », le « .6 » ne doit pas être saisi comme 4^e caractère lorsqu'il est possible de choisir un code spécifique pour chaque complication; dans les cas de complications multiples, on utilisera « .7 » comme 4^e caractère du code.

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

DP S42.21 Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus: tête
DS E11.20† Diabète sucré non primaire insulo-dépendant [diabète de type 2] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé
N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

S04.d.1C Complications spécifiques du diabète sucré

D'une manière générale, on tiendra compte des paragraphes précédents pour le codage des complications du diabète sucré.

Complications rénales (E10†–E14†, avec le 4^e caractère « .2 »)

Les maladies rénales provoquées par le diabète sucré doivent être codées comme « diabète sucré avec complications rénales » E10†–E14†, avec « .2 » comme 4^e caractère. Il faut également indiquer le code pour la manifestation spécifique.

Exemple 5: Un patient est traité pour une néphropathie diabétique.

DP E10.20† Diabète sucré primaire insulo-dépendant [diabète de type 1] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé
CD N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 6: Un patient vient se faire traiter pour une insuffisance rénale terminale due à une néphropathie diabétique.

DP E10.20† Diabète sucré primaire insulo-dépendant [diabète de type 1] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé
CD N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré
DS N18.0 Insuffisance rénale terminale

Remarque: Le code N18.0 « Insuffisance rénale terminale » sert dans cet exemple à spécifier plus précisément le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

Maladies oculaires liées au diabète (E10†–E14†, avec le 4^e caractère « .3 »)

Les maladies oculaires liées au diabète sucré doivent être codées comme « diabète sucré avec complications oculaires » E10†–E14†, 4^e caractère « .3 ». Il faut également indiquer un code pour la manifestation spécifique.

Exemple 7: Rétinopathie diabétique

E10†–E14†, quatrième caractère « .3 » Diabète sucré avec complications oculaires
H36.0* Rétinopathie diabétique

Exemple 8: Une rétinopathie diabétique avec œdème (maculaire) de la rétine sera codée comme suit:

E10†–E14†, quatrième caractère « .3 » Diabète sucré avec complications oculaires
H36.0* Rétinopathie diabétique
H35.8 Autres affections rétinienues au cours de maladies classées ailleurs

Exemple 9: Si la maladie oculaire diabétique a pour conséquence la cécité ou une faculté oculaire réduite, on ajoutera un code de la catégorie

H54.– Cécité et baisse de la vue

Exemple 10: Cataracte

Une cataracte diabétique n'est codée que si elle est liée au diabète sucré:

E10†–E14†, quatrième caractère « .3 » Diabète sucré avec complications oculaires
H28.0* Cataracte diabétique

S'il n'y a pas de lien de causalité entre la cataracte et le diabète sucré, la cataracte d'une personne diabétique sera codée comme suit:

le code correspondant de la catégorie H25.– Cataracte sénile
ou H26.– Autres cataractes
et les codes correspondants des catégories E10-E14 Diabète sucré.

Neuropathie et diabète sucré (E10†–E14†, avec le 4e caractère « .4 »)

Les maladies neurologiques liées au diabète sucré doivent être codées comme « diabète sucré avec complications neurologiques » E10†–E14†, avec « .4 » comme 4^e caractère. Il faut également indiquer un code pour la manifestation spécifique.

Mononeuropathie diabétique

<i>E10†–E14†, quatrième caractère « .4 »</i>	<i>Diabète sucré avec complications neurologiques</i>
<i>G59.0*</i>	<i>Mononévrite diabétique</i>

Amyotrophie diabétique

<i>E10†–E14†, quatrième caractère « .4 »</i>	<i>Diabète sucré avec complications neurologiques</i>
<i>G73.0*</i>	<i>Syndrome myasthénique au cours de maladies endocriniennes</i>

Polyneuropathie diabétique

<i>E10†–E14†, quatrième caractère « .4 »</i>	<i>Diabète sucré avec complications neurologiques</i>
<i>G63.2*</i>	<i>Polynévrite diabétique</i>

Maladies vasculaires périphériques et diabète sucré (E10†–E14†, avec le 4e caractère « .5 »)

Les maladies vasculaires périphériques liées au diabète sucré doivent être codées comme « diabète sucré avec complications vasculaires périphériques » E10†–E14†, avec « .5 » comme 4^e caractère. Il faut également indiquer un code pour la manifestation spécifique.

Diabète sucré avec angiopathie périphérique

<i>E10†–E14†, quatrième caractère « .5 »</i>	<i>Diabète sucré avec complications vasculaires périphériques</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Angiopathie périphérique au cours de maladies classées</i>

Syndrome du pied diabétique – malum perforans pedis (E10–E14, avec le 4e caractère « .7 »)

Pour le diagnostic du « pied diabétique », on utilisera un code E10–E14, avec « .7 » « Diabète sucré avec complications multiples » comme quatrième caractère.

Les codes suivants sont à indiquer ensuite pour les manifestations observées:

<i>G63.2*</i>	<i>Polynévrite diabétique</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Angiopathie périphérique au cours de maladies classées</i>

Exemple 11: Un patient avec du diabète sucré de type 1 décompensé est hospitalisé pour le traitement d'un syndrome du pied diabétique avec ulcère mixte des orteils (en cas d'angiopathie et de neuropathie) et érysipèle à la jambe

<i>DP</i>	<i>E10.71† Diabète sucré primaire insulo-dépendant [diabète de type -1] avec complications multiples, spécifié comme décompensé</i>
<i>CD</i>	<i>G63.2* Polynévrite diabétique</i>
<i>DS</i>	<i>I79.2* Angiopathie périphérique au cours de maladies classées</i>
	<i>I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération</i>
<i>A46</i>	<i>Erysipèle</i>

Remarque: Le code I70.23 « Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération » sert, dans cet exemple, à spécifier le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

S04.d.1D Syndrome métabolique

En cas de syndrome métabolique, les différentes composantes du syndrome (obésité, hypertension, hyperlipidémie et diabète sucré) sont à coder séparément.

S04.d.1E Anomalies de la sécrétion pancréatique interne

Les codes

E16.0 *Hypoglycémie médicamenteuse, sans coma*

E16.1 *Autres hypoglycémies*

E16.2 *Hypoglycémie, sans précision*

E16.8 *Autres anomalies précisées de la sécrétion pancréatique*

E16.9 *Anomalie de la régulation de la sécrétion pancréatique interne, sans précision*

ne peuvent pas être indiqués comme diagnostic principal chez les diabétiques.

S04.d.2 Fibrose kystique (Mucoviscidose)

Dans le cas d'un patient ayant une fibrose kystique, on indiquera, indépendamment de la manifestation de cette maladie à l'origine de l'hospitalisation, un code de la catégorie E84.- *Fibrose kystique* comme diagnostic principal. Chacune des manifestations spécifiques doit être codée comme diagnostic supplémentaire.

En cas de manifestations combinées, on utilisera dans chaque cas, le code correspondant:

E84.8- *Fibrose kystique avec autres manifestations*

E84.80 *Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires et intestinales*

E84.87 *Mucoviscidose avec autres manifestations multiples*

E84.88 *Mucoviscidose avec autres manifestations*

Exception: Il s'agit de coder en premier lieu le traitement d'une manifestation (par exemple, opération de l'intestin - E84.1).

Exemple: Un patient souffrant de mucoviscidose et d'une infection due à l'*haemophilus influenzae* est hospitalisé pour le traitement d'une bronchite.

DP E84.0 *Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires*

DS J20.1 *Bronchite aiguë due à Haemophilus influenzae*

Si l'hospitalisation n'est pas liée au fibrose kystique, on indiquera le code de la maladie (par ex. fracture) comme diagnostic principal et le code E84.- *Fibrose kystique* comme diagnostic supplémentaire.

S05 Troubles mentaux

S05.g Généralités

Les codes du chapitre V, F00 à F99, se réfèrent exclusivement aux troubles mentaux et aux troubles du comportement. Certains codes de ce chapitre portent également sur les troubles du développement psychologique.

S05.g.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19) (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine)

S05.g.1A Remarques générales

Les remarques générales concernant les catégories F10–F19 dans la CIM-10 GM doivent être prises en compte.

Différenciation entre utilisation nocive (F1x.1) et syndrome de dépendance (F1x.2)

Une utilisation nocive pour la santé (= F1x.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.). On parle dans ces cas de dépendance liée à la consommation d'alcool ou de drogue.

Exemple: Patient souffrant d'une oesophagite liée à la consommation d'alcool

DP K20 Oesophagite

DS F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé

Un syndrome de dépendance (= F1x.2) désigne un 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. 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 accrue 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.

Règles concernant 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 F17.1 et F17.2 doivent être utilisés, il a été décidé de n'employer plus que le code F17.1 pour désigner la dépendance à la nicotine.

S05.d Règles de codage

S05.d.1 Intoxication aiguë non accidentelle

Dans le cas d'une intoxication aiguë (ivresse aiguë), un code de la catégorie F10-F19 avec le 4^e caractère « .0 » est attribué, si nécessaire avec un autre code à 4 caractères des catégories F10-F19. Si l'intoxication aiguë est à l'origine de l'hospitalisation, elle doit être codée comme diagnostic principal.

Exemple: *Un alcoolique connu est hospitalisé dans un état d'ébriété avancé (ivresse).*

DP F10.0 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë

DS F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance

S05.d.2 Intoxication aiguë accidentelle

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

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 qui n'entraînent pas de dépendance, tels que les antidépresseurs, les laxatifs et les analgésiques pouvant être achetés sans ordonnance médicale (p.ex. le paracétamol). La CIM-10 GM fait la distinction entre les différentes substances au chapitre F55.-. Il s'agit d'utiliser les codes correspondants.

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. 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

Lorsqu'un patient est admis dans un hôpital de soins somatiques aigus pour un sevrage, le code de la dépendance est indiqué DESORMAIS pour le diagnostic principal et celui du sevrage comme diagnostic supplémentaire.

Exemple: *Un alcoolique notoire est hospitalisé pour un sevrage. Le syndrome du sevrage fait son apparition pendant l'hospitalisation et est traité:*

DP F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance

DS Z50.2 Soins impliquant une rééducation, sevrage d'alcool

F10.3 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage

S06 Maladies du système nerveux

S06.d Règles de codage

S06.d.1 Les accidents vasculaires cérébraux

Tant que le patient reçoit un traitement **continu** en raison d'un accident vasculaire cérébral aigu et de ses conséquences directes (déficits), il faut attribuer un code des catégories I60–I64 (maladies cérébrovasculaires) avec le code correspondant pour chaque déficit (par ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence).

