14

Santé

544-1400

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2014

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Neuchâtel, 2013

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

0 Bases statistiques et généralités

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

Statistique de la Suisse

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2014

Rédaction Christiane Ricci, OFS
Jörg Julen, OFS
Constanze Hergeth, SwissDRG SA
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi, CHUV

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2013

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:	544-1400
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 2013 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée
ISBN:	978-3-303-14201-1

Table des matières

Remerciements **7**

Introduction version 2014 ..... **8**

Abréviations utilisées dans ce manuel 9

Généralités G00-G56

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 13
G10c 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**
G50c Définitions **23**
G51c Le cas de traitement 23
G52c Le diagnostic principal 24
G53b Le complément au diagnostic principal 25
G54c Les diagnostics supplémentaires 26
G55a Le traitement principal 27
G56a Les traitements supplémentaires 27

Règles générales de codage pour lesmaladies/diagnostics D00-D15

D00a Résultats anormaux 28
D01a Symptômes 28
D02c Diagnostics unilatéraux et bilatéraux/Diagnostics de localisations multiples 29
D03a Codes dague† - étoile* 30
D04c Codes avec point d'exclamation («!») 31
D05c Etat après/présence de/absence de 32
D06c Séquelles 33
D07a Suivi interventionnel planifié (suivi planifié) 34
D08a Maladie imminente, menace de maladie 35
D09a Diagnostics présumés 36
D10c Affections chroniques avec poussée aiguë 37
D11c Codes combinés 38
D12c Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications) 39
D13a Syndromes 42
D14c Admission pour une opération/procédure non effectuée 43
D15c Transferts 44
D16c 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 48

Règles générales de codage pour les procédures P00-P09

P00a Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales ... 49
P01c Procédures qui doivent être codées ... 50
P02c Procédures qui ne sont pas codées ... 51
P03c Endoscopie et interventions endoscopiques ... 52
P04c Interventions combinées/Opérations complexes ... 53
P05a Interventions interrompues ... 54
P06c Procédures répétées plusieurs fois ... 55
P07a Opérations bilatérales ... 56
P08a Révisions d'une région opérée/Réopérations ... 57
P09a Prélèvement d'organe et transplantation ... 58

Règles spéciales de codage S0100-S2100

S0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires ... 61
S0101a Bactériémie ... 61
S0102c Septicémie ... 61
S0103c SIRS/Complications organiques ... 64
S0104b VIH/SIDA ... 65
S0105a Vrai croup – pseudo-croup – syndrome du croup ... 67
S0200 Tumeurs ... 68
S0201c Activité tumorale ... 69
S0202c Choix et ordre des diagnostics ... 70
S0203a Excision étendue dans la région tumorale ... 71
S0204a Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement ... 71
S0205c Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique ... 72
S0206a Suspicion de tumeur ou de métastases ... 72
S0207a Examen de contrôle ... 72
S0208a Récidives ... 73
S0209a Tumeurs avec activité endocrine ... 73
S0210c Localisations multiples ... 73
S0211a Localisations contiguës ... 74
S0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie ... 75
S0213a Lymphangiose carcinomateuse ... 76
S0214a Lymphomes ... 76
S0215a Chimiothérapie et radiothérapie ... 77
S0216b Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques ... 77
S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ... 78
S0401c Généralités ... 78
S0402a Règles de codage du diabète sucré ... 79
S0403a Complications spécifiques du diabète sucré ... 82
S0404a Syndrome métabolique ... 85
S0405a Anomalies de la sécrétion pancréatique interne ... 85
S0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose) ... 85
S0500 Troubles mentaux et du comportement ... 86
S0501a Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine) ... 86
S0600 Maladies du système nerveux ... 87
S0601a Accident vasculaire cérébral aigu (AVC) ... 87
S0602c Accident vasculaire cérébral « ancien » (AVC) ... 87
S0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique ... 88

S0700 Maladies de l'œil et de ses annexes ... 89
S0701a Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil ... 89
S0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde ... 90
S0801a Problèmes d'ouïe et surdité ... 90
S0900 Maladies de l'appareil circulatoire ... 91
S0901a Hypertension et maladies hypertensives ... 91
S0902a Maladie cardiaque ischémique ... 92
S0903a Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire ... 94
S0904c Affections des valvules cardiaques ... 96
S0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques ... 97
S0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque ... 97
S0907a Oedème pulmonaire aigu ... 98
S0908c Arrêt cardiaque ... 98
S0909c Révisions ou réopérations du cœur et du péricarde ... 98
S0910a Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV ... 98
S1000 Maladies de l'appareil respiratoire ... 99
S1001c Respiration artificielle ... 99
S1002c Insuffisance respiratoire ... 103
S1100 Maladies de l'appareil digestif ... 104
S1101a Appendicite ... 104
S1102a Adhérences ... 104
S1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite ... 104
S1104a Hémorragie gastro-intestinale ... 104
S1105a Déshydratation lors d'une gastroentérite ... 105
S1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ... 106
S1201c Chirurgie plastique ... 106
S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire ... 107
S1401a Dialyse ... 107
S1402a Verrues anogénitales ... 107
S1403a Chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines (MGF) ... 108
S1404c Insuffisance rénale aiguë ... 108
S1500 Obstétrique ... 109
S1501b Définitions ... 109
S1502a Interruption précoce de grossesse ... 110
S1503b Affections pendant la grossesse ... 112
S1504c Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant ... 113
S1505c Règles spéciales pour l'accouchement ... 114
S1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ... 120
S1601a Série de données de la statistique médicale ... 120
S1602a Définitions ... 120
S1603c Nouveau-nés ... 120
S1604c Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ... 122
S1601a Série de données de la statistique médicale ... 120
S1605a Enfant mort-né ... 122
S1606c Mesures particulières pour le nouveau-né malade ... 123
S1607c Syndrome de détresse respiratoire lors de maladie des membranes hyalines/ carence en surfactant ... 123
S1608c Syndrome de détresse respiratoire lors de syndrome néonatal d'as-piration aigu, wet lung ou tachypnée transitoire du nouveau-né ... 124
S1609a Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) ... 124
S1610c Asphyxie obstétricale ... 125

S1800 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, n.c.a 126
S1801a Incontinence 126
S1802a Dysphagie 126
S1803a Convulsions fébriles 126
S1804a Diagnostics de douleur et méthodes de traitement de la douleur 127
S1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes 128
S1901a Lésions superficielles 128
S1902a Fracture et luxation 128
S1903c Plaies/lésions ouvertes 130
S1904a Perte de connaissance 133
S1905c Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique) 134
S1906a Lésions multiples 138
S1907a Brûlures et corrosions 139
S1908b Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques 140
S1909a Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions) ... 141
S1910b Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions) 141
S2000 Causes externes de morbidité et de mortalité 142
S2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé 143

Annexe 144
Définitions médicales 144
Diabète sucré décompensé 144
Insuffisance rénale aiguë 146
Critères SIRS / complications organiques 147

Index alphabétique 148

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 est particulièrement précieuse.

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 2014 ont bénéficié du soutien décisif du groupe de travail suivant :

Ursula Althaus, médecin, experte en codage médical, Oberdorf
Dr méd. Constanze Hergeth, SwissDRG SA, Berne
Dr. méd. Jörg Felix Julen-Buchs, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
Christiane Ricci, experte en codage médical, brev. féd., Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
Dr méd. Pierre Phedon Tahintzi, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Introduction version 2014

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 est étendue de manière uniforme à toute la Suisse depuis 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.

Les règles de codage 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 règles spéciales décrivent des cas de figure particuliers, destinés à les définir 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. Exception : les règles de facturation, qui priment sur les règles de codage générales comme sur les règles spéciales. 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. Les règles de codage de la version 2012 sont désignées par la lettre « a », celles de la version 2013 par la lettre « b » et les changements du contenu des règles de codage pour 2014 le sont par la lettre « c » et par un trait vertical dans la marge. Les autres modifications sont signalées seulement par un trait vertical dans la marge. Les corrections orthographiques ou typographiques ne sont pas signalées.

Les exemples donnés dans le présent manuel servent à illustrer les règles de codage. Les codes indiqués dans les exemples sont corrects, mais ils ne présentent pas nécessairement de manière complète le codage des cas médicaux en question.

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 médical 2014 entre en vigueur le 1.1.2014 et remplace les versions précédentes.

Les classifications CIM-10-GM 2012 et CHOP 2013 ont servi de base à ce manuel. On utilisera les codes de la CIM-10-GM version 2012 et les codes de la CHOP version 2014 pour coder les cas d'hospitalisation en soins somatiques aigus avec date de sortie à partir du 1.1.2014.

S'il y a des différences entre les versions linguistiques du manuel de codage et des ouvrages de classification, c'est la version originale en allemand qui fait foi.

Des informations complémentaires seront diffusées en cours d'année dans des circulaires et chaque semestre dans les FAQ. Ce sont là des instruments de codage officiels de l'OFS dont il faut tenir compte pour les sorties qui ont lieu dès le 1er du mois qui suit leur publication.

Abréviations utilisées dans ce manuel

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 est entré en vigueur le 1.1.2012. Les données de la statistique médicale sont 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 (MB)

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 (MN)

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 (MP)

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 (MD)

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).

G10c La statistique médicale et le système de classification des patients SwissDRG

Depuis 2012, le financement des hôpitaux pour les prestations hospitalières en soins aigus est 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.

Le forçage manuel n'est plus admis dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque cas doit être codé entièrement. Il n'est pas autorisé d'omettre ou d'ajouter un diagnostic ou une procédure pour influencer le classement d'un cas dans tel ou tel DRG. Voir le point 1.4 des « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG ».

Dans le cadre de l'entretien et du perfectionnement de la structure tarifaire DRG, les classifications et les règles de codage sont périodiquement réadaptées 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 1.1.2014 pour le codage des diagnostics est la CIM-10-GM 2012 (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 9e révision (CIM-9). En 1993, la 10e 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.

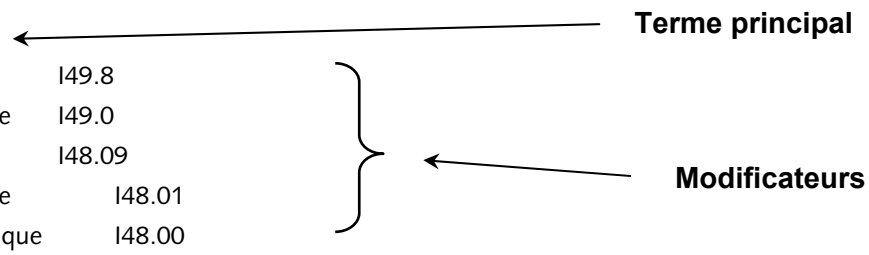
Exemple tiré du chapitre XI:

Maladies de l'appendice (K35-K38) — Bloc/Groupe

	K35.-	**Appendicite aiguë** — Catégorie à 3 caractères
Sous-catégorie à 4 caractères	**K35.2**	**Appendicite aiguë avec péritonite généralisée**
		Appendicite (aiguë) avec péritonite généralisée après perforation ou rupture
	K35.3-	**Appendicite aiguë avec péritonite localisée**
Codes à 5 caractères	K35.30	Appendicite aiguë avec péritonite localisée sans perforation ni rupture
	K35.31	Appendicite aiguë avec péritonite localisée avec perforation ou rupture
	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 • récidivante
	K37	**Appendicite, sans précision** — Catégorie à 3 caractères
	K38.-	**Autres maladies de l'appendice**
	K38.0	**Hyperplasie de l'appendice**
	K38.1	**Concrétions appendiculaires**
		Fécalome | de l'appendice Stercolithe | de l'appendice
Sous-catégorie à 4 caractères	**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.



