



Manuel de codage

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2012



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Neuchâtel, 2011

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 2012

Rédaction Christiane Ricci
Olivier Plachta
Constanze Hergeth
Christopher Schmidt
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi
Hans-Ulrich Euler

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: 544-1200

Prix: 19 francs (TVA excl.)

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Page de couverture: OFS; concept: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com

Graphisme/Layout: Section DIAM, Prepress / Print

Copyright: OFS, Neuchâtel 2011
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14161-8

Table des matières

Remerciements	7
Introduction	8
Abréviations utilisées dans ce manuel	9
Généralités G00-G56	10
G00a Statistique médicale et codage médical	10
G01a Historique	10
G02a Organisation	11
G03a Bases légales	11
G04a Objectifs de la statistique médicale	12
G05a Anonymisation des données.....	12
G06a La série de données de la statistique médicale : définitions et variables	12
G10a La statistique médicale et le système de classification des patients SwissDRG	14
G20a Les classifications CIM-10-GM et CHOP.....	15
G21a CIM-10-GM.....	15
G22a Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)	20
G30a Procédé de codage correct.....	23
G40a Documentation des diagnostics et des procédures	23
G50a Définitions	23
G51a Cas de traitement.....	23
G52a Le diagnostic principal.....	24
G53a Le complément au diagnostic principal.....	24
G54a Les diagnostics supplémentaires	25
G55a Le traitement principal	26
G56a Les traitements supplémentaires	26
Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics D00-D15	27
D00a Résultats anormaux	27
D01a Symptômes.....	27
D02a Diagnostics unilatéraux et bilatéraux	28
D03a Codes daguet+ - étoile*	28
D04a Codes avec point d'exclamation («!»).....	29
D05a Etat après/présence de/absence de	30
D06a Séquelles.....	31
D07a Interventions planifiées (suivi planifié)	32
D08a Maladie imminente, menace de maladie	33
D09a Diagnostics présumés	33
D10a Affections chroniques avec poussée aiguë	34
D11a Codes combinés	35
D12a Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)	36
D13a Syndromes.....	39
D14a Admission pour une opération/procédure non effectuée	40
D15a Transfert pour suite de soins.....	41

Règles générales de codage pour les procédures P00-P09 43

P00a Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales	43
P01a Procédures qui doivent être codées	43
P02a Procédures qui ne sont pas codées	44
P03a Endoscopie et interventions endoscopiques	45
P04a Interventions combinées/Opérations complexes	46
P05a Interventions interrompues.....	47
P06a Procédures répétées plusieurs fois	48
P07a Opérations bilatérales.....	49
P08a Révisions d'une région opérée/Réopérations	50
P09a Prélèvement d'organe et transplantation	51

Règles spéciales de codage S0100-S2100 54

S0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires.....	54
S0101a Bactériémie	54
S0102a Septicémie	54
S0103a SIRS	56
S0104a VIH/SIDA	57
S0105a Vrai croup – pseudo-croup – syndrome du croup	59
S0200 Tumeurs.....	60
S0201a Activité tumorale	61
S0202a Choix du diagnostic principal	61
S0203a Excision étendue dans la région tumorale	62
S0204a Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement	62
S0205a Complications après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	63
S0206a Suspicion de tumeur ou de métastases.....	63
S0207a Examen de contrôle	63
S0208a Récidives.....	64
S0209a Tumeurs avec activité endocrine	64
S0210a Localisations multiples.....	64
S0211a Localisations contiguës.....	65
S0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie	65
S0213a Lymphangiose carcinomateuse	66
S0214a Lymphomes	67
S0215a Chimiothérapie et radiothérapie.....	67
S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	68
S0401a Généralités.....	68
S0402a Règles de codage du diabète sucré	69
S0403a Complications spécifiques du diabète sucré.....	72
S0404a Syndrome métabolique	74
S0405a Anomalies de la sécrétion pancréatique interne.....	75
S0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose)	75
S0500 Troubles mentaux et du comportement.....	76
S0501a Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine)	76
S0600 Maladies du système nerveux.....	77
S0601a Accident vasculaire cérébral (AVC)	77
S0602a Déficits fonctionnels.....	77
S0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique	78
S0700 Maladies de l'œil et de ses annexes	79
S0701a Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil	79

S0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde.....	80
S0801a Problèmes d'ouïe et surdité.....	80
S0900 Maladies de l'appareil circulatoire.....	81
S0901a Hypertension et maladies hypertensives.....	81
S0902a Maladie cardiaque ischémique	82
S0903a Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire	84
S0904a Affections des valvules cardiaques	86
S0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques.....	87
S0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque	87
S0907a O�d�me pulmonaire aigu	88
S0908a Arrêt cardiaque	88
S0909a Révisions ou réopérations du cœur et du péricarde.....	88
S0910a Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV	88
S1000 Maladies de l'appareil respiratoire	89
S1001a Respiration artificielle	89
S1002a Insuffisance respiratoire	93
S1100 Maladies de l'appareil digestif.....	94
S1101a Appendicite	94
S1102a Adhérences.....	94
S1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite	94
S1104a Hémorrhagie gastro-intestinale	94
S1105a Déshydratation lors d'une gastroentérite	95
S1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.....	96
S1201a Chirurgie plastique.....	96
S1202a Mastectomie sous-cutanée prophylactique	97
S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire.....	98
S1401a Dialyse.....	98
S1402a Verrues anog�nitaes.....	98
S1403a Chirurgie réparatrice des mutilations g�nitaes féminines (MGF)	98
S1500 Obstétrique.....	99
S1501a Définitions	99
S1502a Interruption précoce de grossesse	100
S1503a Affections pendant la grossesse	102
S1504a Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant.....	103
S1505a Règles spéciales pour l'accouchement.....	104
S1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.....	109
S1601a Série de données de la statistique médicale.....	109
S1602a Définitions	109
S1603a Nouveau-nés	109
S1604a Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	110
S1605a Enfant mort-né	111
S1606a Mesures particulières pour le nouveau-né malade.....	111
S1607a Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né/ maladie des membranes hyalines/carence en surfactant.....	111
S1608a Syndrome néonatal d'aspiration aigu et tachypnée transitoire du nouveau-né.....	112
S1609a Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)	112
S1800 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, n.c.a.	114
S1801a Incontinence	114
S1802a Dysphagie.....	114
S1803a Convulsions fébriles	114
S1804a Diagnostics de douleur et méthodes de traitement de la douleur.....	115
S1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	116
S1901a Lésions superficielles	116
S1902a Fracture et luxation.....	116

S1903a Plaies/lésions ouvertes	118
S1904a Perte de connaissance.....	120
S1905a Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique)	120
S1906a Lésions multiples.....	123
S1907a Brûlures et corrosions.....	124
S1908a Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques.....	125
S1909a Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)....	126
S1910a Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions)	127
S2000 Causes externes de morbidité et de mortalité.....	128
S2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	129
 Annexe	
Définitions médicales :	130
Diabète sucré décompensé	130
 Index alphabétique	 132

Remerciements

Le présent manuel est le fruit d'un travail minutieux fourni par des expertes et 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, la collaboration de SwissDRG SA a été particulièrement précieuse.

L'Office fédéral de la statistique et SwissDRG SA remercient le Dr méd. Hans-Ulrich Euler, du Service médical de l'Assurance-maladie (MDK) du Bade-Wurtemberg pour sa collaboration excellente et constructive.

Nous tenons spécialement à remercier aussi le groupe d'experts en classifications médicales de l'Office fédéral de la statistique.

L'actualisation des règles de codage, la vérification de leur compatibilité avec le système de forfaits par cas SwissDRG et la rédaction de la version 2012 ont bénéficié du soutien décisif du groupe de travail suivant :

Ursula Althaus, médecin, Hôpital universitaire, Bâle

Dr méd. Hans-Ulrich Euler, Service médical de l'Assurance-maladie (MDK) du Bade-Wurtemberg

Dr méd. Constanze Hergeth, SwissDRG SA, Berne

Olivier Plachta, médecin, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

Christiane Ricci, spécialiste en codage médical brev. féd., Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

Christopher Schmidt, SwissDRG SA, Berne

Dr méd. Pierre Phedon Tahintzi, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

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 des hôpitaux et du système de forfaits par cas SwissDRG.

L'utilisation des données de la statistique médicale des hôpitaux dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG sera étendue de manière uniforme à toute la Suisse à partir de 2012, raison pour laquelle les règles de codage ont dû être actualisées. Ces nouvelles règles de codage répondent aux besoins de la statistique médicale en matière d'épidémiologie, ainsi qu'aux nécessités du système de facturation SwissDRG basé sur les forfaits par cas.

Outre les règles de codage, ce manuel 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 utilisée en Suisse.

Le manuel en est aujourd'hui à sa quatrième version, appelée **version 2012** selon une nouvelle nomenclature basée sur l'année d'entrée en vigueur. Les règles complètes se divisent en trois parties, comme suit :

- Généralités : chapitre G
- Règles de codage générales : D pour diagnostics et P pour procédures
- Règles de codage spéciales : chapitre S

La numérotation des chapitres consacrés aux règles spéciales correspond à celle de la classification CIM-10. Ces chapitres décrivent des cas de figure particuliers qui sont destinés à être définis concrètement ou pour lesquels la logique des DRG commande de s'écarter des règles de codage générales.

Les règles de codage spéciales priment sur les règles générales. En cas de divergence entre les présentes règles de codage et les instructions d'utilisation des classifications CIM-10 ou CHOP, ce sont les règles de codage qui s'appliquent.

Les règles de codage présentent une structure alphanumérique (p.ex. D01, S0103) suivie d'une lettre minuscule qui en désigne la version. Toutes les règles de codage de la version 2012 sont marquées du signe distinctif « a » ; celui-ci sera remplacé par un « b » pour les règles dont le contenu sera modifié en 2013, par un « c » pour celles modifiées en 2014, etc.

Les règles de codage publiées dans le présent manuel doivent obligatoirement être appliquées à toutes les données codées par les hôpitaux et transmises pour la statistique médicale à l'Office fédéral de la statistique et dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG.

Le Manuel de codage 2012 entre en vigueur le 1.1.2012 et remplace les versions précédentes.

Les classifications CIM-10-GM 2010 et CHOP 2011 ont servi de base à ce manuel. On utilisera les codes de la CIM-10-GM version 2010 et les codes de la CHOP version 2012 pour coder les cas d'hospitalisation en soins somatiques aigus avec date de sortie à partir du 1.1.2012.

La refonte totale du manuel de codage rend caduques à compter du 1.1.2012 tous les CodeInfos, directives et circulaires de l'OFS publiées avant le 31.12.2010. Les circulaires publiées après le 1.1.2011 restent valables pour 2012. Les circulaires sont publiées par la voie officielle (c.-à-d. par les cantons) et sont disponibles sur le site Internet de l'OFS.

Abréviations utilisées dans ce manuel

AT	Activité tumorale
CD	Complément au diagnostic principal
D	Règles de codage des diagnostics
DP	Diagnostic principal
DS	Diagnostic supplémentaire
G	Généralités
L	Latéralité
P	Règles de codage des procédures
S	Règles de codage spéciales
TP	Traitement principal
TS	Traitement supplémentaire

Généralités G00-G56

G00a Statistique médicale et codage médical

G01a Historique

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, sur la base de la loi sur la statistique fédérale (LSF) du 9.10.1992 et de son ordonnance d'exécution du 30.6.1993, 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 – formation, 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 (infrastructures, 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.

G02a Organisation

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 vérifient que ces délais sont respectés. Ils sont 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.

G03a Bases légales

La statistique médicale des hôpitaux est régie par la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale, par l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques et par 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 les relevés pour l'établissement de 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).

Prévu par la révision partielle de la LAMal, le système de facturation basé sur les forfaits par cas entre en vigueur le 1.1.2012. Les données de la statistique médicale seront utilisées dans ce cadre. 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 et de l'Office fédéral de la justice, ainsi que des cantons, des assureurs et de quelques autres organes selon le fournisseur de prestations. Ces données seront ensuite publiées par l'OFSP par catégorie ou par fournisseur de prestations (hôpital). Les résultats concernant les patients ne seront publiés que sous forme anonyme, rendant impossible toute déduction sur l'identité des personnes concernées.

G04a Objectifs de la statistique médicale

- 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 a permis l'introduction d'un système de classification des patients et l'adaptation du financement des hôpitaux au système de forfaits par cas SwissDRG. Les données de la statistique médicale seront utilisées pour perfectionner le système de forfaits par cas dans le cadre de révisions annuelles.
- Les données relevées permettront aussi de procéder à une analyse générale des prestations fournies par les hôpitaux et de leur qualité, par exemple à partir 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.

G05a Anonymisation des données

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données stipule que les données doivent être transmises à l'OFS 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 crypté (produit par hachage et codage des données) de manière à rendre impossible toute identification de la personne.

G06a 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.

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

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

Série minimale de données

La série de données minimales de la statistique médicale comprend les variables dont la transmission a toujours été obligatoire, comme p. ex. les caractéristiques à l'admission et à la sortie, l'âge, la nationalité, les diagnostics et les traitements.

Série 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.

Série de données sur les nouveau-nés

Une série spécifique de données doit être saisie pour les nouveau-nés. Elle permet de collecter des informations épidémiologiques et médicales supplémentaires sur les naissances ayant eu lieu à l'hôpital et dans les maisons de naissance. Ces informations portent notamment sur la parité des sexes, la durée de la grossesse, le poids à la naissance et les transferts.

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 ainsi que sur les traitements et le suivi après la sortie. L'obligation de renseigner ne s'applique pas à ces données.

Série de données sur des groupes de patients

La statistique médicale a été adaptée au 1.1.2009 aux besoins du financement des hôpitaux lié aux prestations selon SwissDRG. 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 aussi d'autres informations utiles à la facturation, par exemple des variables sur la médecine intensive, des données sur le poids à l'entrée des nourrissons, sur les réadmissions, etc. Des champs sont également prévus pour la saisie de médicaments très coûteux et de produits sanguins (voir liste des médicaments de SwissDRG).

G10a La statistique médicale et le système de classification des patients SwissDRG

A partir de 2012, le financement des hôpitaux pour les prestations hospitalières en soins aigus sera fondé sur le système SwissDRG au niveau fédéral. Dans le système de forfaits par cas SwissDRG, chaque hospitalisation est classée en fonction de critères définis, p. ex. le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements, l'âge et le sexe du patient, dans un groupe de cas (DRG) auquel correspond un forfait qui détermine la rémunération des hôpitaux. Cette rémunération est donc en rapport direct avec la documentation et le codage des prestations médicales et infirmières. Les perfectionnements annuels du système DRG s'effectuent sur la même base.

Dans le cadre de l'introduction de ce nouveau système, les classifications et les règles de codage ont été adaptées. En particulier, les séries de données à transmettre pour la statistique médicale 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 considérablement étendue. Les règles de codage ont été adaptées et précisées.

Le système de classification DRG, ainsi que les définitions exactes des différents DRGs sont décrits dans l'édition en vigueur du manuel SwissDRG. Le document « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG » décrit les domaines d'utilisation et les définitions pour la facturation selon SwissDRG (nommé règles de facturation).

G20a Les classifications CIM-10-GM et CHOP

G21a CIM-10-GM

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 l'interprétation de telles données. **La version de la CIM-10 qui sera utilisée en Suisse à partir du 1.1.2012 pour le codage des diagnostics est la CIM-10-GM 2010 (German Modification).**

Historique

William Farr, responsable du service statistique de l'Angleterre et du Pays de Galles, et Marc d'Espine, de Genève, se sont fortement investis en leur temps 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, un cinquième caractère et le système dague/étoile ont été introduits dans la classification lors de sa 9^e révision (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 utilisée depuis le 1.1.2009, respectivement depuis le 1.1.2010, est la CIM-10-GM (German Modification).

Structure

Les codes de la classification CIM-10-GM présentent une structure alphanumérique dont le premier caractère est une lettre, suivie de deux chiffres, d'un point et d'une ou deux décimales (p.ex. : K38.1, S53.10).

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

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 des examens cliniques et 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 et de mortalité. 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	Catégories
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'examens 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!-Y84!
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.

Exemple tiré du chapitre XI:

Maladies de l'appendice (K35-K38)		Bloc/Groupe
Sous-catégorie à 4 caractères	K35.-	Appendicite aiguë
	K35.2	Appendicite aiguë avec péritonite généralisée Appendicite (aiguë) avec péritonite généralisée après perforation ou rupture
	K35.3-	Appendicite aiguë avec péritonite localisée
	K35.30	Appendicite aiguë avec péritonite localisée sans perforation ni rupture
	K35.31	Appendicite aiguë avec péritonite localisée avec perforation ou rupture
Codes à 5 caractères	K35.32	Appendicite aiguë avec abcès péritonéal
	K35.8	Appendicite aiguë, sans précision Appendicite aiguë, sans mention de péritonite localisée ou généralisée
	K36	Autres formes d'appendicite Appendicite : - chronique - récurrente
Sous-catégorie à 4 caractères	K37	Appendicite, sans précision
	K38.-	Autres maladies de l'appendice
	K38.0	Hyperplasie de l'appendice
	K38.1	Concrétions appendiculaires Fécalome de l'appendice Stercolithe
	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

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CIM-10 reprend les codes de l'index systématique. Les conventions formelles utilisées dans l'index alphabétique y sont décrites. L'index systématique fait toujours foi pour le codage. Lorsque l'index alphabétique mène à un code non spécifique, il convient par conséquent de vérifier dans l'index systématique si un codage plus spécifique est possible. 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.

Flutter					
– cardiaque	I49.8				
– ventriculaire	I49.0				
– auriculaire	I48.09				
- chronique	I48.01				
- paroxystique	I48.00				

Diagram illustrating the structure of the index:

- Terme principal**: Points to the main term "Flutter".
- Modificateurs**: Points to the modifiers (cardiaque, ventriculaire, auriculaire, chronique, paroxystique).

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

Conventions typographiques et abréviations

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.

Voir, voir aussi :

Des renvois se trouvent dans l'index alphabétique.

- « 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 localisations contiguës de la lèvre

[voir note 5 au début de ce chapitre]

Deux points :

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

L08.0 Pyodermite

Dermite :

- purulente
- septique
- suppurée

Trait vertical :

Le trait vertical est utilisé 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

Intermittente :

- Esotropie
 - Exotropie
- | (alternante) (monoculaire)

SAI :

Cette abréviation 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, **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, p. ex. :

J43.- Emphysème

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

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

Excl. Ces termes n'appartiennent pas au code choisi :
(à l'exclusion de) :

K60.4 Fistule rectale

Fistule recto-cutanée

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

Incl. Ces termes sont inclus dans le code choisi :
(à l'inclusion de) :

J15.- Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs

Incl. : Bronchopneumopathie due à des bactéries autres que *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*

Codes « autres » et « sans précision »

La classe résiduelle « autre » doit être utilisée pour le codage d'une maladie précisée, mais pour laquelle il n'existe aucune classe spécifique dans la CIM-10-GM.

La classe résiduelle « sans précision » doit être utilisée pour le codage d'une maladie décrite uniquement par son terme générique (p. ex. cataracte), et/ou qu'il est impossible de mieux différencier sur la base des critères de classification à l'endroit correspondant de la CIM-10-GM.

G22a Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

Généralités

La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) contient la liste des codes des opérations, des procédures et des mesures thérapeutiques et diagnostiques. Elle est basée à l'origine sur l'ICD-9-CM, une version américaine de la CIM-9 créée par les CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) à Baltimore (USA) qui l'ont entretenue jusqu'en 2007.

La CHOP est réadaptée chaque année ; la version 2012 comprend les extensions et modifications issues des procédures de demande à SwissDRG jusqu'en 2010.

Structure

La CHOP est constituée de deux parties séparées : l'index alphabétique et 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, composés en règle générale de deux chiffres suivis d'un point, puis d'un à quatre chiffres (p.ex. 06.4 ; 45.76, 93.38.10 ; 99.A1.12).

Attention : seuls des codes terminaux peuvent être utilisés pour le codage.

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CHOP est basé sur son index systématique. Ont servi de textes sources les termes médicaux originaux présents dans l'index systématique, sans ajout de glossaires médicaux supplémentaires ni de thésaurus.

Depuis la version 2011, cet index alphabétique a été généré automatiquement par permutation de texte et son aspect visuel diffère ainsi de l'aspect classique habituel (voir l'introduction de la CHOP pour de plus amples détails).

Index systématique

L'index systématique de la CHOP se subdivise en 17 chapitres. Les chapitres 0 à 15 sont structurés d'après l'anatomie.

Chapitre	Titre	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 hématopoïétique et lymphatique	40-41
9	Opérations du système digestif	42-54
10	Opérations du système urinaire	55-59
11	Opérations des organes génitaux masculins	60-64
12	Opérations des organes génitaux féminins	65-71
13	Techniques obstétricales	72-75
14	Opérations du système musculo-squelettique	76-84
15	Opérations du système tégumentaire et du sein	85-86
16	Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses	87-99

Les axes de classification présentent pour la plupart un degré croissant de complexité. Les interventions les plus simples figurent au début de chaque catégorie, et 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

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

Conventions typographiques et abréviations

NCA :	Non classable ailleurs : il n'existe aucun autre sous-code pour cette intervention spécifique.
SAP :	Sans autre précision : il manque des indications précisant la nature de l'intervention.
Autre	On ne dispose d'aucun code spécifique pour une procédure définie.
()	Les parenthèses contiennent des indications complémentaires ou des explications concernant une intervention.
[]	Les crochets contiennent des synonymes et d'autres graphies pour l'expression située immédiatement avant ou après.
Exclus	Ces interventions doivent être classées sous le code qui leur est assigné.
Inclus	Ces interventions sont classées sous le même code.
Coder aussi	Ces interventions doivent être codées en plus.
Omettre le code	Ces interventions sont déjà comprises dans le code.
et	Le terme « et » est employé au sens de et/ou.
*	L'étoile désigne un complément suisse au texte original américain.
L	La latéralité doit être codée pour cette procédure.

G30a 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-GM : tenir compte impérativement des exclusions, des inclusions, des remarques à tous les niveaux et des règles de codage spécifiques.

CHOP : tenir compte impérativement des mentions « coder aussi », « omettre le code », des exclusions et des inclusions, ainsi que des règles de codage spécifiques.

Principe : tous les codages doivent être aussi spécifiques que possible et utiliser des codes terminaux. Il peut s'agir de codes de 3, 4 ou 5 caractères de la CIM-10-GM et de codes jusqu'à 6 caractères de la CHOP.

G40a Documentation des diagnostics et des procédures

Le médecin traitant est responsable de documenter la totalité des diagnostics et/ou procédures sur toute la durée d'une hospitalisation. 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.

Le codage définitif du cas est sous la responsabilité de l'hôpital.

G50a Définitions

G51a Cas de traitement

On applique les « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG ».

Remarque importante pour le codage : le cas commence à l'admission et prend fin avec la sortie, le transfert ou le décès du patient.

G52a 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 ».