Le bon code selon la localisation et l'étiologie de l'accident vasculaire

Si aucune information n'est disponible au sujet de la localisation de la lésion ou de l'artère concernée, il faut indiquer le code I63.9 « Infarctus cérébral, sans précision ». Si cette information est disponible, on utilisera les codes suivants :

Localisation	Polygone de Willis Axes cérébraux			Axes précérébraux (A. carotide ext. / A. vertébrale)	Sinus veineux
	Sténose/occlusion			Sténose/occlusion	Thrombose veineuse
Type	sans précision	par embolie	par thrombose		
Codes	I63.5	I63.4	I63.3	I63.2	I63.6

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

DP I63.3 Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales

DS G81.0 Hémiplégie flasque

R47.0 Aphasie

L'infarctus cérébral est codé comme diagnostic principal et tous les troubles du fonctionnement survenant sont indiqués comme diagnostics supplémentaires, à condition qu'ils entrent dans la définition du diagnostic supplémentaire.

S06.d.1A « Ancien accident vasculaire cérébral »

Si l'anamnèse révèle que le patient a subi antérieurement un accident vasculaire cérébral dont les séquelles neurologiques s'observent actuellement, il faut indiquer les déficits neurologiques (par ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence) suivies d'un code de la catégorie I69.– *Séquelles de maladies cérébrovasculaires*.

Exemple: Un patient est hospitalisé avec une pneumonie à pneumocoques. Il a eu un accident vasculaire cérébral aigu trois ans plus tôt et prend depuis des antiaggrégants plaquettaires comme prophylaxie des récurrences. Une hémiparésie spastique résiduelle est diagnostiquée, qui demande davantage de soins.

DP J13 Pneumonie due à *Streptococcus pneumoniae*

DS G81.1 Hémiparésie spastique

I69.4 Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

S06.d.1B Déficits fonctionnels

En cas d'accident vasculaire, la **dysphagie**, l'**incontinence urinaire et fécale** ne sont signalées par un code que si les critères suivants sont remplis :

La dysphagie (R13.–) ne doit être indiquée par un code que si l'utilisation d'une sonde gastrique est nécessaire pour l'alimentation entérale ou si la dysphagie nécessite encore un traitement plus de 7 jours ouvrables après l'accident vasculaire.

Incontinence: les codes pour l'incontinence urinaire et l'incontinence des matières fécales

N39.3 Incontinence urinaire d'effort

N39.4- Autres formes d'incontinence urinaire précisées

R32 Incontinence urinaire, sans précision

R15 Incontinence des matières fécales

ne doivent être indiqués que si l'incontinence entre dans la définition du diagnostic supplémentaire.

S06.d.2 Tétraplégie et paraplégie, non traumatique

Pour les codes concernant la tétraplégie ou la paraplégie traumatique, voir chapitre S19.1.d.5 « lésions de la moelle épinière ».

S06.d.2A Phase initiale (aiguë) de paraplégie / tétraplégie

La phase « aiguë » d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique comprend les premières admissions dues à un dysfonctionnement non traumatique dû, par exemple, à la myélite transverse ou à un infarctus médullaire. Autre exemple de cas : traitement conservateur ou opératoire d'une maladie qui était en phase de rémission mais qui s'est aggravée et requiert désormais le même degré de soins que pour un patient admis pour la première fois.

Après le code de la maladie en diagnostic principal, indiquer le code correspondant de la paraplégie (G82.- avec le 5^e caractère « 0 » complète aiguë ou « 1 » incomplète aiguë), suivi du code de la hauteur fonctionnelle de la lésion.

Exemple: Patient souffrant d'une myélite aiguë provoquant une lésion de la moelle épinière à la hauteur de D7-D10 avec paraplégie aiguë incomplète

DP G04.9 Encéphalite, myélite et encéphalomyélite, sans précision

DS G82.21 Paraplégie incomplète aiguë, non traumatique

DS G82.64! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière (D7-D10)

S06.d.2B Phase tardive (chronique) d'une paraplégie/tétraplégie

On parle de « phase tardive » d'une paraplégie ou d'une tétraplégie par exemple dans le cas suivant : un patient est hospitalisé pour poursuivre son traitement de la paraplégie/tétraplégie. Le traitement de la maladie aiguë (par ex. une myélite) ayant provoqué les paralysies est terminé.

Autre exemple : un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre maladie telle qu'une infection des voies urinaires, fracture du fémur, etc.

Dans ces cas, un code de la catégorie G82.-Paraplégie et tétraplégie, 5^e caractère « .2 » complète chronique ou « .3 » incomplète chronique et les codes des autres maladies dont souffre le patient sont à indiquer, soit en diagnostic principal si l'hospitalisation est une suite de soins de la paraplégie/tétraplégie, soit en diagnostic supplémentaire si l'hospitalisation actuelle concerne par exemple le traitement de la fracture du fémur ou de l'infection des voies urinaires. Ajouter le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière : G82.6-! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière.

S06.d.3 Traitements neurologiques complexes

Traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral (89.13.1-)

Ces codes s'appliquent aux traitements donnés dans des secteurs de soins intensifs spécialisés (stroke-units). Ils ne peuvent être saisis que si les conditions minimales décrites à la catégorie 89.13.1- sont remplies.

Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce (93.89.1-)

Ces codes s'appliquent à une thérapie multidisciplinaire destinée à la rééducation neurologique et/ou neurochirurgicale de patients. Ils ne peuvent être saisis que si les conditions minimales décrites à la catégorie 93.89.1- sont remplies.

S07 Maladies de l'œil et de ses annexes

S07.d Règles de codage

S07.d.1 Cataracte: insertion secondaire de cristallin artificiel

Dans les cas où

- le cristallin a été enlevé lors d'une opération précédente
- s'est déplacé ou subluxé
- n'est plus positionné correctement,

il faut utiliser les codes suivants pour l'insertion secondaire :

Diagnostic *H27.0 Aphakie ou T85.2 Complication mécanique d'une lentille intra-oculaire*

TP *13.72 Insertion secondaire de cristallin artificiel*

S07.d.2 Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil

Le code suivant s'applique en cas d'échec ou de rejet de greffe de cornée de l'œil :

T86.83 *Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil*

Indiquer les codes des diagnostics supplémentaires en relation avec le rejet ou l'échec de greffe de cornée de l'œil en plus du code T86.83, par exemple :

H44.0 *Endophtalmie purulente*

H44.1 *Autres endophtalmies*

S08 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

S08.d Règles de codage

S08.d.1 Problèmes d'ouïe et surdité

Les diagnostics « problèmes d'ouïe » et « surdité » sont à désigner par le code correspondant des catégories suivantes :

H90.– *Surdité de transmission et neurosensorielle et*

H91.– *Autres pertes de l'audition*

On les indiquera comme diagnostic principal dans les situations suivantes :

- chez les enfants, en cas d'examen au CT sous sédation ou en cas de test auditif,
- chez les adultes, en cas de perte de l'audition soudaine.

S09 Maladies de l'appareil circulatoire

S09.d Règles de codage

S09.d.1 Hypertension et maladies hypertensives

- Une hypertension artérielle I10.- peut être saisie de manière différenciée dans la CIM-10 GM selon qu'elle est bénigne ou maligne ou accompagnée ou non de crises hypertensives (l'urgence hypertensive se traduit par une hausse soudaine aiguë de la tension artérielle systolique >220 mmHg et/ou de la tension artérielle diastolique >120 mmHg, avec ou sans déficit d'un organe).
- S'il existe un lien causal entre la maladie cardiaque ou rénale et l'hypertension, on indiquera un code pour la maladie cardiaque (par ex. I50.-/I51.-) ou rénale (p.ex. N18.-), suivi du code I11.-, I12.- ou I13.-.
- S'il n'y pas de lien causal entre la maladie cardiaque et l'hypertension, celles-ci sont codées séparément.

Exemple: Un patient est hospitalisé avec une maladie cardiaque hypertensive et une décompensation ventriculaire gauche NYHA IV

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

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

S09.d.2 Maladies cardiaques coronaires

S09.d.2A Angine de poitrine (I20.-)

En cas d'angine de poitrine, le code correspondant doit être indiqué **avant** celui désignant l'athérosclérose coronaire. Lorsqu'un patient, admis pour cause d'angine de poitrine instable, développe lors de son hospitalisation un infarctus du myocarde, on n'indiquera que le code correspondant à l'infarctus du myocarde. Si le patient développe une angine post-infarctus, le code I20.0 « Angine de poitrine instable » peut être indiqué comme code supplémentaire.

S09.d.2B Syndrome coronarien aigu (SCA)

Cette notion couvre les différentes phases d'une maladie coronarienne présentant des risques vitaux, qui vont de l'angine de poitrine instable aux morts cardiaques subites, en passant par l'infarctus du myocarde aigu. Il s'agit là de trois stades différents d'une seule et même maladie : la maladie coronarienne. Par conséquent, les patients présentant des douleurs thoraciques avec suspicion de syndrome coronarien aigu sont, sur la base des résultats de l'ECG et des marqueurs cardiaques biochimiques (troponines), répartis en catégories :

Diagnostic	ICD-10	Laboratoire/ECG
Angine pectorale instable	I20.0 Angine de poitrine instable	Troponines nég. ; ECG nég.
NSTEMI (N on- ST E lévation M yocardial I nfarction)	I21.4 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde	Troponines pos. ; ECG nég.
Syndrome coronarien aigu (SCA) avec troponines positive	I21.4 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde	Troponines pos. ; ECG inconnu
STEMI (ST E lévation M yocardial I nfarction)	I21.0-3 Infarctus transmural aigu du myocarde (selon la localisation)	Troponines pos. ; ECG positif (Elévation segment ST)
SCA sans précision	I24.9 Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision	Pas d'indication

Remarque: L'angine de poitrine stable (I20.9) ne fait pas partie du syndrome coronarien aigu (SCA).

S09.d.2C Infarctus aigu du myocarde

Pour un infarctus du myocarde considéré comme aigu ou remontant à moins de 28 jours, on utilisera un code de la catégorie I21.- *Infarctus aigu du myocarde*.

Il s'agit ici d'indiquer les codes correspondants de la catégorie I21.- *Infarctus aigu du myocarde* pour le traitement initial de l'infarctus par l'établissement hospitalier dans lequel le patient a été admis en premier et pour les soins éventuellement dispensés par d'autres établissements dans les quatre semaines (28 jours) ayant suivi l'infarctus.

S09.d.2D Transfert du patient victime d'infarctus en vue de son traitement dans un centre hospitalier

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

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

Exemple 1: Dans le centre hospitalier, un patient victime d'infarctus du myocarde est soumis à un examen ambulatoire avec PTCA (1 vaisseau / 1 stent métallique), puis est renvoyé après quelques heures dans le premier établissement hospitalier. (Le traitement est facturé à ce premier établissement).

Le premier établissement utilisera les codes suivants:

DP I21.- Infarctus du myocarde
TP 00.66 (externe*) Angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA)
DS 00.40 (externe*) Intervention sur 1 vaisseau
DS 00.45 (externe*) Insertion d'un stent vasculaire
DS 36.06 (externe*) Insertion de stent(s) coronaire(s) sans libération de substance médicamenteuse

* Les prestations fournies en externe sont saisies dans un champ supplémentaire dans la statistique médicale.