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 emphysémateuse (obstructive) (J44.-)

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

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

K60.4 Fistule rectale
Fistule recto-cutanée
Excl. : fistule recto-vaginale (N82.3)
vésico-rectale (N32.1)

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

J15.- Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs
Incl. : Bronchopneumopathie due à des bactéries autres que 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 2014 comprend les extensions et modifications issues des procédures de demande à SwissDRG jusqu'en 2012.

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 1 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. Elles n'ont aucun impact sur le codage.
[ ]	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, si elles sont réalisées.
Omettre le code	Ces interventions sont déjà comprises dans un autre code.
et	Le terme « et » est employé au sens de et/ou.
*****	L'astérisque désigne un complément suisse au texte original américain.
[L]	Latéralité (le côté doit être codé 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.

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

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

L'établissement des diagnostics ainsi que la documentation des diagnostics et/ou des procédures pendant toute la durée de l'hospitalisation relèvent de la **responsabilité** du médecin traitant. C'est sur ces données que se base le personnel chargé du codage pour une description conforme du cas.

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.

G50c Définitions

G51c Le cas de traitement

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

La connaissance de ce document est nécessaire pour la compréhension de la définition d'un cas de traitement (âge du patient, durée de séjour, transferts, réadmissions, regroupements de cas).

Lien SwissDRG :
http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_5_2013_f_def.pdf

G52c 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** de la patiente/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). Le diagnostic inscrit en premier dans le rapport de sortie ne coïncide pas toujours avec le diagnostic à coder en diagnostic prinicipal.

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 deux ou plusieurs affections, celle qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales sera choisie comme diagnostic principal. L'engagement le plus élevé est déterminé sur la base des prestations médicales (travail des médecins et infirmiers, opérations, produits médicaux, etc.) et non sur celle du cost-weight des DRG, qui dépend encore d'autres facteurs. En cas de doute du codeur quant au choix du diagnostic principal, la décision est prise par le médecin traitant de l'hôpital.

Exemple 1
Une patiente est admise pour une kératoplastie. Le 2e jour, elle est transférée aux soins intensifs pour un infarctus du myocarde et on procède à une coronarographie.
L'infarctus du myocarde a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales et est de ce fait le diagnostic principal.

Exemple 2
Une patiente souffre d'insuffisance cardiaque décompensée avec défaut septal auriculaire préexistant et d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec ulcération. Traitement de l'insuffisance cardiaque, traitement des membres inférieurs par VAC pendant 1 semaine. La 2ème semaine, on procède à une occlusion percutanée du septum auriculaire à l'aide d'un dispositif d'occlusion vasculaire Amplatzer.
En raison des coûts élevés de l'opération cardiaque avec implant, le défaut septal auriculaire est codé comme diagnostic principal.

Exemple 3
Un patient est hospitalisé pendant 12 jours pour le traitement d'un diabète décompensé. Il est opéré d'un phimosis un jour avant sa sortie.
Le diabète sucré qui a nécessité 12 jours d'hospitalisation a entraîné le plus de ressources médicales et est codé en diagnostic principal (une opération ne détermine pas automatiquement le diagnostic principal).

Exemple 4
Hospitalisation pour ulcère gastrique avec forte hémorragie. Contrôle d'hémorragie gastrique. Transfusions sanguines pour anémie hémorragique.
Le traitement de l'ulcère gastrique avec contrôle d'hémorragie a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales et est de ce fait le diagnostic principal.

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 »*.

G53b Le complément au diagnostic principal

Le champ « Complément au diagnostic principal » n'est prévu 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 D03).

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 insulinodépendant avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé*
CD	*H36.0**	*Rétinopathie diabétique*

2. Le diagnostic principal est un code pour un traumatisme, une intoxication ou une maladie/trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, auquel il faut ajouter, sous « Complément au diagnostic principal », le code correspondant à la cause externe, pour autant qu'aucune autre règle de codage ne s'y oppose.

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	*droit*	
CD	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*

G54c 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. Si une maladie documentée influence la procédure standard d'une anesthésie ou d'une opération, cette maladie ou ce « status après » sera codé comme diagnostic supplémentaire. 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 efforts de soins > 0***

Comme stipulé dans G40, 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. Les trois diagnostics sont codés :
Maladie cardiaque coronaire
Hypertension artérielle
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 G54) 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 due à une cirrhose du foie connue**. Seule l'ascite est traitée par une ponction.Le patient continue de recevoir sa médication pour son hypertension.*

DP	*R18*	*Ascite*
DS	*K74.6*	*Cirrhoses du foie, autres et sans précision*
DS	*I10.90*	*Hypertension essentielle, non précisée, sans mention de crise hypertensive*
TP	*54.91*	*Ponction abdominale percutanée (drainage)*

Symptôme codé comme diagnostic supplémentaire

Un symptôme n'est pas codé s'il est assimilé à une conséquence directe et manifeste de la maladie sous-jacente. Si un symptôme (une manifestation) 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 G54).

D02c Diagnostics unilatéraux et bilatéraux
Diagnostics de localisations multiples

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. Les chiffres suivants sont saisis :

0	=	bilatéral
1	=	unilatéral droit
2	=	unilatéral gauche
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 bilatéralité est documentée dans la série de données de la statistique médicale.

Lorsqu'un diagnostic concerne des **localisations multiples**, chaque localisation est à coder séparément, pour autant que des codes précis existent. Dans la mesure du possible, les codes contenant l'indication de localisation multiple sont à éviter (exception faite de maladies systémiques, telles que p.ex. la polyarthrite ou l'ostéoporose).

Exemple 1
Patient avec hémorragies intracérébrales, une corticale dans le lobe frontal, l'autre intraventriculaire.
I61.1 Hémorragie intracérébrale hémisphérique, corticale
I61.5 Hémorragie intracérébrale intraventriculaire

Exemple 2
Patiente présentant une lésion ancienne du ménisque: corne antérieure du ménisque interne et corne antérieure du ménisque externe.
M23.21 Lésion du ménisque due à une déchirure ou à un traumatisme ancien, corne antérieure du ménisque interne
M23.24 Lésion du ménisque due à une déchirure ou à un traumatisme ancien, corne antérieure du ménisque externe

D03a Codes dague† - étoile*

Ce système de codage permet d'associer l'étiologie d'une maladie à sa manifestation. Le code dague†, 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 dague† d'un code étoile*. Ne jamais utiliser un code étoile* sans un code dague†. Les codes dague† peuvent être codés seuls.

Si le code dague† figure comme 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 (règle G54) (voir exemple 1).

Dans les cas où le code dague† est un diagnostic supplémentaire, il doit précéder le code étoile* qui lui est associé, pour autant que la définition du diagnostic supplémentaire soit remplie (règle G54).

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

Un code dague† peut être suivi de plusieurs codes étoile* (voir 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 un 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 avec 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 ses manifestations. 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†*.

D04c 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 qui précède 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!*	*Escherichia Coli et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* Le code avec point d'exclamation est pertinent ici : précision du germe.

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* Le code avec point d'exclamation est pertinent ici : précision de la circonstance.

Exemple 3

Pneumonie à Klebsiella pneumoniae et à Escherichia Coli.

DP	*J15.3*	*Pneumonie due à streptocoques du groupe B*
CD	*-*	
DS	*J15.5*	*Pneumonie due à Escherichia Coli* Les codes avec point d'exclamation *B95.1!* et *B96.2!* ne sont pas pertinents ici : le germe est déjà précisé dans les codes de la pneumonie.

Exemple 4

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*

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 avec point d'exclamation doit être mentionné une seule fois à la fin des codes diagnostics (code *S31.83 !* dans l'exemple 4). Pour les codes des causes externes (*V01!-Y84!*), voir également le chapitre S2000.

D05c 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 G54).

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 D06
- tumeur, antécédents personnels, p.ex. *Z85.0 Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs*
- greffe (état post-transplantation), p.ex. *Z94.4 Greffe 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 Klebsiella pneumoniae*
DS	*Z94.4*	*Greffe de foie*

Ils ne sont pas indiqués par un code de maladie aiguë.

Exemple 2
Un status post embolie pulmonaire est traité chez un patient.

DS	*Z86.7*	*Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire*
DS	*Z92.1*	*Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants*

D06c 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
Traitement d'une dysphasie à la suite d'un infarctus cérébral.

R47.0	*Dysphasie et aphasie*
I69.3	*Séquelles d'infarctus cérébral*

Exemple 2
Traitement de cicatrices chéloïdes au thorax suite à des brûlures.

L91.0	*Cicatrice chéloïde*
T95.1	*Séquelles de brûlure, corrosion et gelure du tronc*

Exemple 3
Traitement d'une stérilité due à une salpingite tuberculeuse dix ans auparavant.

N97.1	*Stérilité d'originaire tubaire*
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*	

Si par contre, un patient est admis par exemple pour l'opération d'un tendon de doigt suite à une rupture tendineuse remontant à deux semaines, ce cas ne doit pas être codé comme une « séquelle » car la rupture du tendon est toujours en traitement.

D07a Suivi interventionnel planifié (suivi planifié)

Lors d'une admission pour une 2e opération ou toute autre opération supplémentaire suite à une opération initiale et faisant partie d'un traitement opératoire complet planifié, on code la maladie ou la blessure initiale, même si elle n'existe plus, 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) qui, accompagné du code pour la procédure nous indique qu'il s'agit d'un suivi interventionnel planifié.

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'ostéo-synthèse.

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

Status après fermeture de fente labio-palatine en 2002. Patient actuellement hospitalisé pour fermeture d'un orifice résiduel et correction d'une rhinolalie ouverte due à une insuffisance vélopharyngée.

DP	*Q37.1*	*Fente labiale unilatérale avec fente de la voûte du palais*
L	*0*	
DS	*Z48.8*	*Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés*

Exemple 4

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 pour la fracture du fémur (exemple 2) et la fracture cubitale et radiale (exemple 4), 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, seule une ulcération s'est développée.
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 reste probable à la fin de l'hospitalisation **et est traité comme tel**, il convient de le coder comme s'il avait été 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*

D10c 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. l'exacerbation aiguë d'une maladie chronique, la forme aiguë de la maladie doit être codée avant la forme chronique, s'il existe des codes différents pour la forme aiguë et la forme chronique de cette maladie (valable pour les diagnostics principal et/ou supplémentaires).

Exemple 1
Poussée aiguë d'une pancréatite idiopathique chronique sans complications d'organe.
K85.00 Pancréatite aiguë idiopathique, sans indication de complication d'organe
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-)*

c) la CIM-10-GM indique qu'un seul code est nécessaire. Pour le 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)***

D11c Codes combinés

Un code unique utilisé pour la classification de deux diagnostics, 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.

Exemple 2
Insuffisance veineuse des membres inférieurs avec ulcération.
I83.0 Varices ulcérées des membres inférieurs

Le codage séparé:

I87.2 Insuffisance veineuse (chronique)(périphérique)

avec

L97 Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs

serait incorrect.

D12c Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

Codes disponibles pour les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

- 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 (*Y57!-Y84!*), 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.
  I80.28 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
Occlusion intestinale post-opératoire.
K91.3 Occlusion intestinale post-opératoire

L'occlusion intestinale post-opératoire est spécifiquement décrite par le code *K91.3* et non par

K56.- Ileus paralytique et occlusion intestinale dans hernie

(voir aussi l'exclusion sous *K56.-*).

Remarque : une **constipation post-opératoire** n'est pas décrite par *K91.3 Occlusion intestinale post-opératoire,* mais par *K59.0 Autres troubles fonctionnels de l'intestin, constipation*

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 de la liste 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 sous 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
Déhiscence de plaie après implantation d'une prothèse de hanche.
T81.3 Désunion d'une plaie opératoire, non classé ailleurs
Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

La prothèse descellée ou la déhiscence de plaie sont spécifiquement décrits par les codes T, le code peu spécifique

M96.88 Autres affections du système ostéoarticulaire et des muscles après un acte à visée thérapeutique

n'est pas utilisé pour ce codage.