C'est l'analyse du dossier à la sortie du patient qui permet de déterminer quelle affection 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 diagnostic à l'admission (cause de l'hospitalisation) ne coïncide pas nécessairement avec le diagnostic principal.

En présence de plusieurs affections de ce type, le médecin traitant choisira celle qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales. L'engagement le plus élevé est déterminé sur la base des prestations médicales et non sur celle du cost-weight, qui dépend encore d'autres facteurs.

Exemple 1

Une patiente est admise pour une kératoplastie. Le 2^e jour, elle est transférée aux soins intensifs pour un infarctus du myocarde et on procède à une coronarographie.

L'infarctus du myocarde est codé ici comme diagnostic principal, vu que c'est lui qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales.

Les diagnostics non admis comme diagnostics principaux selon le grouper figurent dans le manuel SwissDRG : « Manuel de définitions SwissDRG, Volume 5, Annexe D, Plausibilités, D5: Codes non admis en diagnostic principal ».

G53a Le complément au diagnostic principal

La rubrique « Complément au diagnostic principal » n'est prévue que pour deux catégories de codes :

- les codes étoile (*), voir 1.
- les codes des causes externes (V-Y), voir 2.

1. Le diagnostic principal est codé avec un code dague (†) auquel il faut ajouter, sous la rubrique « Complément au diagnostic principal », le code étoile (*) correspondant, pour autant qu'aucune autre règle de codage ne s'y oppose (voir aussi D03a).

Exemple 1

Un patient avec un diabète de type 2 est hospitalisé pour le traitement d'une rétinopathie diabétique.

DP E11.30† Diabète sucré non insulino-dépendant avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé

CD H36.0* Rétinopathie diabétique

2. Le diagnostic principal est un traumatisme, une intoxication ou une complication (codes S et T) auquel il faut ajouter, sous la rubrique « Complément au diagnostic principal », le code correspondant à la cause externe.

Exemple 2

Un patient est hospitalisé pour une fracture de l'avant-bras (radius et cubitus) suite à une chute à ski.

DP S52.4 Fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale

L à droite

CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

G54a Les diagnostics supplémentaires

Le diagnostic supplémentaire est défini comme

« 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 influent sur la prise en charge du patient de telle manière qu'ils nécessitent, selon le cas :

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

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

En résumé:

Codage, si effort de soins > 0

Comme stipulé dans G40a, l'établissement de la liste des diagnostics supplémentaires relève de la responsabilité du médecin traitant et constitue la base du codage. La codeuse ou le codeur n'interprète ni les listes de médicaments, ni les résultats de laboratoire, ni la documentation des soins infirmiers et n'établit pas de nouveaux diagnostics supplémentaires sur la base de ces indications sans en référer au préalable au médecin traitant.

Dans le cas de patients chez lesquels l'un des trois critères susmentionnés se rapporte à plusieurs diagnostics, tous les diagnostics concernés peuvent être codés.

Exemple 1

Une patiente est traitée par un bêta-bloquant pour les diagnostics supplémentaires suivants : maladie coronaire, hypertension artérielle et insuffisance cardiaque.

DS Maladie cardiaque coronaire

DS Hypertension artérielle

DS Insuffisance cardiaque

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une leucémie myéloïde chronique (LMC). 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 aucune autre pathologie qu'un myome utérin, déjà connu. Ce myome ne nécessite pas d'autre investigation ni de traitement.

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 Leucémie myéloïde chronique (LMC)

DS Maladie cardiaque coronaire

DS Réaction dépressive

DS Lombalgies

Les autres diagnostics (myome utérin et status après l'opération du ménisque) ne remplissent pas les conditions nécessaires et ne sont par conséquent pas codés. Ils sont toutefois importants pour la documentation et la communication médicales.

Exemple 3

Un patient hospitalisé pour une pneumonie présente en plus un diabète sucré. Le personnel infirmier mesure chaque jour la glycémie et le patient reçoit un régime pour diabétique.

DP Pneumonie

DS Diabète sucré

Exemple 4

Un patient de 60 ans atteint de maladie variqueuse est hospitalisé pour le traitement d'un ulcère à la jambe droite. Le patient nécessite une assistance accrue par le personnel infirmier, ayant subi antérieurement une amputation de la jambe gauche.

DP Ulcère variqueux à la jambe

L droite

DS Antécédent personnel d'amputation de la jambe

L gauche

Ordre des diagnostics supplémentaires

Il n'y a pas de règle prescrivant l'ordre dans lequel les diagnostics supplémentaires doivent être codés. Il y a lieu toutefois de mentionner en premier les diagnostics supplémentaires les plus importants.

G55a Le traitement principal

Selon la définition de l'OFS, est codée comme traitement principal la procédure médicale déterminante pour le processus thérapeutique dans le cadre du diagnostic principal.

G56a Les traitements supplémentaires

Les autres mesures sont codées en tant que traitements supplémentaires.

En règle générale, toute procédure suppose qu'un diagnostic lui soit attribué, mais tout diagnostic n'entraîne pas nécessairement un traitement.

Ordre des traitements supplémentaires

Il n'y a pas de règle prescrivant l'ordre dans lequel les traitements supplémentaires doivent être codés. Il y a lieu toutefois de mentionner en premier les traitements supplémentaires les plus importants.

Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics D00-D15

D00a Résultats anormaux

Les résultats anormaux (laboratoire, radiologie, pathologie et autres examens diagnostiques) ne sont pas codés, sauf s'ils ont une importance clinique dans le sens d'une conséquence thérapeutique ou d'un examen diagnostique plus poussé). Les remarques au début du chapitre XVIII de la CIM-10-GM aident à définir dans quels cas on indiquera néanmoins des codes des catégories R00-R99.

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

Exemple 1

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.

DP Pneumonie.

Le taux plus élevé de gamma-GT ne correspond pas à la définition d'un diagnostic supplémentaire (voir règle G54a) et n'est par conséquent pas codé. Il est toutefois important pour la documentation médicale et la communication entre médecins.

D01a 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. Dans tous les autres cas, le diagnostic définitif est le diagnostic principal.

Exception : si un patient est traité exclusivement à cause d'un symptôme d'une maladie déjà connue, le symptôme doit être codé comme diagnostic principal et la maladie sous-jacente comme diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

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

<i>DP</i>	<i>R18</i>	<i>Ascite</i>
<i>DS</i>	<i>K74.6</i>	<i>Cirrhoses du foie, autres et sans précision</i>
<i>TP</i>	<i>54.91</i>	<i>Ponction abdominale percutanée (drainage)</i>

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 (voir règle G54a).

D02a Diagnostics unilatéraux et bilatéraux

Une maladie unilatérale, qui peut aussi se présenter de manière bilatérale, doit être documentée dans la série de données de la statistique médicale avec indication de la latéralité :

Variable 4.2.V011 pour le diagnostic principal, et variables 4.2.V021, 4.2.V031, 4.2.V041, etc. pour les diagnostics supplémentaires :

0	=	bilatéral
1	=	unilatéral droit
2	=	unilatéral gauche
3	=	unilatéral, côté inconnu
9	=	inconnu
vide	=	la question ne se pose pas

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

- Si la CIM-10-GM prévoit un code spécifique pour une maladie bilatérale, c'est ce code qui doit être utilisé.
- Sinon, le code diagnostique n'est indiqué qu'une seule fois.
- Dans les deux cas, la latéralité est documentée dans la série de données de la statistique médicale.

D03a 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. On fera donc suivre immédiatement le code daguet d'un code étoile*. Ne jamais utiliser un code étoile* sans un code daguet.

Nouveau : les codes daguet peuvent être codés seuls.

Si le code daguet figure dans l'indication du diagnostic principal, le code étoile* correspondant doit être mentionné en complément au diagnostic principal (CD) pour autant que cette manifestation corresponde à la définition du diagnostic supplémentaire (voir règle G54a) (exemple 1).

Dans les cas où le code daguet est un diagnostic supplémentaire, il doit précéder le code étoile* qui lui est associé, pour autant que la définition du diagnostic supplémentaire soit remplie (voir règle G54a).

Certains codes ne sont pas d'emblée des codes daguet, mais le deviennent par leur association avec un code étoile* (exemple 2).

Un code daguet peut être suivi de plusieurs codes étoile* (exemple 3).

Exemple 1

Un patient est traité pour 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

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une anémie rénale.

Le code N18.- Insuffisance rénale chronique devient le code dague avec le code étoile D63.8* Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs.

Exemple 3

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 les complications sont traitées.

DP	E10.73†	Diabète sucré insulino-dépendant primaire avec complications multiples, désigné comme décompensé
CD	I79.2*	Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs
DS	H36.0*	Rétinopathie diabétique
DS	N08.3*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Note : Le code E10.73 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† ou un code sans signe distinctif soit utilisé. Ainsi, l'étiologie des manifestations I79.2*, H36.0* et N08.3* est codée avec E10.73†.

D04a Codes avec point d'exclamation («!»)

Les codes avec point d'exclamation désignés comme facultatifs dans la CIM-10-GM doivent tous être obligatoirement indiqués s'ils sont **pertinents**. Ils servent à spécifier un code préexistant non marqué d'un point d'exclamation ou à décrire les circonstances d'une blessure, d'une intoxication ou d'une complication. Ils ne doivent pas être codés seuls.

Une liste de codes «!» figure au début de chaque chapitre de la CIM-10-GM.

Exemple 1

Infection des voies urinaires par *Escherichia Coli*.

DP	N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé
CD	-	
DS	B96.2!	<i>Escherichia Coli</i> et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Exemple 2

Plaie ouverte de la plante du pied gauche chez un patient ayant trébuché sur un objet métallique dans la forêt.

DP	S91.3	Plaie ouverte d'autres parties du pied
L	2	
CD	W49.9!	Accident dû à l'exposition à des forces mécaniques d'objets inanimés

Il peut arriver qu'un code suivi d'un point d'exclamation puisse être attribué, du point de vue clinique, à plusieurs codes diagnostics. En pareil cas, le code suivi du point d'exclamation doit être mentionné de façon précise à la fin des codes diagnostics (code S31.83! dans l'exemple 3).

(Pour les codes des causes externes (V01!-Y84!), voir également le chapitre S2000).

Exemple 3

Une patiente est hospitalisée suite à un accident de la circulation avec plaie abdominale ouverte, déchirure complète du parenchyme rénal gauche, déchirure de la rate et petite déchirure à l'intestin grêle.

DP	S37.03	Rupture totale du parenchyme rénal
L	2	
CD	V99!	Accident de transport
DS	S36.03	Déchirure de la rate, avec atteinte du parenchyme
DS	S36.49	Autres parties et parties multiples de l'intestin grêle
DS	S31.83!	Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale

D05a Etat après/présence de/absence de

Ces diagnostics ne seront indiqués que s'ils ont une influence sur le traitement actuel (voir la définition du diagnostic supplémentaire, règle G54a).

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

- absence de, perte de, amputation de, p. ex. Z89.6 *Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou*
- séquelle (de), voir paragraphe Séquelles D06a
- tumeur, antécédents personnels, p. ex. Z85.0 *Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs*
- greffe (état post-transplantation), p. ex. Z94.4 *Grefte de foie*
- présence (de), p. ex. Z95.1 *Présence d'un pontage aorto-coronaire*

Exemple 1

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 <i>Klebsiella pneumoniae</i>
DS	Z94.4	Grefte de foie

D06a 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 : un code pour l'état résiduel actuel ou les séquelles actuelles, et un autre code « Séquelles de.... » qui exprime que cet état est la conséquence d'une maladie antérieure. L'état résiduel actuel ou la nature des séquelles actuelles sont indiqués en premier lieu, suivis du code « Séquelles de.... ».

Il n'y a pas de restriction générale qui limite dans le temps l'utilisation des codes prévus pour les séquelles. La séquelle peut se révéler dès le stade précoce du processus pathologique, p. ex. sous forme de déficits neurologiques suite à un infarctus cérébral, ou se manifester des années plus tard, p. ex. sous la forme d'une insuffisance rénale chronique consécutive à une tuberculose rénale antérieure.

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
T90-T98	Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes

Remarque : aucun code de causes externes (V01!-Y84!) ne doit être indiqué ici.

Exemple 1

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 2

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 3

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

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une fracture mal consolidée du radius droit.

DP	M84.03	Fracture mal consolidée, avant-bras, radius et cubitus
L	1	
DS	T92.1	Séquelles d'une fracture du bras et de l'avant-bras
L	1	

D07a Interventions planifiées (suivi planifié)

Lors d'une admission pour une 2e opération ou toute autre opération supplémentaire ayant déjà été planifiée dans le cadre du traitement initial, la maladie ou blessure initiale, même si elle n'existe plus, est codée comme diagnostic principal, suivie du code correspondant tiré du chapitre XXI (p. ex. un code de Z47.- *Autres soins de contrôle orthopédique* ou Z43.- *Surveillance de stomies*, etc) en tant que diagnostic supplémentaire, qui, accompagné du code correspondant pour la procédure nous indique qu'il s'agit du besoin d'une suite de traitement.

Exemple 1

Un patient est admis pour le rétablissement planifié d'une colostomie faite lors d'une opération antérieure pour une diverticulite du sigmoïde actuellement guérie.

DP	K57.32	Diverticulite du côlon sans perforation ni abcès, sans indication de saignement
DS	Z43.3	Surveillance de colostomie

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée un an après une fracture du fémur, pour l'enlèvement d'une plaque d'ostéosynthèse.

DP	S72.3	Fracture de la diaphyse fémorale
L	1	
DS	Z47.0	Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation

Exemple 3

Un patient est opéré pour une lésion de la coiffe des rotateurs à droite. On profite de l'occasion pour lui retirer le matériel d'ostéosynthèse posé une année auparavant pour la réduction d'une fracture de l'avant-bras droit.

DP	M75.1	Lésion de la coiffe des rotateurs
L	1	
DS	S52.6	Fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale
L	1	
DS	Z47.0	Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne de fixation

Remarque : on n'indique ici ni le code du degré de sévérité initial de la lésion des tissus mous, ni le code des causes externes, vu que ceux-ci ont déjà été codés lors de la première hospitalisation.

D08a Maladie imminente, menace de maladie

Si une maladie imminente ou une menace de maladie est documentée dans le dossier du patient, mais ne s'est pas manifestée pendant l'hospitalisation, il faut vérifier dans les index CIM-10 si la maladie y est mentionnée comme « imminente » ou « menace de » sous le terme principal ou le terme subordonné.

S'il existe une telle entrée dans les index CIM-10, le code qui y correspond doit être indiqué. S'il n'existe pas de telle entrée, la maladie décrite comme « imminente » ou « menace de » ne sera pas codée.

Exemple 1

Un patient est admis avec une menace de gangrène à la jambe droite, gangrène qui ne se manifeste pas pendant l'hospitalisation parce qu'immédiatement traitée.

Il n'existe pas d'entrée « Menace de gangrène ou gangrène imminente » dans les index CIM-10; par conséquent, ce cas doit être codé par la maladie de base, p. ex. comme une athérosclérose des artères distales avec ulcération.

DP	I70.23	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération
L	1	

Pour un petit nombre de diagnostics qui peuvent être qualifiés d'« imminents », la CIM-10-GM prescrit un codage ou les index CIM-10 donnent des indications correspondantes. Pour le diagnostic « Menace d'avortement », par exemple, il existe *O20.0 Menace d'avortement*. Le diagnostic « Menace d'infarctus » est inclus dans *I20.0 Angine de poitrine instable*.

D09a Diagnostics présumés

Les diagnostics présumés au sens de ces règles de codage sont des diagnostics qui ne sont ni confirmés avec certitude, ni exclus avec certitude à la fin d'une hospitalisation.

Trois cas de figure peuvent se présenter :

Diagnostic présumé probable

Dans les cas où le diagnostic suspecté n'est pas confirmé à la fin de l'hospitalisation, mais reste très probable et a été traité comme tel, il convient de coder comme si ce diagnostic était confirmé.

Aucun diagnostic établi

Le diagnostic d'entrée présumé n'est pas confirmé par les investigations et n'est pas traité comme tel, les symptômes ne sont pas spécifiques et, à la fin du séjour, aucun diagnostic définitif n'est posé. Dans ces cas, il convient de coder les symptômes.

Exemple 1

Un enfant a été admis pour des douleurs abdominales à droite avec suspicion d'appendicite. Les examens effectués durant l'hospitalisation n'ont pas confirmé le diagnostic d'appendicite. L'enfant n'a pas reçu de traitement spécifique d'appendicite.

DP	R10.3	Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen
----	-------	---

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, un code de la catégorie

Z03.- *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies*

doit être indiqué.

Exemple 2

Un jeune enfant a été retrouvé par sa mère avec une boîte de comprimés vide. On ignore ce qu'il est advenu du contenu. L'enfant, qui ne présente aucun symptôme, est néanmoins hospitalisé et gardé en observation pour suspicion d'ingestion médicamenteuse. Son évolution n'a montré aucun indice d'ingestion de comprimés.

DP Z03.6 *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées*

DS *Aucun*

D10a Affections chroniques avec poussée aiguë

Si un patient souffre simultanément de la forme chronique et d'une forme aiguë de la même maladie, comme p. ex. de l'exacerbation aiguë d'une maladie chronique, la forme aiguë de la maladie doit être codée comme diagnostic principal – et la forme chronique, comme diagnostic supplémentaire – uniquement s'il existe des codes différents pour la forme aiguë et la forme chronique de cette maladie.

Exemple 1

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

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

DS K86.1 *Autres pancréatites chroniques*

Exceptions : ce critère ne doit pas être utilisé si :

- a) la CIM-10-GM prévoit un code propre pour cette association, p. ex. :

J44.1- *Maladie pulmonaire obstructive **chronique** avec épisodes **aigus**, sans précision*

- b) la CIM-10-GM donne une instruction contraire, p. ex. :

C92.0- *Leucémie myéloïde **aiguë***

*Excl. : exacerbation **aiguë** de leucémie myéloïde **chronique** (C92.1-)*

Seul C92.1-, avec l'état de rémission comme 5^e caractère, est codé ici.

- c) la CIM-10-GM indique qu'un seul code est nécessaire. A propos du codage de la « poussée aiguë de lymphadénite mésentérique chronique » par exemple, l'index alphabétique indique que la maladie **aiguë** ne doit pas être codée séparément, car elle figure entre parenthèses (c.-à-d. comme modificateur non essentiel) après le terme principal :

I88.0 *Lymphadénite mésentérique (**aiguë**) (**chronique**)*

D11a 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 du 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 1

Athérosclérose des extrémités avec gangrène.

I70.24 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène

Le codage séparé:

I70.20 Athérosclérose des artères distales, autres et non précisées

avec

R02 Gangrène, non classée ailleurs

serait incorrect.

D12a Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

Codes de complications disponibles

- Des codes destinés au codage spécifique de maladies ou de troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique se trouvent dans la plupart des chapitres de la CIM-10-GM. Pour documenter que l'on a affaire à une maladie ou à un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, on indique en plus un code du chapitre XX (Y57I-Y84I), à moins que l'information soit déjà contenue dans le code CIM-10.

Exemple 1

K62.7 Rectite due à une irradiation

Exemple 2

I95.2 Hypotension médicamenteuse

Exemple 3

Thrombose veineuse profonde de la jambe droite après traitement d'une fracture tibiale.

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

L 1

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

La thrombose veineuse de jambe est représentée de manière spécifique par le code I80.2; le code peu spécifique

I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA

n'est pas utilisé pour ce codage.

- A la fin de certains chapitres consacrés aux organes, on trouve aussi les catégories suivantes :

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 et des muscles 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

Ces codes **doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique** pour le codage de la maladie ou du trouble ou si ce code plus spécifique est exclu par une exclusion de la CIM-10-GM. Les codes **peu spécifiques** de ces chapitres doivent être évités.

Exemple 4

Prolapsus après iléostomie.

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

Exemple 5

Delirium dû à une anesthésie.

F05.8 *Autres formes de delirium*

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

Le delirium dû à une anesthésie est décrit spécifiquement par le code F05.8; le code peu spécifique

G97.88 *Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*

n'est pas utilisé pour ce codage.

- Le chapitre XIX répertorie les catégories T80-T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*. Les codes du tableau ci-dessus seront privilégiés aux codes T80-T88, si ces derniers ne décrivent pas la complication de manière plus spécifique.

Remarque : pour les codes T80-T88, il faut indiquer le code pour la cause externe (voir également S2000).

Exemple 6

Prothèse de hanche descellée.

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

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

Exemple 7

Pacemaker déplacé.

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

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

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) (dues 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.

Choix du diagnostic principal ou supplémentaire

En dérogation à la définition du diagnostic principal, une complication survenue pendant le séjour hospitalier sera toujours codée comme diagnostic supplémentaire, même si elle s'avère finalement plus grave que la pathologie initiale.

Exemple 8

Un patient qui a subi une colectomie droite 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
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Une complication sera indiquée comme diagnostic principal uniquement si le patient a été hospitalisé expressément pour cette complication.

Choix du diagnostic principal en cas de réhospitalisation dans les 18 jours due à des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Si un patient est réhospitalisé dans le même hôpital dans un délai de **18 jours à compter de la sortie** (voir règles de facturation) pour une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication) en relation avec la prestation fournie durant le séjour précédent, la maladie principale doit être codée comme diagnostic principal et la maladie ou le trouble consécutif à des mesures médicales (complication) doit l'être comme diagnostic supplémentaire.

Exemple 9

Une patiente est hospitalisée pour une luxation de la prothèse de hanche droite qui lui a été implantée 20 jours auparavant en raison d'une coxarthrose.

DP	M16.1	Autres coxarthroses primaires
L	1	
DS	T84.0	Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne
L	1	
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Exemple 10

En raison d'une diverticulite du sigmoïde qui s'est déclarée 3 semaines auparavant, un patient a subi une sigmoïdectomie avec colostomie. Le patient est sorti de l'hôpital il y a 12 jours ; il est aujourd'hui réadmis pour des problèmes fonctionnels de sa colostomie.

DP	K57.32	Diverticulite du côlon sans perforation ni abcès, sans indication de saignement
DS	K91.4	Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie ou d'une entérostomie

D13a 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 1

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 2

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

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

Si le syndrome est congénital, on utilisera un code supplémentaire de la catégorie

Q87.- *Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes*

pour le coder comme diagnostic supplémentaire en plus des manifestations déjà codées. Ce code supplémentaire indique qu'il s'agit d'un syndrome pour lequel il n'existe pas de code spécifique.

Exemple 3

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

L 0

DS Q40.1 Hernie hiatale congénitale

DS Q02 Microcéphalie

DS Q87.8 Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs

TP 55.23 Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein

L 2

Dans ces cas exclusivement, les diagnostics supplémentaires qui décrivent ce syndrome sont codés, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54a).

D14a 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 1

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

DP H65.3 Otite moyenne mucoïde chronique

L 0

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 2

Une patiente souffrant d'une amygdalite est hospitalisée pour une tonsillectomie. L'opération est différée pour cause de sinusite frontale aiguë bilatérale.