Centre hospitalier: Rien à coder

Exemple 2: Un patient victime d'un infarctus du myocarde est admis pour 36 heures dans le centre hospitalier pour un examen avec PTCA (1 vaisseau / 1 stent métallique), avant d'être renvoyé dans le premier hôpital l'ayant accueilli.

Le premier hôpital: procède au codage pour un cas en comptant une absence de 36 heures:

DP I21.- Infarctus du myocarde

Le centre hospitalier code:

DP I21.- Infarctus du myocarde
TP 00.66 Angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA)
DS 00.40 Intervention sur 1 vaisseau
DS 00.45 Insertion d'un stent vasculaire
DS 36.06 Insertion de stent(s) coronaire(s) sans libération de substance médicamenteuse

S09.d.2E Infarctus du myocarde récidivant

Si le patient fait un deuxième infarctus du myocarde dans les 28 jours suivants le premier, au même endroit, il convient d'utiliser un code de la catégorie I22.- "Infarctus du myocarde à répétition".

S09.d.2F 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 d'indiquer comme diagnostic principal un code des catégories I22-125 «Cardiopathies ischémiques aiguës». A noter la différenciation I25.15 «Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose de vaisseaux de pontage» ajoutée à la catégorie I25.-.

S09.d.2G Sténose de stent

Une sténose de stent peut être une complication du stent (p.ex. 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:

Sténose de stent dans un intervalle de 3 mois:

DP	T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
CD	Y82.8! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
DS	Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires

Sténose de stent après un délai de trois mois = continuation de l'artériosclérose :

DP	I25.16 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose sur stent
----	---

S09.d.2H Infarctus ancien

Pour le codage d'un infarctus du myocarde datant de plus de 28 jours, mais de 4 mois au maximum, on utilisera le code I25.20.

Le code I25.2- *Infarctus du myocarde, ancien* indique un **diagnostic anamnestique**, même si celui-ci ne figure pas parmi les codes Z au chapitre XXI. Ce diagnostic ne doit faire l'objet d'un codage que s'il revêt de l'importance pour le traitement actuel.

S09.d.2I Cardiopathie coronaire chronique

La cardiopathie coronaire chronique est subdivisée dans la CIM-10 GM en fonction du nombre et du type des vaisseaux coronariens concernés :

I25.10	Sans sténose ayant un effet hémodynamique
I25.11	Maladie monotronculaire
I25.12	Maladie bitronculaire
I25.13	Maladie tritronculaire
I25.14	Sténose du tronc commun de l'artère coronaire gauche
I25.15	Avec sténose de vaisseaux de pontage
I25.16	Avec sténose sur stents
I25.19	Sans précision

Le code I25.9 *Cardiopathie ischémique chronique, sans précision* est peu spécifique et ne devrait si possible pas être utilisé.

S09.d.3 Affections des valvules cardiaques

Nous faisons la distinction entre les affections suivantes des valvules cardiaques :

- les maladies congénitales (utiliser un code Q)
- les maladies contractées, d'origine rhumatismale
- les déficiences des valvules cardiaques contractées, qui ne sont pas d'origine rhumatismale ou pas précisées.

La classification CIM-10 répertorie les affections des valvules cardiaques selon un système peu commun en Suisse, comme l'illustre les affections de la valvule mitrale : une insuffisance de la valvule mitrale dont l'origine n'est pas précisée s'indique par un code de la catégorie I34 « Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale », alors que pour une sténose dont l'origine n'est pas précisée, on utilisera un code de la catégorie I05 « Maladies rhumatismales de la valvule mitrale ».

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 dont la cause n'est pas précisée seraient indiquées par les codes des catégories I34.- à I37.- comme l'illustre le tableau ci-dessous, divergeant ainsi de la classification CIM-10.

Codage des affections des valvules cardiaques

		Désignées comme non rhumatismales	Désignées comme rhumatismales	Sans précision
Valve mitrale	Insuffisance	I34.0	I05.1	I34.0
	Sténose	I34.2	I05.0	I34.2
	Sténose avec insuffisance	I34.80	I05.2	I34.80
Valvule aortique	Insuffisance	I35.1	I06.1	I35.1
	Sténose	I35.0	I06.0	I35.0
	Sténose avec insuffisance	I35.2	I06.2	I35.2
Valvule tricuspide	Insuffisance	I36.1	I07.1	I36.1
	Sténose	I36.0	I07.0	I36.0
	Sténose avec insuffisance	I36.2	I07.2	I36.2
Valvule pulmonaire	Sténose	I37.0	I09.8	I37.0
	Insuffisance	I37.1	I09.8	I37.1
	Sténose avec insuffisance	I37.2	I09.8	I37.2

Affection de plusieurs valvules cardiaques:

Si plusieurs valvules cardiaques sont atteintes, il est recommandé d'indiquer les codes correspondants de la catégorie I08.– « Maladies de plusieurs valvules ».

S09.d.4 Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques

Note : les remarques concernant les stimulateurs valent également pour les défibrillateurs.

S09.d.4A Stimulateurs cardiaques permanents

Lorsqu'un **stimulateur cardiaque temporaire est retiré et qu'un stimulateur permanent est posé**, ce dernier doit être codé comme une première implantation et non comme un remplacement.

Exemple: Pose d'un pace-maker DDD et retrait du stimulateur temporaire pendant la même opération.

TP 37.83.10 Première insertion de pace-maker à double chambre

TS 37.72 Insertion initiale d'électrode dans l'oreillette et ventricule, par voie intraveineuse

Le stimulateur fait l'objet d'un **contrôle** de routine au cours de l'hospitalisation durant laquelle il a été posé ; aucun code de procédure particulier ne doit donc être indiqué à ce moment. Si le contrôle a lieu ultérieurement (après le séjour hospitalier durant lequel le stimulateur a été posé), il doit être indiqué au moyen des codes 89.45-49 « Contrôle de stimulateur artificiel ».

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

On indiquera dans ce cas le code Z45.0 « Adaptation et manipulation d'un stimulateur cardiaque implanté et d'un défibrillateur cardiaque implanté » comme diagnostic principal, avec les codes de procédures correspondants.

Comme diagnostic supplémentaire, on mentionnera la maladie qui a nécessité la pose de l'appareil, si elle est actuellement présente.

Exemple: Un patient, auquel suite à un bloc auriculoventriculaire du 2^e degré un pace-maker a été implanté, est hospitalisé, car la pile de son pace-maker est vide et doit être remplacée.

DP Z45.0 Adaptation et manipulation d'un stimulateur cardiaque implanté et d'un défibrillateur cardiaque implanté

DS I44.1 Bloc auriculoventriculaire du second degré

S09.d.4B Complications liées au stimulateur/défibrillateur cardiaque

Les **complications** induites par le système de stimulation/défibrillation cardiaque seront indiquées avec les codes suivants :

T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique (ce code comprend le dysfonctionnement du stimulateur et des électrodes)

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

T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires

Un **patient avec stimulateur/défibrillateur** sera désigné par le code Z95.0 « Présence d'un stimulateur cardiaque implanté ou d'un défibrillateur cardiaque implanté ».

S09.d.5 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, on indiquera le Z94.1 « greffe du cœur ».

S09.d.6 Œdème pulmonaire aigu

Pour le codage d'un œdème pulmonaire, on se basera sur sa cause initiale : par ex. le très fréquent œdème aigu pulmonaire (OAP) d'origine cardiaque sera indiqué par le code I50.14 « Insuffisance ventriculaire gauche, avec symptôme au repos »; voir aussi les affections incluses et exclues sous J81 « Œdème pulmonaire » dans la CIM-10 GM.

S09.d.7 Arrêt cardiaque

Les cas d'arrêt cardiaque ainsi que d'arrêt cardiaque et respiratoire (I46.– Arrêt cardiaque) ne feront l'objet d'un codage que si des mesures de réanimation ont été prises, quel que soit le résultat pour le patient. L'arrêt cardiaque (I46.– Arrêt cardiaque) ne doit **pas** être indiqué comme diagnostic principal si la raison est connue.

En cas de réanimation dans le cadre d'un arrêt cardiaque, on utilisera par ailleurs le code CHOP 99.60 « Réanimation cardiopulmonaire ».

S09.d.8 Artériopathie périphérique

Les codes prévus dans la CIM-10 GM pour l'artériopathie périphérique diffèrent de ceux de la version de l'OMS :

Stade	Clinique	CIM-10 GM	
I	Artériopathie asymptomatique Artériopathie périphérique (APP) sans précision	I73.9	Maladie vasculaire périphérique, sans précision
IIa	Claudication intermittente - distance de marche > 200 m (stade IIa)	I70.20	Athérosclérose des artères distales, autres et non précisées, distance de marche de 200m et plus
IIb	Claudication intermittente - distance de marche < 200 m (stade IIb)	I70.21	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge, distance de marche inférieure à 200m
III	Douleurs au repos	I70.22	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos
IV	Nécrose, gangrène	I70.23	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération
		I70.24	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène

S09.d.9 Artériopathie aiguë

Une artériopathie aiguë se code à

DP I74.- Embolie et thrombose artérielles

DS I70.2- Athérosclérose des artères distales

NB: On utilisera le code I77.1 « Sténose d'une artère » pour désigner une sténose due à un obstacle externe (par ex. tumeur).

S10 Maladies des voies respiratoires

S10.d Règles de codage

S10.d 1 Ventilation

S10.d 1A Respiration artificielle

NB: La durée de la respiration artificielle est désormais saisie dans la liste de données minimales de la statistique médicale.

Définition

L'assistance respiratoire (« respiration artificielle ») est un procédé dans lequel le gaz est insufflé dans les poumons à l'aide d'une installation mécanique. La respiration est soutenue par le renforcement ou le remplacement de la propre capacité respiratoire du patient. Dans la respiration artificielle, le patient est généralement intubé ou trachéotomisé. Pour les patients pris en charge aux soins intensifs, la respiration artificielle peut se faire à l'aide de systèmes de masques, si de tels systèmes sont utilisés à la place de l'intubation ou de la trachéotomie habituelle jusqu'ici.

Calcul de la durée de la ventilation

Est déterminante la durée totale (en heures) de la respiration artificielle dans l'unité de soins intensifs. La ventilation invasive compte autant que la ventilation non invasive (CPAP inclus). La durée du sevrage est ajoutée (avec l'intervalle sans respiration artificielle pendant le sevrage) au calcul de la durée de la ventilation d'un patient.

Le nombre d'heures peut être calculé à partir des données minimales de la SSMI (www.sgi-ssmi.ch) sur la base : du nombre saisi d'heures de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par nombre d'heures pour 3 horaires quotidiens; au moins 3 heures pour 2 horaires quotidiens), multiplié par la durée de soins.