Exemple 8
Pacemaker déplacé.
T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique
Y82.8! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux

Le pacemaker déplacé est spécifiquement décrit par le *T82.1*, le code peu spécifique

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

n'est pas utilisé pour ce codage.

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 9
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 côlon, 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

Cette règle de facturation pour le regroupement de cas se trouve sous D16c.

D13a Syndromes

S'il existe un code spécifique pour un syndrome, il faut l'utiliser. Conformément à la définition du diagnostic principal, c'est la manifestation principale du syndrome, celle pour laquelle le patient est traité, qui doit être codée comme diagnositc principal.

Exemple 1
Un enfant dysmorphique est hospitalisé pour évaluation du syndrome. Les examens confirment le diagnostic de trisomie 21, non-disjonction méïotique (syndrome de Down).

DP	*Q90.0*	*Trisomie 21, non-disjonction méïotique*

Exemple 2
Un enfant atteint de trisomie 21, non-disjonction méïotique (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 méïotique*

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 G54).

D14c Admission pour une opération/procédure non effectuée

Si un patient est hospitalisé pour une opération/procédure et que cette intervention n'a pas 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 autre maladie :

Exemple 2
Une patiente souffrant d'une amygdalite est hospitalisée pour une tonsillectomie. L'opération est différée pour cause de sinusite frontale aiguë bilatéral, le patient rentre à domicile.

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*	

Exemple 3
Un patient souffrant d'une amygdalite est hospitalisé pour une tonsillectomie. L'opération est annulée en raison d'une cholécystite, le patient reste hospitalisé pour le traitement de cette cholécystite.

DP	*K81.0*	*Cholecystite aiguë*
DS	*-*	

Ici, la maladie qui motive l'hospitalisation devient diagnostic principal.
L'amygdalite chronique ne répond pas à la définition du diagnostic supplémentaire et n'est donc pas codée.

D15c Transferts

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 maladie/blessure initiale est codée 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 comme premier diagnostic supplémentaire.

En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G52).

Remarque : les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors du premier séjour stationnaire (dans le premier hôpital).

Exemple 1
Transfert dans l'hôpital B après ostéosynthèse d'une fracture dans l'hôpital A.

L'hôpital B code :

DP	*Code S*	
DS	*Z47.8*	*Autres soins de contrôle orthopédiques précisés*

Exemple 2
Transfert dans l'hôpital B après le traitement primaire d'une maladie coronarienne par pontage AC dans l'hôpital A.

L'hôpital B code :

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 dans l'hôpital régional.

La clnique de réadaptation code :

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*	

Exemple 4
Transfert en réadaptation après révision d'une prothèse de hanche droite descellée dans l'hôpital régional.

La clnique de réadaptation code :

DP	*T84.0*	*Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne*
L	*1*	
DS	*Z50.-!*	*Soins impliquant une rééducation*

Exemple 5
Un patient est admis à l'hôpital central pour un remplacement percutané de valve mitrale. Après l'opération, il présente un hémisyndrome, probablement dû à une embolie peri-opératoire. Le patient est transféré à l'hôpital régional pour suite de soins de l'hémisyndrome.

L'hôpital central code:
DP Insuffisance valvule mitrale
DS Hémisyndrome
DS Embolie
DS Cause externe

L'hôpital régional code:
DP Hémisyndrome
DS Z51.88 Autres traitements médicaux non précisés
DS Insuffisance valvule mitrale
DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS Z95.2 Présence de prothèse d'une valvule cardiaque

Remarque : le transfert se fait pour la suite de soins de l'hémisyndrome.

Transfert pour traitement

Exemple 1
Un patient est admis à l'hôpital A pour une fracture du tibia et une fracture de vertèbre cervicale. La fracture du tibia est opérée, puis le patient est transféré à l'hôpital central ***pour traitement*** *(opération) de la fracture de vertèbre cervicale.*

L'hôpital A code:
DP Fracture du tibia
CD Cause externe
DS Fracture de vertèbre cervicale

L'hôpital central code:
DP Fracture de vertèbre cervicale (= Traitement)
DS Fracture du tibia (= Suite de soins)
DS Z47.8 Autres soins de contrôle orthopédiques précisés

Exemple 2
Un patient est admis à l'hôpital A pour une fracture du tibia. Il est immédiatement transféré à l'hôpital central.

L'hôpital A code:
DP Fracture du tibia
CD Cause externe

L'hôpital central code:
DP Fracture du tibia

Remarque : les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois, lors du premier séjour stationnaire.

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
*Un patient victime d'infarctus du myocarde est soumis à un examen **ambulatoire** avec PTCA (1 vaisseau/1 stent métallique) dans le centre hospitalier, 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*
DS	*Z48.8*	*Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés*
DS	*Z95.5*	*Présence d'implant ou de greffe vasculaires coronaires*

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 (règle G52) doit être appliquée à ces diagnostics.

Transfert d'un nouveau-né sain

Lors d'un transfert pour suites de soins ou pour traitement de la mère malade, accompagnée par son nouveau-né **sain**, on ouvre un cas administratif pour le nouveau-né (inscrire le poids à l'admission sous la variable 4.5.V01).

En diagnostic principal, on code pour le nouveau-né le

Z51.88 Autres traitements médicaux non précisés.

Voir également chapitre 3.9 des « Règles et définitons pour la facturation des cas selon SwissDRG » : http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_5_2013_f_def.pdf

D16c 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

Cette règle particulière de codage est une **règle de facturation** selon SwissDRG et **prime** par conséquent sur les règles de codage générales et spéciales du manuel de codage.

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 primaire/initiale doit être codée comme diagnostic principal et la maladie ou le trouble consécutif à des mesures médicales (complication) doit l'être comme diagnostic supplémentaire. Le codage est maintenu ainsi, même s'il n'y a pas de regroupement de cas.

Exemple 1

*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 2

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*

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 est à indiquer dans la série de données de la statistique médicale. Variable 4.3.V011 pour le diagnostic principal, et variables 4.3.V021, 4.3.V031, 4.3.V041, etc. pour les diagnostics supplémentaires.

  Les chiffres suivants sont saisis :

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

  Les codes nécessitant la précision de la latéralité sont marqués d'un (L) dans la CHOP. Cette information est une aide au codage, car le marquage n'est pas totalement exhaustif. De même, dans certaines situations, certains codes sont marqués d'un (L), mais ne nécessitent pas toujours l'indication de la latéralité. Dans ce cas, il faut laisser la variable 4.3.V0-- vide. Cette situation est due au fait que certains codes englobent des procédures qui peuvent représenter des actes avec **latéralité ou non**.

- Si la prestation a été fournie à l'extérieur ou à l'hôpital même.

P01c 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 (gros appareils ou équipements) spéciaux (p.ex. IRM) 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-) pré-opérative est codée ici en tant que traitement supplémentaire.*

3. Est repris sous P02, point 3.

P02c Procédures qui ne sont pas codées

1. Ne sont pas codées les procédures **effectuées de manière routinière** chez la plupart des patients avec une pathologie donnée, vu que les moyens mis en œuvre pour ces procédures sont impliqués dans le diagnostic ou les autres procédures utilisées. Aucun code CHOP n'est requis si aucune procédure significative n'a été effectuée.

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, immunothérapies, thrombolyses et transfusions de produits sanguins, ainsi que des médicaments onéreux, s'il existe un code CHOP spécial ou un code ATC dans la liste des médicaments onéreux.
- Certaines composantes d'une procédure : la préparation, l'installation du patient, l'anesthésie (intubation incluse) ou l'analgésie, la suture de plaie sont en règle générale incluses dans le code de l'opération.

2. 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.

3. Les mesures diagnostiques effectuées lors de la même séance et qui font en règle générale partie intégrante de l'opération, ne sont pas codées séparément (sauf disposition contraire dans la CHOP).
P.ex.: L'arthroscopie diagnostique effectuée avant une méniscectomie arthroscopique n'est pas codée séparément.

4. Les procédures post-mortales ne sont pas codées (le cas se termine avec le décès). Ceci vaut également pous les autopsies.

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 de la douleur* et remplit toutes les conditions spécifiées sous ces codes.

Exemple 2
Un patient souffrant d'un carcinome métastatique est traité par chimiothérapie et reçoit une injection d'anesthésique dans le canal rachidien pour traiter la douleur.

TP	*99.25.-*	*Chimiothérapie*
TS	*03.91*	*Injection d'anesthésique dans le canal rachidien pour analgésie*

P03c 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
Cholécystectomie laparoscopique.
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, sauf si l'endoscopie est déjà contenue dans un code de procédure associé.

Exemple 2
Pancréatectomie partielle laparoscopique.
52.51.-- Pancréatectomie céphalique partielle
54.21.20 Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales

Exemple 3
Cholécystectomie laparoscopique et pancréatectomie partielle laparoscopique.
51.23 Cholécystectomie laparoscopique
52.51.-- Pancréatectomie céphalique partielle

(Même si codage identique qu'une cholécystectomie laparoscopique avec pancréatectomie partielle ouverte).

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

Exemple 4
Une œsophagogastroduodénoscopie avec biopsies d'un ou plusieurs sites impliquant l'œsophage, l'estomac ou le duodénum est codée avec le code
45.16 Œsophagogastroduodénoscopie avec biopsie fermée

Exemple 5
Une bronchoscopie de la trachée et du pharynx est codée avec le code
33.22 Bronchoscopie par fibre optique

Exemple 6
Une panendoscopie pour examen d'un carcinome de l'hypopharynx (endoscopie de deux systèmes d'organes) est codée par
33.22 Bronchoscopie par fibre optique
42.23 Autre oesophagoscopie

P04c Interventions combinées/Opérations complexes

- On décrira si possible les interventions par un seul code (codage monocausal). 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**)*

Exemple 3
*77.51 Exostosectomie d'hallux valgus **avec** correction des tissus mous et ostéotomie du premier métatarsien*

- 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 4
Patient subissant une gastrectomie totale avec résection du grand épiploon et des ganglions lymphatiques de la région gastrique.
43.99 Autre gastrectomie totale
40.3X.-- Excision de ganglions lymphatiques régionaux
54.4X.-- Excision ou destruction du tissu péritonéal

Les prélèvements d'os d'autres localisations que la localisation de l'opération effectuée doivent être codés séparément.
Par exemple : prélèvement d'os spongieux au niveau du **bassin** pour une opération de pseudoarthrose du **bras**.

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

Exemple 5
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)

- Les codes faisant partie d'un ensemble sont indiqués les uns à la suite des autres.
Par exemple : angioplastie coronaire + stents + nombre de vaisseaux, etc.

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 menée à terme, 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*

P06c 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 effectuées au cours du traitement, p.ex. l'ostéosynthèse sur plusieurs doigts ou la suture de tendons sur plusieurs doigts, l'ostéosynthèse du tibia et du péroné, etc.

Exceptions :

- Les excisions multiples de lésions cutanées, les biopsies multiples ou autres procédures multiples «mineures » de complexité similaire 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 peau de l'oreille)*
L	*1*	
TS	*86.4X.--*	*Excision radicale d'une lésion cutanée (pour 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 2e au 8e jour et du 12e au 19e jour de son hospitalisation.
93.A2.20 Traitement multimodal de la douleur, 14 jours à 20 jours de traitement
(Total 7 + 8 = 15 jours)

Exemple 3
Un patient reçoit plusieurs concentrés érythrocytaires:
Jour 1: 3 UT, jour 3: 4 UT, jour 5: 4 UT, jour 6: 3 UT = 14 UT.
Les concentrés érytrhrocytaires sont additionnés et représentés par un seul code.
99.04.12 Transfusion de globules rouges concentrés, 11 à 15 UT

Remarque : Médecine nucléaire et radiothérapie *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 (*92.28.02-92.28.07*). 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 récidive ou
- procéder à une autre opération dans cette région,

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*
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*

Exemple 1
Césarienne chez une patiente avec status post césarienne.