DP J35.0 Amygdalite chronique

DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués

DS J01.1 Sinusite frontale aiguë

L 0

D15a Transfert pour suite de soins

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour suite de soins (qu'il s'agisse de **soins somatiques aigus** ou de **réadaptation/convalescence**), chaque hôpital doit coder un cas séparé. La/les maladie(s) /blessure(s) initiale(s) sont codées comme diagnostic principal. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une prise en charge primaire du patient est indiqué par un code Z pour le premier diagnostic supplémentaire.

En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal, règle G52a.

Exemple 1

Transfert après fracture et ostéosynthèse.

DP Code S

DS Z47.8 Autres soins de contrôle orthopédiques précisés

Remarque : aucun code de causes externes (V01!-Y84!) ne doit être indiqué ici, vu que ce codage a déjà eu lieu dans le premier hôpital.

Exemple 2

Transfert après traitement primaire d'une maladie coronarienne par pontage AC.

DP I25.- Cardiopathie ischémique chronique

DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

DS Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

Exemple 3

Transfert à la clinique de réadaptation après implantation d'une prothèse en raison d'une arthrose de hanche droite.

DP M16.1 Autres coxarthroses primaires

L 1

DS Z50.-! Soins impliquant une rééducation

DS Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques

L 1

Transfert pour traitement au centre hospitalier avec retour dans le premier hôpital

Exemple de transfert en vue d'un diagnostic ou d'un 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 premier hôpital utilisera les codes suivants :

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

Centre hospitalier : rien à coder

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

Exemple 2

Un patient victime d'un infarctus du myocarde est **hospitalisé** 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 code comme DP pour la première hospitalisation :

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
----	-------	----------------------------

Le centre hospitalier code :

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

Le premier hôpital code comme DP pour la deuxième hospitalisation :

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
----	-------	----------------------------

Si les deux séjours dans le premier hôpital sont facturés selon les forfaits par cas DRG (pour les détails, voir règles de facturation, chapitre 3.3, regroupements de cas), les diagnostics et procédures des deux hospitalisations sont considérés ensemble. La définition du diagnostic principal doit être appliquée à ces diagnostics.

Règles générales de codage pour les procédures P00-P09

P00a Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Pour chaque procédure saisie, il faut indiquer :

- Traitement principal : la date du traitement + le début du traitement (heure).
- Traitements supplémentaires : les dates des traitements.
- Le côté opéré lors d'une intervention faite sur un organe pair ou une partie du corps paire. Les codes CHOP correspondants sont marqués d'un [L]. Ceci est indiqué de manière spécifique avec un 0 = bilatéral, 1 = unilatéral droit, 2 = unilatéral gauche dans la statistique médicale (variable 4.3.V011 pour le traitement principal, variables 4.3.V021, 4.3.V031, 4.3.V041, etc. pour les traitements supplémentaires).
- Si la prestation a été fournie à l'extérieur ou à l'hôpital même.

P01a Procédures qui doivent être codées

1. Toutes les **procédures significatives** effectuées pendant l'hospitalisation doivent être codées. Ceci inclut les procédures diagnostiques, thérapeutiques et curatives.

Par définition, une procédure significative :

- est de nature chirurgicale
- comporte un risque à l'intervention
- comporte un risque à l'anesthésie
- exige des installations ou des appareils spéciaux ou une formation particulière.

2. Les procédures qui ne sont pas directement liées à une autre procédure sont codées séparément.

Exemple 1

Une angiographie coronaire préopératoire est réalisée la veille d'un pontage aortocoronaire sous circulation extracorporelle (machine cœur-poumon).

L'artériographie coronaire (88.5-) est codée ici en tant que traitement supplémentaire.

P02a Procédures qui ne sont pas codées

1. Ne sont pas codées les procédures **effectuées de manière routinière** chez la plupart des patients, vu que les moyens mis en œuvre pour ces procédures sont impliqués dans le diagnostic ou les autres procédures utilisées.

Exemples :

- Radiographie et plâtre en cas de fracture du radius (Colles)
- Examens radiographiques conventionnels, p. 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
- Thérapies médicamenteuses **à l'exception** des thérapies appliquées aux nouveau-nés, chimiothérapies, thérapies immunitaires, thrombolyse et transfusions de produits sanguins, ainsi que des médicaments très coûteux.
- 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.

2. Les procédures directement liées à une autre procédure opératoire ne sont pas codées.

Exemple 1

*Une angiographie coronaire est réalisée dans le cadre d'une PTCA :
l'artériographie coronaire (88.5-) n'est pas codée dans ce cas.*

Exceptions :

- L'anesthésie pour des procédures normalement effectuées sans anesthésie, p. ex. la narcose pour une IRM chez un enfant.
- Une thérapie de la douleur lors d'interventions chirurgicales et de mesures diagnostiques est incluse dans le code. Elle n'est codée comme telle que si elle est une mesure appliquée seule (exemple 2) ou si elle appartient à la catégorie 93.A- *Traitement multimodal de la douleur*.

Exemple 2

Un patient souffrant d'un carcinome métastatique est traité par chimiothérapie et reçoit une injection d'analgésique dans le canal rachidien pour traiter la douleur.

TP 99.25.- Chimiothérapie

TS 03.91 Injection d'analgésique dans le canal rachidien

P03a Endoscopie et interventions endoscopiques

Les interventions endoscopiques (laparoscopiques, endoscopiques et arthroscopiques) doivent être codées avec le code endoscopique correspondant, pour autant qu'il existe.

Exemple 1

Laparoscopie et cholécystectomie laparoscopique.

TP 51.23 Cholécystectomie laparoscopique

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

Exemple 2

Pancréatectomie partielle sous laparoscopie.

TP 52.51.-- Pancréatectomie céphalique partielle

TS 54.21.20 Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales

Les panendoscopies (endoscopies de plusieurs localisations) sont codées d'après la région examinée la plus éloignée ou la moins accessible.

Exemple 3

Une œsophagogastroduodénoscopie avec biopsies d'un ou plusieurs sites impliquant l'œsophage, l'estomac ou le duodénum est codée avec le code

45.16 Oesophagogastroduodénoscopie avec biopsie fermée

Exemple 4

Une bronchoscopie de la trachée et du pharynx est codée avec le code

33.22 Bronchoscopie par fibre optique

P04a 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 et en l'absence d'autres règles de codage ou indications dans la CHOP.

Exemple 1

28.3 *Amygdalectomie, avec excision de végétations adénoïdes*

Exemple 2

52.7 *Pancréatico-duodénectomie radicale (opération de Whipple)*

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.

Exemple 3

Patient subissant une gastrectomie totale avec résection du grand épiploon et des ganglions lymphatiques de la région gastrique.

TP	43.99	<i>Autre gastrectomie totale</i>
TS	40.3X.--	<i>Excision de ganglions lymphatiques régionaux</i>
TS	54.4X.--	<i>Excision ou destruction du tissu péritonéal</i>

La CHOP contient parfois des indications précisant que certaines composantes doivent être codées en plus (« coder aussi »).

Exemple 4

00.70 *Révision d'une prothèse de hanche, composante acétabulaire et fémorale*

Coder aussi : Tout enlèvement de spacer (84.57)

Type de surface portante, si connu (00.74 – 00.77)

P05a Interventions interrompues

Une opération n'est codée comme telle que si elle est menée à terme ou effectuée presque complètement. Si une opération doit être interrompue, quelle qu'en soit la raison, ou si elle ne peut pas être effectuée, 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 1

Cholécystectomie laparoscopique avec passage à la méthode chirurgicale ouverte.

51.22.-- Cholécystectomie

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

Exemple 2

Si, lors d'une appendectomie, l'intervention doit être interrompue après la laparotomie en raison d'un arrêt cardiaque, seule la laparotomie est codée.

54.11 Laparotomie exploratrice

Exemple 3

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

34.02 Thoracotomie exploratrice

P06a 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 :

- Les excisions multiples de lésions cutanées, les biopsies multiples ou autres procédures multiples d'investissement semblable ne doivent être codées qu'une fois par séance opératoire lorsqu'elles sont de même localisation.

Exemple 1

Une patiente est admise pour l'excision de dix lésions : une lésion causée par une tumeur maligne récidivante de la peau du nez, deux causées par une tumeur maligne de la peau de l'oreille droite, trois causées par une tumeur maligne de la peau de l'avant-bras droit, trois causées par une kératose actinique au dos et une causée par une kératose actinique en dessous du genou gauche.

DP	C44.3	Tumeur maligne de la peau du nez
DS	C44.2	Tumeur maligne de la peau de l'oreille
L	1	
DS	C44.6	Tumeur maligne de la peau de l'avant-bras
L	1	
DS	C97!	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)
DS	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)
L	1	
TS	86.4X.--	Excision radicale d'une lésion cutanée (pour la tumeur maligne de la peau d'un membre supérieur)
TS	86.3X.--	Autre excision ou destruction locale de lésion ou de tissu cutané (pour 3 lésions de kératose actinique dans le dos)
TS	86.3X.--	Autre excision ou destruction locale de lésion ou de tissu cutané (pour 1 lésion de kératose actinique en dessous du genou)

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 trois lésions de la kératose actinique dans le dos.

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

Exemple 2

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.

93.A2.20 *Traitement multimodal de la douleur, 14 jours (minimum) à 20 jours (maximum) de traitement*
 (Total 7 + 8 = 15 jours)

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 de la dose d'iode radioactif appliquée doit être saisie en cas d'applications multiples pendant une hospitalisation.

P07a Opérations bilatérales

Les opérations bilatérales effectuées dans une même séance ne sont codées qu'une fois et reçoivent le signe distinctif « bilatéral » dans la variable de latéralité.

Cela vaut aussi pour les codes qui incluent déjà la bilatéralité.

Exemple 1

Insertion de prothèse totale bilatérale de genou.

TP 81.54.-- *Prothèse totale de genou*

L 0

Exemple 2

Réparation d'une hernie inguinale directe bilatérale avec implant.

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

L 0

P08a 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 :

28.7X.-- *Contrôle d'hémorragie après excision de végétations adénoïdes et amygdalectomie*

34.03 *Réouverture de thoracotomie récente*

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, suivi du code

00.99.10 *Réopération*

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. On utilisera alors le code correspondant.

P09a Prélèvement d'organe et transplantation

Dans le prélèvement d'organe et la transplantation, il faut faire la distinction entre donneur et receveur. Dans les dons d'organes, on distingue le prélèvement chez un donneur vivant et le prélèvement post-mortem. Dans une transplantation autogène, le donneur et le receveur sont identiques.

1. Examen d'un donneur potentiel d'organe ou de tissu

Lorsqu'une donneuse ou un donneur potentiel(le) est hospitalisé(e) pour des examens préliminaires avant un éventuel don d'organe et que le prélèvement d'organe ou de tissu n'a pas lieu durant la même hospitalisation, le codage doit s'effectuer comme suit :

DP	Z00.5	Examen d'un donneur éventuel d'organe ou de tissu
TP	89.07.6-	Examen d'un donneur sain pour prélèvement d'organe

Ne **pas** indiquer des codes du groupe Z52.- *Donneurs d'organes et de tissus*.

2. Prélèvement de donneur vivant

Pour les donneurs vivants hospitalisés pour un don d'organe ou de tissu et chez lesquels un prélèvement d'organe ou de tissu a lieu durant cette même hospitalisation, la règle de codage suivante s'applique :

DP	Z52.-	Donneurs d'organes et de tissus
TP		Code de procédure pour le prélèvement du transplant (voir aussi tableau ci-dessous)

Exemple 1

Un donneur vivant non apparenté est hospitalisé pour le don d'un rein. Une néphrectomie est effectuée. Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.

DP	Z52.4	Donneur de rein
TP	55.51.02	Néphrectomie pour transplantation d'organe d'un donneur vivant

Exemple 2

Un donneur vivant non apparenté est hospitalisé pour le don de cellules souches. Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.

DP	Z52.01	Donneur de cellules souches
TP	41.91.01	Prélèvement de cellules souches d'un donneur pour allogreffe ou autogreffe
ou	99.79.02	Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques de sang périphérique pour transplantation allogénique

Les codes du groupe Z52.- *Donneurs d'organes et de tissus* ne doivent **pas** être indiqués pour un **don autogène (= autologue) et une autogreffe** pendant une hospitalisation. Les codes CHOP pour le prélèvement du transplant et les codes pour la transplantation doivent tous deux être indiqués.

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

Le codage chez un patient pressenti comme donneur d'organe n'est pas différent de la démarche habituelle de codage des diagnostics et procédures. Le cas est codé conformément aux règles générales. Les procédures de prélèvement d'organe post-mortem ne doivent **pas** être codées. De même, le code Z00.5 *Examen d'un donneur éventuel d'organe et de tissu* ne doit **pas** être indiqué.

4. Evaluation en vue d'une transplantation

Les examens hospitaliers d'un patient en vue d'une éventuelle transplantation d'organe ou de tissu sont indiqués par un code du groupe

89.07.-- *Evaluation, avec/sans inscription du patient sur une liste d'attente pour greffe d'organe*

5. Transplantation

Les receveurs de l'organe transplanté sont codés comme suit :

DP	<i>Maladie qui constitue le motif de la transplantation</i>
TP	<i>Code de procédure pour la transplantation (voir tableau)</i>
TS	<i>Code du groupe 00.90-00.93 Type de transplant tissulaire, resp. de transplant d'organe</i>
TS	<i>Code 99.79.11 Préparation de greffe d'organe de donneur vivant ABO-incompatible, si pertinent</i>

L'ablation de l'organe malade n'est pas codée.

Les patients subissant une transplantation domino, c.-à-d. à la fois receveurs et donneurs d'un organe (p. ex. cœur/poumon) pendant la phase de traitement, reçoivent un diagnostic supplémentaire de donneur du groupe Z52.- *Donneurs d'organes et de tissus*, ainsi que les codes de procédures pour la transplantation (TP) et pour le prélèvement (TS).

6. Contrôle après transplantation

Un contrôle stationnaire de routine après transplantation se code:

DP	Z09.80	<i>Examen de suivi après transplantation d'organe</i>
DS	Z94.-	<i>Etat après transplantation d'organe ou de tissu</i>

7. Echec ou rejet après transplantation

Un échec ou une réaction de rejet à la transplantation d'un organe ou d'un tissu ou une maladie du greffon contre l'hôte (GVHD), sont codés à l'aide d'un code du groupe T86.- *Echec et rejet d'organes et de tissus greffés*.

En cas de transplantation de cellules souches hématopoïétiques, les manifestations organiques d'une GVHD doivent être codées en respectant le système dague-étoile.

Le code T86.- *Echec et rejet d'organes et de tissus greffés* est saisi en tant que diagnostic principal s'il en remplit la définition. La maladie primaire (p.ex. maligne) est ensuite saisie en tant que diagnostic supplémentaire. Cette règle prime sur la règle S0202a régissant le choix du diagnostic principal dans les maladies tumorales.

Tableau pour prélèvement d'organe/de tissu et transplantations

Ce tableau ne doit pas être considéré comme une liste exhaustive.

Organe/tissu	Transplantation de donneur vivant			Transplantation (receveur)	
	CIM-10-GM	CHOP	Texte	CHOP	Texte
Cellules-souches (CS)	Z52.01	41.91.01 99.79.01/02	Prélèvement de CS d'un donneur pour allogreffe ou autogreffe Prélèvement de CS hématopoïétiques de sang périphérique pour don autologue/ transplantation allogénique	41.04.- 41.07.- 41.05.- 41.08.-	Transplantation autologue de CS hématopoïétiques Transplantation allogénique de CS hématopoïétiques
Moelle osseuse (MO)	Z52.3	41.91.00	Prélèvement de MO d'un donneur pour (allo/auto)greffe.	41.01.-- 41.02/.03	Autotransplantation de MO Allogreffe de MO
Peau	Z52.1	86.6--	Grefe de peau libre		Code selon le siège et l'étendue
Os	Z52.2	77.7-	Excision d'os pour transplantation	76.91.- 78.0-- 78.49.8-	Grefe osseuse d'os de la face Grefe osseuse Implantation de matériel de remplacement osseux sur la colonne vertébrale
Rein	Z52.4	55.51.02	Néphrectomie pour transplantation d'organe d'un donneur vivant	55.69.-	Grefe rénale
Foie	Z52.6	50.22.42 50.3X.1-	Hépatectomie partielle pour transplantation Lobectomie/autre résection hépatique, pour don d'organe par une personne vivante	50.5-	Transplantation hépatique
Cœur				37.51.-	Transplantation cardiaque
Poumon				33.5-	Transplantation pulmonaire
Cœur/poumons				33.6X.-	Transplantation combinée cœur-poumons
Pancréas				52.8-	Transplantation du pancréas
Cornée				11.6-	Grefe de cornée
Intestin grêle				46.97.-	Transplantation intestinale

Règles spéciales de codage S0100-S2100

S0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires

S0101a 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, comme

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*

S0102a Septicémie

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 (p. ex. B37.7 *Septicémie à Candida*),
- catégories A40.- *Septicémie à streptocoques* et A41.- *Autres septicémies*, tout en tenant compte des exclusions sous A41.

Remarque : un code de septicémie sans indication de l'agent infectieux spécifique devra être complété par un code de la catégorie B95.-! *Streptocoques et staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* ou B96.-! *Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*. On indiquera en plus un code de la catégorie U80!-U85! pour une éventuelle résistance.

Exemple 1

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

DP A41.0 *Septicémie à staphylocoques dorés*

CD -

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

DS J15.2 *Pneumonie due à des staphylocoques*

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour une septicémie à streptocoques du groupe C.

DP	A40.8	Autres septicémies à streptocoques
CD	-	
DS	R65.0!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques
DS	B95.41!	Streptocoques, groupe C, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Une septicémie à point de départ urinaire (urosepsis) se code comme une autre septicémie.

Exemple 3

Un patient est hospitalisé pour une septicémie à point de départ urinaire due à une pyélonéphrite à E. coli.

DP	A41.51	Septicémie à Escherichia coli
CD	-	
DS	R65.0!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques
DS	N10	Pyélonéphrite aiguë

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 (O03-O07, O08.0, O75.3, O85). Un code de septicémie sera ajouté pour indiquer l'existence d'une septicémie et spécifier l'agent infectieux.

Exemple 4

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

O85	Septicémie puerpérale
A40.0	Septicémie à streptocoques, groupe A
R65.0!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques

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

Exemple 5

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

P36.2	Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés (septicémie)
R65.0!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques

En cas de septicémie grave avec complications organiques, ces dernières doivent également être codées.

Exemple 6

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	R65.1!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse avec complications organiques
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, 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 7

Une patiente est hospitalisée d'urgence pour une septicémie dans le cadre d'une agranulocytose due à un médicament.

DP	A41.0	Septicémie à staphylocoques dorés
DS	R65.0!	SIRS d'origine infectieuse sans complications organiques
DS	D70.19	Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament, non précisées

Septicémie après des mesures médicales : le codage sera aussi spécifique que possible.

Exemple 8

Un patient est hospitalisé pour une septicémie postopératoire à micro-organismes anaérobies.

DP	A41.4	Septicémie à micro-organismes anaérobies
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	R65.0!	SIRS d'origine infectieuse sans complications organiques

Exemple 9

Une patiente est hospitalisée pour une septicémie postopératoire à micro-organismes anaérobies, avec infection de plaie traitée par débridement.

DP	A41.4	Septicémie à micro-organismes anaérobies
CD	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
DS	R65.0!	SIRS d'origine infectieuse sans complications organiques
DS	T81.4	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs

S0103a SIRS

Pour le codage d'un SIRS, la CIM-10-GM prévoit la catégorie R65.-! *Syndrome de réponse inflammatoire systémique*.

R65.0!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse sans complications organiques Septicémie sans complications organiques Septicémie SAI SIRS d'origine infectieuse SAI
R65.1!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse avec complications organiques Septicémie avec complications organiques
R65.2!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse sans complications organiques SIRS d'origine non infectieuse SAI
R65.3!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse avec complications organiques
R65.9!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] non précisé

On distingue les SIRS d'origine infectieuse et ceux d'origine non infectieuse. On indiquera en premier lieu un code pour la septicémie ou la maladie primaire 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.

S0104a VIH/SIDA

Les codes VIH sont :

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]
B20–B24	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]
O98.7	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Note : lorsqu'il est fait référence au groupe de codes B20-B24 dans ces règles, 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 B20–B24 s'excluent mutuellement et ne doivent pas être codés dans la même hospitalisation.

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.

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 (p. ex. lymphadénopathie, fièvre) ou des complications (p. ex. méningite) observés.

Remarque : cette indication constitue une exception à la règle D01a « Symptômes en diagnostic principal ».

Exemple 1

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
DS	U60.-I	Catégories cliniques de l'infection par le VIH
DS	U61.-I	Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au 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.

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

Ce code **ne doit pas être indiqué de manière automatique, mais uniquement comme diagnostic supplémentaire** lorsqu'un patient séropositif ne présente pas de symptôme de l'infection, mais que celle-ci nécessite des soins supplémentaires. Etant donné que le code Z21 se rapporte à des patients asymptomatiques hospitalisés pour le traitement d'une maladie qui n'est pas en relation avec l'infection par le VIH, ce code n'est pas attribué comme diagnostic principal.

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

Les codes suivants sont prévus 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

Les codes R75 et Z21 ne doivent pas être utilisés dans ce cas.

O98.7 Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Comme expliqué dans S1503a, un nouveau code, le O98.7 est disponible pour décrire une maladie due au VIH qui complique la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

U60!-U61! 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

La maladie due au VIH se divise en différents stades (stades cliniques A, B et C) selon la classification CDC. Ceux-ci ne correspondent pas aux catégories de classification de la CIM-10 et un stade peut être codé avec plusieurs codes différents. Le codage s'effectue comme suit :

Stade A	Infection asymptomatique	Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]
	Lymphadénopathie persistante généralisée (LPG)	B23.8 Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés Lymphadénopathie généralisée (persistante)
	Infection aiguë par le VIH	B23.0 Syndrome d'infection aiguë par VIH
Stades B et C	Maladies infectieuses, parasitaires et malignes consécutives à la maladie due au VIH	B20.- à B22.- et B24

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) ou O98.7 **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 2

Patiente séropositive au stade C avec lymphome immunoblastique, hospitalisée pour thérapie antirétrovirale. Elle souffre également d'une stomatite à Candida.

DP	B21	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes
DS	U60.9!	Catégorie clinique de l'infection par le VIH, sans précision
DS	U61.9!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires (CD4+) non précisé
DS	C83.4	Lymphome immunoblastique diffus
AT	actif	
DS	B37.0	Stomatite à Candida

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) ou par O98.7, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 3

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	B20	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires
DS	U60.9!	Catégorie clinique de l'infection par le VIH, sans précision
DS	U61.9!	Nombre de lymphocytes T auxiliaires (CD4+-) non précisé

S0105a 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 pharyngée*, respectivement par A36.2 *Diphtérie laryngée*. 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).