Le codage

Si la respiration artificielle répond à la définition ci-dessus,

1) la durée de la respiration artificielle doit être saisie

- comme chiffre dans le champ de données prévu à cet effet
- comme code de la catégorie 96.7- *Ventilation mécanique continue SAP; <96 h; >96 h.*

2) saisir en plus le type de ventilation

Trait. 96.04 Insertion d'un tube endotrachéal (pas lors d'une intubation pendant OP)

93.90 Ventilation continue par pression positive NIPPV (= CPAP)

et/ou

Trait. 31.1 Trachéostomie temporaire ou

31.29 Trachéostomie permanente

La **méthode de sevrage** de la respiration artificielle n'est pas codée.

S10.d.1B Pression positive continue des voies respiratoires (CPAP) sans séjour dans une USI

93.90 Ventilation continue par pression positive (CPAP)

- doit toujours être codée pour les nouveau-nés et les nourrissons
- doit être saisie pour les adultes et les enfants souffrant de troubles tels que l'apnée du sommeil avec traitement CPAP, mais sans la durée de la ventilation.

S10.d.2 Pneumonies

Les pneumonies peuvent avoir des causes très différentes, une diversité qui peut être reproduite via le codage.

Dans le codage selon la CIM-10 GM, la procédure est la suivante:

- a) Pneumopathies dont l'agent est connu:
Code spécifique provenant des catégories J10-16 « Grippe et pneumopathie »
Code supplémentaire B95!-97! « Agents d'infections bactériennes, virales et autres » lorsque l'agent n'est pas spécifié
- b) Pneumopathies dont l'agent n'est pas connu :
J18 « Pneumopathie à micro-organisme non précisé » avec subdivision selon la morphologie
- c) Pneumopathie due à l'inhalation d'agents chimiques : J68.-
- d) Pneumopathie due à des substances solides et liquides : J69.-
- e) Pneumopathies interstitielles aiguës ou chroniques : J84.-
par ex. BOOP (Bronchiolitis obliterans and organizing pneumonia)

S10.d.3 BPCO (maladie pulmonaire obstructive chronique)

Degré de gravité des BPCO

Dans la CIM-10 GM, le degré d'obstruction est indiqué à la 5^e position de J44.- avec la valeur VEMS.

Choix du diagnostic principal : le codage correct de différents cas cliniques de BPCO:

1.	BPCO avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures (pas de pneumonie claire)	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 : Diagnostic supplémentaire :	Pneumonie (J10.- - J18.-) J44.0-
4.	BPCO et insuffisance respiratoire aiguë Diagnostic principal : Diagnostic supplémentaire :	J96.0 J44.1-
5.	BPCO et insuffisance respiratoire chronique Diagnostic principal : Diagnostic supplémentaire :	J96.1 J44.1-
6.	Patient hospitalisé pour une autre pathologie (par ex. fracture du fémur), connu pour une BPCO Diagnostic principal : Diagnostic supplémentaire :	Autre pathologie (par ex. S72.-) J44.8-
7.	Patient hospitalisé pour une autre pathologie (par ex. fracture du fémur) et souffrant d'une BPCO avec insuffisance respiratoire chronique traitée spécifiquement Diagnostic principal : Diagnostic supplémentaire : Diagnostic supplémentaire :	Autre pathologie (par ex. S72.-) J44.8- J96.1
8.	BPCO surinfectée ou surinfection de BPCO	J44.0-

S11 Maladies de l'appareil digestif

S11.d Règles de codage

S11.d.1 Appendicite

Pour l'attribution d'un code diagnostic provenant des catégories

- K35.- Appendicite aiguë
- K36 Autres formes d'appendicite
- K37 Appendicite, sans précision

le diagnostic **clinique** est suffisant. Il n'est pas absolument nécessaire que ce diagnostic soit confirmé par un diagnostic anatomo-pathologique.

S11.d.2 Adhérences

La lyse d'adhérences abdominales peut être une « procédure principale » complexe ou une procédure d'appoint « procédure secondaire » réalisée dans le cadre d'une autre procédure. Même si des adhérences sont lysées au cours d'une autre opération abdominale, le procédé peut occasionner parfois une charge de travail conséquente. Il convient donc dans ces cas d'indiquer un code de diagnostic (par ex. K66.0 « Adhérences péritonéales ») pour l'adhérence et un code de procédure tiré de 54.5- « Lyse d'adhérences péritonéales ».

S11.d.3 Hémorragie gastro-intestinale

Si un ulcère, des érosions ou des varices sont découvertes chez un patient souffrant d'une hémorragie gastro-intestinale supérieure, la lésion découverte est codée « avec hémorragie ».

Exemple: Hémorragie gastro-intestinale sur ulcère de l'estomac

K25.0 Ulcère aigu de l'estomac avec hémorragie

Exemple: Oesophagite de reflux avec hémorragie

K21.0 Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite et

K22.8 Autres maladies précisées de l'œsophage (Hémorragie de l'œsophage SAI)

On peut supposer que l'on peut attribuer l'hémorragie à la lésion indiquée dans le rapport de l'endoscopie, même si l'hémorragie n'est apparue ni pendant l'examen, ni pendant le séjour à l'hôpital.

Les catégories à disposition pour coder les lésions gastro-intestinales ne proposent pas toutes un code assorti de la modification « avec hémorragie ». Dans de tels cas, il faut indiquer pour l'hémorragie un code supplémentaire tiré de K92.- *Autres maladies du système digestif*.

S11.d.4 Déshydratation lors d'une gastroentérite

Lors d'une hospitalisation pour traiter une gastroentérite avec déshydratation, la gastroentérite est indiquée comme diagnostic principal et la déshydratation (E86 *Hypovolémie*) comme diagnostic supplémentaire.

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. Ce chapitre sert au codage du séjour de la mère.

Dans l'introduction du chapitre XV, il est fait référence à certaines exclusions. Il faut noter à cet égard que les maladies dues au VIH (B20-B24) ont été éliminées des exclusions (décision du groupe d'experts) et qu'elles peuvent donc désormais être indiquées avec les codes O00-O99. En outre, on trouve au chapitre XXI dans les catégories Z30-39 « Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction » des codes importants pour l'obstétrique.

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 500 g.

A terme

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

Après (post) terme

42 semaines entières ou plus (plus de 294 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.

Enfant mort-né (mortinaissance)

Est considéré comme mort-né tout enfant né sans signes vitaux avec un âge gestationnel d'au moins 22 semaines révolues ou un poids égal ou supérieur à 500 g (le critère décisif est le poids).

Avortement / Fausse-couche

Est considérée comme avortement/fausse-couche toute interruption précoce de la grossesse avec expulsion spontanée ou provoquée du fœtus avant la 22^e semaine de grossesse révolue ou avec un poids à la naissance de moins de 500 g (le critère décisif est le poids).

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 (selon le dictionnaire Pschyrembel).

Période post-placentaire

Période de deux heures après expulsion du placenta (selon le dictionnaire Pschyrembel).

Période post-partum / puerpéralité

Période qui se situe de l'accouchement à la disparition des changements dus à la grossesse chez la mère et d'une durée de 6 à 8 semaines (selon le dictionnaire Pschyrembel).

S15.d Règles de codage

S15.d.1 Règles générales

S15.d.1A Choix du diagnostic principal

Le diagnostic principal lors d'hospitalisations dans le service de gynécologie/obstétrique est toujours un code du chapitre XV (O00-O99) en tenant compte des exclusions.

En présence de plusieurs affections, sera indiquée en diagnostic principal celle qui aura :

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

La règle d'exception figurant dans la version 2 du manuel et stipulant que certains diagnostics ne peuvent PAS être des diagnostics principaux est supprimée.

S15.d.1B Indication pour le codage des diagnostics supplémentaires

O09.-! Durée de la grossesse : Pour chaque hospitalisation pendant la grossesse, il faut saisir un code de la catégorie O09.-! « Durée de la grossesse ». La durée de la grossesse au début de l'hospitalisation est déterminante.

Z37.-! Résultat de l'accouchement : Un code de la catégorie Z37.-! « Résultat de l'accouchement » doit **toujours** être indiqué comme diagnostic supplémentaire dans les données de la mère. (La catégorie Z38.- ne sera utilisée que pour les nouveau-nés).

Z34 Surveillance d'une grossesse normale : Ce code doit être saisi comme diagnostic supplémentaire lorsqu'une patiente est admise pour une affection qui ne complique pas la grossesse, ni n'est compliquée par la grossesse et **pour autant que cette personne ne soit PAS hospitalisée dans la division Obstétrique**.

Z35 Surveillance d'une grossesse à haut risque : Ce code est à saisir comme diagnostic supplémentaire dans les situations correspondantes.

Z22.3 Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées : Le code est saisi comme diagnostic supplémentaire si la patiente est porteuse de streptocoques.

S15.d.2 Interruption précoce d'une grossesse de < 22 semaines (O00-O08)

S15.d.2A O02.- à O06.- Avortement

Les codes des **catégories O02.- à O06.-** ne doivent être utilisés que si une grossesse dure moins de 22 semaines et qu'elle se termine par un avortement ou une interruption thérapeutique précoce.

L'avortement est indiqué comme la cause principale, 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

DP O04.9 Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

DS O35.1 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus

 O09.1! Durée de la grossesse 5-13 semaines

2. Interruption de grossesse dans le cadre de grossesse non désirée

DP O04.9 Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

DS Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée

O09.-! Durée de la grossessesemaines

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)

DP Z30.3 Extraction cataméniale

DS Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée

O09.-! Durée de la grossessesemaines

S15.d.2B O08.- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire

Diagnostic principal:

Un code de la catégorie « Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire » n'est attribué comme diagnostic principal que si une patiente est réhospitalisée en raison d'une complication survenue à la suite d'un avortement traité auparavant.

La durée de la grossesse n'est pas codée comme diagnostic supplémentaire, car l'admission pour traiter une complication se produit après un avortement traité auparavant.

Exemple : Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une septicémie après un avortement pratiqué quelques jours plus tôt.

DP O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens consécutive à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire

DS Un code spécifique pour la septicémie (p.ex. A40.-, A41.-)

(car O08.- ne différencie pas une septicémie d'une infection locale, telle salpingite p.ex)

Diagnostic supplémentaire:

Un code de la catégorie O08.- « Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire » est attribué comme diagnostic supplémentaire pour indiquer des complications liées à un avortement ou à une grossesse molaire lors d'une même hospitalisation.

Exemple: Une patiente est hospitalisée pour une fausse-couche et fait une hémorragie sévère lors de ce séjour.

DP O03.6 Avortement spontané

DS O08.1 Hémorragie retardée ou sévère consécutive à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire

O09.-! Durée de la grossesse

S15.d.3 Interruption précoce d'une grossesse de > 22 semaines

Si la grossesse se termine de manière précoce par une **mortinaissance** (âge gestationnel $\geq$ 22 SA ; poids du fœtus minimum à 500 g, pas de signes vitaux), il faut indiquer comme diagnostic principal la raison de la fin de la grossesse.

