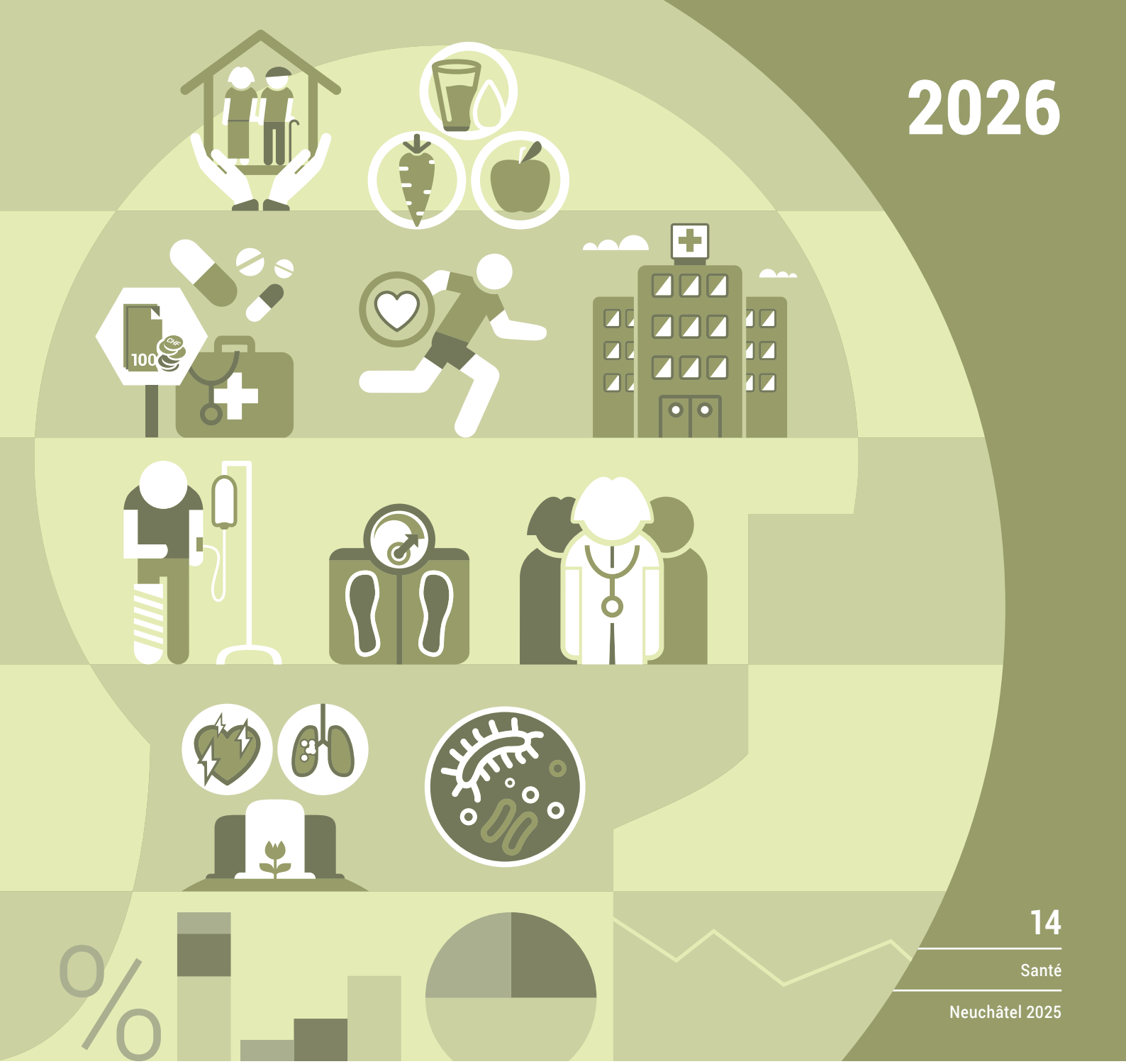


2026

14

Santé

Neuchâtel 2025

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2026

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Domaine «Santé»

Publications actuelles sur des thèmes apparentés

Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, veuillez passer commande par téléphone (+41 58 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).