Les codes suivants de la CIM-10-GM doivent être utilisés :

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

S0200 Tumeurs

La classification CIM-10 prévoit deux systèmes pour coder les tumeurs : un classement par localisation et un classement par morphologie.

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.

Tableau des codes classiques de la CIM-10-GM 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	Nature incertaine/ inconnue
	primaire	secondaire			
- Abdomen, abdominal(e)	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. Chercher selon la localisation

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

Exemple 1

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 des os et du cartilage articulaire des membres ; omoplate et os longs du membre supérieur.

Le terme « 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.

Tumeurs malignes 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. Le cinquième caractère de ce code permet de distinguer les cas avec rémission de ceux sans rémission.

Exemple 2

C91.0- Leucémie lymphoblastique aiguë

C91.00 Sans indication de rémission complète, en rémission partielle

C91.01 En rémission complète

S0201a Activité tumorale

Saisie de l'activité tumorale dans le fichier de données médicales

Pour chaque diagnostic de tumeur du chapitre II (C00-D48) 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 et inactives (saisies dans l'interface par les valeurs 0 = inactive, 1 = active, 9 = inconnue, vide = la question ne se pose pas).

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

La tumeur est définie comme active dès lors que la présence de tissu tumoral, primaire ou secondaire (métastase), est avérée. 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'anatomopathologique 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.

S0202a Choix du diagnostic principal

Le code de la tumeur maligne sera indiqué comme diagnostic principal à **chaque** hospitalisation destinée au **premier traitement et aux traitements ultérieurs de la tumeur maligne** (p. ex. chirurgie, chimio-/radiothérapie, autres traitements) ou au diagnostic (p. ex. staging) et ce, jusqu'à ce que le traitement soit **définitivement** terminé ; il s'applique donc également aux hospitalisations faisant suite p. ex. à l'ablation chirurgicale d'une tumeur maligne. **En effet, la tumeur maligne reste le motif du traitement du patient, bien qu'elle ait été enlevée par voie chirurgicale.**

Si un traitement chirurgical d'une tumeur maligne/de métastases est réparti sur plusieurs interventions, la tumeur maligne/les métastases seront le diagnostic principal et ceci pour chaque hospitalisation et intervention ultérieure. Quand bien même la tumeur maligne/les métastases peut/peuvent avoir été éliminée(s) lors de la première opération, **le patient continue d'être traité pour les suites de la tumeur maligne/des métastases lors de l'hospitalisation suivante** ; en d'autres termes, la tumeur maligne/les métastases est/sont aussi le motif de l'opération ultérieure.

L'ordre des codes à indiquer dépend du traitement reçu pendant l'hospitalisation en question.

Si l'hospitalisation a lieu pour diagnostiquer/traiter la tumeur primaire, le code de celle-ci doit être indiqué comme diagnostic principal. Les tumeurs primaires dont la localisation est inconnue doivent être indiquées par le code C80.- *Tumeur maligne de siège non précisé*.

Exemple 1

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

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

En cas d'hospitalisation pour le traitement de métastases uniquement, celles-ci sont indiquées comme diagnostic principal et la tumeur primaire comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour la résection de métastases du foie d'un carcinome colorectal réséqué.

DP	C78.7	Tumeur maligne secondaire du foie
AT	1	
DS	C19	Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne
AT	0	

Si l'hospitalisation a pour but principal la thérapie **systémique** (irradiation globale, radiothérapie iv, chimiothérapie systémique) de la tumeur primaire et/ou des métastases, la tumeur primaire est indiquée comme diagnostic principal. Si l'hospitalisation a pour but principal la thérapie systémique et que l'on ignore exceptionnellement le siège de la tumeur primaire, un code du groupe C80.- *Tumeur maligne de siège non précisé* sera indiqué comme diagnostic principal.

Exemple 3

*Un patient est hospitalisé pour une première chimiothérapie **systémique** pour métastases du foie d'un carcinome colorectal réséqué.*

DP	C19	Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne
AT	0	
DS	C78.7	Tumeur maligne secondaire du foie
AT	1	

Si le patient est hospitalisé aussi bien pour le traitement de la tumeur primaire que des métastases, on choisira pour diagnostic principal celui qui demande l'engagement le plus élevé de ressources médicales (selon règle G52a).

S0203a Excision étendue dans la région tumorale

Le code de la tumeur doit être indiqué dans les cas d'hospitalisation pour excision étendue de la région tumorale après une première résection de la tumeur. Si le diagnostic anatomo-pathologique ne révèle pas de reste de tissu tumoral, la tumeur doit être codée comme inactive.

S0204a 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.

S0205a Complications après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Lorsqu'une hospitalisation est due uniquement à la nécessité de traiter la complication d'un traitement, la complication est indiquée comme diagnostic principal et la tumeur comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

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)
AT	0	

Exemple 2

Une patiente ayant subi une résection de carcinome mammaire est traitée pour une agranulocytose post-chimiothérapeutique.

DP	D70.1-	Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament
DS	C50.-	Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4 ^e caractère selon le siège de la tumeur)
AT	0	

S0206a Suspicion de tumeur ou de métastases

Si une biopsie est effectuée pour une suspicion de tumeur et que celle-ci n'est pas confirmée, il convient de coder le diagnostic trouvé ou le résultat d'examen qui a motivé la biopsie.

Ne pas utiliser le code Z03.1 *Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne.*

S0207a Examen de 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 à l'aide d'un code du groupe Z85.- *Antécédents personnels de tumeur maligne.*

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour divers examens de contrôle après une pneumonectomie et une chimiothérapie pour un carcinome bronchique actuellement guéri. 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

Un « code d'antécédents » est saisi pour une maladie quand on peut supposer qu'elle est guérie. Le moment où un patient est dans ce cas dépend de sa maladie. Comme la guérison ne peut être constatée que rétrospectivement, la distinction se fait sur une base « clinique », axée sur la poursuite ou non du traitement de la tumeur plutôt que sur un cadre temporel fixe.

Dans les cas où le traitement de la tumeur est définitivement achevé, un code du groupe Z85.- *Antécédents personnels de tumeur maligne* doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

S0208a 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 récidives. Pour compléter l'information, un code du groupe Z85.- *Antécédents personnels de tumeur maligne* doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Une récidive de carcinome mammaire est diagnostiquée chez une patiente après dix ans.

DP	C50.-	Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein
AT	1	
DS	Z85.3	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

S0209a 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, pour autant que la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54a) soit remplie.

Exemple 1

Phéochromocytome malin sécrétant des catécholamines.

DP	C74.1	Tumeur maligne de la surrénale, médullosurrénale
AT	1	
DS	E27.5	Hyperfonctionnement de la médullosurrénale

S0210a 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 (règle G52a). On codera comme diagnostic principal la tumeur pour laquelle on a engagé le plus de ressources.

Exemple 1

Une patiente est traitée pendant la même hospitalisation pour un mélanome malin à la jambe (excision de la lésion) et pour un carcinome mammaire (mastectomie).

DP	C50.-	Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4 ^e caractère selon le siège de la tumeur)
AT	1	
DS	C43.7	Mélanome malin du membre inférieur, y compris la hanche
AT	1	
DS	C97!	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

Remarque: C97! est codé sans activité tumorale.

S0211a 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 1

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

AT 1

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

Exemple 2

Adénocarcinome s'étendant du sigmoïde au rectum.

DP C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

AT 1

Si une tumeur se propage d'un siège primaire connu à un organe voisin ou à une région voisine, seul le siège primaire doit être codé.

Exemple 3

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

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

AT 1

S0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie

Pour les codes suivants

C88.- Maladies immunoprolifératives malignes

C90.- Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes

C91–C95 Leucémie

l'indication de la rémission est possible avec le 5^e caractère

0 Sans indication de rémission complète

1 En rémission complète.

On notera que le code

.x0 ***Sans indication de rémission complète***

Sans indication de rémission

En rémission partielle

doit être utilisé:

- s'il s'agit de la première apparition et du premier diagnostic de la maladie,
- s'il n'y a **pas** de rémission ou si la maladie perdure bien que ses symptômes aient régressé (rémission **partielle**), ou
- si le statut de rémission est inconnu.

On utilisera le code :

.x1 ***En rémission complète***

- s'il s'agit d'une rémission **complète**, c.-à-d. qu'**aucun signe ou symptôme de tumeur maligne** n'est décelable.

Pour les leucémies désignées par un code des catégories C91 à C95 et réfractaires à un traitement d'induction standard, le code supplémentaire

C95.8! *Leucémie, réfractaire au traitement d'induction standard*

doit être indiqué.

S0213a 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 1

Lymphangiose carcinomateuse de la plèvre.

DP C78.2 *Tumeur maligne secondaire de la plèvre*

AT 1

S0214a Lymphomes

Pour les lymphomes identifiés comme « extranodaux » ou situés ailleurs que dans les ganglions lymphatiques (p. ex. le lymphome gastrique MALT), il faut indiquer le code correspondant des catégories C81 à C88.

Un lymphome n'est pas considéré comme métastatique, indépendamment du nombre de régions touchées.

Les codes suivants ne doivent pas être utilisés pour les lymphomes :

- C77.- *Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée*
- C78.- *Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs*
- C79.0 *Tumeur maligne secondaire du rein et du bassinet*
- C79.1 *Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés*
- C79.2 *Tumeur maligne secondaire de la peau*
- C79.4 *Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisées*
- C79.6 *Tumeur maligne secondaire de l'ovaire*
- C79.7 *Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale*
- C79.8 *Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés*
- C79.9 *Tumeur maligne secondaire de siège non précisé*

Pour le codage d'une atteinte osseuse dans les lymphomes malins, il faut indiquer le code

- C79.5 *Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse, foyers osseux (médullaires) de lymphomes malins (états classifiables sous C81-C88)*

Pour indiquer l'existence d'une atteinte des méninges ou du cerveau dans des néoplasies des tissus lymphatiques, hématopoïétiques et apparentés, on utilisera le code supplémentaire

- C79.3 *Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales*

S0215a Chimiothérapie et radiothérapie

Ces traitements sont indiqués à l'aide des codes CHOP appropriés. Les codes

- Z51.0 *Séance de radiothérapie*
- Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur, et*
- Z51.82 *Cure combinée de radiothérapie et chimiothérapie pour une néoplasie maligne*

ne sont pas codés.

S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

S0401a Généralités

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 insulino-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 *Diabète sucré préexistant, insulino-dépendant (diabète de type 1)*
- O24.1 *Diabète sucré préexistant, non insulino-dépendant (diabète de type 2)*
- O24.2 *Diabète sucré préexistant lié à la malnutrition*
- O24.3 *Diabète sucré préexistant, sans précision*
- O24.4 *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse*
- P70.0 *Syndrome de l'enfant dont la mère a un diabète de la grossesse*
- P70.1 *Syndrome de l'enfant de mère diabétique*
- P70.2 *Diabète sucré néonatal*
- R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*

Note : 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.

Catégories E10-E14

Dans les catégories E10 à E14, les complications possibles sont indiquées par les **caractères en quatrième et en cinquième position** (p. ex. .0 pour coma, .1 pour acidocétose, .2 pour complications rénales, .20 pour complications rénales, non spécifié comme décompensé, .74 pour syndrome du pied diabétique, non spécifié comme décompensé, etc.).

S0402a 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.

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 (règle G54a).

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 si la définition du diagnostic supplémentaire est remplie.

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 p. ex. « .2 » comme 4^e caractère, 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 pour laquelle il reçoit un traitement.

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

CD N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 2

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 qui n'est toutefois pas traitée.

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

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

DP E10–E14, 4^e caractère « .7 »

CD/DS On indiquera de plus un code pour chaque manifestation qui remplit la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 3

Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et de complications multiples (athérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisée pour cause de grave décompensation métabolique. Toutes ces complications font également l'objet d'un traitement.

DP E10.73+ Diabète sucré primaire insulino-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

DS N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 4

Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et de complications multiples (athérosclérose des artères distales, rétinopathie et néphropathie) est hospitalisée pour cause de grave décompensation métabolique. Les complications ne sont pas traitées.

DP E10.73 Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications multiples, spécifié comme décompensé

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 suivi 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 5

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. Il présente par ailleurs une rétinopathie qui limite considérablement sa faculté visuelle et le rend dépendant.

DP E10.50+ Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications vasculaires périphériques, non spécifié comme décompensé

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

DS I70.22 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos

DS E10.30+ Diabète sucré avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé

DS 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

Conformément à la définition du diagnostic principal, la **complication qui requiert le plus de ressources médicales** sera codée comme diagnostic principal.

DP	E10–E14, quatrième caractère selon la manifestation nécessitant le plus d'effort de soins
CD	suivi de ce code de la manifestation nécessitant le plus d'effort de soins
DS	E10–E14, quatrième caractère selon les autres manifestations traitées
DS	les codes des manifestations qui remplissent la définition du diagnostic supplémentaire

Diagnostic supplémentaire diabète sucré

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 au code E10-E14 concerné un 4^e caractère correspondant à la complication. Ces complications doivent être indiquées à condition qu'elles remplissent la définition du diagnostic supplémentaire.

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

Exemple 6

Une patiente est hospitalisée pour une fracture fermée de la tête de l'humérus droit consécutive à une chute, sans lésion des tissus mous. Elle présente par ailleurs un diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique. Le diabète est traité (mesures diététiques et des médicaments), ainsi que la complication rénale.

DP	S42.21	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : tête
L	1	
CD	X59.9!	Autre accident ou accident non précisé
DS	E11.20†	Diabète sucré non primaire insulino-dépendant [diabète de type 2] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé
DS	N08.3*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Exemple 7

Une patiente est hospitalisée pour une fracture fermée de la tête de l'humérus droite consécutive à une chute, sans lésion des tissus mous. Elle présente par ailleurs un diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique. Seul le diabète reçoit un traitement, diététique et médicamenteux.

DP	S42.21	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : tête
L	1	
CD	X59.9!	Autre accident ou accident non précisé
DS	E11.20†	Diabète sucré non primaire insulino-dépendant [diabète de type 2] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé

Remarque : comme le prévoit nouvellement la règle D03a, les codes daguet peuvent être codés seuls.

S0403a 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. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Un patient diabétique de type 1 est traité pour une néphropathie diabétique.

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

Exemple 2

Un patient diabétique de type 1 est traité pour une insuffisance rénale terminale due à une néphropathie diabétique.

DP	E10.20†	Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications rénales, non spécifié comme décompensé
CD	N08.3*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré
DS	N18.5	Insuffisance rénale chronique, Stade 5

Remarque : le code N18.5 *Insuffisance rénale chronique, Stade 5* 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 ». On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Rétinopathie diabétique

E10†–E14†, 4 ^e caractère « .3 »	Diabète sucré avec complications oculaires
H36.0*	Rétinopathie diabétique

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

E10†–E14†, 4 ^e caractère « .3 »	Diabète sucré avec complications oculaires
H36.0*	Rétinopathie diabétique
H35.8	Autres affections rétiniennes au cours de maladies classées ailleurs

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
-------	----------------------------

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

<i>E10†–E14†, 4^e caractère « .3 »</i>	<i>Diabète sucré avec complications oculaires</i>
<i>H28.0*</i>	<i>Cataracte diabétique</i>

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	<i>H25.-</i>	<i>Cataracte sénile</i>
ou	<i>H26.-</i>	<i>Autres cataractes</i>

et les codes correspondants des catégories *E10-E14 Diabète sucré*.

Neuropathie et diabète sucré (E10†E14† avec le 4^e 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. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Mononeuropathie diabétique :

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

Amyotrophie diabétique :

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

Maladies vasculaires périphériques et diabète sucré (E10†–E14† avec le 4^e 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. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Diabète sucré avec angiopathie périphérique :

<i>E10†–E14†, 4^e caractère « .5 »</i>	<i>Diabète sucré avec complications vasculaires périphériques</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs</i>

Syndrome du pied diabétique (E10–E14 avec le 4^e caractère « .7 »)

Le diagnostic « Pied diabétique » est codé par :

E10-E14, avec pour 4^e et 5^e caractères :

.74 *Diabète sucré avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, non spécifié comme décompensé*

ou

.75 *Diabète sucré avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, spécifié comme décompensé*

Les codes pour les manifestations observées, p.ex.

G63.2* *Polyneuropathie diabétique*

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

sont à **indiquer ensuite**. Toutes les manifestations et complications qui remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire sont à coder.

Une liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du « syndrome de pied diabétique » se trouve dans l'annexe.

Exemple 3

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

DP	E10.75+	<i>Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, spécifié comme décompensé</i>
CD	G63.2*	<i>Polyneuropathie diabétique</i>
DS	I79.2*	<i>Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs</i>
DS	I70.23	<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération</i>
L	1	
DS	A46	<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.

S0404a Syndrome métabolique

En cas de syndrome métabolique, les différentes composantes du syndrome (obésité, hypertension, hyperlipidémie et diabète sucré) doivent être codées séparément pour autant qu'elles remplissent les conditions de la définition des diagnostics supplémentaires (règle G54a).

S0405a 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 doivent **pas** être indiqués en diagnostic principal chez les diabétiques.

S0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose)

Dans le cas d'un patient atteint de fibrose kystique, on indiquera, indépendamment de la manifestation de cette maladie qui est 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 du groupe *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 multiples*

Exemple 4

Un patient souffrant de mucoviscidose et d'une infection due à Haemophilus influenzae est hospitalisé pour le traitement d'une bronchite.

- | | | |
|----|-------|---|
| DP | E84.0 | <i>Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires</i> |
| DS | J20.1 | <i>Bronchite aiguë due à Haemophilus influenzae</i> |

Le code *E84.80 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires et intestinales* **ne doit pas être indiqué** si la manifestation intestinale fait l'objet d'un traitement en priorité et si le patient a été hospitalisé p.ex. spécialement pour l'opération d'une complication associée à la manifestation intestinale. Dans ce cas, le code

- E84.1 Fibrose kystique avec manifestations intestinales*

doit être indiqué comme diagnostic principal et

- E84.0 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires*

comme diagnostic supplémentaire. Cette règle de codage représente ainsi une **exception** aux règles de la CIM-10-GM concernant le codage de la fibrose kystique avec manifestations combinées.

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

S0500 Troubles mentaux et du comportement

S0501a Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine)

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

Intoxication aiguë non accidentelle (ivresse)

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 la raison de l'hospitalisation, elle doit être codée comme diagnostic principal.

Exemple 1

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

Intoxication aiguë accidentelle

Voir chapitre S1900.

Utilisation nocive

Un « .1 » doit être saisi comme 4^e caractère s'il existe un lien entre une/des maladie(s) déterminée(s) et l'abus d'alcool ou de drogues. C'est notamment le cas des diagnostics dont on précise qu'ils sont liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

Exemple 2

Une œsophagite liée à l'alcool est diagnostiquée chez un patient.

DP K20 Oesophagite

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

Il convient de noter que dans la définition ci-dessus, le code ne se voit **pas** attribuer de 4^e caractère « .1 » en présence d'une maladie spécifiquement liée aux drogues/à l'alcool, et notamment d'un syndrome de dépendance ou d'un trouble psychotique.

S0600 Maladies du système nerveux

S0601a Accident vasculaire cérébral (AVC)

Accident vasculaire cérébral aigu

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 (p.ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence).

Exemple 1

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

DP	I63.3	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales
L	2	
DS	G81.0	Hémiplégie flasque
L	1	
DS	R47.0	Aphasie

L'infarctus cérébral est codé comme diagnostic principal et tous les troubles du fonctionnement survenant sont indiqués comme diagnostics supplémentaires.

« 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 (p.ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence) selon la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54a), suivis d'un code de la catégorie I69.- *Séquelles de maladies cérébrovasculaires.*

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée avec une pneumonie à pneumocoques. Elle a subi un accident vasculaire cérébral aigu trois ans plus tôt et prend depuis lors des antiagrégants plaquettaires comme prophylaxie des récives. Il existe une hémiparésie gauche spastique résiduelle qui demande davantage de soins.

DP	J13	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>
DS	G81.1	Hémiparésie spastique
L	2	
DS	I69.4	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

S0602a Déficits fonctionnels

En cas d'accident vasculaire cérébral, la **dysphagie**, l'**incontinence urinaire** et l'**incontinence fécale** ne sont codés que si certains critères sont remplis (voir S1801a et S1802a).

S0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique

Pour les codes concernant la paraplégie ou la tétraplégie traumatique, voir chapitre S1904a « Lésions de la moelle épinière ».

Phase initiale (aiguë) de paraplégie/tétraplégie non traumatique

La phase « aiguë » d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique comprend les premières admissions pour dysfonctionnement non traumatique dû, par exemple, à une 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.

En cas de traitement d'une maladie qui a entraîné une lésion aiguë de la moelle épinière (p. ex. une myélite), les codes suivants doivent être indiqués :

La maladie en diagnostic principal, p. ex. la myélite diffuse

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

et un code de la catégorie

G82.- *Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère « .0 » ou « .1 » en 5^e position.*

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*

Phase tardive (chronique) d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique

On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie quand le traitement de la maladie aiguë (p. ex. d'une myélite) à l'origine des paralysies est terminé. Si un patient se trouvant dans cette phase chronique est traité pour paraplégie/tétraplégie, un code de la catégorie :

G82.- *Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère « .2 » ou « .3 » en 5^e position*

doit être indiqué comme diagnostic principal.

Si, par contre, un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre affection, p. ex. une infection des voies urinaires, une fracture du fémur, etc., on indiquera la maladie à traiter suivie du code de la catégorie :

G82.- *Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère « .2 » ou « .3 » en 5^e position*

ainsi que les autres affections existantes. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

On ajoutera 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*

S0700 Maladies de l'œil et de ses annexes

S0701a 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, p. ex. :

H16.- Kératite

H18.- Autres affections de la cornée

H20.- Iridocyclite

H44.0 Endophtalmie purulente

H44.1 Autres endophtalmies

Z96.1 Présence d'implants intra-oculaires de cristallin

S0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

S0801a Problèmes d'ouïe et surdité

Les diagnostics « problèmes d'ouïe » et « surdité » peuvent être désignés par un 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 soudaine de l'audition.

S0900 Maladies de l'appareil circulatoire

S0901a Hypertension et maladies hypertensives

Cardiopathie hypertensive (I11.-)

S'il existe un **lien causal** entre la maladie cardiaque et l'hypertension, on indique un code pour la maladie cardiaque (p. ex. *I50.- Insuffisance cardiaque* ou *I51.- Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies*) suivi du code *I11.- Cardiopathie hypertensive*.

Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I11.- Cardiopathie hypertensive* pour coder une maladie cardiaque, celui-ci sera codé seul.

Si par contre il n'y **pas** de lien causal entre la maladie cardiaque et l'hypertension, celles-ci sont codées séparément.

Néphropathie hypertensive (I12.-)

S'il existe un **lien causal** entre la maladie rénale et l'hypertension, on indique un code pour la maladie rénale (p. ex. du groupe *N18.- Néphropathie chronique*) suivi du code *I12.- Néphropathie hypertensive*.

Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I12.- Néphropathie hypertensive* pour coder une maladie rénale, celui-ci sera codé seul.