Exemple: Présomption d'une malformation du système nerveux central du fœtus.

DP O35.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus

DS O60.1 Travail prématuré (avant terme) ou O60.3 Accouchement prématuré sans travail

O80 Accouchement unique spontané

O09.-! Durée de la grossesse

Z37.1! Naissance unique, enfant mort-né (ou code analogue en cas de naissance multiple)

Si la grossesse interrompue précocement donne lieu à une naissance vivante, il faut procéder de la même manière mais en utilisant le code Z37.0! « Naissance unique, enfant vivant » (ou code analogue en cas de naissance multiple).

Mort in utero

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

S15.d.4 Affections pendant la grossesse

Le chapitre XV comporte deux domaines pour coder des affections liées à la grossesse:

O20–O29 « *Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse* »

et

O94–O99 « *Autres problèmes obstétricaux, non classés ailleurs* »

Les codes O98-O99 (maladies, classées ailleurs, compliquant la grossesse) sont indiqués comme **diagnostic principal** et le code correspondant des autres chapitres comme diagnostic supplémentaire lorsque la patiente est hospitalisée dans la cadre d'une thérapie obstétricale. Si la maladie qui complique la grossesse est un diagnostic supplémentaire, seul le code spécifique de l'organe sera indiqué, sans O98-O99.

Exemple 1: Une patiente est hospitalisée pendant la 30^e semaine de grossesse pour traiter un syndrome du canal carpien s'étant aggravé par la grossesse.

DP O26.82 Syndrome du canal carpien pendant la grossesse

DS O09.4! Durée de la grossesse 26^e semaine jusqu'à la fin de la 33^e semaine

Exemple 2: Une patiente est hospitalisée pour une anémie par carence en fer due à la grossesse :

DP O99.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

DS D50.8 Autres anémies par carence en fer

O09.-! Durée de la grossesse

Exemple 3: Une patiente enceinte vient à l'hôpital en raison d'une commotion cérébrale survenue après une chute sur un trottoir enneigé; le traitement a uniquement consisté en une surveillance neurologique :

DP S06.0 Commotio cerebri

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

DS Z34 Surveillance d'une grossesse normale

O09.-! Durée de la grossesse

En résumé :

Grossesse	Si l'affection compliquant ou aggravant la grossesse représente le motif d'hospitalisation ou de traitement	O98-O99 comme DP
	Si l'affection compliquant ou aggravant la grossesse ne représente pas le motif d'hospitalisation ou de traitement	Code précis de l'affection comme DS sans O98-O99 correspondant
	Lorsqu'une affection indépendante de la grossesse est diagnostiquée et est le motif du traitement d'hospitalisation ou de traitement	Affection indiquée comme DP et le fait que la patiente soit enceinte par Z34.- comme DS
	Si l'affection n'a aucune influence	elle n'est pas indiquée
Accouchement	Si l'affection motive une césarienne (ou tout autre type d'accouchement autre que spontané)	O98-O99 comme DP
	Si l'affection concernée influence le séjour mais pas le type d'accouchement	Affection indiquée comme DS
	Si l'affection n'a aucune influence	elle n'est pas indiquée

Les troubles diffus durant une grossesse pour lesquels on n'a pas trouvé de cause spécifique doivent être codés avec O26.88 *Autres maladies non précisées associées à la grossesse*.

S15.d.5 Complications de la grossesse, touchant la mère ou l'enfant

S15.d.5A Syndrome de HELLP

Le syndrome de HELLP, qui se caractérise par une hémolyse (**H**), un dysfonctionnement hépatique se manifestant par des enzymes hépatiques élevées (**E**levated **L**iver function test) et une thrombocytopénie (**L**ow **P**latelet 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 ».

S15.d.5B Positions et présentations anormales du fœtus

Les anomalies de position et de présentation du fœtus doivent être codées lorsqu'elles sont présentes à **l'accouchement**.

Dans le cas d'une présentation du siège à l'accouchement, **avec dystocie**, on utilisera le code O64.1 *Dystocie due à une présentation du siège* en diagnostic principal.

Dans le cas d'une présentation du siège, **sans dystocie**, avec accouchement spontané, on utilisera le code O32.1 *Soins maternels pour présentation du siège*.

S15.d.5C Mouvements réduits du fœtus

En cas d'hospitalisation ayant pour diagnostic « Mouvements réduits du fœtus », il faut choisir le code O36.8 « Soins maternels pour d'autres affections précisées du fœtus » lorsque la cause n'est pas connue. Lorsque la cause est connue, il convient alors de coder cette dernière et de ne pas indiquer le code O36.8.

S15.d.5D Retard de croissance fœtale

En cas d'une croissance insuffisante connue ou présumée du fœtus, il faut indiquer le code O36.5 « Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus ». Ce dernier peut à cet égard être trop petit (small-for-date) et/ou trop léger (light-for-date).

S15.d.5E Cicatrice utérine

Le code O34.2 « Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure » est utilisé lorsque

- la patiente est admise en raison d'une césarienne antérieure pour un accouchement par césarienne programmée;
- la tentative d'accouchement par voie vaginale, en présence d'une cicatrice utérine (due par ex. à une césarienne ou à une autre opération), n'aboutit pas ou conduit à un accouchement par césarienne;
- une cicatrice utérine existante nécessite un traitement, mais que l'accouchement n'a pas lieu pendant ce séjour hospitalier, par ex. soins prénataux en raison de douleurs dues à une cicatrice.

S15.d.5F Iso-immunisation (O36.-)

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 du code O36.0, et ceci même dans le cas où une injection d'anti-D a lieu à l'accouchement.

Le code O36.0 (et O36.1 pour les incompatibilités ABO) 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'immunoglobine RH ».

S15.d.6 Règles spéciales pour l'accouchement

S15.d.6A O80-O82 accouchement

Les catégories O80 à O92 ne doivent pas être systématiquement indiquées en diagnostic principal. La catégorie O80 « Accouchement unique et spontané » n'est donc indiquée en diagnostic principal que lorsque la grossesse et la naissance se sont déroulées sans problème. Dans le cas contraire, le principal problème clinique (par ex. naissance avant terme, dystocie, grossesse à risque, etc.) est indiqué en diagnostic principal avec le code correspondant tiré du chapitre XV.

O80 - O82 est codé comme diagnostic supplémentaire lorsqu'un autre code est le diagnostic principal.

O82 « Accouchement unique par césarienne » : CIM-10 GM ne distingue pas les césariennes programmées des césariennes non programmées. Une césarienne élective se code avec O82 en DP.

S15.d.6B Codage de traitement

S15.d.6B1 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 ».

Les stimulations des contractions ne sont PAS codées.

S15.d.6B2 Accouchement spontané

Les seules procédures obstétriques pouvant être indiquées lorsque le code O80 « Accouchement unique et spontané » est en diagnostic principal sont :

- 03.91 *Injection épidurale et perfusion pour traitement de la douleur (anesthésie péridurale pour des raisons de confort)*
- 73.0 *Rupture artificielle des membranes (amniotomie)*
- 73.6 *Episiotomie*
- 73.59 *Autre assistance manuelle de l'accouchement*

S15.d.6B3 Accouchement par forceps

Un accouchement par forceps est saisi selon la position de la tête par rapport aux spinae de l'ischion. Les forceps hauts et moyens ne sont aujourd'hui pratiquement plus utilisés.

Un forceps bas d'une hauteur de +2 jusqu'à +3 cm sous les spinae des ischions, mais au-dessus du plancher pelvien (72.1-) sera codé par : 72.11 « Forceps bas avec épisiotomie », 71.19 « Autre forceps bas » (s'entend sans épisiotomie).

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

S15.d.6B4 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 ».

On pratique plus rarement des césariennes corporéales, surtout pour les accouchements prématurés ou en cas de placenta praevia. Le code est alors 74.0 « Césarienne classique ».

Exemple: Césarienne de confort.

DP O82 Accouchement unique par césarienne

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

O09.-! Durée de la grossesse

TP 74.1 Césarienne isthmique basse

Exemple: Patiente hospitalisée pour une césarienne en raison d'un siège.

DP O32.1 Soins maternels pour présentation du siège

DS O82 Accouchement unique par césarienne

Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

O09.-! Durée de la grossesse

TP 74.1 Césarienne isthmique basse

S15.d.6C Naissances multiples

En cas de naissances multiples spontanées, il faut indiquer un code de la catégorie O30.- « Grossesse multiple » en diagnostic principal. Dans tous les autres cas, il faut indiquer l'affection ou les affections/la complication ou les complications en diagnostic principal et le code de la catégorie O30.- en diagnostic supplémentaire.

Si un jumeau est né par voie vaginale, et l'autre par césarienne, il faut représenter le cas avec le code de procédure 73.59 pour la naissance normale et 74.1 pour celle par césarienne.

Résumé

Accouchement sans problème	Accouchement compliqué
Diagnostic principal	
Code de la catégorie O80 - O82 ou O30.-	Indiquer le problème clinique majeur
Diagnostics supplémentaires	
Résultat de l'accouchement Z37.-!	les problèmes ou pathologies concomittants
Durée de la grossesse O09.-!	résultat de l'accouchement Z37.-!
	code de la catégorie O80 - O82 ou O30.-
	Durée de la grossesse O09.-!
<i>Attention : Z37.-! doit toujours être codé!</i>	
Traitements	
73.59 Autre assistance manuelle de l'accouchement	Code du chapitre 13
<i>Attention ! Ne pas indiquer de codes P et Z38 dans le dossier de la mère</i>	

S15.d.6D Naissance extra-muros, accouchement avant l'hospitalisation

Lorsqu'une patiente a mis au monde un enfant avant d'être hospitalisée, qu'aucune procédure opérationnelle liée à l'accouchement n'a été pratiquée pendant le traitement hospitalier et que la mère n'a pas connu de complication pendant la puerpéralité, il faut alors indiquer le code convenant de la catégorie Z39.- *Soins et examens du post-partum*.

Lorsqu'une **complication** entraîne une hospitalisation, elle doit être codée en diagnostic principal. Il faut attribuer un code de la catégorie Z39.- en diagnostic supplémentaire.

Lorsqu'une patiente est transférée dans un autre hôpital après un accouchement pour accompagner un enfant malade et que la patiente reçoit des soins postpartum de routine dans ce dernier hôpital, le code convenant tiré de la catégorie Z39.- y sera aussi attribué.

Il ne faut PAS attribuer un code de la catégorie Z37.-!

S15.d.7 Durée de la grossesse et complication du travail et de l'accouchement

S15.d.7A Accouchement avant terme, travail prématuré et faux travail

O47.- « Faux travail » s'utilise pour des contractions ne déclenchant pas le travail

O60.- « Travail prématuré avec ou sans accouchement prématuré ou à terme » s'utilise pour des contractions déclenchant le travail, avec ou sans accouchement.