TP	*74.-*	*Césarienne*
TS	*00.99.10*	*Réoperation*

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. La fin d'un cas est documentée par la date et l'heure du décès dans la variable 1.5.V01 de la statistique médicale. Par conséquent, les prélèvements d'organes post-mortem ne sont pas à coder.

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 de la catégorie

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 Maladie qui constitue le motif de la transplantation
TP Code de procédure pour la transplantation (voir tableau)
TS Code du groupe 00.90-00.93 Type de transplant tissulaire, resp. de transplant d'organe
TS Code 99.79.11 Préparation de greffe d'organe de donneur vivant AB0-incompatible, si pertinent

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 même 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 Examen de suivi après transplantation d'organe
DS Z94.- Etat après transplantation d'organe ou de tissu

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 S0202 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-.-	Greffe 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-	Greffe osseuse de la face Greffe 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.-	Greffe 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-	Greffe 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.

Une exception : la bactériémie méningococcique pour laquelle on utilisera le code

A39.4 *Méningococcémie, sans précision*

S0102c Septicémie

Les règles suivantes s'appliquent au codage d'une septicémie que ce soit comme diagnostic **principal** ou **supplémentaire**.

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.*

On indiquera en plus un code de la catégorie *U80!-U85!* pour une éventuelle résistance.

Pour indiquer l'existence d'un choc septique, utiliser en code supplémentaire le *R57.2 Choc septique*.

Remarque : un code de septicémie/bactériémie 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*.

Exemple 1

Septicémie à staphylocoques et pneumonie à staphylocoques.

A41.2	*Septicémie à staphylocoques non précisés*
R65.0!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques*
J15.2	*Pneumonie due à des staphylocoques*

Exemple 2

Septicémie à streptocoques du groupe C.

A40.8	*Autres septicémies à streptocoques*
R65.0!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques*
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

Septicémie à point de départ urinaire due à une pyélonéphrite à E. coli.

A41.51	*Septicémie à Escherichia coli*
R65.0!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques*
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	*Fièvre 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

Septicémie à staphylocoques dorés chez un nouveau-né.

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

Méningococcémie avec insuffisance rénale aiguë.

A39.2	*Méningococcémie aiguë*
R65.1!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse avec complications organiques*
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

Septicémie dans le cadre d'une agranulocytose due à un médicament.

A41.0	*Septicémie à staphylocoques dorés*
R65.0!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques*
D70.19	*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament, non précisées*

Septicémie après mesures médicales et thérapeutiques : le codage sera aussi spécifique que possible.
Pour le choix du diagnostic principal ou supplémentaire, voir règles D12, resp. D16.

Exemple 8

Septicémie postopératoire à micro-organismes anaérobies.

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

Exemple 9

Septicémie postopératoire à micro-organismes anaérobies, avec infection de plaie traitée par débridement.

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

S0103c SIRS / Complications organiques

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.

Les définitions des critères SIRS et les définitions des complications organiques se trouvent dans l'annexe.

S0104b 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 1er 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 D01 « 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.-!*	*Catégories cliniques de l'infection par le VIH*
DS	*U61.-!*	*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 S1503, le code *O98.7* est à disposition 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 actuel 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*

U60.- ! et *U61.- !* sont codés indépendamment l'un de l'autre, aussi précisément que possible (contrairement à l'indication dans la CIM-10-GM).

Attention: souvent le médecin n'indique pas dans les documents ou dans la liste des diagnostics relatifs au séjour hospitalier le stade actuel de la maladie, mais le stade le plus grave observé au cours de son évolution et qui est déterminant pour le pronostic. Si le stade actuel de la maladie n'est pas indiqué, on codera *U60.9!* et *U61.9!*

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-GM 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 due au VIH.

DP	*B21*	*Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes*
DS	*U60.3!*	*Catégorie clinique de l'infection par le VIH, catégorie C*
DS	*U61.9!*	*Nombre de lymphocytes T auxiliaires (CD4+) non précisé*
DS	*C83.3*	*Lymphome diffus à grandes cellules B*
DS	*B20*	*Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires*
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**. Un code du groupe *B20-B24* (excepté *B23.0*) ou *O98.7* sera indiqué en diagnostic supplémentaire, 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 Diphtérie laryngée*
Croup viral	*J05.0 Laryngite obstructive aiguë [croup]*
Pseudo-croup ou faux croup (croup spasmodique)	*J38.5 Spasme laryngé*
Croup bactérien	*J04.2 Laryngo-trachéite aiguë*

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 et en référence à un organe 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 de la plupart 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 précis 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.

Si la recherche dans l'index alphabétique ne permet pas de décrire une tumeur histo-pathologique par un code spécifique à sa localisation, la recherche et le codage s'effectuent selon la localisation ou la référence à un organe dans le tableau des tumeurs.

Par exemple : hémangiome de la vessie, selon l'index alphabétique :

D18.08 Hémangiome, autres localisations

dans le tableau des tumeurs, selon la localisation ou l'organe :

D30.3 Tumeur bénigne des organes urinaires, vessie

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

S0201c Activité tumorale

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

A partir du 1.1.2014, l'activité tumorale ne devra plus être décrite.
Les variables de l'activité tumorale V4.2.V012, V032, V042, etc. ne devront plus être remplies, mais les champs seront conservés pour un autre usage éventuel.

S0202c Choix et ordre des diagnostics

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. D'éventuelles métastases présentes seront indiquées comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire. 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)*

- 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. D'éventuelles autres métastases présentes seront indiquées 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*
DS	*C19*	*Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne*

- 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. D'éventuelles métastases présentes seront indiquées comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire. 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 chimiothérapie **systémique** pour métastases du foie d'un carcinome colorectal réséqué.*

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

- 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 G52). D'éventuelles métastases présentes seront indiquées comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

- Si un patient se présente avec un **symptôme** et que la maladie qui est à l'origine de ce symptôme est connue au moment de l'admission, on codera le symptôme comme diagnostic principal si le traitement concerne exclusivement le symptôme. La maladie à l'origine du symptôme (tumeur, métastases) sera (seront) indiquée(s) comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

Exemple 4
Un patient chez qui on a diagnostiqué trois mois plus tôt une grosse tumeur cérébrale maligne est hospitalisé pour des convulsions récidivantes. Seules les convulsions sont traitées.

DP	*R56.8*	*Convulsions, autres et non précisées*
DS	*C71.8*	*Tumeur maligne de l'encéphale, lésions à localisations contiguës*

Exemple 5
Un patient vient uniquement pour la ponction d'un épanchement pleural dû à ses métastases pleurales connues.

DP	*C78.2(†)*	*Tumeur maligne secondaire de la plèvre*
CDPS	*J91**	*Epanchement pleural au cours de maladies classées ailleurs* (Un épanchement pleural malin *J91** est un code-étoile et ne peut être codé seul ou en diagnostic principal)

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.

S0204a Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement

Lorsqu'une biopsie a démontré un diagnostic de tumeur, mais qu'aucun tissu tumoral n'est retrouvé dans le matériel opératoire, c'est le diagnostic initial, basé sur le résultat de la biopsie, qui doit être codé.

S0205c Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique

Lorsqu'une hospitalisation est due **exclusivement** à la nécessité de traiter la maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, cette maladie ou ce trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique est indiqué comme diagnostic principal. La tumeur et d'éventuelles métastases présentes seront indiquées 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 (4e caractère selon le siège de la tumeur)

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 (4e caractère selon le siège de la tumeur)

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 terminé 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*
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 G54) soit remplie.

Exemple 1
Phéochromocytome malin sécrétant des catécholamines.

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

S0210c Localisations multiples

a) Tumeurs malignes primaires de 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 G52). 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 (4e caractère selon le siège de la tumeur)*
DS	*C43.7*	*Mélanome malin du membre inférieur, y compris la hanche*
DS	*C97!*	*Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)*

b) Métastases ganglionnaires de localisations multiples :

Les métastases ganglionnaires multiples sont décrites par le code *C77.8 Ganglions lymphatiques de sièges multiples*, sauf si un traitement de ganglions d'une localisation spécifique est effectué.

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

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

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

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 5e 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

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.

S0216b Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques

Ces opérations sont effectuées p.ex. lors de diagnostics tels qu'un cancer du sein ou de l'ovaire dans l'anamnèse familiale, une prédisposition génétique, 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]

Exemple 4
Patiente avec prédisposition génétique de carcinome de l'ovaire (BRCA1-mutation positive) est admise pour ovariectomie bilatérale prophylactique.
DP Z40.01 Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes, ovaire

S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

S0401c Généralités

Diabète sucré : types

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 au cours de la grossesse, préexistant, insulino-dépendant (de type 1)*

O24.1 *Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant, non insulino-dépendant (de type 2)*

O24.2 *Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant lié à la malnutrition*

O24.3 *Diabète sucré au cours de la grossesse, 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*

Z83.3 *Antécédents familiaux de diabète sucré*

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-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 existent et si elles remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54).

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

DP *E10-E14, 4e 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 4e caractère « *.6* » du code du diabète vise un DRG concernant le diabète. Avec p.ex. « *.2* » comme 4e 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, 4e 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.--*	*Pontage entre aorte, artère iliaque et artère fémorale*

Remarque : le code *I70.22 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos* sert, dans cet exemple, à préciser 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 remplit les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire, il faut le coder en tant que tel. S'il existe des complications (manifestations), on ajoutera au code *E10-E14* concerné un 4e caractère correspondant à la ou les complications. 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 4e caractère lorsqu'il est possible de choisir un code spécifique pour chaque complication
- on utilisera « *.7* » comme 4e 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 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 la règle D03, les codes dague† 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 4e caractère « .2 »)

Les maladies rénales provoquées par le diabète sucré doivent être codées comme « diabète sucré avec complications rénales » *E10†-E14†*, avec « *.2* » comme 4e 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 4e caractère « .3 »)

Les maladies oculaires liées au diabète sucré doivent être codées comme diabète sucré avec complications oculaires *E10†-E14†*, 4e 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†, 4e 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†, 4e caractère « .3 »	*Diabète sucré avec complications oculaires*
*H36.0**	*Rétinopathie diabétique*
H35.8	*Autres affections rétiniennes précisées*

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 :

E10†-E14†, 4e caractère « .3 »	*Diabète sucré avec complications oculaires*
*H28.0**	*Cataracte diabétique*

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

le code correspondant de la catégorie	*H25.-*	*Cataracte sénile*
ou	*H26.-*	*Autres cataractes*

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

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

Les maladies neurologiques liées au diabète sucré doivent être codées comme Diabète sucré avec complications neurologiques *E10†–E14†*, avec « *.4* » comme 4e 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 :

E10†-E14†, 4e caractère « .4 »	*Diabète sucré avec complications neurologiques*
*G59.0**	*Mononeuropathie diabétique*

Amyotrophie diabétique :

E10†-E14†, 4e caractère « .4 »	*Diabète sucré avec complications neurologiques*
*G73.0**	*Syndrome myasthénique au cours de maladies endocriniennes*

Polyneuropathie diabétique :

E10†-E14†, 4e caractère « .4 »	*Diabète sucré avec complications neurologiques*
*G63.2**	*Polyneuropathie diabétique*

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

Les maladies vasculaires périphériques liées au diabète sucré doivent être codées comme diabète sucré avec complications vasculaires périphériques *E10†-E14†*, avec « *.5* » comme 4e 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 :

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

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

Le diagnostic « Pied diabétique » est codé par :

E10-E14, avec pour 4e et 5e 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†*	*Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, spécifié comme décompensé*
CD	*G63.2**	*Polyneuropathie diabétique*
DS	*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*I70.23*	*Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération*
L	*1*	
DS	*A46*	*Erysipèle*

Remarque :
Le code *I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération* sert, dans cet exemple, à préciser 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 G54).