Si par contre il n'y **pas** de lien causal entre la maladie rénale et l'hypertension, celles-ci sont codées séparément.

Cardionéphropathie hypertensive (I13.-)

Dans les cas où l'on est en présence aussi bien d'une cardiopathie hypertensive (I11.-) que d'une néphropathie hypertensive (I12.-), on indiquera un code pour la maladie cardiaque (p. ex. du groupe *I50.- Insuffisance cardiaque*) et un code pour la maladie rénale (p. ex. du groupe *N18.- Néphropathie chronique*) suivi du code *I13.- Cardionéphropathie hypertensive*.

Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I13.- Cardionéphropathie hypertensive* pour coder une morbidité cardiaque et rénale, celui-ci sera codé seul.

Le diagnostic principal est défini conformément à la définition du diagnostic principal (règle G52a).

S0902a Maladie cardiaque ischémique

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.

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 dans les catégories suivantes :

Diagnostic	CIM-10-GM	Laboratoire/ECG
Angine de poitrine instable	<i>I20.0 Angine de poitrine instable</i>	Troponines nég. ; ECG : pas d'élévation du segment ST
NSTEMI (N on- ST E levation M yocardial I nfarction) ou Syndrome coronarien aigu (SCA) avec troponines positives	<i>I21.4 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde</i>	Troponines pos. ; ECG : pas d'élévation du segment ST
STEMI (ST E levation M yocardial I nfarction)	<i>I21.0-3 Infarctus transmural aigu du myocarde (selon la localisation)</i>	Troponines pos. ; ECG positif (élévation du segment ST)
SCA sans précision	<i>I24.9 Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision</i>	Non spécifié

Remarque : l'angine de poitrine stable (I20.1 - I20.9) ne fait pas partie du syndrome coronarien aigu (SCA).

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.

Infarctus du myocarde récidivant

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

Infarctus du myocarde ancien

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.

Autres formes de cardiopathie ischémique chronique

Le code I25.8- *Autres formes de cardiopathie ischémique chronique* doit être utilisé pour un infarctus du myocarde traité plus de quatre semaines (28 jours) après sa survenue.

Cardiopathie ischémique ayant reçu un traitement chirurgical/interventionnel antérieur

Le traitement, pendant une hospitalisation, d'une cardiopathie ischémique ayant déjà fait l'objet d'un traitement chirurgical/interventionnel par le passé doit être codé comme suit :

Lorsqu'en l'absence d'occlusion des pontages/stents existants, une nouvelle intervention est effectuée pour traiter d'autres segments vasculaires, l'un des codes suivants

I25.11 *Cardiopathie artérioccléreuse, maladie monotronculaire*

I25.12 *Cardiopathie artérioccléreuse, maladie bitronculaire*

I25.13 *Cardiopathie artérioccléreuse, maladie tritronculaire*

ou

I25.14 *Cardiopathie artérioccléreuse, sténose du tronc commun de l'artère coronaire gauche*

ainsi que l'un des deux suivants

Z95.1 *Présence d'un pontage aorto-coronaire*

ou

Z95.5 *Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*

doivent être indiqués.

Les codes

I25.15 *Cardiopathie artérioccléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage*

I25.16 *Cardiopathie artérioccléreuse, avec sténose sur stent*

ne doivent être indiqués **que** si le pontage/stent est lui-même touché.

Dans ce cas, les codes

Z95.1 *Présence d'un pontage aorto-coronaire*

Z95.5 *Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*

ne doivent **pas** être indiqués comme diagnostics supplémentaires.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé avec une angine de poitrine instable qu'il a développée trois ans après une opération de pontage. L'examen par cathétérisme cardiaque montre une sténose du bypass veineux.

DP I20.0 Angine de poitrine instable

DS I25.15 Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage

Les **conditions nécessaires pour l'attribution** des codes

Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

ou

Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires

sont non seulement que l'anamnèse rapporte l'existence d'un pontage aorto-coronaire ou un antécédent d'angioplastie coronaire, mais aussi que ces informations soient pertinentes pour le traitement hospitalier en cours (voir définition du diagnostic supplémentaire, règle G54a).

S0903a Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire

Dans le codage d'une occlusion de stent ou de pontage, la première question importante est de déterminer s'il s'agit d'une occlusion **AVEC** ou **SANS** infarctus du myocarde.

Dans les cas d'occlusion sans infarctus du myocarde, on fait une distinction entre la thrombose coronaire et l'occlusion chronique. Lorsque la thrombose est l'objet d'un traitement local spécifique, elle est à coder en plus comme une complication due à l'implant/au transplant vasculaire.

Règles de codage d'une thrombose ou occlusion de stent/pontage coronaire

- 1) Toute occlusion de stent ou de pontage coronaire **avec un infarctus du myocarde** doit être désignée en diagnostic principal par le code I21.- *Infarctus aigu du myocarde*. Ceci vaut pour la thrombose aiguë (de stent) et pour l'occlusion par progression de la maladie primaire.

Le code T82.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* n'est ajouté pour une thrombose que si celle-ci fait l'objet d'un traitement local spécifique, p. ex. par 36.04 *Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*.

Pour toute nouvelle PTCA avec ou sans pose de stent – ou toute nouvelle opération de pontage – on ne codera pas le T82.8, mais le Z95.1 *Présence d'un pontage aorto-coronaire*.

- 2) Dans les cas d'occlusion de stent ou de pontage coronaire **sans infarctus du myocarde**, on distingue selon l'étiologie :

- a) La thrombose, désignée en diagnostic principal par le code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde*.

Le diagnostic T82.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* n'est codé en plus que si la thrombose fait l'objet d'un traitement local spécifique, p. ex. 36.04 *Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*.

Pour toute nouvelle PTCA avec ou sans pose de stent – ou toute nouvelle opération de pontage – on ne codera pas le T82.8, mais le Z95.1 *Présence d'un pontage aorto-coronaire*.

- b) L'**occlusion** par prolifération de l'intima (ou par progression de la maladie artérioscléreuse primaire) est codée par :

I25.15 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose de vaisseaux de pontage, ou

I25.16 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose sur stents

Dans ce cas, Z95.1 et Z95.5 ne doivent pas être indiqués comme diagnostics supplémentaires.

Exemple 1

Une patiente fait un infarctus aigu du myocarde suite à l'occlusion thrombotique d'un stent implanté 2 mois auparavant. Elle est traitée par insertion d'un nouveau stent métallique.

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
TP	00.66.2-	Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé
TS	00.40	Intervention sur un vaisseau
TS	00.45	Insertion d'un stent vasculaire
TS	36.06	Insertion de stent(s) coronaire(s) sans libération médicamenteuse

Exemple 2

Un patient fait un infarctus aigu du myocarde suite à l'occlusion thrombotique d'un stent implanté 2 mois auparavant. Un nouveau stent métallique est inséré ; dans la même séance, la thrombose du stent est traitée par perfusion d'agent thrombolytique dans l'artère coronaire.

DP	I21.-	Infarctus aigu du myocarde
DS	T82.8	Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
DS	Y82.8!	Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
TP	00.66.2-	Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé
TS	00.40	Intervention sur un vaisseau
TS	00.45	Insertion d'un stent vasculaire
TS	36.06	Insertion de stent(s) coronaire(s) sans libération médicamenteuse
TS	36.04	Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire

Exemple 3

Chez un patient atteint de maladie coronarienne chronique, la coronarographie montre une occlusion du pontage LIMA. Un traitement conservateur est planifié et une réopération est programmée.

DP	I25.15	Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage
TP	88.5-	Angiocardiographie
TS	37.21-23	Cathétérisme cardiaque

Exemple 4

Une patiente présente une occlusion thrombotique du stent. Il peut être recanalisé par traitement thrombolytique in situ, la patiente ne développe pas d'infarctus du myocarde.

DP	I24.0	Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde
DS	T82.8	Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
DS	Y82.8!	Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
TP	00.66.2-	Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé
TS	00.40	Intervention sur un vaisseau
TS	36.04	Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire

S0904a 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-GM répertorie les affections des valvules cardiaques selon un système peu commun en Suisse, comme l'illustrent les affections de la valvule mitrale : une insuffisance de la valvule mitrale dont l'origine n'est pas précisée est signalée 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*.

Les affections des valvules cardiaques d'origine non précisée sont désignées par des codes des catégories I34 à I37, ce qui diverge de la CIM-10-GM (voir tableau).

Codage des affections des valvules cardiaques :

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

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*.

S0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques

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

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

Stimulateur cardiaque permanent

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.

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

Dans ce cas, le code *Z45.0 Adaptation et manipulation d'un stimulateur cardiaque implanté et d'un défibrillateur cardiaque implanté* est indiqué comme diagnostic principal, avec les codes de procédures correspondants.

Complications liées au stimulateur/défibrillateur cardiaque

Les **complications** du système de stimulation/défibrillation cardiaque sont indiquées par 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*

S0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque

Pour un examen de contrôle après transplantation cardiaque, on indiquera comme diagnostic principal le code

Z09.80 Examen de suivi après transplantation d'organe

et comme diagnostic supplémentaire le code

Z94.1 Etat après greffe du cœur

S0907a Oedème pulmonaire aigu

Pour le codage d'un œdème pulmonaire, on se basera sur sa cause initiale : p. ex. l'œdème aigu pulmonaire (OAP) d'origine cardiaque, très fréquent, sera indiqué par le code *I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche, avec symptôme au repos*.

Voir aussi les inclusions et exclusions sous *J81 Oedème pulmonaire* dans la CIM-10-GM.

S0908a 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, l'origine est connue.

En cas de réanimation dans le cadre d'un arrêt cardiaque, on indiquera de plus le code CHOP pour la réanimation.

S0909a Révisions ou réopérations du cœur et du péricarde

Une réopération est une nouvelle intervention faisant suite à une opération antérieure du cœur avec ouverture du péricarde ou chirurgie ouverte sur des valvules cardiaques.

Pour toute réopération du cœur codée dans les catégories 35-37, le code

37.99.80 Réopération du cœur et du péricarde

doit être indiqué en plus.

S0910a Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV

Lors d'une hospitalisation pour fermeture d'une fistule AV ou suppression d'un shunt AV, on indiquera comme diagnostic principal le code

Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

en plus du code CHOP

39.43 Ablation de shunt artério-veineux pour hémodialyse

S1000 Maladies de l'appareil respiratoire

S1001a Respiration artificielle

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 et ventilé en permanence. Pour les **patients pris en charge aux soins intensifs**, la respiration mécanique peut se faire également à l'aide de systèmes de masques, **si ceux-ci sont utilisés en lieu et place de l'intubation ou de la trachéotomie**.

La **prise en charge aux soins intensifs** doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et exige une infrastructure et un personnel adéquats. Il s'agit en règle générale d'unités de soins intensifs reconnues ou non reconnues (les salles de réveil n'en font en aucun cas partie). Les patients n'ayant pas besoin d'une prise en charge aux soins intensifs (p. ex. disposant déjà d'un service de ventilation à domicile et admis pour une chimiothérapie programmée) ne sont pas concernés.

Codage

Si la ventilation mécanique répond à la définition ci-dessus :

1. La **durée en heures** de la respiration artificielle doit être saisie. Un champ séparé, la variable 4.4.V01, est prévu à cet effet dans le fichier de données de la statistique médicale.

2. Ensuite, on indiquera **en plus**

le code	96.04	<i>Intubation endotrachéale</i>
et/ou		
le code	31.1	<i>Trachéostomie temporaire ou</i>
	31.29	<i>Trachéostomie permanente</i>

si une trachéostomie a été pratiquée pour la ventilation artificielle.

3. Chez les nouveau-nés et les nourrissons, un code supplémentaire de la catégorie

96.A1.10 / .11 *Ventilation mécanique par pression positive continue (CPAP) chez le nouveau-né (selon l'âge)*

sera utilisé.

Note : chez les nouveau-nés, d'autres mesures de soutien de la respiration, telle p. ex. l'oxygénation (93.96.--) doivent par ailleurs être codées en l'absence de ventilation mécanique. La durée de l'oxygénation ne doit pas être saisie comme durée de ventilation.

4. **Dans le cas particulier des patients ventilés à domicile par une trachéostomie, on procèdera selon une règle analogue** à celle appliquée aux patients en soins intensifs, ventilés mécaniquement par des systèmes de masques. Cela signifie que les temps de ventilation devront être saisis dans les cas isolés s'il s'agit d'un « patient pris en charge aux soins intensifs ».

Calcul de la durée de la ventilation

Les temps de ventilation sont comptés dans toutes les unités de soins intensifs selon les règles suivantes :

le temps de ventilation est calculé sur la base du nombre saisi d'heures de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par nombre d'heures pour 3 heures quotidiens; au moins 3 heures pour 2 heures quotidiens), multiplié par la durée de soins.

Si la ventilation pendant le transport et les examens en dehors de l'unité de soins intensifs est assurée par l'équipe médicale/infirmière de l'unité, ce temps est ajouté au temps total de ventilation à l'USI. Par contre, la durée d'une ventilation mécanique entreprise pour la réalisation d'une opération ou pendant une opération n'est pas comptée dans le temps de ventilation total. Cela signifie que la ventilation mécanique pendant une opération est considérée comme partie intégrante de l'intervention chirurgicale dans le cadre de l'anesthésie et ne fait pas partie de la prise en charge aux soins intensifs.

Le temps de ventilation total à l'issue d'une/plusieurs périodes de ventilation pendant une hospitalisation doit être déterminé selon les règles susmentionnées.

Début de la durée de la ventilation

Le décompte de la durée de ventilation débute avec l'un des événements suivants :

- **Intubation endotrachéale**

Chez les patients intubés pour une ventilation artificielle, la durée de ventilation est comptée à partir du moment où le patient est raccordé au respirateur.

Le tube endotrachéal doit parfois être remplacé en raison de problèmes mécaniques. Dans ce cas, la durée de retrait et de remplacement immédiat du tube endotrachéal est considérée comme faisant partie du temps de ventilation et le décompte de celui-ci est poursuivi sans interruption.

Pour les patients dont la ventilation artificielle commence par une intubation endotrachéale et se poursuit plus tard par une trachéotomie, le décompte de la durée de ventilation commence au moment de l'intubation et inclut celle de la ventilation par trachéostomie.

- **Ventilation par masque**

La durée de ventilation est comptée à partir du moment où commence la ventilation mécanique.

- **Trachéotomie**

La durée de ventilation par trachéotomie fait partie du temps de ventilation si la trachéotomie du patient s'effectue en unité de soins intensifs.

Chez les patients qui subissent une trachéotomie en salle d'opération, sans avoir été ventilés auparavant en unité de soins intensifs et sont ventilés post-opérativement ensuite aux soins intensifs, la durée de ventilation commence à l'admission aux soins intensifs.

- **Admission d'un patient ventilé**

Chez les patients qui sont ventilés au moment de leur admission, la durée de ventilation est comptée à partir du moment de leur admission.

- **Admission d'un patient sous ventilation postopératoire**

Chez ces patients, le moment déterminant est l'admission en unité de soins intensifs.

Fin de la durée de la ventilation

Le décompte de la durée de la ventilation prend fin avec l'un des événements suivants :

- **Extubation**

- **Fin de la ventilation** après une période de sevrage.

Note : chez les patients trachéostomisés (après une période de sevrage), le tube trachéal est laissé en place pendant quelques jours après la fin de la ventilation mécanique (ou plus longtemps, p. ex. chez les patients atteints de maladies neuromusculaires). Le décompte de la durée de ventilation prend alors fin au moment où la ventilation mécanique est arrêtée.

- **Sortie, décès ou transfert** d'un patient sous respiration artificielle (v. aussi ci-dessous « Patients transférés »).

Sevrage

La **méthode de sevrage** (p. ex. CPAP, SIMV, PSV) de la respiration artificielle **n'est pas codée**.

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. Plusieurs tentatives peuvent être nécessaires pour sevrer le patient du respirateur.

La **fin du sevrage** ne peut être constatée que rétrospectivement après l'établissement d'un état respiratoire stable.

L'état respiratoire est réputé stable lorsque le patient respire spontanément et complètement sans assistance mécanique sur une période prolongée.

Cette période est définie comme suit :

- patients ventilés **jusqu'à 7 jours** (sevrage compris) : **24 heures**
- patients ventilés **plus de 7 jours** (sevrage compris) : **36 heures**

Pour le calcul de la durée de ventilation, la fin de la dernière assistance respiratoire mécanique est considérée comme la fin du sevrage.

Le sevrage du respirateur comprend aussi une aide respiratoire mécanique sous forme de phases intermittentes de ventilation assistée non invasive ou d'assistance respiratoire telle que la CPAP au masque avec ou sans ASB, en alternance avec la respiration spontanée sans aide mécanique. Il n'inclut cependant ni l'insufflation, ni l'inhalation d'oxygène par des systèmes de masques ou de sondes d'O₂.

Dans le cas particulier du sevrage incluant des phases intermittentes d'aide respiratoire mécanique à l'aide d'un masque CPAP en alternance avec la respiration spontanée, leur durée ne peut être prise en compte dans le temps de ventilation que si la respiration spontanée du patient a été assistée par un masque CPAP sur une durée totale d'au moins 2 heures par tranche de 8 heures ou d'au moins 3 heures par tranche de 12 heures dans un jour civil.

Dans ce cas, le compte de la durée de ventilation prend fin après la dernière phase où le patient a été assisté par masque CPAP durant au moins 2 heures par tranche de 8 heures, ou durant au moins 3 heures par tranche de 12 heures.

Patients transférés

Les règles fondamentales suivantes s'appliquent au transfert d'un patient **ventilé** :

L'hôpital d'où s'effectue le transfert saisit la durée de ventilation du patient dans l'établissement et indique les codes qui correspondent :

- à l'accès à la ventilation mécanique (96.04 *Intubation endotrachéale*)
- à la trachéostomie (31.1 *Trachéostomie temporaire* ou 31.29 *Autre trachéostomie permanente*)
- à la ventilation mécanique chez les nouveau-nés et les nourrissons (96.A1.-- *Ventilation mécanique du nouveau-né et du nourrisson*)

lorsque ces mesures ont été effectuées dans l'établissement d'où se fait le transfert.

L'hôpital d'admission saisit la durée de ventilation du patient dans son établissement ; pour les nourrissons, indiquer en plus un code 96.A1.--. Aucun code n'est indiqué pour l'instauration de la ventilation, ces mesures ayant déjà été effectuées par l'hôpital d'où s'est fait le transfert.

En cas de transfert d'un patient intubé **non ventilé**, l'hôpital d'où s'effectue le transfert doit coder l'accès à la ventilation mécanique (96.04 *Intubation endotrachéale*) et, le cas échéant, la trachéostomie (31.1 *Trachéostomie temporaire* ou 31.29 *Autre trachéostomie permanente*). L'hôpital d'admission ne recode pas ces procédures déjà effectuées.

Intubation sans ventilation mécanique

Une intubation peut aussi s'effectuer pour d'autres besoins que la respiration artificielle, p. ex. la nécessité de maintenir l'ouverture des voies aériennes. L'intubation peut être indiquée chez des enfants ayant un diagnostic d'asthme, de croup ou d'épilepsie, et chez des adultes victimes de brûlures ou de traumatismes sévères.

Dans ces cas, elle doit être saisie à l'aide du code 96.04 *Intubation endotrachéale*.

Ventilation continue par pression positive (CPAP)

Le code 96.A1.-- doit être utilisé uniquement pour les **nouveau-nés et les nourrissons**, indépendamment de la durée de traitement (donc même pour les traitements de moins de 24 heures). Pour une assistance respiratoire immédiatement après la naissance, ce code ne doit être indiqué que si l'assistance a duré au moins 30 minutes.

Lorsque **chez les adultes, les enfants ou les adolescents**, un trouble tel que **l'apnée du sommeil** est traité par CPAP, un code de 93.90.1- *Ventilation assistée en pression positive continue (CPAP)* et la durée de ventilation **ne doivent pas être saisis**.

La première instauration d'une thérapie CPAP ou le contrôle ou l'optimisation d'une thérapie CPAP instaurée précédemment sont indiqués par les codes 93.90.11 *CPAP, instauration* et 93.90.12 *Vérification ou optimisation d'une thérapie CPAP instaurée précédemment*.

Lorsque la CPAP (au masque ou non) est utilisée comme méthode de sevrage du respirateur, les codes du groupe 93.90.1- *Ventilation assistée en pression positive continue (CPAP)* **ne doivent pas être utilisés**, mais la durée de ventilation doit être prise en compte, c.-à-d. ajoutée à la durée de ventilation totale (voir plus haut).

S1002a Insuffisance respiratoire

Il y a insuffisance respiratoire lorsque des modifications pathologiques des gaz du sang caractéristiques d'une insuffisance respiratoire partielle ou totale sont décelables. Une dyspnée sans modification des gaz du sang n'est pas une insuffisance respiratoire.

J96.- Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs peut être codé en plus de la maladie principale si le cas exige l'engagement de ressources médicales (p. ex. une oxygénothérapie).

S1100 Maladies de l'appareil digestif

S1101a Appendicite

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

K35.-	<i>Appendicite aiguë</i>
K36	<i>Autres formes d'appendicite</i>
K37	<i>Appendicite, sans précision</i>

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

S1102a Adhérences

La lyse d'adhérences abdominales peut être une « procédure principale » complexe ou une « 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. Dans ces cas, il convient d'indiquer un code de diagnostic (p. ex. *K66.0 Adhérences péritonéales*) pour les adhérences et un code de procédure (p. ex. *54.5- Lyse d'adhérences péritonéales*).

S1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite

Chez les patients avec ulcère gastrique, un code de

K25.-	<i>Ulcère de l'estomac</i>
-------	----------------------------

doit être indiqué, suivi d'un code de

K29.-	<i>Gastrite et duodénite</i>
-------	------------------------------

lorsque les deux maladies coexistent.

S1104a 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 1

Hémorragie aiguë d'ulcère gastrique.

DP	K25.0	<i>Ulcère aigu de l'estomac avec hémorragie</i>
----	-------	---

Exemple 2

Œsophagite de reflux avec hémorragie.

DP	K21.0	<i>Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite</i>
----	-------	---

DS	K22.8	<i>Autres maladies précisées de l'œsophage (Hémorragie de l'œsophage SAI)</i>
----	-------	---

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, un code supplémentaire tiré de

K92.- Autres maladies du système digestif

doit être indiqué pour l'hémorragie.

Si dans une « hémorragie perianale », le site de l'hémorragie ne peut **pas** être déterminé ou si aucun examen correspondant n'a été effectué, le code

K92.2 Hémorragie gastro-intestinale, sans précision

doit être indiqué.

Le code

K62.5 Hémorragie de l'anus et du rectum

ne doit **pas** être utilisé dans ce cas.

Si toutefois un patient est examiné pour un mélaena (selles noires) ou du sang occulte dans les selles, il ne faut pas automatiquement en déduire que la lésion décelée par endoscopie est à l'origine du mélaena ou du sang occulte. En absence de lien de causalité entre un symptôme et un résultat d'examen, le symptôme sera codé d'abord, suivi du résultat d'examen.