Si la raison de l'accouchement avant terme, du travail prématuré ou du faux travail est connue, elle doit être codée comme diagnostic principal, accompagné du code pour « accouchement avant terme », « travail prématuré » ou « faux travail » comme diagnostic supplémentaire. Si la raison n'est pas connue, il faut indiquer en diagnostic principal le code pour « accouchement avant terme », « travail prématuré » ou « faux travail ». En outre, il y a lieu d'attribuer en diagnostic supplémentaire un code tiré de O09.-! « Durée de la grossesse ».

S15.d.7B Grossesse prolongée et dépassement de terme

O48 Grossesse prolongée

Il faut indiquer le code O48 « Grossesse prolongée » lorsque l'accouchement se produit après 42 semaines entières (à partir de 294 jours) ou que l'enfant présente des signes évidents de post-maturité.

Exemple 1: Une patiente met un enfant au monde au cours de la 43^e semaine.

DP O48 Grossesse prolongée

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

O80 Accouchement unique et spontané

O09.7! Durée de la grossesse supérieure à 41 semaines complètes

Exemple 2: Une patiente met un enfant au monde au cours de la 40^e semaine. L'enfant présente des signes évidents de post-maturité.

DP O48 Grossesse prolongée

DS Z37.0! Naissance unique, enfant vivant

O80 Accouchement unique et spontané

O09.6! Durée de la grossesse 37^e semaine jusqu'à la fin de la 41^e semaine

S15.d.7C O42.- Rupture prématurée des membranes

Une rupture est prématurée lorsqu'elle a lieu 12 heures ou plus avant le début du travail.

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

S15.d.7D 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 de 1 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.

N.B: 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 » ou 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.

S15.d.7E Provocation d'accouchement / induction du travail

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

S15.d.7F 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 O70 « Déchirure obstétricale du périnée » et 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).

S15.d.7G 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 considérée 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 10% de l'hématocrite ou de l'hémoglobine ;
- tout saignement provoquant des symptômes hémodynamiques ou nécessitant une transfusion.

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.g.1 Définitions

S16.g.1A Nouveau-né à terme, période péri- et néonatale

- 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 la fin de la 37^e et la fin de la 42^e semaine de gestation (259 à 293 jours).
- La période périnatale commence 22 semaines après le début de la gestation et se termine à la fin du 7^e jour après la naissance.
- La période néonatale commence à la naissance et se termine à la fin du 28^e jour après la naissance.

S16.g.1B Nouveau-né prématuré

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

S16.g.1C Enfant mort-né (mortinaissance)

Les critères d'une mortinaissance sont remplis si l'enfant est né sans signes vitaux avec un âge gestationnel d'au moins 22 semaines révolues ou un poids égal ou supérieur à 500g (le critère décisif étant le poids).

S16.d Règles de codage

S16.d.1 Choix du diagnostic principal et des diagnostics supplémentaires

S16.d.1A Nouveau-né à terme, période périnatale et période néonatale

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

Dans le 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 (variables 1.2.V03).

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.

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.

Exemple: Nouveau-né avec un muguet (mycose buccale) traité par du gel miconazole.

DP P37.5 Candidose néonatale

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 : du 1^{er} au 28^e jour de vie (voir liste annexe S16).

Pour un nouveau-né de moins de 28 jours mais de plus de 7 jours, s'il n'existe pas, parmi les codes cités plus haut, de code spécifique pour coder une pathologie, on peut alors utiliser un code décrivant précisément la maladie provenant d'autres chapitres. Cela veut dire que les codes P28.8, P28.9, P29.8 et P29.9 seront utilisés que lorsque pathologie n'est pas précisée dans les documents.

Exemple: Pour la cardiomyopathie congénitale chez un bébé de 8 jours, il faut utiliser I42.4 au lieu de P29.8 « Autres affections cardio-vasculaires survenant pendant la période périnatale ».

Le code I42.4 est à utiliser pour un bébé au-delà de la période périnatale, donc de plus de 7 jours.

NB : P29.8 serait le code à utiliser pour un bébé de moins de 7 jours.

S16.d.1B Prématurés

La prématurité se code au moyen de 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 et P07.1) et les deux autres sont relatifs à l'âge gestationnel (P07.2 et P07.3). Les deux premiers sont prioritaires par rapport aux deux codes ayant trait à l'âge. Les codes 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.

DP P07.12 Poids de naissance de 1500 à moins de 2500 grammes

DS P07.3 Autres enfants nés avant terme

Pour un prématuré à 36 semaines avec un poids de naissance de 2560 g, il faut 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 comme diagnostics supplémentaires.

Exemple: Prématuré né à 29 semaines et pesant 2'030 g et souffrant d'immaturité pulmonaire.

DP P28.0 Atélectasie primitive du nouveau-né

DS P07.12 Poids de naissance de 1500 à moins de 2500 grammes

P07.3 Autres enfants nés avant terme

S16.d.1C 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 fichier de données de l'enfant par les codes P00.- à P04.-.

Exemple: En conséquence d'infarctus placentaires, un nouveau-né montre un retard de croissance.

DP P05.2 Malnutrition du fœtus, sans mention de léger ou petit pour l'âge gestationnel

DS P02.2 Fœtus et nouveau-né affectés par des anomalies morphologiques et fonctionnelles du placenta, autres et sans précision

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

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. Prenons par exemple le cas d'un nouveau-né sain né d'une mère HIV, qui ne présente aucun symptôme mais subit des prises de sang et un traitement antiviral. Ou encore celui de bébés nés de mères porteuses de streptocoques, pour autant qu'un traitement chez le nouveau-né ait été instauré. Dans ces cas, le code approprié sera P00.2 ou P00.8 selon la nature de l'infection, HIV ou infection localisée (comme diagnostic principal et en omettant le code Z38.-).

S16.d.1D Enfant mort-né

Bien que l'information « mort-né » (par ex. Z37.1 « Naissance unique, enfant mort-né ») apparaisse déjà dans la série de données de la mère, il convient d'ouvrir une liste de données minimales (autrement dit un cas) et un supplément nouveau-né également pour l'enfant.

Il existe des codes spécifiques aux nouveau-nés pour indiquer cet état de fait : codes de la catégorie P20.- « Hypoxie intra-utérine », P95 « Mort fœtale de cause non précisée ».

S16.d.1E Naissances 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.- suivants :

- 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.2 Données supplémentaires des nouveau-nés

Remarque concernant les données supplémentaires des nouveau-nés : depuis le 1^{er} janvier 2002, la saisie de ces dernières est obligatoire (voir G01.6).

S16.d.3 Mesures particulières pour le nouveau-né malade

S16.d.3A Thérapie parentérale

Le code 99.1- « Injection ou perfusion de substance thérapeutique ou prophylactique » est utilisé si l'on utilise un apport parentéral de liquide pour un traitement avec hydrates de carbone, une hydratation ou en cas de troubles électrolytiques. Il en va de même pour l'apport parentéral préventif de liquide à des nouveau-nés de moins de 2000 g qui est utilisé dans le but de prévenir une hypoglycémie ou un déséquilibre en électrolytes.

S16.d.3B Photothérapie

Un code de diagnostic pour l'ictère des nouveau-nés n'est attribué que si l'on pratique une photothérapie **de plus de 12 heures**. On indiquera le code 99.83 pour cette photothérapie.

S16.d.4 Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né/maladie des membranes hyalines/carence en surfactant

Le code pour le syndrome de détresse respiratoire P22.0 « *Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né* » doit être réservé au codage des états suivants :

- Maladie des membranes hyalines
- Syndrome de détresse respiratoire
- Carence en surfactant

S16.d.5 Syndrome néonatal d'aspiration aigu et tachypnée transitoire du nouveau-né

La catégorie P24.- « *Syndromes néonataux d'aspiration* » doit être utilisée lorsque le trouble respiratoire – dû au syndrome d'aspiration - **a nécessité un apport d'oxygène de plus de 24 heures.**

Le code P22.1 « *Tachypnée transitoire du nouveau-né* » doit être utilisé pour les diagnostics suivants :

- Tachypnée transitoire du nouveau-né (sans tenir compte de la durée de la thérapie oxygène)
ou
- Syndrome néonatal d'aspiration lorsque le trouble respiratoire a nécessité un apport d'oxygène **de moins de 24 heures.**

Un code CHOP de la catégorie 93.9- est également à coder.

S16.d.6 Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)

L'encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) est cliniquement échelonnée de la manière suivante :

1^{er} stade: irritabilité, hyperréflexie, pupilles dilatées, tachycardie, mais pas de convulsions.

2^e stade: léthargie, myosis, bradycardie, réflexes diminués (par ex. réflexe de Moro), hypotonie et convulsions.

3^e stade: stupeur, aréactivité, convulsions, absence de réflexe de Moro et de réflexe bulbaire.

Pour le codage d'une encéphalopathie hypoxique ischémique, la CIM-10 GM prévoit le code P91.6 « *Encéphalopathie hypoxique ischémique du nouveau-né* ». Les codes pour indiquer le degré de gravité de l'EHI doivent être attribués en plus selon la liste établie ci-dessous. Les symptômes énumérés ci-dessus ne doivent pas être codés séparément, à l'exception des convulsions.

Codage EHI 1^{er} stade

P91.3 « Irritabilité cérébrale du nouveau-né »

+ P21.0 « Asphyxie obstétricale grave » ou P20.- « Hypoxie intra-utérine »

Codage EHI 2^e stade

P91.4 « Baisse de l'activité cérébrale du nouveau-né »

+ P90 « Convulsions du nouveau-né » (s'il y a en)

+ P21.0 « Asphyxie obstétricale grave » ou P20.- « Hypoxie intra-utérine »

Codage EHI 3^e stade

P91.5 « Coma du nouveau-né »

+ P90 « Convulsions du nouveau-né » (s'il y a en)

+ P21.0 « Asphyxie obstétricale grave » ou P20.- « Hypoxie intra-utérine »

S19 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

S19.1 Lésions traumatiques

S19.1.d Règles de codage

S19.1.d.1 Lésions superficielles

Les égratignures et les contusions ne sont pas codées si elles sont liées à des lésions graves de même localisation, sauf si elles occasionnent une charge supplémentaire pour le traitement de la lésion grave, par ex. si elles ont pour effet de retarder ce dernier.

S19.1.d.2 Fracture et luxation

S19.1.d.2.A Fracture ou luxation avec lésion des tissus mous, fracture ouverte

Deux codes sont nécessaires pour coder une fracture / luxation (exception, voir ci-dessous). Comme diagnostic principal, il faut indiquer le code de la fracture ou de la luxation, suivi, comme diagnostic supplémentaire, du code correspondant pour le degré de gravité de la lésion des tissus mous. Ce codage supplémentaire permet aussi de distinguer une fracture ouverte d'une fracture fermée.