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 Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires
DS J20.1 Bronchite aiguë due à Haemophilus influenzae

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, s'il remplit la définition du 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 4e 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*

Exemple 2
Après une fête d'anniversaire, un adolescent est hospitalisé en raison d'un fort état d'ébriété.

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

Intoxication aiguë accidentelle

Voir chapitre S1900.

Utilisation nocive

Un « *.1* » doit être saisi comme 4e 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 4e 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 aigu (AVC)

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	*I63.5*	*Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé*
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.

S0602c Accident vasculaire cérébral « ancien » (AVC)

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 G54), 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 récidives. Il existe une hémiparésie gauche spastique résiduelle qui demande davantage de soins.

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

Déficits fonctionnels

En cas d'accident vasculaire cérébral « ancien » (status après), la **dysphagie, l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale** ne sont codés que si certains critères sont remplis (voir S1801 et S1802).

S0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique

Pour les codes concernant la paraplégie ou la tétraplégie traumatique, voir chapitre S1905 « 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. Il peut également s'agir du 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 5e 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 5e 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 5e 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 G52).

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	*I20.0 Angine de poitrine instable*	Troponines nég. ; ECG : pas d'élévation du segment ST
NSTEMI (**N**on-**ST** **E**levation **M**yocardial **I**nfarction) ou **S**yndrome **c**oronarien **a**igu (**SCA**) avec troponines positives	*I21.4 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde*	Troponines pos. ; ECG : pas d'élévation du segment ST
STEMI (**ST** **E**levation **M**yocardial **I**nfarction)	*I21.0-3 Infarctus transmural aigu du myocarde (selon la localisation)*	Troponines pos. ; ECG positif (élévation du segment ST)
SCA sans précision (**S**yndrome **C**oronarien **A**igu)	*I24.9 Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision*	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

Si pendant l'hospitalisation actuelle, on traite une cardiopathie ischémique ayant déjà fait l'objet d'un traitement chirurgical/interventionnel par le passé, il faut procéder 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 artérioscléreuse, maladie monotronculaire*
I25.12 *Cardiopathie artérioscléreuse, maladie bitronculaire*
I25.13 *Cardiopathie artérioscléreuse, maladie tritronculaire*

ou

I25.14 *Cardiopathie artérioscléreuse, 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 artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage*
I25.16 *Cardiopathie artérioscléreuse, 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 G54).

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*
DS	*Z95.5*	*Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*
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 p.ex. 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.--*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA]*
TS	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
TS	*36.04*	*Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*

S0904c 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 non 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*.

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

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

Affection de plusieurs valvules cardiaques :
Si plusieurs valvules cardiaques sont atteintes, il est recommandé d'indiquer les codes correspondants de la catégorie *I08.- Maladies de plusieurs valvules*.

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 *89.45-89.49 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.

S0908c 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 s'ils surviennent pendant l'hospitalisation et si des mesures de réanimation ont été prises, quel que soit le résultat pour le patient. L'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.

S0909c 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 **ouverte** 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

S1001c 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*	*Intubation endotrachéale*
et/ou		
le code	*31.1*	*Trachéostomie temporaire* ou
	31.29	*Trachéostomie permanente*

   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 d'horaires de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par tranche de 8 heures, au moins 3 heures par tranche de 12 heures), multiplié par la durée de la tranche horaire.

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 ensuite ventilés post-opérativement 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 (v. aussi ci-dessous « Patients transférés »).

- **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'O_2.

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

Lorsqu'un patient **ventilé** est transféré, les règles fondamentales suivantes s'appliquent :

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

- à l'intubation (*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'intubation ou la trachéostomie, ces codages ayant déjà été effectués par l'hôpital d'où s'est fait le transfert.

En cas de transfert d'un patient intubé ou trachéotomisé mais **non ventilé**, l'hôpital d'où s'effectue le transfert doit coder l'intubation (*96.04 Intubation endotrachéale*) ou 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 (ne signifie pas la mise en marche de l'appareil) 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).

S1002c Insuffisance respiratoire

Le diagnostic d'insuffisance respiratoire totale ou partielle posé par le médecin est codé uniquement quand des modifications pathologiques des gaz du sang caractéristiques d'une insuffisance respiratoire partielle ou totale sont documentées. 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 primaire si le cas exige l'engagement de ressources médicales (p.ex. une oxygénothérapie).

Remarque : chez les nourrissons et les jeunes enfants, d'autres mesures diagnostiques peuvent être utilisées pour la pose du diagnostic.

S1100 Maladies de l'appareil digestif

S1101a Appendicite

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

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

le diagnostic **clinique** est suffisant. Il n'est pas absolument nécessaire 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.- *Ulcère de l'estomac*

doit être indiqué, suivi d'un code de

K29.- *Gastrite et duodénite*

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* *Ulcère aigu de l'estomac avec hémorragie*

Exemple 2
Œsophagite de reflux avec hémorragie.
DP *K21.0* *Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite*
DS *K22.8* *Autres maladies précisées de l'œsophage (Hémorragie de l'œsophage SAI)*

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

Les catégories à disposition pour coder les lésions gastro-intestinales ne proposent pas toutes un code assorti de la modification « avec hémorragie ». Dans de tels cas, un code supplémentaire tiré de

K92.- *Autres maladies du système digestif*

doit être indiqué pour l'hémorragie.

Si dans une « hémorragie peranale », 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 le symptôme et le 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 G54).

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

S1201c 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

Opération après perte de poids (spontanée ou par chirurgie bariatrique)

Pour les opérations de la peau (réduction de tissu cutané ou graisseux, retente de la peau) après perte de poids, le code

Z42.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique

doit être codé comme diagnostic principal.

S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire

S1401a Dialyse

Le code *39.95.-- Hémodialyse* ou *54.98.-- Dialyse péritonéale* permet de différencier la dialyse **intermittende** 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*	*Autres maladies précisées de l'anus et du rectum*
Col cervical	*N88.8*	*Autres affections non inflammatoires précisées du col de l'utérus*
Vaginales	*N89.8*	*Autres affections non inflammatoires précisées du vagin*
Vulvaires	*N90.8*	*Autres affections non inflammatoires précisées de la vulve et du périnée*
Péniennes	*N48.8*	*Autres affections précisées de la verge*
Urétrales	*N36.8*	*Autres affections précisées de l'urètre*

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.

S1404c Insuffisance rénale aiguë

Le code

N17.- Insuffisance rénale aiguë

est utilisé lorsque les critères pour « Failure » (RIFLE) ou le stade 3 (AKIN) sont remplis.

Voir définitions dans l'annexe.

S1500 Obstétrique

S1501b Définitions

Durée de la grossesse
La durée de la grossesse se code au moyen du code *O09.-! Durée de la grossesse*. C'est la durée de la grossesse au moment de l'admission de la patiente à l'hôpital qui doit être enregistrée.

Naissance à terme
De 37 semaines entières à moins de 41 semaines entières (de 259 à 286 jours) de gestation.

Naissance après (post) terme
41 semaines révolues ou plus (plus de 287 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 anomalie chromosomique (présumée) 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 10e 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 cette 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 6e 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 4e 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 5e semaine de grossesse et a été traité ambulatoirement.

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

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

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 12e 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).

S1503b 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 sont représentés par des codes spécifiques des catégories *O20-O29.*

Exemple 1
Une patiente est hospitalisée pendant la 30e 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, 26e 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 **toujours s'accompagner** d'un code de diagnostic des autres chapitres de la CIM-10-GM, désignant la maladie existante (voir aussi les remarques sous *O98* et *O99* dans la CIM-10-GM).

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
Accouchement prématuré dans la 35e semaines de grossesse, la patiente est de plus traitée pour un asthme bronchique allergique.

DP	*O60.1*	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*
DS	*O09.5!*	*Durée de la grossesse, 34e semaine à 36 semaines révolues*
	Z37.0!	*Naissance unique, enfant vivant*
	O99.5	*Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*J45.0*	*Asthme à prédominance allergique*

- 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 30e 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, 26e 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*.

S1504c 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.

Lors d'un accouchement **spontané** avec présentation anormale de l'enfant, il n'y a pas dystocie et le cas est décrit par le code

O32.- *Soins maternels pour présentation anormale connue ou présumée du fœtus*

Lors d'un accouchement par **césarienne primaire planifiée** pour une présentation anormale, le cas est décrit par le code

O32.- *Soins maternels pour présentation anormale connue ou présumée du fœtus*

indépendamment du fait de savoir s'il y aurait eu dystocie ou non.

Lors d'un accouchement par **césarienne secondaire**, **par ventouse ou par forceps** pour une présentation anormale, il y a dystocie et on utilisera le code

O64.- *Dystocie due à une position et une présentation anormales du fœtus*

Les présentations occipitales (présentation occipitale 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.

S1505c 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 en diagnostic principal, que lorsque l'accouchement s'est déroulé sans problème, sans présence d'autres diagnostics du chapitre XV « Grossesse, accouchement et puerpéralité » 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.

Chaque accouchement spontané est à coder avec

73.59 Autre assistance manuelle de l'accouchement

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
73.4 Induction médicamenteuse du travail

Exemple 1
Accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique en bonne santé à la 39e semaine de grossesse, périnée intact.

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

Exemple 2
Accouchement spontané par voie vaginale avec épisiotomie à la 39e semaine de grossesse.

DP	*O80*	*Accouchement unique et spontané*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
TP	*73.59*	*Autre assistance manuelle de l'accouchement*
TS	*73.6*	*Episiotomie*

Exemple 3
Accouchement spontané par voie vaginale à la 42e semaine de grossesse.

HD	*O48*	*Grossesse prolongée*
ND	*O09.7!*	*Durée de la grossesse,plus de 41 semaines révolues*
ND	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
HB	*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.

Césarienne primaire ou secondaire

Dans la CHOP 2014, de nouveaux codes à 6 chiffres pour césarienne primaire et secondaire ont été introduits (74.-X.10/.20).

La définiton clinique d'une césarienne primaire et secondaire se différencie de la définition servant au codage médical :

- Une césarienne **primaire** est définie comme une césarienne planifiée, effectuée avant ou après le début du travail ; la décision d'effectuer une césarienne est prise avant le début du travail.
- Une césarienne **secondaire** (incl. césarienne d'urgence) est définie comme étant une césarienne rendue impérative au vu d'une situation d'urgence, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant, même si cette césarienne était planifiée.

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, p.ex. de jumeaux vivants, les codes suivants

O30.0 Grossesse multiple, jumeaux
Z37.2! Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

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 35e semaine; le premier jumeau naît par le siège, le deuxième est extrait par césarienne, sa présentation transversale (de l'épaule) empêchant un accouchement par voie vaginale.

DP	*O64.4*	*Dystocie due à une présentation de l'épaule*
DS	*O32.1*	*Soins maternels pour présentation du siège*
DS	*O30.0*	*Grossesse multiple, jumeaux*
DS	*O60.1*	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*
DS	*O09.5!*	*Durée de la grossesse, 34e 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 41 semaines entières (à partir de 287 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 42e semaine.

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

Exemple 4
Une patiente met un enfant au monde au cours de la 40e semaine. L'enfant présente des signes évidents de post-maturité.

DP	*O48*	*Grossesse prolongée*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*

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

Cette règle a été retirée, le code est utilisé quand le médecin pose ce diagnostic comme tel.

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 G54).