Santé – Statistique de poche 2025, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2025, numéro OFS: 1541-2500, 36 pages

Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2026, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2025, numéro OFS: 660-2600

Statistique médicale des hôpitaux: Tableaux standard 2022, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2023, numéro OFS: su-b-14.04.01.02-MKS-2022

Utilisation multiple des données d'hospitalisation (projet SpiGes): état de la mise en oeuvre et prochaines étapes, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2022, numéro OFS: be-f-14.04.01-SpiGes-01, 9 pages

Statistique des causes de décès 2022: L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la mortalité et les causes de décès en Suisse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2023, numéro OFS: 1258-2200, 10 pages

Enquête suisse sur la santé 2022 - Tableaux standard, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2023, https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb/resultats-publications.html

Enquête suisse sur la santé 1992-2017, La contraception en Suisse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 213-1721, 8 pages

Le cancer en Suisse, rapport 2021 - Etat des lieux et évolutions, Office fédéral de la statistique, Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC), Registre du Cancer de l'Enfant (RCdE), Neuchâtel 2021, numéro OFS: 1178-2100, 148 pages

Cabinets médicaux et médecine de premier recours en Suisse, de 2018 à 2021, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2023, numéro OFS: 1804-2100, 8 pages

Procréation médicalement assistée en 2019
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 2135-1900, 8 pages

Les hospitalisations avec un séjour en soins intensifs, de 2014 à 2021, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2023, numéro OFS 2232-2100, 8 pages

Domaine «Santé» sur Internet

www.statistique.ch → Statistiques → 14 – santé
www.health-stat.admin.ch

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2026

Rédaction Domaine Classifications médicales
Éditeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Neuchâtel 2025

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	Secrétariat de codage OFS codeinfo@bfs.admin.ch
Rédaction:	Domaine classifications médicales
Série:	Statistique de la Suisse
Domaine:	14 Santé
Langue du texte original:	allemand
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS
Mise en page:	Domaine classifications médicale Publishing et diffusion PUB, OFS
En ligne:	www.statistique.ch
Imprimés:	www.statistique.ch Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60 Impression réalisée en Suisse
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2025 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Numéro OFS:	544-2600
ISBN:	978-3-303-14389-6

Table des matières

Remerciements 7

Introduction version 2026 9

Abréviations utilisées dans ce manuel 10

Généralités G00 – G55 11

G00 Relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) et codage médical 11
G01n Historique 11
G02m Organisation 12
G03m Bases légales 12
G04m Objectifs du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) 13
G05m Anonymisation des données 13
G06m Jeux de données médicales, définitions et variables 14

G10n Relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes), le système de classification des patients SwissDRG, TARPSY et ST REHA 15

G20 Les classifications (CIM-10-GM et CHOP) 16
G21n CIM-10-GM 16
G22o Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) 22

G30a Procédé de codage correct 23

G40o Documentation des diagnostics et des procédures 24

G50 Définitions 25
G51o Le cas de traitement 25
G52h Le diagnostic principal 26
G53m Le complément au diagnostic principal 28
G54n Les diagnostics supplémentaires 28
G55m Le traitement 30

Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics D00 – D16 31

D00m Résultats anormaux 31

D01g Symptômes 32

D02m Diagnostics unilatéraux et bilatéraux Diagnostics de localisations multiples 33

D03m Codes dague† - étoile* 34

D04c Codes avec point d'exclamation («!») 36

D05o État après / présence de / absence de 37

D06c Séquelles 39

D07n Suivi interventionnel planifié (suivi planifié) 40

D08a Maladie imminente, menace de maladie 42

D09l Diagnostics présumés 43

D10g Affections chroniques avec poussée aiguë 44

D11n Codes combinés 45

D12n Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications) 46

D13a Syndromes 54

D14g Admission pour une opération/procédure non effectuée 55

D15o Transferts 56

D16i 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 60

Règles générales de codage pour les procédures P00 – P11 61

P00n Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales 61
P01m Procédures qui doivent être codées 62
P02o Procédures qui ne sont pas codées 63
P03c Endoscopie et interventions endoscopiques 64
P04n Interventions combinées/Opérations complexes 65
P05a Interventions interrompues 66
P06o Procédures répétées plusieurs fois 67
P07o Operations bilatérales 72
P08o Révisions d'une région opérée/réopérations 73
P09o Prélèvement d'organe et transplantation 75
P10n Adhésiolyse 78
P11h Lacération de la séreuse avec suture 81

Règles spéciales de codage les diagnostics SD0100 – SD2200 83

SD0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires 83
SD0101a Bactériémie 83
SD0102o Sepsis 84
SD0103l SIRS 92
SD0104n VIH/SIDA 93
SD0105a Vrai croup – pseudo croup – syndrome du croup 96
SD0106n COVID-19 97