Exception: Seules les fractures fermées de type simple ou des luxations avec une lésion des tissus mous de stade 0 ou SAP n'ont pas de code supplémentaire.

Les codes supplémentaires pour les lésions des tissus mous sont :

Sx1.84! – 89! Lésion des tissus mous de stade I à III lors de fracture fermée ou ouverte / luxation
(x selon la région du corps)

Dans la CIM-10 GM, les codes sont assortis d'un texte décrivant le degré de gravité.

Exemple: Patient avec une fracture ouverte du fémur de stade II après une chute

DP S72.3 Fracture de la diaphyse fémorale

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

DS S71.88! Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation de la hanche et du fémur

S19.1.d.2.B Fracture et luxation

Dans de tels cas, il faut attribuer un code pour la fracture et un code pour la luxation; le premier code attribué est celui de la fracture.

A noter que la CIM-10 GM prévoit parfois des codes combinés. Exemple: S52.31 « Fracture distale de la diaphyse du radius avec luxation de la tête du cubitus ».

S19.1.d.2C Fracture et luxation ayant la même location ou une localisation différente

En cas d'une lésion combinée de même localisation, il suffit d'indiquer un code supplémentaire pour le degré de gravité de la lésion des tissus mous.

Lorsqu'un patient souffre de plusieurs fractures/luxations à des localisations différentes, il faut saisir pour chaque localisation le degré de gravité (stade I à III) de la lésion des tissus mous.

S19.1.d.2D Contusion osseuse

Une contusion osseuse avec fracture prouvée radiologiquement de l'os spongieux alors que l'os cortical est intact est codée comme une fracture.

S19.1.d.3 Plaies/lésions ouvertes

Une catégorie ayant trait à des plaies ouvertes est prévue pour chaque région du corps.

Vous trouverez, outre les codes « ! » pour les lésions des tissus mous lors de fracture, des codes « ! » pour les lésions intracrâniennes, intrathoraciques ou intraabdominales.

S19.1.d.3A Lésions ouvertes avec atteinte de vaisseaux, de nerfs et de tendons

En présence d'une lésion traumatique avec atteinte des vaisseaux sanguins, la séquence des codes dépend du risque d'amputation du membre concerné.

Si c'est le cas, il convient de coder dans l'ordre suivant :

- la lésion artérielle,
- la lésion du nerf,
- la lésion du tendon,
- la blessure.

Dans les cas où malgré une atteinte des vaisseaux sanguins et des nerfs, la perte d'un membre est peu vraisemblable, la séquence des codes est à mettre en relation avec la lourdeur de chaque atteinte.

S19.1.d.3B Lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale

Il faut d'abord indiquer le code pour la lésion, puis le code pour la plaie ouverte.

Exemple: Patient blessé par un coup de couteau au thorax avec hémithorax traumatique

DP S27.1 Hémithorax traumatique

CD Y09.9! Voies de fait/agression

DS S21.83! Plaie ouverte (toute partie du thorax) associée à une lésion traumatique intrathoracique

S19.1.d.3C Fracture ouverte avec lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale

En cas d'une fracture du crâne associée à une lésion intracrânienne / fracture ouverte du tronc avec une lésion intrathoracique, intraabdominale, il faut indiquer les codes suivants :

- un code pour la lésion intracrânienne / intracavitaire
- un des codes suivants :
 - code pour la lésion ouverte selon le siège
 - les codes pour la fracture
 - un code pour le degré de gravité de la lésion des tissus mous

S19.1.d.3D Complications d'une plaie ouverte

Le code pour la plaie ouverte en DP, suivi d'un code tiré de T89.0- « Complications d'une plaie ouverte »

Exemple: Patient ayant des éclats de verre dans une plaie ouverte du genou. La plaie est infectée; dans le prélèvement, on décèle des staphylocoques dorés.

DP S81.0 Plaie ouverte du genou

CD Y34.9! Événement sans autre précision, circonstances indéterminées

DS T89.01 Corps étranger (avec ou sans infection)

DS B95.6! Staphylococcus aureus

S19.1.d.4 Perte de connaissance

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

En cas de perte de connaissance liée à une lésion, il faut indiquer le type de la lésion avant un code issu de S06.7.- « Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral » pour préciser la durée de la perte de connaissance.

Les pertes de connaissance non liées à une lésion sont codées avec R40.0 « Somnolence, stupeur et coma ».

S19.1.d.5 Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie traumatique et tétraplégie)

S19.1.d.5A La phase aiguë- immédiatement posttraumatique

Période de traitement immédiatement après le traumatisme. Peut engendrer plusieurs séjours hospitaliers.

Exemple: Compression de la moelle épinière, déchirure, section ou contusion

Codage :

1. Le type de lésion de la moelle épinière, *p.ex. S14.13 Autres lésions transversales incomplètes de la moelle cervicale*
2. La hauteur fonctionnelle de la lésion, *p.ex. S14.75 Niveau fonctionnel de la lésion C5*

Les patients souffrant de lésions de la moelle épinière ont très probablement aussi une fracture ou une luxation de vertèbres ; il convient en conséquence de coder les indications suivantes :

3. Le niveau de fracture en cas de fracture de vertèbres, *p.ex. S12.22 Fracture de la 4^e vertèbre cervicale*
4. Le niveau de la luxation en cas de luxation, *p.ex. S13.14 Luxation d'une vertèbre cervicale C4/C5*
5. Le degré de gravité de la lésion des tissus mous de la fracture/luxation, *p.ex. S11.84! Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture fermée ou de luxation du cou*

S19.1.d.5B La phase aiguë – transfert du patient

Lorsqu'un patient ayant souffert d'une lésion de la moelle épinière suite à un traumatisme est transféré d'un hôpital de soins aigus à un autre, il faut indiquer le type de lésion de la moelle épinière en diagnostic principal et la hauteur fonctionnelle de cette lésion en premier diagnostic supplémentaire.

S19.1.d.5C Lésion de la moelle épinière – phase chronique

La phase chronique concernant des patients paraplégiques/tétraplégiques qui sont hospitalisés pour le traitement d'autres affections pouvant être liées ou non à leur état (par ex. infection des voies urinaires).

Dans de tels cas, il faut indiquer l'affection à traiter, suivie d'un code de la catégorie G82.- « Paraplégie et tétraplégie » avec une 5e caractère, ainsi que les autres affections. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

Les codes pour les lésions de la moelle épinière ne doivent pas être indiqués, car ils ne peuvent être utilisés que dans la phase aiguë. **Les suites d'une blessure sont codées au T91.-**

S19.1.d.5D Codage de fractures et luxations de vertèbres

En cas de fractures ou luxations multiples, il faut indiquer chaque hauteur.

S19.1.d.6 Lésions multiples

Les diverses lésions doivent dans la mesure du possible être codées de manière très précise en fonction de leur localisation et de leur nature.

Les codes combinés S00-S99 prévus pour indiquer des lésions multiples de même localisation avec un .7 en quatrième position, ainsi que les codes T00-T07 qui réfèrent à des lésions dans plusieurs régions du corps sont peu spécifiques et seulement à utiliser lorsqu'il n'y a pas d'indications plus précises.

S19.1.d.6A Ordre de présentation des codes en cas de lésions multiples

La lésion la plus grave, celle qui a demandé le plus de ressources, constitue le diagnostic principal.

A mentionner avant tout :

- lésions internes
- lésions intracrâniennes / hémorragies
- fractures ouvertes

Les autres lésions sont saisies en tant que diagnostics supplémentaires.

Dans la mesure du possible, il faut indiquer des codes individuels spécifiques et non des codes de lésions multiples comme S00-S99.7 *Lésions multiples de* ou T00-T07 *lésions traumatiques de plusieurs parties du corps*.

Exemple: Patient hospitalisé avec une contusion cérébrale focale, une amputation traumatique d'une oreille, 20 minutes de perte de connaissance, des contusions au visage, au larynx et à l'épaule ainsi que des coupures à la joue et à la cuisse.

DP S06.31 Contusion cérébrale circonscrite
 CD X59.9! Autre accident et accident non précisé
 DS S06.70! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes
 S08.1 Amputation traumatique de l'oreille
 S01.41 Plaie ouverte de la joue
 S71.1 Plaie ouverte de la cuisse
 S00.85 Blessures superficielles multiples d'autres parties de la tête, contusion
 S10.0 Contusion de la gorge
 S40.0 Contusion de l'épaule et du bras

S19.1.d.7 Brûlures et corrosions

S19.1.d.7A Ordre de présentation des codes

Il faut indiquer la région du corps présentant la brûlure/corrosion la plus grave. Il y a donc lieu d'indiquer une brûlure/corrosion du troisième degré avant une brûlure/corrosion du deuxième degré, même si cette dernière touche une plus grande surface du corps que la première.

Dans le cas de brûlures/corrosions de la même région mais à des degrés différents, indiquez en premier celles qui présentent le degré le plus élevé.

Les brûlures/corrosions nécessitant une transplantation de peau doivent toujours être indiquées avant celles qui n'en nécessitent pas.

S'il y a plusieurs brûlures/corrosions de même degré, il faut alors indiquer en premier la région comptant la plus grande surface du corps touchée. Toutes les autres brûlures/corrosions doivent autant que possible être codées en précisant leur localisation.

Lorsque le nombre des diagnostics est supérieur à celui du nombre de diagnostics à disposition, il convient d'utiliser le code T29.- « Brûlures et corrosions de parties du corps, multiples et non précisées ».

Pour les brûlures/corrosions du troisième degré, il faut toujours utiliser les codes différenciés. Lorsque des codes multiples sont requis, ils sont utilisés pour des brûlures/corrosions du deuxième degré.

S19.1.d.7B Surface du corps

Le pourcentage de la surface du corps atteinte doit être indiqué à l'aide d'un code supplémentaire.

Il faut utiliser un seul code pour indiquer, après le dernier code ayant trait au degré de gravité, la somme de toutes les brûlures/corrosions : T31.-! et T32.-!.

S19.2 Intoxications (accidentelles et intentionnelles)

S19.2.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 un 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 médicinales. Ils désignent le type de la substance responsable de l'intoxication.

S19.2.d. Règles de codage

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

S19.2.d.1 Intoxication volontaire

- Diagnostic principal : code correspondant à l'intoxication (T36-T65),
- Complément au diagnostic principal (obligatoire) : X84.9! « Lésion auto-infligée délibérée »,
- Diagnostics supplémentaires : symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement,
- Diagnostics supplémentaires : troubles psychiatriques diagnostiqués et actuels.

S19.2.d.2 Intoxication médicamenteuse et alcool

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

- Diagnostic principal : le code T correspondant au médicament,
- Complément obligatoire au diagnostic principal : X84.9! « Lésion auto-infligée délibérée »,
- Diagnostic supplémentaire : 2 possibilités : F10.0 « Intoxication aiguë due à l'alcool »
ou F10.1 « Utilisation nocive pour la santé de l'alcool »

Pour les intoxications accidentelles à l'alcool (par ex. chez l'enfant) : T51.0.