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 7e jour après la naissance
- la période néonatale commence à la naissance et se termine à la fin du 28e jour après la naissance

S1603c Nouveau-nés

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

Cette catégorie *Z38.-* comprend les enfants :

a) nés à l'hôpital/dans une maison de naissance
Attention : dans les données minimales, sous mode d'admission (V.1.2.V03), il faut indiquer le chiffre 3 (Naissance).

b) nés extra-muros et hospitalisés immédiatement après la naissance
Attention : dans les données minimales, sous mode d'admission (V.1.2.V03), il faut indiquer le chiffre 1 (Urgence) ou 2 (Annoncé, planifié).

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).

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

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

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 2e 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

S1604c 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 25e semaine de grossesse. La grossesse a été prolongée jusqu'à la 29e semaine par tocolyse. Un accouchement par césarienne a eu lieu dans la 29e 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*

La définition de la période périnatale doit être prise à la lettre. Si une maladie se développe ou est traitée après le 7e jour, mais a son origine dans la période périnatale, un code comme p.ex. *P27.1 Dysplasie broncho-pulmonaire survenant pendant la période périnatale* peut être utilisé. La détermination de l'origine est évaluée de cas en cas par le médecin.

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.

S1606c 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

Lors d'un diagnostic d'ictère du nouveau-né, le code pour la photothérapie

99.83 Autre photothérapie

n'est attribué que si celle-ci est pratiquée pour une durée **d'au moins 12 heures**.

S1607c Syndrome de détresse respiratoire lors de maladie des membranes hyalines/carence en surfactant

Le code du syndrome de détresse respiratoire du prématuré/nouveau-né

P22.0 Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né

est réservé au codage des affections suivantes :

- maladie des membranes hyalines
- carence en surfactant

L'administration de surfactant à des nouveau-nés s'inscrit uniquement sur la liste de médicaments onéreux avec son code ATC, qui inclut aussi le mode d'administration. Elle n'est pas décrite par un code CHOP.

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*)!

S1608c Syndrome de détresse respiratoire lors de syndrome néonatal d'aspiration aigu, wet lung ou tachypnée transitoire du nouveau-né

La catégorie

P24.- *Syndromes néonatals 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)
- syndrome néonatal d'aspiration, lorsque le trouble respiratoire a nécessité un apport d'oxygène de **moins** de 24 heures
- Wet lung

S1609a Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)

L'encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) est cliniquement échelonnée de la manière suivante :

1er stade	irritabilité, hyperréflexie, pupilles dilatées, tachycardie, mais pas de convulsions
2e stade	léthargie, myosis, bradycardie, réflexes diminués (p.ex. réflexe de Moro), hypotonie et convulsions.
3e 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 1er stade

P91.3 *Irritabilité cérébrale du nouveau-né*

P21.0 *Asphyxie obstétricale sévère*

ou

P20.- *Hypoxie intra-utérine*

Codage EHI 2e 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 3e 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*

S1610c Asphyxie obstétricale

La catégorie
P21.- *Asphyxie obstétricale*
est à utiliser lorsque :

- le diagnostic est posé par le médecin
  et
- toutes les remarques et tous les critères de la CIM-10-GM sont remplis.

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 incontinences 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 incontinences 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 que s'il s'agit de mesures indépendantes (voir aussi P02, exemple 2).

Douleur chronique/résistante au traitement/douleur tumorale

Si un patient est hospitalisé spécialement pour le traitement de la douleur et que seul ce traitement est effectué, le code de la localisation de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal. Cela vaut aussi pour la douleur tumorale. 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 G52).

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

Sauf mention contraire dans les règles de codage, les codes pour les causes externes (*V01 -Y84*) sont impérativement indiqués à la suite des codes S et T.

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 supracondylaire 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, supracondylaire*
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 S1905.

Fracture et luxation avec lésion des tissus mous

Deux codes sont nécessaires pour une fracture/luxation avec lésion des tissus mous : le code de la fracture ou de la luxation, suivi du code correspondant au degré de gravité de la lésion des tissus mous.

Exception : seules les fractures fermées de type simple ou les luxations avec une lésion des tissus mous de stade 0 ou SAP n'ont pas ce 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 suivis d'un texte décrivant le degré de gravité.

Exemple 1
Patient avec une fracture ouverte du fémur droit 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	*S43.01*	*Luxation antérieure de l'humérus*
L	*1*	
DS	*S41.87!*	*Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture ouverte ou de luxation du bras*
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 de l'os spongieux prouvée radiologiquement, alors que l'os cortical est intact, est codée comme une fracture.

S1903c 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, la fracture, la plaie ouverte.

Dans les cas où, malgré une atteinte des vaisseaux sanguins et des nerfs, la perte d'un membre est peu vraisemblable, l'ordre des codes est à mettre en relation avec la gravité 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 intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale, puis celui pour la plaie ouverte.

Exemple 1

Patient blessé par un coup de couteau au thorax avec hémothorax traumatique.

DP	*S27.1*	*Hémothorax 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

Le codage d'une complication de plaie ouverte dépend de la possibilité de décrire cette complication plus précisément avec un code spécifique, p.ex. s'il s'agit d'une infection. S'il est possible de lui attribuer un code spécifique de la CIM-10-GM, il faut d'abord indiquer le code spécifique pour la complication (p.ex. infection telle qu'érysipèle, phlegmon, septicémie, etc.), puis celui pour la plaie ouverte.

Exemple 2
Une patiente est hospitalisée pour un phlegmon à la main gauche consécutif à une morsure de chat. On ignore la date de la morsure. A l'admission, l'éminence thénar présente deux plaies punctiformes dont le pourtour est rouge, la main et l'avant-bras sont fortement enflés. Le frottis révèle la présence de staphylocoques dorés. Une antibiothérapie intraveineuse est instaurée.

DP	*L03.10*	*Phlegmon de membre(s) supérieur(s)*
L	*2*	
DS	*S61.0*	*Plaie ouverte de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle*
L	*2*	
DS	*W64.9!*	*Accident dû à l'exposition à des forces mécaniques d'objets animés*
DS	*B95.6!*	*Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*

Si un codage spécifique de la complication d'une plaie ouverte n'est pas possible, le code pour la plaie ouverte doit être indiqué, suivi d'un code de

T89.0- Complications d'une plaie ouverte

Remarque : les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors, du premier séjour stationnaire.

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*

S1905c 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, doit être indiquée par

   S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! *Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale/dorsale/lombo-sacrée*

   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*
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 : les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors du premier séjour stationnaire (dans le premier hôpital).

Lésion de la moelle épinière – phase chronique

On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie lorsque 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 5e 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 5e 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 S1902 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	*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*
DS	*S21.88!*	*Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax*

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 4e 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 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.

Des brûlures/corrosions de la même région mais de degrés différents, sont à coder comme brûlures/corrosions avec le degré le plus élevé.

Exemple 1
Brûlures du 2e et 3e 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.

S1908b 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

Si le patient a été admis **à cause d'une manifestation en rapport avec l'intoxication** (p.ex. coma, arythmie), on indiquera le code de cette manifestation comme diagnostic principal. Le code de l'intoxication (par un médicament, par une drogue ou par l'alcool) sont à coder comme diagnostic supplémentaire.

Exemple 1
Un patient est hospitalisé dans le coma pour avoir pris une surdose de codéine.

DP	*R40.2*	*Coma, sans précision*
CD	*X49.9!*	*Empoisonnement accidentel*
DS	*T40.2*	*Intoxication par narcotiques et psychodysleptiques, autres opioïdes*

Exemple 2
Un patient est hospitalisé pour une hématémèse due à la prise par erreur d'acide acétylsalicylique (non prescrit) en association avec la coumarine (prescrite).

DP	*K92.0*	*Hématémèse*
CD	*X49.9!*	*Empoisonnement accidentel*
DS	*T39.0*	*Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatismants, salicylés*
DS	*T45.5*	*Intoxication par substances essentiellement systémiques et hématologiques, n.c.a., anticoagulants*

Pour une intoxication **sans manifestation**, indiquer comme diagnostic principal un code des catégories suivantes:

T36-T50 Intoxication par des médicaments et des substances biologiques

et

T51-T65 Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale

Exemple 3
Une patiente se présente aux urgences déclarant avoir ingéré peu auparavant, dans un moment d'égarement, 20 tablettes de paracétamol. On effectue un lavage d'estomac, aucune manifestation ne se présente dans le suivi.

DP	*T39.1*	*Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatismants, dérivés du 4-aminophénol*
CD	*X84.9!*	*Lésion auto-infligée délibérée*

Surdosage d'insuline

Une **exception** à cette règle est le surdosage d'insuline, pour lequel un code de la catégorie

E10-E14, 4e caractère « .6 » *Diabète sucré avec autres complications précisées*

doit être indiqué avant le code pour l'intoxication

T38.3 *Intoxication par insuline et hypoglycémiants 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]*

S1910b 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**.

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**.

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, des maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique 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, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs.

Un seul code de cause externe par événement suffit, celui-ci ne se code que lors du premier séjour **stationnaire.**

Au cas où les codes pour les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les 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.

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

Exemple 3
Thrombose veineuse profonde suite au traitement d'une fracture du tibia.
I80.28 Thrombose, phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs
Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

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

0	pour le *Diabète non désigné comme décompensé*
1	pour le *Diabète désigné comme décompensé*
2	pour le *Diabète sucré avec autres complications multiples, non désigné comme décompensé*
3	pour le *Diabète sucré avec autres complications multiples, désigné comme décompensé*
4	pour le *Diabète sucré avec syndrome du pied diabétique, non désigné comme décompensé*
5	pour le *Diabète sucré avec syndrome du pied diabétique, désigné comme décompensé*

Notons qu'il n'est pas toujours judicieux, du point de vue médical, de combiner tous les codes à quatre caractères avec les 5es 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 la Société Suisse d'endocrinologie et de diabétologie) :

- 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

Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre	*L02.4*
Phlegmon d'orteils	*L03.02*
Phlegmon de membre(s) inférieur(s)	*L03.11*

Remarque : pour les codes à quatre caractères suivants de la catégorie *L89.- Ulcère de décubitus et zone de pression*, le 5e caractère désigne la localisation des zones de pression (voir CIM-10-GM).

Ulcère de décubitus de 1er degré	*L89.0-*
Ulcère de décubitus de 2e degré	*L89.1-*
Ulcère de décubitus de 3e degré	*L89.2-*
Ulcère de décubitus de 4e degré	*L89.3-*
Décubitus, degré non précisé	*L89.9-*
Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	*L97*
Mal perforant plantaire	*L98.4*

2. Maladies vasculaires périphériques

Athérosclérose des artères distales, autres et non précisées	*I70.20*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge	*I70.21*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos	*I70.22*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération	*I70.23*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène	*I70.24*

3. Neuropathie périphérique

Polyneuropathie diabétique	*G63.2**
Neuropathie du système nerveux autonome au cours de maladies endocriniennes et métaboliques	*G99.0**

4. Déformations

Hallux valgus (acquis)	*M20.1*
Hallux rigidus	*M20.2*
Autres déformations du gros orteil (acquises)	*M20.3*
Autre(s) orteil(s) en marteau (acquis)	*M20.4*
Autres déformations d'(es) orteil(s) (acquises)	*M20.5*
Déformation en flexion, cheville et pied	*M21.27*
Pied ballant (acquis), cheville et pied	*M21.37*
Pied plat [pes planus] (acquis)	*M21.4*
Pied en griffe (acquis), cheville et pied	*M21.57*
Autres déformations acquises de la cheville et du pied	*M21.67*
Autres déformations acquises de la cheville et du pied, précisées	*M21.87*

5. Antécédent(s) d'amputation

Absence acquise de pied et cheville, unilatérale,orteil(s), y compris bilatérale	*Z89.4*
Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous	*Z89.5*
Absence acquise d'un membre inférieur, au-dessus du genou	*Z89.6*
Absence acquise des deux membres supérieurs [tout niveau]	*Z89.7*
Excl.: Absence acquise d'orteil(s) isolé(s), bilatérale (Z89.4)	

Insuffisance rénale aiguë

L'insuffisance rénale aiguë est une péjoration subite et rapide de la fonction rénale (en règle générale dans les 7 jours). Elle se différencie de l'insuffisance rénale chronique par le fait que l'insuffisance rénale aiguë est généralement réversible.