Les patients ayant une anamnèse d'hémorragie gastro-intestinale récente sont parfois convoqués pour une endoscopie dans le but de déterminer la source de l'hémorragie, mais ne montrent pas de saignement pendant l'examen. Si un diagnostic *clinique* est posé sur la base de l'anamnèse ou d'autres éléments du dossier, l'absence d'hémorragie pendant l'hospitalisation n'exclut pas a priori un codage assorti de la modification « avec hémorragie », ni l'indication d'un code de la catégorie *K92.- Autres maladies du système digestif* dans les cas où la cause de l'hémorragie n'a pas pu être déterminée.

S1105a 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 (voir règle G54a).

S1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

S1201a Chirurgie plastique

On peut recourir à la chirurgie plastique pour des raisons **médicales** ou **esthétiques**.

Lors d'interventions pour des raisons médicales, l'état pathologique ou le facteur de risque qui a motivé l'intervention doit être codé comme diagnostic principal.

Si le motif de l'intervention est purement esthétique, le diagnostic principal est un code « Z ».

Révision de cicatrice

Lors de la révision d'une cicatrice, le code

L90.5 Cicatrices et fibrose cutanées

doit être indiqué si la cicatrice nécessite un traitement pour problèmes (p. ex. douleurs).

Si, par contre, le traitement ultérieur a lieu pour des raisons esthétiques, on indiquera le code

Z42.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique

Ablation d'implants mammaires

L'ablation d'implants mammaires peut avoir des raisons **médicales** ou **esthétiques**.

Lors d'une ablation d'implants mammaires pour raisons médicales, l'un des codes suivants

T85.4 Complication mécanique d'une prothèse et d'un implant mammaires

T85.78 Infection et réaction inflammatoire due à d'autres prothèses, implants et greffes internes

T85.82 Fibrose capsulaire du sein due à une prothèse ou un implant mammaire

T85.88 Autres complications dues à des prothèses, implants et greffes internes non classées ailleurs

doit être indiqué.

Si l'ablation d'implants mammaires a lieu pour des raisons esthétiques, on indiquera le code

Z42.1.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein

S1202a Mastectomie sous-cutanée prophylactique

Cette opération est effectuée p. ex. lors de diagnostics tels qu'une anamnèse familiale de cancer du sein, une douleur chronique, une infection chronique, un carcinome mammaire lobulaire dans le sein controlatéral, un carcinome mammaire in situ ou une mastopathie fibrokystique. Ces états doivent être codés en diagnostic principal.

Exemple 1

Mastectomie en raison d'une anamnèse familiale de cancer du sein.

DP Z80.3 Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein

Exemple 2

Mastectomie en raison d'une mastopathie fibrokystique.

DP N60.1 Mastopathie diffuse kystique

Exemple 3

Une patiente porteuse confirmée d'un gène la prédisposant à un cancer du sein est admise pour une mastectomie bilatérale préventive.

DP Z40.00 Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes, glande mammaire [sein]

S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire

S1401a Dialyse

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

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

S1402a Verrues anogénitales

Les admissions pour traitement de verrues anogénitales sont désignées comme diagnostic principal par un code de la liste ci-dessous :

périanales	K62.8	<i>Autres maladies précisées de l'anus et du rectum</i>
col cervical	N88.8	<i>Autres affections non inflammatoires précisées du col de l'utérus</i>
vaginales	N89.8	<i>Autres affections non inflammatoires précisées du vagin</i>
vulvaires	N90.8	<i>Autres affections non inflammatoires précisées de la vulve et du périnée</i>
pénien	N48.8	<i>Autres affections précisées de la verge</i>

Le code

A63.0 *Condylomes ano-génitaux (vénériens)*

doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire.

S1403a Chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines (MGF)

Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « mutilation génitale féminine » (MGF) comme

« toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins et/ou toute intervention pratiquée sur les organes génitaux féminins pour une raison non médicale ».

Codage

Il s'agit de coder les maladies nécessitant une opération de reconstruction. En absence de maladie particulière, on codera

N90.8 *Autres affections non inflammatoires précisées de la vulve et du périnée*

en diagnostic principal.

S1500 Obstétrique

S1501a Définitions

Naissance à terme

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

Naissance après (post) terme

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

Naissance avant terme

Moins de 37 semaines révolues (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, présentant un poids égal ou supérieur à 500 g ou un âge gestationnel d'au moins 22 semaines révolues (Ordonnance sur l'état civil).

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 et avec un poids à la naissance de moins de 500 g.

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).

S1502a Interruption précoce de grossesse

Avortement (O02.- à O06.-)

Les codes des catégories O02.- à O06.- ne doivent être utilisés que si une grossesse se termine par un avortement spontané ou une interruption thérapeutique précoce.

L'avortement est codé en diagnostic principal et la cause de l'interruption en diagnostic supplémentaire.

Exemple 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
DS	O09.1!	Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Exemple 2

Interruption de grossesse dans le cadre d'une grossesse non désirée.

DP	O04.9	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
DS	Z64.0	Difficultés liées à une grossesse non désirée
DS	O09.1!	Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire (O08.-)

Un code de la catégorie O08.- *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire* n'est attribué en **diagnostic principal** que si une patiente est réhospitalisée en raison d'une complication survenue à la suite d'un avortement traité auparavant.

Exemple 3

Une patiente est hospitalisée pour une coagulation intravasculaire disséminée suite à un avortement à la 10^e semaine de grossesse qui a eu lieu deux jours auparavant dans un autre hôpital.

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

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

Un code de la catégorie O08.- *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, molaire* est attribué en **diagnostic supplémentaire** pour indiquer une complication liée aux diagnostics de la catégorie O00-O02 *Grossesse extra-utérine, grossesse molaire, autres produits anormaux de la conception*.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée en état de choc pour une rupture de la trompe due à une grossesse tubaire dans la 6^e semaine de grossesse.

DP	O00.1	Grossesse tubaire
DS	O08.3	Choc consécutif à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire
DS	O09.1!	Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Lorsqu'une patiente est admise pour une rétention partielle de produits de conception à la suite d'un avortement traité auparavant, le diagnostic principal codé est un avortement **incomplet** avec complication (O03-O06 avec .0 à .3 comme 4^e caractère).

Exemple 5

Une patiente est hospitalisée pour une hémorragie sur rétention deux semaines après un avortement spontané dont elle retient des produits de conception. L'avortement avait eu lieu dans la 5^e semaine de grossesse et a été traité ambulatoirement.

DP O03.1 Avortement spontané incomplet, compliqué d'une hémorragie retardée ou sévère

Un code tiré de

O08.- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire

sera codé en **diagnostic supplémentaire** en relation avec les diagnostics des catégories O03-O07 si cela rend le codage plus précis (comparer l'exemple 5 et l'exemple 6).

Exemple 6

Une patiente est hospitalisée pour un avortement incomplet à la 12^e semaine de grossesse et un collapsus circulatoire.

DP O03.3 Avortement spontané, incomplet, avec complications autres et non précisées

DS O08.3 Choc consécutif à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire

DS O09.1! Durée de la grossesse, 5 à 13 semaines révolues

Enfant mort-né

Si la grossesse se termine de manière précoce par une **mortinaissance**, il faut coder en diagnostic principal la raison de la fin de la grossesse.

Exemple 7

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 spontané avec accouchement prématuré, ou
O60.3 Accouchement prématuré sans travail spontané

DS O09.-! Durée de la grossesse ... semaines

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

Naissance vivante

Si la grossesse interrompue précocement donne lieu à une **naissance vivante**, il faut coder en diagnostic principal la raison de la fin de la grossesse, mais en utilisant le code Z37.0! *Naissance unique, enfant vivant* (ou code analogue en cas de naissance multiple).

S1503a Affections pendant la grossesse

En cas de grossesse, le chapitre XV « Grossesse, accouchement et puerpéralité » prime sur les chapitres concernant les organes. Attention : pour les codes O98-O99, ajouter un code supplémentaire des autres chapitres pour préciser la maladie existante.

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 états liés principalement à la grossesse peuvent être spécifiés par des codes des catégories O20-O29.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pendant la 30^e semaine de grossesse pour opérer un syndrome du canal carpien qui s'est aggravé pendant la grossesse.

DP O26.82 *Syndrome du canal carpien pendant la grossesse*

DS O09.4! *Durée de la grossesse, 26^e semaine à 33 semaines révolues*

- Pour coder d'autres complications de la grossesse (ou des états qui s'aggravent pendant la grossesse ou qui sont les principaux motifs de mesures obstétricales), on dispose des codes des catégories O98-O99 qui doivent être indiqués à chaque fois avec un code de diagnostic supplémentaire des autres chapitres de la CIM-10-GM, désignant la maladie existante.

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour une anémie par carence en fer sévère 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*

DS O09.-! *Durée de la grossesse ... semaines*

Exemple 3

Une patiente est hospitalisée pendant la 30^e semaine de grossesse pour un asthme bronchique allergique qui complique la grossesse.

DP O99.5 *Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*

DS J45.0 *Asthme à prédominance allergique*

DS O09.4! *Durée de la grossesse, 26^e semaine à 33 semaines révolues*

- Lorsqu'une patiente est admise pour une affection qui ne complique pas la grossesse, ni n'est compliquée par la grossesse, cette affection doit être codée en diagnostic principal avec pour diagnostics supplémentaires les codes Z34 *Surveillance d'une grossesse normale* et O09.-! *Durée de la grossesse ... semaines*.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée pendant la 30^e semaine de grossesse pour une fracture d'un os métacarpien de la main droite après une chute à bicyclette.

DP	S62.32	Fracture d'un autre os du métacarpe, diaphyse
L	1	
CD	V99!	Accident de transport
DS	Z34	Surveillance d'une grossesse normale
DS	O09.4!	Durée de la grossesse, 26 ^e semaine à 33 semaines révolues

- 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*.

S1504a Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant

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 p. ex. d'une présentation du siège à l'accouchement avec dystocie, on utilisera le code

O64.1 *Dystocie due à une présentation du siège à l'accouchement*

comme diagnostic principal.

Dans le cas p. ex. d'une présentation du siège sans dystocie, avec accouchement spontané, on utilisera le code

O32.1 *Soins maternels pour présentation du siège*.

Les présentations occipitales (présentation occipitale antérieure, postérieure, latérale ou diagonale) ne doivent être codées que si elles donnent lieu à une intervention.

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.

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 p. 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, p. ex. lors de soins prénataux en raison de douleurs dues à une cicatrice.

S1505a Règles spéciales pour l'accouchement

Les règles ci-dessous s'appliquent aussi bien aux maisons de naissances qu'aux hôpitaux (pour autant que la loi autorise la fourniture de la prestation concernée dans une maison de naissance ; voir commentaire sur l'art. 58e OAMal).

Choix du diagnostic principal lors d'un accouchement

Lorsqu'une hospitalisation est liée à l'accouchement d'un enfant, mais que la patiente a été admise en raison d'un état prénatal nécessitant un traitement, on procédera comme suit :

- Si un traitement a été nécessaire **pendant plus de sept jours civils** avant l'accouchement, l'état prénatal doit être codé comme le diagnostic principal.
- Dans tous les autres cas, le diagnostic principal est le diagnostic qui se rapporte à l'accouchement.

Accouchement unique spontané par voie vaginale (O80)

O80 Accouchement unique et spontané n'est indiqué, et en diagnostic principal, que lorsque l'accouchement s'est déroulé sans problème. Dans le cas contraire, le principal problème clinique (p. ex. naissance avant terme, dystocie, grossesse à risque, etc.) est indiqué en diagnostic principal par le code correspondant tiré du chapitre XV. En d'autres termes, O80 n'est pas codé comme diagnostic supplémentaire.

Les seules procédures obstétriques pouvant être indiquées lorsque *O80 Accouchement unique et spontané* est en diagnostic principal sont :

- 03.91 *Injection d'analgésique dans le canal rachidien*
- 73.0- *Rupture artificielle des membranes (amniotomie)*
- 73.59 *Autre assistance manuelle de l'accouchement*
- 73.6 *Episiotomie*

Exemple 1

Accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique en bonne santé à la 39^e semaine de grossesse, périnée intact.

DP	O80	Accouchement unique et spontané
DS	O09.6!	Durée de la grossesse, 37 ^e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant
TP	73.59	Autre assistance manuelle de l'accouchement

Accouchement unique par forceps et ventouse ou par césarienne (O81-O82)

O81 *Accouchement unique par forceps et ventouse et*

O82 *Accouchement unique par césarienne*

sont des codes à utiliser uniquement si aucune affection du chapitre XV ne peut être codée pour indiquer la raison de ce type d'accouchement ; O81 et O82 ne doivent pas être codés en diagnostic supplémentaire.

Durée de la grossesse

Un code de la catégorie

O09.-! *Durée de la grossesse*

doit être indiqué pour la durée de la grossesse au moment de l'hospitalisation de la mère.

Résultat de l'accouchement

Pour chaque accouchement, l'hôpital dans lequel il a eu lieu doit indiquer pour la mère le code correspondant de la catégorie

Z37.-! *Résultat de l'accouchement*

Il ne doit jamais être en diagnostic principal.

Naissances multiples

En cas de naissances multiples spontanées p. ex. d'enfants vivants, les codes suivants

O30.0 *Grossesse multiple, jumeaux*

Z37.2! *Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants*

73.59 *Autre assistance manuelle de l'accouchement*

doivent être indiqués.

Si les enfants d'une grossesse multiple naissent selon deux méthodes différentes, les deux méthodes d'accouchement doivent être codées.

Exemple 2

Naissance gémellaire prématurée à la 35^e semaine ; le premier jumeau naît d'une extraction par le siège, le deuxième est extrait par césarienne, sa présentation transversale empêchant un accouchement par voie vaginale.

DP	O64.8	Dystocie due à d'autres positions et présentations anormales
DS	O32.5	Soins maternels pour grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou plusieurs fœtus
DS	O30.0	Grossesse multiple, jumeaux
DS	O60.1	Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré
DS	O09.5!	Durée de la grossesse, 34 ^e semaine à 36 semaines révolues
DS	Z37.2!	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants
TP	74.1	Césarienne isthmique basse
TS	73.59	Autre assistance manuelle de l'accouchement

Accouchement avant l'admission

Lorsqu'une patiente a mis au monde un enfant avant d'être hospitalisée, qu'aucune procédure liée à l'accouchement n'a été pratiquée pendant le séjour hospitalier et que la mère n'a pas connu de complication pendant la puerpéralité, il faut indiquer le code qui convient de la catégorie Z39.- *Soins et examens du post-partum*.

Lorsqu'une **complication** entraîne une hospitalisation, elle doit être codée en diagnostic principal. Un code de la catégorie Z39.- doit être attribué en diagnostic supplémentaire.

Lorsqu'une patiente qui vient d'accoucher est transférée dans un autre hôpital pour accompagner un enfant malade et qu'elle y reçoit des soins postpartum de routine, c'est dans ce dernier hôpital que ces soins seront indiqués par un code correspondant de la catégorie Z39.-.

Lorsqu'une patiente ayant subi une césarienne est transférée dans un autre hôpital pour les soins postopératoires sans qu'aucun de ses états ne remplisse la définition de diagnostic principal ou supplémentaire, le code correspondant du groupe Z39.- doit être indiqué comme diagnostic principal et le code Z48.8 *Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* comme diagnostic supplémentaire.

Il ne faut PAS attribuer un code de la catégorie Z37.-! dans ces cas-là.

Accouchement avant terme, travail prématuré et faux travail

Un code de la catégorie

O47.- Faux travail

doit être utilisé pour des contractions ne déclenchant pas le travail (n'agissant **pas** sur le col de l'utérus).

Un code de la catégorie

O60.- Travail prématuré avec accouchement

doit être utilisé pour des contractions déclenchant le travail, avec/sans accouchement durant la même hospitalisation.

Si la raison de l'accouchement avant terme, du travail prématuré ou du faux travail est connue, elle doit être codée en diagnostic principal, accompagné d'un code des catégories O47.- ou O60.- comme diagnostic supplémentaire. Si la raison n'est pas connue, le code des catégories O47.- ou O60.- doit être indiqué en diagnostic principal. En outre, il y a lieu d'attribuer en diagnostic supplémentaire un code tiré de O09.-! *Durée de la grossesse.*

Grossesse prolongée et dépassement de terme

Le code

O48 *Grossesse prolongée*

doit être indiqué 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 3

Une patiente met un enfant au monde au cours de la 43^e semaine.

DP	O48	<i>Grossesse prolongée</i>
DS	O09.7!	<i>Durée de la grossesse supérieure à 41 semaines révolues</i>
DS	Z37.0!	<i>Naissance unique, enfant vivant</i>

Exemple 4

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	<i>Grossesse prolongée</i>
DS	O09.6!	<i>Durée de la grossesse, 37^e semaine à 41 semaines révolues</i>
DS	Z37.0!	<i>Naissance unique, enfant vivant</i>

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).*

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* qui doit être utilisé. Le laps de temps écoulé entre la rupture des membranes et l'accouchement doit être d'au moins 24 heures.

Prolongation de la période d'expulsion sous anesthésie épidurale

Le code *O74.6 Autres complications d'une rachianesthésie et d'une anesthésie épidurale au cours du travail et de l'accouchement* doit être indiqué lorsque la période d'expulsion dure plus de deux heures sous analgésie épidurale (péridurale).

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*.

L'hémorragie du post-partum (O72.-) ne doit être codée que si elle répond à la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54a).

S1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

S1601a Série de données de la statistique médicale

Pour tous les nouveau-nés naissant dans l'hôpital même, le poids à la naissance doit obligatoirement être saisi dans les données de la statistique médicale.

Pour tous les nouveau-nés et nourrissons (jusqu'à un an révolu) hospitalisés après la naissance, le poids à l'admission doit être obligatoirement saisi.

S1602a Définitions

Période périnatale et néonatale

Selon la définition de l'OMS

- 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

S1603a Nouveau-nés

Un code de la catégorie

Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*

doit être indiqué en diagnostic principal pour tout nouveau-né sain (y compris les enfants chez lesquels on a procédé à une circoncision).

Cette catégorie comprend les enfants

- a) nés à l'hôpital/dans une maison de naissance
- b) nés extra-muros et hospitalisés immédiatement après la naissance

Exemple 1

Un nouveau-né est hospitalisé; l'accouchement a eu lieu à domicile. L'enfant ne présente pas de maladies.

DP Z38.1 *Enfant unique, né hors d'un hôpital*

Attention : ne pas indiquer le chiffre 3 sous mode d'admission, ce chiffre désignant expressément une naissance intra-muros. Utiliser le chiffre 1 (entrée en urgence) ou 2 (entrée annoncée, planifiée).

Pour les prématurés et les nouveau-nés malades à la naissance ou tombés malades pendant ce séjour, les codes des états morbides doivent être indiqués **avant** le code de la catégorie

Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance.*

Exemple 2

Un nouveau-né, né en bonne santé à l'hôpital (accouchement vaginal), est traité pour des crises convulsives apparues trois jours après la naissance.

DP	P90	Convulsions du nouveau-né
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

Exemple 3

Enfant prématuré né à 27 semaines avec un poids de naissance de 1520 g.

DP	P07.12	Autres poids faibles à la naissance, poids de naissance de 1500 à moins de 2500 grammes
DS	P07.2	Immaturité extrême
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

Les codes de la catégorie Z38.- ne doivent plus être utilisés si un traitement a lieu lors d'une deuxième hospitalisation ou d'une hospitalisation ultérieure.

Exemple 4

Un nouveau-né est transféré le 2^e jour après sa naissance de l'hôpital A à l'hôpital B avec un syndrome de détresse respiratoire et un pneumothorax.

Hôpital A :

DP	P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
DS	P25.1	Pneumothorax survenant pendant la période périnatale
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

Hôpital B :

DP	P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
DS	P25.1	Pneumothorax survenant pendant la période périnatale

S1604a Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Le chapitre XVI *Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale* de la CIM-10-GM met à disposition des codes pour les affections qui ont leur origine dans la période périnatale. Les commentaires du chapitre XVI doivent également être observés.

Exemple 1

Un prématuré atteint d'hypoplasie pulmonaire est transféré à la clinique pédiatrique d'un autre hôpital. La mère a eu une rupture prématurée des membranes à la 25^e semaine de grossesse. La grossesse a été prolongée jusqu'à la 29^e semaine par tocolyse. Un accouchement par césarienne a eu lieu dans la 29^e semaine, notamment en raison d'une suspicion d'infection amniotique et d'un CTG pathologique. L'hypoplasie pulmonaire est attribuée à la prématurité consécutive à la rupture des membranes. La clinique pédiatrique d'admission attribue les codes suivants :

DP	P28.0	Atélectasie primitive du nouveau-né
DS	P01.1	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des membranes

Il faut tenir compte aussi du fait que certaines affections (p. ex. des troubles métaboliques), susceptibles d'apparaître pendant la période périnatale ne sont pas classées dans le chapitre XVI. Si une telle affection apparaît chez un nouveau-né, un code du chapitre correspondant de la CIM-10-GM doit être indiqué, **sans** code du chapitre XVI.

Exemple 2

Un nouveau-né est transféré d'obstétrique en pédiatrie (même hôpital) pour une entérite à rotavirus.

DP A08.0 Entérite à rotavirus

DS Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital

S1605a Enfant mort-né

Bien que l'information « mort-né » (p. ex. Z37.1 *Naissance unique, enfant mort-né*) apparaisse déjà dans la série de données de la mère, il convient d'ouvrir également une liste de données minimales (autrement dit un cas) et une série de données du nouveau-né pour l'enfant. On ne procède toutefois à **aucun** codage pour l'enfant, MedPlaus est adapté en conséquence.

S1606a Mesures particulières pour le nouveau-né malade

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 grammes, qui est utilisé dans le but de prévenir une hypoglycémie ou un déséquilibre en électrolytes.

Photothérapie

Un code de diagnostic pour l'ictère du nouveau-né n'est attribué que si l'on pratique une photothérapie **de plus de 12 heures**. Pour le traitement, on utilise le code

99.83 *Autre photothérapie*

S1607a Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né/ maladie des membranes hyalines/carence en surfactant

Le code du syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né

P22.0 *Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né*

est réservé au codage des affections suivantes :

- maladie des membranes hyalines
- syndrome de détresse respiratoire
- carence en surfactant

Remarque : l'emploi de P22.0 suppose l'existence d'un tableau clinique spécifiquement défini et doit être distingué des troubles d'adaptation passagers tels que la tachypnée transitoire (P22.1)!

S1608a 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 dans les diagnostics suivants :

- tachypnée transitoire du nouveau-né (sans tenir compte de la durée de l'oxygénothérapie) ou
- syndrome néonatal d'aspiration, lorsque le trouble respiratoire a nécessité un apport d'oxygène de **moins** de 24 heures.