Pour les intoxications intentionnelles à l'alcool (quel que 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 Z91.8 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 litre de whisky. Amené aux urgences par sa femme, tout de suite après l'ingestion. Asymptomatique à l'arrivée.

DP	T40.5 Intoxication par cocaïne
CD	X84.9! Lésion auto-infligée délibérée
DS	F10.0 Intoxication aiguë
	F32.9 Episode dépressif, sans précision

Exception! Font ici exception les patients hospitalisés directement dans un établissement psychiatrique. Dans de tels cas, il faut coder la pathologie psychiatrique en diagnostic principal et la lésion auto-infligée délibérée par intoxication en diagnostic supplémentaire.

S19.2.d.3 Intoxication accidentelle ou surdosage

DP Code correspondant à l'intoxication (T36-T65)
CD X49.9! « Empoisonnement accidentel »
DS 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.

DP T61.0 Effet toxique de ciguatera
CD X49.9! Empoisonnement accidentel
DS R11 Nausées et vomissements
R53 Malaise et fatigue

S19.2.d.4 Intoxication médicamenteuse dont l'intention est non-déterminée

DP Code correspondant à l'intoxication (T36-T65),
CD Y34.9! « Événement sans autre précision, circonstances indéterminées »
DS Symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement

S19.2.d.5 Coma et intoxication médicamenteuse

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

DP Code correspondant à l'intoxication (T42.-)
CD X84.9! « Lésion auto-infligée délibérée », X49.9! « Empoisonnement accidentel »
DS Symptômes ou pathologies découlant de cet empoisonnement, soit le code R40.- pour le coma.
Il renseigne sur 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.

DP T42.3 Intoxication par barbiturique
CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée
DS R40.2 coma, sans précision

Dans le cas d'un surdosage d'insuline, il faut indiquer les codes des catégories de diabète sucré E10-E14 avec en 4^e position le .6 « Autres complications précisées » en diagnostic principal, ainsi que le code T38.3 « Insuline et hypoglycémiant oraux [antidiabétiques] » en DS, ce qui contrevient aux règles de base.

S19.2.d.6 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 connaît les deux substances ayant entraîné l'intoxication la plus grave, il faut indiquer les 2 codes T et les 2 codes X. Mais, par exemple, dans le cas d'un patient qui aurait ingéré toute sa pharmacie, il faut obligatoirement indiquer un code du groupe T50.9 et le complément au diagnostic principal.

S19.3 Tentative de suicide autre que par intoxication médicamenteuse

S19.3.g 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 lésion 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 ». Mais ce code n'est pas explicite tant d'un point de vue clinique qu'épidémiologique.

S19.3.d Règles de codage

Les cas de suicide et tentative de suicide 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 : X84.9! « Lésion auto-infligée délibérée ».
- 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 Z91.8 peut être indiqué en diagnostic supplémentaire.

Exemple: *Patient connu pour épisodes dépressifs récurrents et hospitalisé aux urgences après une tentative de suicide et présentant une blessure par arme blanche à la gorge, avec plaie carotide.*

DP S15.0 Lésion traumatique artère carotide

CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée,

DS F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

S19.4 Les effets indésirables de substances thérapeutiques

S19.4.g Généralités

Les effets indésirables de substances thérapeutiques **correctement prescrites et administrées** doivent être classés selon la nature de ces effets. Dans ICD-10 GM, il existe des codes spécifiques pour ces effets indésirables de médicaments (cf. annexe S19). Si aucun de ces codes ne décrit la pathologie, il faut chercher le code correspondant dans les autres chapitres.

Dans ce cas, le complément au diagnostic principal Y57.9 ! « Complications dues à des médicaments ou à des drogues » permet seul de préciser qu'il s'agit d'un effet indésirable. Il est important de souligner que les effets indésirables d'un médicament ne sont pas synonymes d'intoxication.

S19.4.d Règles de codage

Le diagnostic principal est la nature de l'affection.

Complément au diagnostic principal: Y57.9! « Complications dues à des médicaments ou à des drogues »

Exemple: *Un patient est hospitalisé pour le traitement d'une néphropathie chronique suite à la prise prolongée d'un analgésique (phénacétine).*

DP N14.0 Néphropathie due à un analgésique

CD Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues

Exemple: Patient hospitalisé pour un hématome du psoas sous anticoagulant.

DP D68.3 Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants

CD Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues

S19.4.d.1 Effet secondaire survenant en cours d'hospitalisation

Si un effet secondaire survient en cours d'hospitalisation, il est 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 de chimiothérapie.

DP C56 Tumeur maligne de l'utérus

DS Z51.1 Séance de chimiothérapie

 D61.10 Aplasie médicamenteuse médullaire due à un traitement cytostatique

 Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues

S19.4.d2 Choc anaphylactique

A) dû à des médicaments

Sur médication adéquate :

Diagnostic principal : T88.6 « Choc anaphylactique dû à des effets indésirables d'une substance médicamenteuse appropriée et correctement administrée »

Complément au diagnostic principal : Y57.9! « Complications dues à des médicaments ou à des drogues »,

Diagnostics supplémentaires : description des effets.

B) dû à une autre cause déclenchant la réaction

Diagnostic principal : T78.2 « Choc anaphylactique, sans précision »

Utilisez ensuite les codes de cause externe pour préciser la cause.

S21 Réadaptation, rééducation

S21.g Généralités

Le codage des cas de réadaptation suit de nouvelles règles à partir de 2010.

Les cas de réadaptation englobent les situations suivantes :

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

S21.d Règles

Le séjour de réadaptation d'un patient est codé de la façon suivante :

DP	La maladie du patient
DS	Code issu de Z50.- « Soins impliquant une rééducation » ou Z54.- « Convalescence »
TP	93.89.- « Rééducation » si pertinent

Exemples:

1. Réadaptation après un infarctus du myocarde

DP	I21.- Infarctus du myocarde
DS	Z50.0 Rééducation des cardiaques

2. Réadaptation après une opération du cœur

DP	I25.- Maladie coronarienne
DS	Z50.0 Rééducation des cardiaques Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

3. Convalescence lors de tumeur avec chimiothérapie

DP	Diagnostic de la tumeur
DS	Z54.2 Convalescence après chimiothérapie

4. Réadaptation après prothèse totale de la hanche lors d'arthrose

DP	M16.0 Coxarthrose primaire, bilatérale
DS	Z50.9 Soins impliquant une rééducation, sans précision Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques

5. Réadaptation lors de dorsalgie

DP	M54.- Dorsalgies
DS	Z50.9 Soins impliquant une rééducation, sans précision

Annexe au chapitre S16

Liste des codes P non autorisés après le 28^e jour de vie

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	Sclérème du nouveau-né
P83.1	Erythème toxique du nouveau-né
P83.2	Anasarque foetoplacentaire non due à une maladie hémolytique

Annexe au chapitre S19

Liste des codes désignant des effets secondaires indésirables 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
D59.5-	Thrombopénie secondaire
D70.1-	Agranulocytose
E03.2	Hypothyroïdie due à des médicaments et à d'autres produits exogènes
E06.4	Thyroïdite médicamenteuse
E15	Coma insulinique induit chez un non diabétique
E16.0	Hypoglycémie médicamenteuse, sans coma
E23.1	Hypopituitarisme médicamenteux
E24.2	Syndrome de Cushing médicamenteux
E25.8	Autre anomalie génito-surrénalienne
E27.3	Insuffisance corticosurrénale médicamenteuse
E28.0	Hyperoestrogénie
E28.1	Hyperandrogénie
E66.1-	Obésité médicamenteuse
G21.0	Syndrome malin des neuroleptiques
G21.1	Autres syndromes secondaires parkinsoniens dus à des médicaments
G24.0	Dystonie médicamenteuse
G25.1	Tremblement dû à des médicaments
G25.3	Myoclonie médicamenteuse
G25.4	Chorée médicamenteuse
G25.6	Tics médicamenteux et autres tics d'origine organique
G40.5	Syndromes épileptiques particuliers
G44.4	Céphalée médicamenteuse, non classée ailleurs
G61.1	Neuropathie sérique
G62.0	Polynévrite médicamenteuse
G71.1	Myotonie médicamenteuse
G72.0	Myopathie médicamenteuse
G93.7	Syndrome de Reye
G95.8-	Myélopathie médicamenteuse
H26.3	Cataracte médicamenteuse
H40.6	Glaucome médicamenteux
I42.7	Myocardopathie due à des médicaments et d'autres causes externes
I95.2	Hypotension médicamenteuse
J45.1	Asthme non allergique (médicamenteux)
J70.2	Affections pulmonaires interstitielles aiguës, médicamenteuses
J70.3	Affections pulmonaires interstitielles chroniques, médicamenteuses
J70.4	Affection pulmonaire interstitielle, médicamenteuse, sans précision
K71.-	Maladies toxiques du foie
K85.3	Pancréatite aiguë médicamenteuse
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 Eruption généralisée due à des médicaments
- L27.1 Eruption 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
- M10.2- 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
- R50.2 Fièvre due à des médicaments
- T88.6 Choc anaphylactique dû à des effets indésirables d'une substance médicamenteuse appropriée et correctement administrée
- T88.7 Effet indésirable d'un médicament

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.statistik.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.statdb.bfs.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln im Internet unter der Adresse www.statistik.admin.ch → Dienstleistungen → Publikationen Statistik Schweiz

Santé

Statistique des institutions médico-sociales 2007. Résultats définitifs

(Tableaux standard), Neuchâtel 2009, N° de commande: 532-0903-05, 60 pages, gratuit

Statistique médicale des hôpitaux 2007. Résultats définitifs

(Tableaux standard), Neuchâtel 2009, N° de commande: 532-0904-05, 72 pages, gratuit

Statistique des hôpitaux 2007. Résultats définitifs

(Tableaux standard), Neuchâtel 2009, N° de commande: 532-0901-05, 48 pages, gratuit

Statistique de la santé 2009, Neuchâtel 2009, N° de commande: 847-0900, 8 pages, gratuit

Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2007, Neuchâtel 2009, N° de commande: 1027-0700-05, 59 pages, gratuit

La médecine hautement spécialisée en Suisse

Cas traités, fournisseurs de soins et coûts des traitements 2005

StatSanté 4/2007, Neuchâtel 2007, N° de commande: 515-0704, 28 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

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

Toutes les hospitalisations sont saisies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux.

Ce relevé, effectué par tous les hôpitaux et clinique porte sur les données administratives, les informations sociodémographiques des patients ainsi que les diagnostics et traitements. Pour saisir ces informations, deux classifications médicales sont utilisées. Il s'agit d'une part de la CIM-10 GM pour les diagnostics et d'autre part de la 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 des dites classifications et du soutien des 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:

544-0900

Commandes:

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Prix

Fr. 15.– (TVA excl.)

ISBN 978-303-14134-2