La classification des stades de l'insuffisance rénale aiguë se fait grâce aux critères suivants :
RIFLE : **R**isk – **I**njury – **F**ailure – **L**oss – **E**SRD (End Stage Renal Disease) ou
AKIN : **A**cute – **K**idney – **I**njury – **N**etwork

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

Codage de l'insuffisance rénale aiguë :

- Une **insuffisance rénale aiguë** est présente lorsque les critères pour « Failure » (RIFLE) ou le stade 3 (AKIN) sont remplis. Ceci est valable indépendamment de son origine (rénale ou extrarénale). Sont exceptés les cas où l'on procède à une première dialyse avant le stade 3, en raison d'une péjoration aiguë de la fonction rénale.

- Un patient peut présenter simultanément **une insuffisance rénale aiguë et une insuffisance chronique**, si la péjoration aiguë de l'insuffisance rénale chronique est apparue dans un laps de temps court et remplit les conditions du stade 3 AKIN. Ceci veut dire qu'une insuffisance rénale « acute on chronic » qui ne remplit pas les critères du stade 3 AKIN est à considérer comme insuffisance rénale chronique (décompensée).

Annexe du manuel de codage, approuvée par la Société Suisse de Néphrologie.

Critères SIRS / complications organiques

Définitions des **critères SIRS** valables pour le codage :

- fièvre (≥38,0 °C) ou hypothermie (≤36,0 °C) confirmée par une mesure rectale, intravasculaire ou intravésicale de la température
- tachycardie avec pouls ≥90/min
- tachypnée (fréquence supérieure ou égale à 20/min) ou hyperventilation (confirmée par une analyse des gaz du sang artériel, avec PaCO2 ≤4,3kPa ou 33mmHg)
- leucocytose (≥12 000/mm³) ou leucopénie (≤4 000/mm³) ou répartition leucocytaire révélant 10% ou plus de neutrophiles immatures (déviation gauche)

Définitions des **complications organiques** valable pour le codage :

- encéphalopathie aiguë (baisse de la vigilance, agitation, désorientation, délire résistant aux psychotropes)
- thrombopénie relative ou absolue (thrombocytes < 100 000/µl ou chute de la numération plaquettaire >30% en 24 heures, non causée par une hémorragie)
- hypotension artérielle (tension artérielle systolique < 90 mmHg ou tension artérielle moyenne < 70 mmHg sur au moins 1 heure en dépit d'une substitution volémique adéquate et en absence d'autres causes de choc)
- choc septique (tension systolique < 90 mmHg ou tension artérielle moyenne < 70 mmHg pendant au moins 2 heures, ou nécessité d'administrer des vasopresseurs (dopamine >5 µg/kg/min ou noradrénaline, adrénaline, phényléphrine ou vasopressine, toutes doses) pour maintenir la tension systolique à > 90 mmHg ou la tension artérielle moyenne à > 70 mmHg)
- hypoxémie artérielle (paO2 < 0 kPa (75 mmHg) à l'air ambiant, paO2/FiO2 <33 kPa (250 mmHg) sans étiologie pulmonaire ou cardiaque manifeste)
- dysfonction rénale (excrétion urinaire < 0,5ml/kg/h sur au moins 1 heure en dépit d'une substitution volémique suffisante et/ou hausse de la créatinine sérique à des niveaux > 2x supérieurs aux valeurs de référence du laboratoire)
- acidose métabolique (déficit de bases > 5,0 mEq/l ou concentration de lactate plasmatique > 1,5x supérieure aux valeurs de référence du laboratoire)

Index alphabétique

A

Ablation
- de shunt AV ... 98
- d'implants mammaires ... 106

Abréviations ... 9

Absence de ... 32

Accident vasculaire cérébral
- aigu ... 87
- ancien ... 87
- déficits fonctionnels ... 87

Accouchement
- atonie utérine et hémorragie ... 119
- avant l'admission ... 117
- avant terme ... 118
- césarienne primaire ... 116
- césarienne secondaire ... 116
- choix du diagnostic principal ... 114
- cicatrice utérine ... 114
- complications ... 113
- enfant mort-né ... 111
- faux travail ... 118
- mouvements réduits du fœtus ... 114
- naissance vivante ... 111
- naissances multiples ... 117
- positions et présentations anormales du fœtus ... 113
- prolongation période d'expulsion sous épidurale ... 119
- règles spéciales ... 114
- résultat de l'accouchement ... 116
- travail prématuré ... 118
- unique et spontané par voie vaginale ... 115
- unique par césarienne ... 116
- unique par forceps ... 116
- unique par ventouse ... 116

Activité tumorale ... 69

Adhérences (péritonéales) ... 104

Affection
- avec origine dans période périnatale ... 120
- chronique avec poussée aiguë ... 37
- des valvules cardiaques ... 96
- pendant la grossesse ... 112

Anesthésie épidurale (grossesse) ... 119

Angine de poitrine ... 92

Annexe ... 144
- Critères SIRS/complications organiques ... 147
- Diabète sucré décompensé ... 144
- Insuffisance rénale aiguë ... 146

Anomalies de la sécrétion pancréatique ... 85

Appareil
- circulatoire ... 91
- digestif ... 104
- génito-urinaire ... 107
- respiratoire ... 99

Appendicite ... 104

Arrêt cardiaque ... 98

Arthroscopie ... 52

Asphyxie obstétricale ... 125

Atonie utérine et hémorragie ... 119

Avortement ... 110
- avec complications consécutives ... 110

B

Bactériémie ... 61

Brûlures ... 139
- surface du corps ... 139

C

Cardionéphropathie hypertensive ... 91

Cardiopathie hypertensive ... 91

Cardiopathie ischémique ... 92
- angine de poitrine ... 92
- chronique ... 93
- syndrome coronarien aigu ... 92
- traitée chirurgicalement (stent/bypass) ... 93

Carence en surfactant ... 123

Cas de traitement
- definition ... 23

Causes externes ... 142

Césarienne
- primaire ou secondaire ... 116

Chimiothérapie ... 77

Chirurgie
- plastique ... 106
- réparatrice de mutilations génitales féminines ... 108

Chirurgie bariatrique
- opération de peau ... 106

Choix du diagnostic principal ... 24
- en cas de réhospitalisation dans les 18 jours due à maladie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique ... 41

CHOP
- conventions typographiques et abréviations ... 22
- généralités ... 20
- index alphabétique ... 20
- index systématique ... 21
- structure ... 20

Cicatrice utérine 114
CIM-10-GM
- conventions typographiques et abréviations .. 18
- historique 15
- index alphabétique 18
- index systématique 16
- introduction 15
- structure 15
Classifications
- CHOP 20
- CIM-10-GM 15
Code
- avec point d'exclamation 31
- codes Z 143
- combiné 38
- dague† - étoile* 30
- de causes externes 142
Complément au diagnostic principal
- définition 25
Complications
- après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 39
- cicatrice utérine 114
- d'une plaie ouverte 132
- de la grossesse 113
- mouvements réduits du fœtus 114
- organiques et SIRS 64
- positions et présentations anormales du fœtus 113
Contrôle
- après transplantation cardiaque 97
Contusion osseuse 129
Convalescence 44
Convulsions fébriles 126
Corrosions 139
- surface du corps 139
CPAP
- chez les adultes, enfants, adolescents 102
- chez les nouveau-nés et les nourrissons 102
- instauration 102
- vérification/optimisation 102
Critères SIRS/Complications organiques 147
Croup
- pseudo-croup 67
- syndrome du croup 67
- vrai croup 67

D

Dague† - étoile* 30
Date du traitement 49
Début du traitement (heure) 49
Défibrillateur cardiaque
- changement d'agrégat 97
- complications 97
Définitions
- cas de traitement 23
- complément au diagnostic principal 25
- critères SIRS/complications organiques 147
- définitions médicales 144
- diagnostic principal 24
- diagnostic supplémentaire 26
- période périnatale et néonatale 120
- traitement principal 27
- traitement supplémentaire 27
Dépassement de terme 118
Déshydratation
- lors d'une gastroentérite 105
Diabète sucré
- avec angiopathie périphérique 83
- avec complications 79
- avec complications rénales 82
- avec maladies oculaires 82
- avec maladies vasculaires périphériques 83
- avec neuropathie 83
- catégories 78
- décompensé, définition 144
- en diagnostic principal 79
- en diagnostic supplémentaire 81
- règles de codage 79
- syndrome du pied diabétique 84
- syndrome métabolique 85
- types 78
Diagnostic
- bilatéral 29
- douleur aiguë 127
- douleur chronique 127
- douleur résistante au traitement 127
- douleur tumorale 127
- unilatéral 29
Diagnostic présumé
- aucun diagnostic établi 36
- exclu 36
- probable 36
Diagnostic principal
- choix du diagnostic principal 24
- définition 24
Diagnostic supplémentaire
- définition 26
- ordre des diagnostics supplémentaires 27
Dialyse 107
Documentation
- des diagnostics 23
- des procédures 23
Durée de la grossesse 116
Dysphagie 126

Echec
- après transplantation 59
- de greffe de cornée de l'oeil 89

E

Effets indésirables
- de substances prises en association (contre prescription) 141
- de substances thérapeutiques (selon prescription) 141

Empoisonnement 128
Encéphalopathie hypoxique ischémique 124
Endoscopie 52
- avec passage en chirurgie ouverte 54

Enfant mort-né 111
- codage 122

Etat après 32
Examen de contrôle
- après tumeur 72

Excision
étendue dans la région tumorale 71

F

Faux travail 118
Fermeture
- de fistule AV 98

Fibrose kystique 85
Fistule AV 98
Fracture
- avec lésion des tissus mous 128
- avec luxation 129
- de même localisation/de localisation différente 129
- de vertèbres 137
- ouverte avec lésion intracrânienne/ intrathoracique/intraabdominale 131

G

Gastrite
- avec ulcère de l'estomac 104

Gastroentérite
- avec déshydratation 105

Généralités G00-G56 10
Grossesse
- avec affections 112
- avortement 110
- cicatrice utérine 114
- complications 113
- définitions 109
- durée 116
- enfant mort-né 111
- extra-utérine, avec complications 110
- interruption précoce 110
- molaire, avec complications 110
- mouvements réduits du fœtus 114
- naissance vivante 111
- naissances multiples 117
- positions et présentations anormales du fœtus 113
- prolongée et dépassement de terme 118

H

Hémodialyse 107
Hémorragie
- et atonie utérine 119
- gastro-intestinale 104
- postpartum 119

Hypertension
- et cardionéphropathie hypertensive 91
- et cardiopathie hypertensive 91
- et néphropathie hypertensive 91

I

Implants mammaires
- ablation 106

Incontinence 126
Infarctus du myocarde
- aigu 92
- ancien 93
- récidivant 93

Insuffisance
- rénale aiguë, définition 146
- respiratoire 103

Interruption précoce de grossesse
- avortement 110

Intervention
- arthroscopique 52
- bilatérale 56
- combinée 53
- complexe 53
- endoscopique 52
- interrompue 54
- laparoscopique 52
- panendoscopique 52
- planifiée (suivi) 34

Intoxication
- aiguë accidentelle 86
- aiguë non accidentelle 86
- ivresse 86
- par des médicaments avec de l'alcool 141
- par des médicaments prescrits avec des non prescrits 141
- par médicaments, drogues, substances biologiques 140

- par substances prises en association (contre prescription) ... 141
- par surdosage d'insuline ... 141
Introduction version 2014 ... 8
Intubation
- sans ventilation mécanique ... 102
Ivresse ... 86