SD0200n Tumeurs 100
SD0202m Choix et ordre des diagnostics 101
SD0203n Excision étendue dans la région tumorale 109
SD0204k Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement 109
SD0205n Maladies (aiguës, chroniques), troubles après et/ou conséquences d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique dans le contexte de traitements de néoformations malignes (solides, hématologiques) 110
SD0206a Suspicion de tumeur ou de métastases 113
SD0207a Examen de contrôle 113
SD0208n Récidives 113
SD0209a Tumeurs avec activité endocrine 113
SD0210n Localisations multiples 114
SD0211a Localisations contiguës 115
SD0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie 116
SD0213a Lymphangiose carcinomateuse 116
SD0214n Lymphomes 116
SD0215a Chimiothérapie et radiothérapie 117
SD0216n Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques 117
SD0217o Traitement palliatif 118

SD0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques 119
SD0401n Généralités 119
SD0402n Règles de codage du diabète sucré 120
SD0403n Complications spécifiques du diabète sucré 123
SD0404a Syndrome métabolique 126
SD0405n Anomalies de la sécrétion pancréatique interne 126
SD0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose) 126
SD0407n Malnutrition chez les adultes 127
SD0408n Malnutrition chez les enfants 129

SD0500 Troubles mentaux et du comportement 131
SD0501o Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants, médicaments, nicotine) 131

SD0600 Maladies du système nerveux 134
SD0601o «Accident vasculaire cérébral aigu, etc.», hémorragie sous-arachnoïdienne, autres hémorragies intracrâniennes d'origine traumatiques et non traumatiques 134
SD0602n Conséquences d'un/état après: «Accident vasculaire cérébral etc.», une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique 136
SD0603o Paraplégie et tétraplégie, non traumatique 137
SD0604m Troubles de la conscience 138
SD0605e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes(-test) 140
SD0606e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes(-test) 140
SD0607o Codage des stades de la maladie de Parkinson (G20.-) 140

SD0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde 141
SD0801a Hypoacousie et surdité 141
SD0802d Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée 141

SD0900 Maladies de l'appareil circulatoire 142
SD0901a Hypertension et maladies hypertensives 142
SD0902e Maladie cardiaque ischémique 143

SD0903n Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire 145
SD0904d Affections des valvules cardiaques 147
SD0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques 148
SD0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque 148
SD0907a Oedème pulmonaire aigu 148
SD0908k Arrêt cardiaque 149
SD0910o Saisie de la durée de traitement avec un système d'assistance cardiaque ou un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire 150

SD1000 Maladies de l'appareil respiratoire 151
SD1001n Respiration artificielle 151
SD1002n Insuffisance respiratoire 154

SD1100 Maladies de l'appareil digestif 155
SD1101j L'appendicite comme diagnostic clinique 155
SD1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite 155
SD1104i Hémorragie gastro-intestinale 155
SD1105a Déshydratation lors d'une gastroentérite 156

SD1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané 157
SD1201g Chirurgie plastique 157
SD1202j Phlyctènes 157

SD1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire 158
SD1401o Dialyse 158
SD1402m Verrues anogénitales/herpès anogénital 158
SD1404o Insuffisance rénale 159
SD1405l Hospitalisation pour pose de cathéter péritonéal de dialyse 159
SD1406d Hospitalisation pour ablation de cathéter péritonéal de dialyse 159
SD1407l Hospitalisation pour pose de fistule AV ou pose de shunt AV 159
SD1408a Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV 160

SD1500 Obstétrique 161
SD1501n Définitions 161
SD1502n Interruption précoce de grossesse 162
SD1503n Affections pendant la grossesse 163
SD1504e Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant 165
SD1505o Règles spéciales pour l'accouchement 166
SD1506o Maladies du post-partum (puerpérales) 180

SD1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale 182
SD1601n Série de données de la statistique médicale 182
SD1602a Définitions 182
SD1603i Nouveau-nés 182
SD1604g Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale 183
SD1605a Enfant mort-né 184
SD1606j Mesures particulières pour le nouveau-né (malade) 184
SD1607c Syndrome de détresse respiratoire lors de maladie des membranes hyalines/carence en surfactant 185
SD1608c Syndrome de détresse respiratoire lors de syndrome néonatal d'aspiration aigu, wet lung ou tachypnée transitoire du nouveau-né 185
SD1609j Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) 185
SD1610h Asphyxie obstétricale 186
SD1611o Insuffisance respiratoire du nouveau-né 187