S1609a 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 (p. 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 (EHI) du nouveau-né

Les codes pour indiquer le degré de gravité de l'EHI doivent être attribués en plus selon la liste établie ci-contre. 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 sévère

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 en a)

P21.0 Asphyxie obstétricale sévère

ou

P20.- Hypoxie intra-utérine

Codage EHI 3^e stade

P91.5 Coma du nouveau-né

P90 Convulsions du nouveau-né (s'il y en a)

P21.0 Asphyxie obstétricale sévère

ou

P20.- Hypoxie intra-utérine

S1800 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

S1801a Incontinence

L'incontinence est un diagnostic d'importance clinique si

- elle ne peut être considérée comme « normale » dans le cadre d'un traitement (p. ex. après certaines opérations et lors de certaines affections)
- elle ne peut être considérée comme un développement normal (p. ex. chez les petits enfants)
- elle perdure chez un patient souffrant manifestement d'un handicap ou d'un retard mental.

Les codes pour l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale

N39.3 Incontinence urinaire d'effort [incontinence de stress]

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 est un motif d'hospitalisation ou a une importance clinique telle que susmentionnée. Les incontinenances considérées comme « **normales** » dans le cadre d'un traitement/d'une opération et qui ne doivent par conséquent pas être codées comprennent par exemple les incontinenances urinaires postopératoires passagères après résection de la prostate où l'incontinence fécale après résection rectale profonde.

S1802a Dysphagie

Le code de

R13.- Dysphagie

ne doit être indiqué que si l'utilisation d'une sonde gastrique est nécessaire pour l'alimentation entérale ou si elle nécessite un traitement de plus de 7 jours ouvrables.

S1803a Convulsions fébriles

Le code

R56.0 Convulsions fébriles

ne doit être indiqué en diagnostic principal que s'il n'existe aucune maladie déclencheuse telle qu'une pneumonie ou d'autres foyers infectieux.

Lorsque la cause est connue, il convient alors de coder cette dernière en diagnostic principal et *R56.0 Convulsions fébriles* en diagnostic supplémentaire.

S1804a Diagnostics de douleur et méthodes de traitement de la douleur

Douleur aiguë

Si un patient est traité pour des douleurs postopératoires ou des douleurs en relation avec une autre maladie, seule l'opération effectuée ou la maladie à l'origine des douleurs doit être codée.

R52.0 Douleur aiguë

n'est indiqué que si le siège et la cause de la douleur aiguë sont inconnus.

Les méthodes d'analgésie **non opératoire** pour la douleur aiguë (à l'exception du code CHOP 93.A3.- *Traitement de douleur aiguë*) ne sont indiquées s'il s'agit de mesures indépendantes (voir aussi P02a, exemple 2).

Douleur chronique/résistante au traitement/tumorale

Si un patient est hospitalisé spécialement pour le traitement de la douleur et que seul ce traitement est effectué, le siège de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal. Cela vaut aussi pour la douleur tumorale. Comme pour les symptômes D01, la maladie sous-jacente doit être codée comme diagnostic supplémentaire.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour le traitement de douleurs chroniques résistantes au traitement dans la région lombaire basse, dues à une tumeur osseuse. On implante au patient un neurostimulateur rachidien sous forme d'un système permanent à 1 électrode pour la stimulation épidurale continue. Seule la douleur lombaire est traitée.

DP	M54.5	Lombalgie basse
DS	C41.4	Tumeur maligne des os, pelvis
TP	86.94.--	Implantation d'un neurostimulateur
TS	03.93.--	Implantation ou remplacement d'électrode de neurostimulateur rachidien, système à une électrode

Les codes

R52.1 Douleur chronique irréductible ou

R52.2 Autres douleurs chroniques

ne doivent être indiqués en **diagnostic principal** que si le siège des douleurs n'est pas précisé (voir exclusions dans la catégorie R52.-) et s'ils répondent à la définition du diagnostic principal (règle 52a).

Dans tous les autres cas de douleur chronique, la maladie à l'origine de la douleur doit être indiquée en diagnostic principal si elle a motivé l'hospitalisation.

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour le traitement de métastases osseuses d'une tumeur maligne dans le lobe supérieur du poumon. On lui donne entre autres de la morphine pour contrôler les fortes douleurs osseuses.

DP	C79.5	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
DS	C34.1	Tumeur maligne des bronches et du poumon, lobe supérieur (bronches)
DS	R52.2	Autres douleurs chroniques

S1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

S1901a 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, p. ex. si elles ont pour effet de retarder ce dernier.

Exemple 1

Un patient victime d'une chute est admis pour le traitement d'une fracture supracondyloire de l'humérus gauche, d'une contusion du coude et d'une fracture du corps scapulaire gauche.

DP S42.41 Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, supracondyloire

L 2

CD X59.9! Autre accident ou accident non précisé

DS S42.11 Fracture de l'omoplate, corps

L 2

La contusion du coude ne doit pas être codée dans ce cas.

S1902a Fracture et luxation

Pour le codage de fractures et luxations de vertèbres, voir S1904.

Fracture et luxation avec lésion des tissus mous

Deux codes sont nécessaires pour une fracture/luxation : le code de la fracture ou de la luxation en diagnostic principal, suivi du code correspondant au degré de gravité de la lésion des tissus mous en diagnostic supplémentaire.

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! – Sx1.86! Lésion des tissus mous de stade I à III lors de fracture /luxation fermée
(x selon la région du corps)

Sx1.87! – Sx1.89! Lésion des tissus mous de stade I à III lors de fracture /luxation ouverte
(x selon la région du corps)

Dans la CIM-10-GM, les codes sont assortis d'un texte décrivant le degré de gravité.

Exemple 1

Patient avec une fracture ouverte du fémur de stade II après une chute.

DP	S72.3	Fracture de la diaphyse fémorale
L	1	
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
L	1	

Fracture - 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, p. ex.

S52.31 *Fracture distale de la diaphyse du radius avec luxation de la tête du cubitus.*

Fracture et luxation de même location ou de localisation différente

En cas de lésion combinée de même localisation, il suffit d'indiquer le degré de gravité de la lésion des tissus mous par un seul code.

Exemple 2

Une patiente victime d'une chute est hospitalisée pour le traitement d'une fracture ouverte de stade I de la tête de l'humérus droit, avec luxation antérieure (ouverte) de l'épaule droite et lésion des tissus mous de stade I.

DP	S42.21	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, tête
L	1	
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S41.87!	Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture ouverte ou de luxation du bras
L	1	
DS	S43.01	Luxation antérieure de l'humérus
L	1	

Lorsqu'un patient souffre de plusieurs fractures/luxations de localisations différentes, il faut saisir pour chaque localisation le degré de gravité (stade I à III) de la lésion des tissus mous.

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.

S1903a Plaies/lésions ouvertes

Une catégorie ayant trait à des plaies ouvertes est prévue pour chaque région du corps.

Outre les codes «!» pour les lésions des tissus mous lors de fracture, on y trouve des codes «!» pour les blessures par pénétration cutanée dans des cavités corporelles (lésions intracrâniennes, intrathoraciques ou intraabdominales).

Dans ces cas, la plaie ouverte est codée en plus de la lésion (p. ex. la fracture).

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 tel est le cas, lors d'une lésion avec atteinte de l'artère et du nerf, il convient de coder :

- la lésion artérielle d'abord,
- suivie de la lésion du nerf,
- puis, le cas échéant, la lésion du tendon,
- et enfin la blessure/plaie ouverte.

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.

Lésion intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale ouverte

En cas de lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale ouverte, il faut d'abord indiquer le code pour la lésion, puis celui pour la plaie ouverte.

Exemple 1

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 (n'importe quelle partie du thorax) communiquant avec une lésion intrathoracique

Fracture ouverte avec lésion intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale

En cas de fracture du crâne associée à une lésion intracrânienne ou de 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 :
 - 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*
- ou**
- S31.83! Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale*

- les codes pour la fracture

et

- un code pour le degré de gravité de la lésion des tissus mous de la fracture ouverte, des catégories
 - S01.87! – S01.89! Lésion des tissus mous de stade I-III lors de fracture ouverte ou de luxation de la tête*
 - S21.87! – S21.89! Lésion de tissus mous de stade I-III lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax*
- ou**
- S31.87! – S31.89! Lésion des tissus mous de stade I-III lors de fracture ouverte ou de luxation de la colonne lombaire et du bassin*

Complications d'une plaie ouverte

En cas de plaie ouverte avec complications, il faut d'abord indiquer le code pour la plaie ouverte, suivi d'un code de la catégorie

T89.0- Complications d'une plaie ouverte

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour une plaie ouverte au genou gauche parsemée de briques de verre, consécutive à une chute. La plaie s'infecte. Le frottis révèle la présence de staphylocoques dorés.

DP	S81.0	Plaie ouverte du genou
L	2	
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	T89.01	Complications d'une plaie ouverte, corps étranger (avec ou sans infection)
DS	B95.6!	Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

S1904a Perte de connaissance

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.

Exemple 1

Un patient est hospitalisé avec une fracture de l'os ethmoïde. Le CT montre un important hématome sous-dural. Le patient a été inconscient pendant 3 heures.

DP	S06.5	Hémorragie sous-durale traumatique
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S02.1	Fracture de la base du crâne
DS	S06.71!	Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, de 30 minutes à 24 heures

Perte de connaissance sans rapport avec une lésion

Si la perte de connaissance d'un patient n'est **pas** en rapport avec une blessure, on utilisera les codes suivants :

R40.0	Somnolence
R40.1	Stupeur
R40.2	Coma, sans précision

S1905a Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique)

Phase aiguë - immédiatement post-traumatique

Par phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière, on entend la période de traitement qui suit immédiatement le traumatisme. Elle peut comprendre **plusieurs** séjours hospitaliers.

Lorsqu'un patient est hospitalisé avec une lésion de la moelle épinière (p. ex. compression, déchirure, section ou contusion), les détails suivants doivent être codés :

1. Le type de lésion de la moelle épinière (section complète ou incomplète) doit être codé en premier
2. La hauteur fonctionnelle (niveau) de la lésion, le code

S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale/dorsale/lombo-sacrée

doit être indiquée en plus. Pour l'indication du niveau fonctionnel de la lésion, tenir compte des remarques aux codes S14.7!, S24.7! et S34.7! dans la CIM-10-GM.

Les patients souffrant de lésions de la moelle épinière ont très probablement subi 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 vertébrale
4. Le site de la luxation, s'il y a lieu
5. Le degré de gravité de la lésion des tissus mous de la fracture/luxation.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une fracture de compression de D12 consécutive à une chute. Elle présente une lésion compressive de la moelle épinière à la même hauteur qu'une paraplégie incomplète au niveau fonctionnel de L2.

DP	S24.12	Section incomplète de la moelle épinière dorsale
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S34.72!	Niveau fonctionnel d'une lésion médullaire lombo-sacrée, L2
DS	S22.06	Fracture d'une vertèbre dorsale, D11 et D12

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, les deux établissements doivent coder le type de lésion de la moelle épinière en diagnostic principal et la hauteur fonctionnelle de cette lésion en premier diagnostic supplémentaire.

Exemple 2

Un patient est admis à l'hôpital A avec une grave blessure de la moelle épinière consécutive à une chute. Une luxation vertébrale D7/D8 avec lésion médullaire au même niveau est confirmée par CT. L'examen neurologique montre une section médullaire incomplète en dessous de D8. Après stabilisation à l'hôpital A, le patient est transféré à l'hôpital B où il subit une arthrodèse vertébrale.

Hôpital A :

DP	S24.12	Section incomplète de la moelle épinière dorsale
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S24.75!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D8/D9
DS	S23.14	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D7/D8 et D8/D9

Hôpital B :

DP	S24.12	Section incomplète de la moelle épinière dorsale
CD	X59.9!	Autre accident et accident non précisé
DS	S24.75!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D8/D9
DS	S23.14	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D7/D8 et D8/D9

Remarque : le traitement aigu a lieu à l'hôpital B, raison pour laquelle la lésion avec la cause externe y est codée à nouveau.

Lésion de la moelle épinière – phase chronique

On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie quand le traitement de la maladie aiguë à l'origine des paralysies (p. ex. d'une lésion de la moelle épinière) est terminé.

Si un patient se trouvant dans cette phase chronique est traité pour paraplégie/tétraplégie, un code de la catégorie :

G82.- *Paraplégie et tétraplégie*, avec un caractère « .2 » ou « .3 » en 5^e position
doit être indiqué en diagnostic principal.

Si, par contre, un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre affection telle qu'une infection des voies urinaires, une fracture du fémur, etc., on indiquera la maladie à traiter suivie du code de la catégorie :

G82.- *Paraplégie et tétraplégie*, avec un caractère « .2 » ou « .3 » en 5^e position

ainsi que les autres affections existantes. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

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*

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.

Exemple 3

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une infection des voies urinaires. Elle présente en outre une paraplégie flasque incomplète au niveau de L2, un syndrome de la queue de cheval incomplet et un trouble mictionnel neurogène.

DP	N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé
DS	G82.03	Paraplégie flasque, paraplégie incomplète chronique
DS	G82.66!	Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière, L2-S1
DS	G83.41	Syndrome de la queue de cheval incomplet
DS	G95.81	Paralysie vésicale due à une lésion du neurone moteur inférieur

Note : si l'existence d'un trouble mictionnel neurogène doit être indiquée, on utilisera comme dans l'exemple ci-dessus un code supplémentaire de la catégorie G95.8-.

Codage de fractures et luxations de vertèbres

Voir aussi S1902a Fracture et luxation.

En cas de fractures ou luxations multiples, il faut indiquer chaque niveau.

Exemple 4

Suite à un accident de voiture, un patient est hospitalisé avec une fracture ouverte compliquée de stade II des vertèbres dorsales D2, D3 et D4 avec déplacement à la hauteur D2/D3 et D3/D4 et section complète de la moelle épinière au niveau de D3. L'examen neurologique confirme une section complète au-dessous de D3.

DP	S24.11	Lésion transversale complète de la moelle dorsale
CD	V99!	Accident de transport
DS	S24.72!	Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D2/D3
DS	S22.01	Fracture d'une vertèbre dorsale, niveau D1 et D2
DS	S22.02	Fracture d'une vertèbre dorsale, niveau D3 et D4
DS	S21.88!	Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax
DS	S23.11	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D1/D2 et D2/D3
DS	S23.12	Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D3/D4 et D4/D5

S1906a Lésions multiples

Diagnostics

Dans la mesure du possible, les lésions doivent être codées chacune de manière **très précise** en fonction de leur localisation et de leur nature.

Les codes combinés *T00-T07 Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps* pour des blessures multiples ainsi que les codes *S00-S99*, prévus pour indiquer des lésions multiples avec un « .7 » comme 4^e caractère, doivent être utilisés uniquement si le nombre des blessures à coder excède le nombre maximum de diagnostics à disposition.

Dans ces cas, les codes spécifiques (en fonction de la localisation/nature de la lésion) doivent être utilisés pour coder les lésions les plus graves, et les catégories multiples pour coder les lésions moins sévères (p. ex. blessures superficielles, plaies ouvertes, entorses et élongations).

Remarque :

Pour coder des « lésions multiples » ou un « polytraumatisme », l'index alphabétique CIM-10-GM propose le code *T07 Lésions traumatiques multiples, sans précision*. Ce code est peu spécifique et ne doit, si possible, **pas** être utilisé.

Ordre de présentation des codes en cas de lésions multiples

Dans le cas de plusieurs lésions précisées, l'affection la plus grave doit être codée en diagnostic principal.

Exemple 1

Suite à un accident de voiture, une patiente est hospitalisée avec une contusion cérébrale focale, une amputation traumatique de l'oreille droite, 20 minutes de perte de connaissance, des contusions au visage, au larynx et à l'épaule droite ainsi que des coupures à la joue et à la cuisse.

DP	S06.31	Contusion cérébrale circonscrite
CD	V99!	Accident de transport
DS	S06.70!	Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes
DS	S08.1	Amputation traumatique de l'oreille
L	1	
DS	S01.41	Plaie ouverte de la joue
L	1	
DS	S71.1	Plaie ouverte de la cuisse
L	1	
DS	S10.0	Contusion de la gorge
DS	S40.0	Contusion de l'épaule et du bras
L	1	

Dans ce cas, les codes S09.7 Lésions traumatiques multiples de la tête et T01.8 Plaies ouvertes avec d'autres associations de parties du corps ne doivent **pas** être utilisés, vu que des codes individuels doivent être indiqués dans la mesure du possible.

S1907a Brûlures et corrosions

Ordre de présentation des codes

Il faut indiquer en premier 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 de degrés différents, on indiquera en premier celles qui présentent le degré le plus élevé.

Exemple 1

Brûlures du 2° et 3° degré de la cheville droite (<10%) par de l'eau bouillante.

DP	T25.3	Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied
L	1	
CD	X19.9!	Brûlure ou échaudage par la chaleur ou des substances bouillantes
DS	T31.00!	Brûlures sur moins de 10% de la surface totale du corps

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.

Exemple 2

Brûlure de degré 2a de la paroi abdominale (15%) et du périnée (10%) par de l'eau bouillante.

DP	T21.23	Brûlure du tronc, de la paroi abdominale de degré 2a
CD	X19.9!	Brûlure ou échaudage par la chaleur ou des substances bouillantes
DS	T21.25	Brûlure du tronc, des parties génitales externes de degré 2a
DS	T31.20	Brûlures sur 20 à 29% de la surface totale du corps

Lorsque le nombre de diagnostics à coder excède le 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.

Surface du corps

Chaque cas de brûlure ou de corrosion doit recevoir **en plus** un code de la catégorie

T31.-! Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte

ou

T32.-! Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte

pour indiquer le pourcentage de la surface du corps atteinte.

Le quatrième caractère représente la somme de toutes les brûlures/corrosions en pourcentage de la surface du corps.

Un code des catégories T31.! et T32.! doit être indiqué une seule fois après le dernier code représentant les régions atteintes.

S1908a Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques

Le diagnostic « Intoxication par des médicaments/drogues » est posé dans les cas de prise **erronée** ou d'emploi **incorrect**, d'utilisation à des fins de suicide ou de meurtre et en cas d'effets secondaires de médicaments prescrits, pris en relation avec une automédication.

Les intoxications sont classées dans les catégories

T36-T50 Intoxication par des médicaments et des substances biologiques

et

T51-T65 Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale

En plus du code pour l'intoxication, on utilisera un code pour indiquer une manifestation significative (p.ex. coma, arythmie) si celle-ci répond à la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54a).

Exemple 1

Un patient est hospitalisé dans le coma pour avoir pris une surdose de codéine.

DP	T40.2	Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], autres opioïdes
CD	X49.9!	Empoisonnement accidentel
DS	R40.2	Coma, sans précision

Surdosage d'insuline

Une **exception** à cette règle est le surdosage d'insuline, pour lequel un code de la catégorie

E10-E14, 4^e caractère « .6 » *Diabète sucré avec autres complications précisées*

doit être indiqué avant le code pour l'intoxication

T38.3 *Intoxication par insuline et hypoglycémifiants oraux [antidiabétiques]*

S1909a Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)

Lorsque des médicaments répondant à des indications médicales et pris conformément aux **prescriptions** provoquent des effets indésirables, ces derniers sont codés comme suit :

- un ou plusieurs codes pour l'état morbide par lequel se manifestent les effets indésirables, complétés du code

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

si cette mention n'est pas contenue dans le code.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une gastrite hémorragique aiguë due à de l'acide acétylsalicylique pris conformément aux prescriptions. Aucune autre cause de gastrite n'est identifiée.

DP	K29.0	Gastrite hémorragique aiguë
CD	Y57.9!	Complications dues à des médicaments ou à des drogues

Exemple 2

Un patient VIH-positif est hospitalisé pour le traitement d'une anémie hémolytique induite par la thérapie antirétrovirale.

DP	D59.2	Anémie hémolytique non auto-immune, due à des médicaments
DS	Z21	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

S1910a Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions)

Intoxication par des médicaments en association avec de l'alcool

Tout effet indésirable d'un médicament pris **en association avec de l'alcool** doit être codé comme une **intoxication par les deux substances**.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une dépression sévère du centre respiratoire, causée par la prise combinée accidentelle de barbituriques et d'alcool.

DP	T42.3	Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens, barbituriques
CD	X49.9!	Empoisonnement accidentel
DS	G93.88	Autres affections cérébrales précisées
DS	T51.0	Effet toxique de l'alcool, éthanol

Intoxication par des médicaments prescrits pris en association avec des médicaments non prescrits

Tout effet indésirable résultant de l'association d'un médicament **prescrit** et d'un médicament **non prescrit** doit être codé comme une **intoxication par les deux principes actifs**.

Exemple 2

Un patient est hospitalisé pour une hématomèse due à la prise par erreur d'acide acétylsalicylique (non prescrite) en association à la coumarine (prescrite).

DP	T39.0	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants, salicylés
CD	X49.9!	Empoisonnement accidentel
DS	K92.0	Hématomèse
DS	T45.5	Intoxication par substances essentiellement systémiques et hématologiques, non classées ailleurs, anticoagulants

S2000 Causes externes de morbidité et de mortalité

Ce chapitre permet de classer des événements environnementaux et des situations comme des causes de lésions, d'intoxications, de complications et d'autres effets nocifs. Leur saisie répond à des exigences épidémiologiques.

Sauf mention contraire dans les règles de codage, les codes pour les causes externes (V-Y) sont impérativement indiqués à la suite des codes pour les lésions, intoxications, complications et autres effets nocifs.

Au cas où les codes pour les lésions, intoxications, complications et autres effets nocifs sont indiqués en diagnostic principal, les codes pour les causes externes (V-Y) doivent être indiqués en complément au diagnostic principal. Si les premiers sont indiqués en diagnostic supplémentaire, les codes des catégories V-Y suivent en tant que diagnostics supplémentaires.

Un seul code de cause externe par événement suffit.

Exemple 1

Plaie ouverte de la cuisse due à un accident de bicyclette.

S71.1 *Plaie ouverte de la cuisse*

V99! *Accident de transport*

Exemple 2

Patient avec contusion cérébrale focale, 20 minutes de perte de connaissance et coupures sur la cuisse.

S06.31 *Contusion cérébrale circonscrite*

X59.9! *Autre accident et accident non précisé*

S06.70! *Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes*

S71.1 *Plaie ouverte de la cuisse*

S2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Pour l'utilisation de ces codes Z, tenir compte des remarques au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM, des règles de codage, ainsi que du « *Manuel de définitions SwissDRG, Volume 5, Annexe D, Plausibilités, D5: Codes non admis en diagnostic principal* ».

Annexe

Définitions médicales :

Diabète sucré décompensé

Le 5^e caractère est utilisé comme suit :

- | | |
|---|--|
| 0 | pour le <i>Diabète non désigné comme décompensé</i> |
| 1 | pour le <i>Diabète désigné comme décompensé</i> |
| 2 | pour le <i>Diabète sucré avec autres complications multiples, non désigné comme décompensé</i> |
| 3 | pour le <i>Diabète sucré avec autres complications multiples, désigné comme décompensé</i> |
| 4 | pour le <i>Diabète sucré avec syndrome du pied diabétique, non désigné comme décompensé</i> |
| 5 | pour le <i>Diabète sucré avec syndrome du pied diabétique, désigné comme décompensé</i> |

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 « 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.

Liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du « syndrome de pied diabétique » :

1. Infection et/ou ulcère

<i>Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre</i>	<i>L02.4</i>
<i>Phlegmon d'orteils</i>	<i>L03.02</i>
<i>Phlegmon de membre(s) inférieur(s)</i>	<i>L03.11</i>

Remarque : pour les codes à quatre caractères suivants de la catégorie L89.- Ulcère de décubitus et zone de pression, le 5^e caractère désigne la localisation des zones de pression (voir CIM-10-GM).

<i>Ulcère de décubitus de 1^{er} degré</i>	<i>L89.0-</i>
<i>Ulcère de décubitus de 2^e degré</i>	<i>L89.1-</i>

<i>Ulcère de décubitus de 3^e degré</i>	<i>L89.2-</i>
<i>Ulcère de décubitus de 4^e degré</i>	<i>L89.3-</i>
<i>Décubitus, degré non précisé</i>	<i>L89.9-</i>
 <i>Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs</i>	 <i>L97</i>
<i>Mal perforant plantaire</i>	<i>L98.4</i>

2. Maladies vasculaires périphériques

<i>Athérosclérose des artères distales, autres et non précisées</i>	<i>I70.20</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge</i>	<i>I70.21</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos</i>	<i>I70.22</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération</i>	<i>I70.23</i>
<i>Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène</i>	<i>I70.24</i>

3. Neuropathie périphérique

<i>Polyneuropathie diabétique</i>	<i>G63.2*</i>
<i>Neuropathie du système nerveux autonome au cours de maladies endocriniennes et métaboliques</i>	<i>G99.0*</i>

4. Déformations

<i>Hallux valgus (acquis)</i>	<i>M20.1</i>
<i>Hallux rigidus</i>	<i>M20.2</i>
<i>Autres déformations du gros orteil (acquises)</i>	<i>M20.3</i>
<i>Autre(s) orteil(s) en marteau (acquis)</i>	<i>M20.4</i>
<i>Autres déformations d'(es) orteil(s) (acquises)</i>	<i>M20.5</i>
<i>Déformation en flexion, cheville et pied</i>	<i>M21.27</i>
<i>Pied ballant (acquis), cheville et pied</i>	<i>M21.37</i>
<i>Pied plat [pes planus] (acquis)</i>	<i>M21.4</i>
<i>Pied en griffe (acquis), cheville et pied</i>	<i>M21.57</i>
<i>Autres déformations acquises de la cheville et du pied</i>	<i>M21.67</i>
<i>Autres déformations acquises de la cheville et du pied, précisées</i>	<i>M21.87</i>

5. Antécédent(s) d'amputation

<i>Absence acquise de pied et cheville, unilatérale</i>	<i>Z89.4</i>
<i>Orteil(s), y compris bilatérale</i>	
<i>Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous</i>	<i>Z89.5</i>
<i>Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou</i>	<i>Z89.6</i>
<i>Absence acquise des deux membres supérieurs [tout niveau]</i>	<i>Z89.7</i>
<i>Excl.: Absence acquise d'orteil(s) isolé(s), bilatérale (Z89.4)</i>	

Index alphabétique

A

Ablation	
- de shunt AV.....	88
- d'implants mammaires.....	96
Abréviations.....	9
Absence de.....	30
Accident vasculaire cérébral	
- aigu.....	77
- ancien.....	77
- déficits fonctionnels.....	77
Accouchement	
- atonie utérine et hémorragie.....	108
- avant l'admission.....	106
- avant terme.....	106
- choix du diagnostic principal.....	104
- cicatrice utérine.....	104
- complications.....	103
- enfant mort-né.....	101
- faux travail.....	106
- mouvements réduits du fœtus.....	103
- naissance vivante.....	101
- naissances multiples.....	105
- positions et présentations anormales du fœtus.....	103
- prolongation période d'expulsion sous épidurale.....	108
- règles spéciales.....	104
- résultat de l'accouchement.....	105
- travail prématuré.....	106
- travail prolongé.....	107
- unique et spontané par voie vaginale.....	104
- unique par césarienne.....	105
- unique par forceps.....	105
- unique par ventouse.....	105
Activité tumorale.....	61
Adhérences (péritonéales).....	94
Affection	
- avec origine dans période périnatale.....	109
- chronique avec poussée aiguë.....	34
- des valvules cardiaques.....	86
- pendant la grossesse.....	102
Anesthésie épidurale (grossesse).....	108
Angine de poitrine.....	82
Annexe.....	130
- Diabète sucré décompensé.....	130
Anomalies de la sécrétion pancréatique.....	75
Appareil circulatoire.....	81
Appareil digestif.....	94
Appareil génito-urinaire.....	98
Appareil respiratoire.....	89
Appendicite.....	94

Arrêt cardiaque.....	88
Arthroscopie.....	45
Atonie utérine et hémorragie.....	108
Avortement.....	100
- avec complications consécutives.....	100

B

Bactériémie.....	54
Brûlures.....	124
- surface du corps.....	125

C

Cardionéphropathie hypertensive.....	81
Cardiopathie hypertensive.....	81
Cardiopathie ischémique.....	82
- angine de poitrine.....	82
- chronique.....	83
- syndrome coronarien aigu.....	82
- traitée chirurgicalement (stent/bypass).....	83
Carence en surfactant.....	111
Cas de traitement	
- définition.....	23
Causes externes.....	128
Chimiothérapie.....	67
Chirurgie	
- plastique.....	96
- réparatrice de mutilations génitales féminines.....	98
Choix du diagnostic principal.....	24
- en cas de réhospitalisation dans les 18 jours due à maladie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.....	38
CHOP	
- conventions typographiques et abréviations.....	22
- généralités.....	20
- index alphabétique.....	20
- index systématique.....	21
- structure.....	20
Cicatrice utérine.....	104
Classifications	
- CHOP.....	20
- CIM-10-GM.....	15
Code	
- avec point d'exclamation.....	29
- codes Z.....	129
- combiné.....	35
- daguet - étoile*.....	28
- de causes externes.....	128
Complément au diagnostic principal	
- définition.....	24

Complications	
- après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.....	36
- cicatrice utérine.....	104
- de la grossesse.....	103
- mouvements réduits du fœtus.....	103
- positions et présentations anormales fœtus...	103
Contrôle	
- après transplantation cardiaque	87
Contusion osseuse	117
Convalescence	41
Convulsions fébriles	114
Corrosions.....	124
- surface du corps.....	125
CPAP	
- chez les adultes, enfants, adolescents.....	93
- chez les nouveau-nés et les nourrissons	93
- instauration.....	93
- vérification/optimisation	93
Croup	
- pseudo-croup	59
- syndrome du croup.....	59
- vrai croup	59
D	
Dague† - étoile*	28
Date du traitement.....	43
Début du traitement (heure)	43
Défibrillateur cardiaque	
- changement d'agrégat.....	87
- complications.....	87
Définitions	
- cas de traitement	23
- complément au diagnostic principal	24
- définitions médicales.....	130
- diagnostic principal	24
- diagnostic supplémentaire.....	25
- période périnatale et néonatale.....	109
- traitement principal.....	26
- traitement supplémentaire	26
Dépassement de terme	107
Déshydratation	
- lors d'une gastroentérite	95
Diabète sucré	
- avec angiopathie périphérique	73
- avec complications.....	69
- avec complications rénales.....	72
- avec maladies oculaires.....	72
- avec maladies vasculaires périphériques	73
- avec neuropathie	73
- catégories	68
- en diagnostic principal	69
- en diagnostic supplémentaire.....	71
- règles de codage.....	69
- syndrome du pied diabétique.....	74
- syndrome métabolique	74
- terminologie	68
- types.....	68
Diagnostic de douleur	
- douleur aiguë.....	115
- douleur chronique.....	115
- douleur résistante au traitement.....	115
- douleur tumorale	115
Diagnostic présumé	
- aucun diagnostic établi	33
- exclu	34
- probable	33
Diagnostic principal	
- choix du diagnostic principal	24
- définition	24
Diagnostic supplémentaire	
- définition	25
- ordre des diagnostics supplémentaires	26
Diagnostics	
bilatéraux	28
unilatéraux	28
Dialyse	98
Documentation	
- des diagnostics.....	23
- des procédures.....	23
Durée de la grossesse.....	105
Dysphagie.....	114
E	
Echec	
- après transplantation	52
- de greffe de cornée de l'oeil.....	79
Effets indésirables	
- de substances prises en association (contre prescription)	127
- de substances thérapeutiques (selon prescription)	126
Empoisonnement	116
Encéphalopathie hypoxique ischémique	112
Endoscopie.....	45
- avec passage en chirurgie ouverte.....	47
Enfant mort-né	101
- codage.....	111
Etat après.....	30
Examen de contrôle	
- après tumeur	63
Excision	
étendue dans la région tumorale	62
F	
Faux travail	106
Fermeture	
- de fistule AV	88
Fibrose kystique	75
Fistule AV	88

Fracture	
- avec lésion des tissus mous	116
- avec luxation	117
- de même localisation/de localisation différente	117
- de vertèbres.....	123
- ouverte avec lésion intracrânienne/ intrathoracique/intraabdominale	119

G

Gastrite	
- avec ulcère de l'estomac	94
Gastroentérite	
- avec déshydratation.....	95
Généralités G00-G56	10
Grossesse	
- avec affections.....	102
- avortement.....	100
- cicatrice utérine.....	104
- complications.....	103
- définitions.....	99
- durée	105
- enfant mort-né	101
- extra-utérine, avec complications.....	100
- interruption précoce.....	100
- molaire, avec complications	100
- mouvements réduits du fœtus	103
- naissance vivante	101
- naissances multiples.....	105
- positions et présentations anormales du fœtus	103
- prolongée et dépassement de terme	107
- travail prolongé.....	107

H

Hémodialyse	98
Hémorragie	
- gastro-intestinale	94
Hémorragie et atonie utérine	108
Hypertension	
- et cardionéphropathie hypertensive	81
- et cardiopathie hypertensive	81
- et néphropathie hypertensive.....	81

I

ICD-10-GM	
- conventions typographiques et abréviations....	18
- historique.....	15
- index alphabétique	18
- index systématique	16
- introduction.....	15
- structure	15
Implants mammaires	
- ablation	96
Incontinence	114

Infarctus du myocarde	
- aigu	82
- ancien.....	83
- récidivant.....	83

Insuffisance

- respiratoire.....	93
---------------------	----

Interruption précoce de grossesse

- avortement.....	100
-------------------	-----

Intervention

- arthroscopique.....	45
- bilatérale.....	49
- combinée.....	46
- complexe.....	46
- endoscopique	45
- interrompue.....	47
- laparoscopique.....	45
- panendoscopique.....	45
- planifiée.....	32

Intoxication

- aiguë accidentelle	76
- aiguë non accidentelle	76
- ivresse.....	76
- par des médicaments avec de l'alcool.....	127
- par des médicaments prescrits avec des non prescrits.....	127
- par médicaments, drogues, substances biologiques.....	125
- par substances prises en association (contre prescription)	127
- par surdosage d'insuline.....	126

Introduction.....

Intubation

- sans ventilation mécanique	92
------------------------------------	----

Ivresse.....

L

Laparoscopie.....	45
- avec passage en chirurgie ouverte.....	47

Latéralité

- des diagnostics.....	28
- des procédures.....	43

Lésion

- de la moelle épinière	120
- des tissus mous.....	116
- liée à une perte de connaissance	120
- multiples	123
- ouverte	118
- ouverte avec atteinte de vaisseaux, nerfs, tendons	118
- superficielle.....	116
- traumatique	116
- ouverte, intracrânienne/ intrathoracique/intraabdominale	118

Luxation

- avec fracture.....	117
- avec lésion des tissus mous	116

- de même localisation/de localisation différente	117
- de vertèbres.....	123
Lymphangiose carcinomateuse.....	66
Lymphome	67

M

Maladie

- après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.....	36
- cardiaque ischémique.....	82
- chronique avec poussée aiguë.....	34
- de l'appareil circulatoire	81
- de l'appareil digestif.....	94
- de l'appareil génito-urinaire	98
- de l'appareil respiratoire.....	89
- de l'œil et de ses annexes	79
- de l'oreille et de l'apophyse mastoïde.....	80
- de la peau et du tissu sous-cutané	96
- des valvules cardiaques.....	86
- du système nerveux	77
- endocrinienne, nutritionnelle et métabolique ..	68
- imminente	33
- infectieuse et parasitaire.....	54
- menace de	33
Maladie cardiaque ischémique	
- autres formes chroniques.....	83
- infarctus aigu du myocarde.....	82
- infarctus du myocarde ancien	83
- infarctus du myocarde récidivant	83
Maladie des membranes hyalines.....	111
Mastectomie	
- prophylactique, sous-cutanée	97
Menace de maladie.....	33
Méthodes de traitement de la douleur	115
Mouvements réduits du fœtus	103
Mucoviscidose	75
Mutilations génitales féminines	
- réparation	98

N

Naissance vivante.....	101
Naissances multiples.....	105
Néphropathie hypertensive	81
Nouveau-né	
- affection origine période périnatale.....	110
- carence en surfactant.....	111
- choix du diagnostic principal	109
- définitions.....	109
- encéphalopathie hypoxique ischémique	112
- enfant mort-né	111
- maladie des membranes hyalines	111
- période périnatale et néonatale.....	109
- photothérapie	111
- série de données	109
- syndrome de détresse respiratoire	111

- syndrome néonatal d'aspiration aigu.....	112
- tachypnée transitoire	112
- thérapie parentérale.....	111

O

Obstétrique

- définitions.....	99
--------------------	----

Occlusion

- de stent/pontage coronaire.....	84
-----------------------------------	----

Oedème

.....	88
-------	----

Oeil et ses annexes

.....	79
-------	----

Opération

- arthroscopique	45
- bilatérale	49
- combinée.....	46
- complexe	46
- endoscopique	45
- interrompue.....	47
- laparoscopique.....	45
- non effectuée	40
- panendoscopique.....	45

Oreille et apophyse mastoïde

.....	80
-------	----

P

Pancréas

- anomalies de la sécrétion	75
-----------------------------------	----

Panendoscopie.....

.....	45
-------	----

Paraplégie et tétraplégie traumatique

- phase aiguë - immédiatement post-traumatique	120
- phase aiguë - transfert du patient	121
- phase chronique	122

Paraplégie/tétraplégie non traumatique

- phase initiale (aiguë)	78
- phase tardive (chronique)	78

Peau et tissu sous-cutané

.....	96
-------	----

Période néonatale

- définition	109
--------------------	-----

Période périnatale

- affection avec origine période périnatale.....	110
- définition	109

Perte de connaissance

- liée à une lésion	120
- sans rapport avec une lésion	120

Perte de l'audition.....

.....	80
-------	----

Photothérapie

.....	111
-------	-----

Plaie

- ouverte	118
- ouverte avec complications	119

Point d'exclamation (code !)

.....	29
-------	----

Positions et présentations anormales du fœtus....

.....	103
-------	-----

Poussée aiguë

- d'une affection chronique	34
-----------------------------------	----

Prélèvement d'organe

- donneur.....	51
- donneur vivant	51

- examen du donneur.....	51
- post-mortem.....	51
- pour transplantation	51
- tableau	53
Prélèvement de tissu	
- donneur vivant	51
- examen du donneur.....	51
- post-mortem.....	51
- pour transplantation	51
- tableau	53
Présence de.....	30
Problèmes d'ouïe et surdité	80
Procédures	43
- bilatérales	49
- date du traitement	43
- de routine	44
- début du traitement (heure).....	43
- interrompues	47
- latéralité.....	43
- non effectuée	40
- qui doivent être codées.....	43
- qui ne sont pas codées.....	44
- répétées plusieurs fois.....	48
- significatives	43
Prolongation période d'expulsion sous anesthésie �pidurale	108
R	
Radiothérapie.....	67
R�adap�tation	41
Récidive (tumeur).....	64
Reconvalescence	41
Règles générales de codage	
- pour les maladies/diagnostics D00-D15	27
- pour les procédures P00-P09	43
Règles spéciales de codage S0100-S2100	54
Réhabilitation.....	41
R�hosp�t�lisation dans les 18 jours	38
Rejet	
- après transplantation	52
- de greffe de cornée de l'oeil.....	79
Rémission	
- de maladie immunoprolifératives malignes/leucémie.....	65
Réopération	50
- du coeur et du péricarde	88
Respiration artificielle	
- calcul de la durée de ventilation	90
- codage.....	89
- début de la durée de ventilation.....	90
- définition	89
- fin de la durée de ventilation.....	91
- patients transférés.....	92
- sevrage	91
Résultat de l'accouchement.....	105
Résultats anormaux.....	27

Révision	
- d'une région opérée.....	50
- de cicatrice.....	96
- du coeur et du péricarde	88

S

Septicémie	54
- après des mesures médicales.....	56
- chez le nouveau-né.....	55
- en relation avec chapitre XV (O)	55
- grave	55
- lors d'une agranulocytose	56
- urosepsis.....	55
Séquelles.....	31
Série de données.....	12
- minimale.....	13
- supplémentaires.....	13
- sur des groupes de patients.....	13
- sur les nouveau-nés	13
- sur les patients en psychiatrie	13
Shunt AV	88
SIDA	57
SIRS	56
Statistique médicale et codage médical	
- Anonymisation des données	12
- Bases légales.....	11
- Historique	10
- Objectifs	12
- Organisation	11
- Série de données, définitions et variables	12
- Système de classification des patients SwissDRG	14
Status après	30
Stimulateur cardiaque	
- changement d'agrégat.....	87
- complications.....	87
- permanent	87
Suite de soins	
- après transfert.....	41
- convalescence.....	41
- r�adap�tation	41
Suivi planifié.....	32
Surdité	80
Surdosage d'insuline	126
Suspicion	
- de tumeur ou de métastases	63
Symptômes	
- comme diagnostic principal.....	27
- comme diagnostic supplémentaire	27
- convulsions fébriles	114
- dysphagie	114
- et signes/résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire.....	114
- incontinence	114
Syndrome	39
- congénital	39

- du pied diabétique	74
- métabolique.....	74
Syndrome coronarien aigu	82
Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né	111
Syndrome néonatal d'aspiration aigu	112
Système de classification des patients SwissDRG ...	14
Système nerveux.....	77

T

Tachypnée transitoire du nouveau-né	112
Tétraplégie et paraplégie traumatique	
- phase aiguë - immédiatement post-traumatique	120
- phase aiguë - transfert du patient	121
- phase chronique	122
Tétraplégie/paraplégie non traumatique	
- phase initiale (aiguë)	78
- phase tardive (chronique)	78
Thérapie parentérale	111
Thrombose	
- de stent/pontage coronaire.....	84
Traitement principal	
- définition	26
Traitement supplémentaire	
- définition	26
- ordre des traitements supplémentaires	26
Transfert	
- avec retour dans le premier hôpital	41
- pour convalescence.....	41
- pour réadaptation.....	41
- pour suite de soins	41
- pour traitement au centre hospitalier	41
Transplantation	
- cardiaque, contrôle	87
- contrôle	52
- donneur vivant	51
- échec ou rejet	52
- évaluation.....	52
- examen du donneur.....	51
- prélèvement post-mortem	51
- receveur.....	52
- tableau	53
Travail prématuré.....	106
Travail prolongé.....	107
Troubles	
- après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	36

Troubles mentaux et du comportement	
- intoxication aiguë accidentelle	76
- intoxication aiguë non accidentelle	76
- liés à l'utilisation de substances psycho-actives	76
- liés à stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine	76
- utilisation nocive (alcool, drogues)	76
Tumeur.....	60
- activité tumorale	61
- avec activité endocrine.....	64
- chimio- et radiothérapie.....	67
- choix du diagnostic principal	61
- complications après un acte diagnostique et thérapeutique	63
- du système hématopoïétique et lymphatique ..	61
- examen de contrôle	63
- excision étendue	62
- localisations contiguës.....	65
- localisations multiples.....	64
- lymphangiose carcinomateuse	66
- lymphome	67
- mise en évidence dans la biopsie seulement	62
- recherche dans l'index alphabétique	60
- récurrence	64
- rémission de maladies immunoprolifératives malignes/leucémie.....	65
- suspicion de tumeur/métastases	63

U

Ulcère de l'estomac	
- avec gastrite	94
Urosepsis	55

V

Valvules cardiaques.....	86
Ventilation continue par pression positive CPAP	
- chez les adultes, enfants, adolescents.....	93
- chez les nouveau-nés et les nourrissons	93
Verrues anogénitales.....	98
VIH	
- compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	58
- infection asymptomatique.....	57
- maladies dues au VIH	58
- mise en évidence par laboratoire.....	57
- ordre et choix des codes	59
- stades cliniques (A, B et C).....	58
- stades de l'infection	58
- syndrome d'infection aiguë.....	57

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:

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie

Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)

Contact

032 713 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 60 60
order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse
www.statistique.admin.ch → Services → Les publications de Statistique suisse

Santé

Etat des lieux de l'interruption de grossesse en Suisse – Statistique des interruptions de grossesse 2010, Neuchâtel 2011, numéro de commande: 532-1106-05, 4 pages, gratuit

Personnes âgées dans les institutions – Entrée en établissement médico-social en 2008/09, Neuchâtel 2011, numéro de commande: 1210-0900-05, 4 pages, gratuit

Statistique des institutions médico-sociales 2009 – Tableaux standard, résultats définitifs, Neuchâtel 2010, numéro de commande: 532-1104-05, 60 pages, gratuit

Statistique médicales des hôpitaux 2009 – Tableaux standard, résultats définitifs, Neuchâtel 2011, numéro de commande: 532-1102-05, 68 pages, gratuit

Statistique des hôpitaux 2009 – Tableaux standard, résultats définitifs, Neuchâtel 2011, numéro de commande: 532-1101-05, 44 pages, gratuit

Coût et financement du système de santé – Résultats détaillés 2008 et évolution récente, Neuchâtel 2011, numéro de commande: 026-0802, 36 pages, gratuit

Le cancer en Suisse – Etat et évolution de 1983 à 2007, Neuchâtel 2011, numéro de commande: 1178-1000, 96 pages, 21 francs (TVA excl.)

Statistique de l'aide et des soins à domicile 2009, Neuchâtel 2010, numéro de commande: 1027-0900-05, 54 pages, gratuit

Résultats de la statistique médicale 2009 – Les hospitalisations à l'adolescence, Neuchâtel 2010, numéro de commande: 532-1004-05, 4 pages, gratuit

Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007 – Enquête suisse sur la santé, Neuchâtel 2010, numéro de commande: 213-0707, 72 pages, 12 francs (TVA excl.)

Toutes les hospitalisations sont saisies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux.

Ce relevé, effectué par tous les hôpitaux et cliniques, 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'Office fédéral de la statistique (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 jusqu'à sa validation. Il est l'ouvrage de base du codage médical.

N° de commande

544-1200

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Prix

19 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14161-8