L
Laparoscopie ... 52
- avec passage en chirurgie ouverte ... 54
Latéralité
- des diagnostics ... 29
- des procédures ... 49
Lésion
- de la moelle épinière ... 134
- des tissus mous ... 128
- liée à une perte de connaissance ... 133
- multiples ... 138
- ouverte ... 130
- ouverte avec atteinte de vaisseaux, nerfs, tendons ... 130
- ouverte, intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale ... 130
- superficielle ... 128
- traumatique ... 128
Luxation
- avec fracture ... 129
- avec lésion des tissus mous ... 128
- de même localisation/de localisation différente ... 129
- de vertèbres ... 137
Lymphangiose carcinomateuse ... 76
Lymphome ... 76

M
Maladie
- après un acte à visée diagnostique et thérapeutique ... 39
- cardiaque ischémique ... 92
- chronique avec poussée aiguë ... 37
- de l'appareil circulatoire ... 91
- de l'appareil digestif ... 104
- de l'appareil génito-urinaire ... 107
- de l'appareil respiratoire ... 99
- de l'œil et de ses annexes ... 89
- de l'oreille et de l'apophyse mastoïde ... 90
- de la peau et du tissu sous-cutané ... 106
- des membranes hyalines ... 123
- des valvules cardiaques ... 96
- du système nerveux ... 87
- endocrinienne, nutritionnelle et métabolique ... 78
- imminente ... 35
- infectieuse et parasitaire ... 61
- menace de ... 35
Maladie cardiaque ischémique
- autres formes chroniques ... 93
- infarctus aigu du myocarde ... 92
- infarctus du myocarde ancien ... 93
- infarctus du myocarde récidivant ... 93
Menace de maladie ... 35
Métastases ganglionnaires
- de localisations multiples ... 73
Méthodes de traitement de la douleur ... 127
Mouvements réduits du fœtus ... 114
Mucoviscidose ... 85
Mutilations génitales féminines
- réparation ... 108

N
Naissance vivante ... 111
Naissances multiples ... 117
Néphropathie hypertensive ... 91
Nouveau-né
- affection origine période périnatale ... 122
- asphyxie obstétricale ... 125
- carence en surfactant ... 123
- choix du diagnostic principal ... 120
- définitions ... 120
- encéphalopathie hypoxique ischémique ... 124
- enfant mort-né ... 122
- maladie des membranes hyalines ... 123
- période périnatale et néonatale ... 120
- photothérapie ... 123
- série de données ... 120
- syndrome de détresse respiratoire ... 123
- syndrome néonatal d'aspiration aigu ... 124
- tachypnée transitoire ... 124
- thérapie parentérale ... 123

O
Obstétrique
- définitions ... 109
Occlusion
- de stent/pontage coronaire ... 94
Oedème ... 98
Oeil et ses annexes ... 89
Opération
- après perte de poids ... 106
- arthroscopique ... 52
- bilatérale ... 56
- combinée ... 53
- complexe ... 53

- endoscopique ... 52
- interrompue ... 54

- laparoscopique 52
- non effectuée 43
- panendoscopique 52
- pour facteur de risques 77
- prophylactique 77
Oreille et apophyse mastoïde 90

P

Pancréas
- anomalies de la sécrétion 85
Panendoscopie 52
Paraplégie et tétraplégie non traumatique
- phase initiale (aiguë) 88
- phase tardive (chronique) 88
Paraplégie et tétraplégie traumatique
- phase aiguë - immédiatement post-traumatique 134
- phase aiguë - transfert du patient 135
- phase chronique 136
Peau et tissu sous-cutané 106
Période néonatale
- définition 120
Période périnatale
- affection avec origine période périnatale 122
- définition 120
Perte de connaissance
- liée à une lésion 133
- sans rapport avec une lésion 133
Perte de l'audition 90
Photothérapie 123
Plaie
- ouverte 130
- ouverte avec complications 132
Point d'exclamation (code !) 31
Positions et présentations anormales du fœtus ... 113
Poussée aiguë
- d'une affection chronique 37
Prélèvement d'organe
- donneur 58
- donneur vivant 58
- examen du donneur 58
- post-mortem 58
- pour transplantation 58
- tableau 60
Prélèvement de tissu
- donneur vivant 58
- examen du donneur 58
- post-mortem 58
- pour transplantation 58
- tableau 60
Présence de 32
Problèmes d'ouïe et surdité 90
Procédé de codage correct 23
Procédures 50
- bilatérales 56
- date du traitement 49
- de routine 51
- début du traitement (heure) 49
- interrompues 54
- latéralité 49
- non effectuée 43
- post-mortales 51
- qui doivent être codées 50
- qui ne sont pas codées 51
- répétées plusieurs fois 55
- significatives 50
Prolongation période d'expulsion sous anesthésie épidurale 119

R

Radiothérapie 77
Réadaptation 44
Récidive (tumeur) 73
Reconvalescence 44
Règles générales de codage
- pour les maladies/diagnostics D00-D15 28
- pour les procédures P00-P09 49
Règles spéciales de codage S0100-S2100 61
Réhabilitation 44
Réhospitalisation dans les 18 jours 41
Rejet
- après transplantation 59
- de greffe de cornée de l'oeil 89
Remerciements 7
Rémission
- de maladie immunoprolifératives malignes/leucémie 75
Réopération 57
- du coeur et du péricarde 98
Respiration artificielle
- calcul de la durée de ventilation 100
- codage 99
- début de la durée de ventilation 100
- définition 99
- fin de la durée de ventilation 101
- patients transférés 102
- sevrage 101
Résultat de l'accouchement 116
Résultats anormaux 28
Révision
- d'une région opérée 57
- de cicatrice 106
- du coeur et du péricarde 98

S
Septicémie 61
- après des mesures médicales 63
- chez le nouveau-né 62
- choc septique 61
- en relation avec chapitre XV (O) 62
- grave 63
- lors d'une agranulocytose 63
- urosepsis 62
Séquelles 33
Série de données
- minimale 13
- supplémentaires 13
- sur des groupes de patients 13
- sur les nouveau-nés 13
- sur les patients en psychiatrie 13
Shunt AV 98
SIDA 65
SIRS 64
Statistique médicale et codage médical
- Anonymisation des données 12, 13
- Bases légales 11
- Historique 10
- Objectifs 12
- Organisation 11
- Système de classification des patients SwissDRG 14
Status après 32
Stimulateur cardiaque
- changement d'agrégat 97
- complications 97
- permanent 97
Suite de soins
- après transfert 48
- convalescence 44
- réadaptation 44
Suivi interventionnel planifié 34
Surdité 90
Surdosage d'insuline 141
Suspicion
- de tumeur ou de métastases 72
Symptômes
- comme diagnostic principal 28
- comme diagnostic supplémentaire 28
- convulsions fébriles 126
- dysphagie 126
- et signes/résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire 126
- incontinence 126
Syndrome 42
- congénital 42
- coronarien aigu 92
- de détresse respiratoire du nouveau-né 123
- du pied diabétique 84
- métabolique 85
- néonatal d'aspiration aigu 124
Système
- de classification des patients SwissDRG 14
- nerveux 87

T
Tachypnée transitoire du nouveau-né 124
Tétraplégie et paraplégie non traumatique
- phase initiale (aiguë) 88
- phase tardive (chronique) 88
Tétraplégie et paraplégie traumatique
- phase aiguë - immédiatement post-traumatique 134
- phase aiguë - transfert du patient 135
- phase chronique 136
Thérapie parentérale 123
Thrombose
- de stent/pontage coronaire 94
Traitement principal
- définition 27
Traitement supplémentaire
- définition 27
- ordre des traitements supplémentaires 27
Transfert
- pour suite de soins 48
Transferts
- avec retour dans le premier hôpital 46
- mère avec son nouveau-né sain 47
- nouveau-né sain 47
- pour convalescence 44
- pour réadaptation 44
- pour soins 45
- pour suite de soins 44
- pour traitement au centre hospitalier 46
Transplantation
- cardiaque, contrôle 97
- contrôle 59
- donneur vivant 58
- échec ou rejet 59
- évaluation 59
- examen du donneur 58
- prélèvement post-mortem 58
- receveur 59
- tableau 60
Travail
- prématuré 118
Troubles
- après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 39
Troubles mentaux et du comportement
- intoxication aiguë accidentelle 86

- intoxication aiguë non accidentelle 86
- liés à l'utilisation de substances psycho-actives 86
- liés à stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine 86
- utilisation nocive (alcool, drogues) 86
Tumeur 68
- activité tumorale 69
- avec activité endocrine 73
- chimio- et radiothérapie 77
- choix et ordre des diagnostics 70
- diagnostic tumeur primaire 70
- du système hématopoïétique et lymphatique . 69
- examen de contrôle 72
- excision étendue 71
- localisations contiguës 74
- localisations multiples 73
- lymphangiose carcinomateuse 76
- lymphome 76
- maladie ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 72
- métastases ganlgionnaires de localisations multiples 73
- mise en évidence dans la biopsie seulement ... 71
- recherche dans l'index alphabétique 68
- récidive 73
- rémission de maladies immunoprolifératives malignes/leucémie 75
- suspicion de tumeur/métastases 72
- thérapie systémique 70
- traitement des métastases 70
- traitement symptôme exclusivement 71
- traitement tumeur primaire 70
- traitement tumeur primaire et métastases 71

U

Ulcère de l'estomac
- avec gastrite 104
Urosepsis 62

V

Valvules cardiaques 96
Ventilation continue par pression positive CPAP
- chez les adultes, enfants, adolescents 102
- chez les nouveau-nés et les nourrissons 102
Verrues anogénitales 107
VIH
- compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité 66
- infection asymptomatique 65
- maladies dues au VIH 66
- mise en évidence par laboratoire 65
- ordre et choix des codes 67
- stades cliniques (A, B et C) 66
- stades de l'infection 66
- syndrome d'infection aiguë 65

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	*Contact*
Service de renseignements individuels	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'OFS sur Internet	www.statistique.admin.ch
Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents	www.news-stat.admin.ch
Publications: information approfondie	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)	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

Statistique de la Santé 2012, Neuchâtel 2012, numéro de commande: 1291-1200, 100 pages, 23 francs (TVA excl.)

Statistique médicale des hôpitaux 2011 – Tableaux standard, Résultats définitifs, Neuchâtel 2013, numéro de commande: 532-1301-05, 64 pages, gratuit

Statistique des hôpitaux 2011 – Tableaux standard, Résultats définitifs, Neuchâtel 2013, numéro de commande: 532-1304-05, 40 pages, gratuit

Epidémiologie du cancer – Le mélanome de la peau: état des lieux et prévention, Neuchâtel 2012, numéro de commande: 1268-0800, 4 pages, gratuit

Statistique des institutions médico-sociales 2010 - Tableaux standard, Résultats définitifs, Neuchâtel 2012, numéro de commande: 532-1202-05, 60 pages, gratuit

Statistique des causes de décès 2009 – Assistance au suicide et suicide en Suisse, Neuchâtel 2012, numéro de commande: 1258-0900, 4 pages, gratuit

Mortinaissances et mortalité infantile 2003–2010 – Evolutions, causes de décès et facteurs de risque, Neuchâtel 2012, numéro de commande: 1243-1000-05, 4 pages, gratuit

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 au codage de l'Office fédéral de la statistique (OFS) rédige, révise et adapte au besoin ces directives, s'occupe de la maintenance desdites classifications et du soutien aux personnes chargées du codage.

Le manuel de codage contient toutes les règles de codage publiées jusqu'à sa validation. Il est l'ouvrage de base du codage médical.

N° de commande
544-1400

Commandes
Tél.: 032 713 60 60
Fax: 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Prix
19 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14201-1