SD1800 Symptômes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs 188
SD1801a Incontinence 188
SD1802m Dysphagie 188
SD1803a Convulsions fébriles 188
SD1804o Diagnostics traitements de la douleur 189
SD1805e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes (-test) 195
SD1806e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes (-test) 195
SD1807l Choc 195

SD1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes 196
SD1901a Lésions superficielles 196
SD1902n Fracture et luxation 196
SD1903c Plaies/lésions ouvertes 197
SD1905c Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique) 199
SD1906n Lésions multiples 201
SD1907j Brûlures et corrosions 201
SD1908n Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques 202
SD1909o Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions) 203
SD1910b Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions) 205

SD2000 Causes externes de morbidité et de mortalité 206

SD2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé 207

SD2200o Codes d'utilisation particulière 208

Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements SP0100-SP0400 211

SP0200 La réadaptation précoce, réadaptation en paraplégie, réadaptation aiguë 212
SP0201n Réadaptation précoce 212
SP0202o Réadaptation en paraplégie 214
SP0203o Réadaptation aiguë 218

SP0300 Règle de codage pour le chapitre 9 de la CHOP «Opérations du système digestif» 219
SP0301k Fundoplicature pour hernie hiatale: saisie supplémentaire code CHOP 44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac 219

SP0400 Règle de codage pour le chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins» 220
SP0401m Changement de sexe 220

Directives de codage de la réadaptation 221

Information générale 221
Diagnostics selon la CIM-10-GM 222
Procédures 223
Exemples et commentaires 224
Exemples 226

Index alphabétique 233

Index des versions publiées par année:

a	**2012**	**h**	**2019**	**o**	**2026**
b	**2013**	**i**	**2020**		
c	**2014**	**j**	**2021**		
d	**2015**	**k**	**2022**		
e	**2016**	**l**	**2023**		
f	**2017**	**m**	**2024**		
g	**2018**	**n**	**2025**		

Remerciements

Ce manuel est le résultat d'un travail minutieux fourni par des expertes et des experts et d'une coopération étroite entre des spécialistes du codage médical 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 techniques suisses pour les classifications médicales pour son soutien au développement du présent manuel de codage médical.

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 2026 ont bénéficié du soutien décisif des experts du groupe de travail du manuel de codage médical et du domaine des classifications médicales de l'OFS.

Introduction version 2026

Le présent manuel est destiné à toutes les personnes qui, dans le cadre du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) et des systèmes tarifaires basés sur les forfaits par cas SwissDRG, TARPSY et ST Reha, sont chargées de coder les diagnostics et les traitements des patients hospitalisés dans l'ensemble des établissements de médecine somatique aiguë ainsi que des hôpitaux psychiatriques, cliniques de réadaptation et diverses cliniques spécialisées.
Les fournisseurs de prestations participant au relevé (c.-à-d. les hôpitaux) ont par conséquent l'obligation légale d'utiliser les classifications et le manuel de codage en vigueur selon les directives de l'OFS, le manuel de codage, les circulaires et les communications officielles.
D'autres manuels (P. ex. le DKR - Deutsche Kodierrichtlinien) n'ont aucune valeur en Suisse.

Les données du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) (auparavant statistique médicale des hôpitaux) sont saisies de manière uniforme dans toute la Suisse et utilisées depuis le 1er janvier 2012 dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG, depuis le 1er janvier 2018 dans le cadre de la structure tarifaire TARPSY pour les adultes, depuis le 1er janvier 2019 dans le cadre de la structure tarifaire TARPSY pour les enfants et les adolescents et depuis le 1er janvier 2020 pour la psychiatrie médico-légale.
Depuis le 1er janvier 2022, les données sont saisies et utilisées de manière uniforme dans toute la Suisse dans le cadre de la ST Reha (structure tarifaire pour la réadaptation) pour les traitements dans un contexte de réadaptation.
En raison des finalités indiquées, les règles de codage sont actualisées en permanence. Les directives contenues dans la présente publication se basent sur les besoins du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) en matière d'épidémiologie, ainsi que sur les exigences des systèmes tarifaires basés sur les forfaits par cas.

Selon l'article 49 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, (LAMal), des forfaits lié aux prestations et reposant sur une structure uniforme dans toute la Suisse, doivent être utilisés pour la rémunération des traitements hospitaliers. SwissDRG SA est responsable de l'élaboration et du perfectionnement ainsi que de l'adaptation et l'entretien des structures tarifaires SwissDRG, TARPSY et ST Reha.

Outre les règles de codage, ce manuel contient des informations relatives aux principales variables relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) utilisées dans la série de données, ainsi qu'un bref historique de la classification CIM-10-GM.
Même si, de nos jours, le travail de codage se fait le plus souvent à l'aide de programmes informatiques, il est important de présenter aussi la structure de la classification CHOP utilisée en Suisse.

Les règles de codage se divisent en plusieurs parties, comme suit :

- Généralités : Chapitre G
- Règles de codage générales : D pour diagnostics et P pour procédures
- Règles de codage spéciales pour les diagnostics : chapitre SD
- Règles de codage spéciales pour les procédures et les traitements : chapitre SP

Les règles de codage spéciales pour les diagnostics (SD) et pour les procédures et traitements (SP) décrivent des cas de figure particuliers qu'il convient de définir concrètement ou pour lesquels la logique des systèmes tarifaires commande de s'écarter des règles de codage générales.
La numérotation des chapitres consacrés aux règles spéciales pour les diagnostics correspond à celle de la classification CIM-10-GM.
Le chapitre sur les règles de codage spéciales pour les procédures et traitements a été introduit dans le manuel de codage 2022.

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-GM ou CHOP, ce sont les règles de codage qui s'appliquent.

Les règles de codage présentent une structure alphanumérique (p. ex. D01, SD0103) suivie d'une lettre minuscule qui en désigne la version. Les règles de codage de la version 2012 sont désignées par la lettre «a», les règles de codage modifiées de la version 2013 par la lettre «b», de la version 2014 par la lettre «c» … etc. Les changements apportés au contenu des règles de codage 2026 sont désignés par la lettre «n» et le paragraphe concerné est marqué en vert. Les autres modifications sont également signalées en vert, 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 le relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) à l'Office fédéral de la statistique (OFS), ainsi que dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG, système tarifaire TARPSY et ST Reha.

Le Manuel de codage médical 2026 entre en vigueur le 1er janvier 2026 et remplace les versions précédentes.

Ce manuel se fonde sur les classifications CIM-10-GM 2024 et CHOP 2026 ainsi que sur les mises à jour publiées dans les circulaires 2025 no 1 et 2.
Pour coder tous les cas stationnaires avec date de sortie à partir du 1er janvier 2026, les codes de la CIM-10-GM version 2024 et les codes de la CHOP version 2026 sont à utiliser.

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.

La publication par FAQ n'existe plus dès 2017, les FAQ publiées jusqu'à présent sont disponibles en format PDF sur notre site internet. Des informations et précisions seront diffusées en cours d'année dans des circulaires. Ce sont là des instruments de codage officiels de l'OFS dont il faut tenir compte pour les cas avec sortie dès le 1er du mois qui suit leur publication (le 1.1.2026, le cas échéant le 1.7.2026) ou en fonction de la date de validité publiée.

Abréviations utilisées dans ce manuel

G Généralités
D Règles de codage des diagnostics
P Règles de codage des procédures
SD Règles spéciales de codage pour les diagnostics
SP Règles spéciales de codage pour les procédures et les traitements

DP Diagnostic principal
DS Diagnostic supplémentaire
L Latéralité
T Traitement

Demandes concernant les directives de codage et les classifications

L'OFS fournit des précisions et des clarifications pour toute demande relative aux directives de codage et aux classifications.

Demande d'évaluation d'un cas spécifique

L'OFS émet des recommandations sur des cas spécifiques, sans préjudice d'autres cas similaires.
Ces recommandations ne sont pas juridiquement contraignantes. Toute responsabilité de l'OFS en rapport avec une recommandation émise est donc exclue.
Seules les questions de codage avec toute la documentation clinique anonymisée nécessaire pour l'évaluation du cas considéré (lettre de sortie, rapport opératoire, codage, etc.) seront traitées. Elles sont à adresser à codeInfo@bfs.admin.ch.
Pour toutes les questions sans documentation ou avec une documentation insuffisante, nous ne faisons pas de recommandation.

Généralités G00 – G55

G00 Relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) et codage médical

G01n Historique

L'association des établissements hospitaliers suisses VESKA, en tant que prédécesseur de H+ Les Hôpitaux de Suisse, 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, basés sur la CIM-9. Une statistique des hôpitaux a ainsi pu être établie. Les données n'étaient pas représentatives au niveau national, car seuls quelques cantons s'étaient officiellement engagés à les collecter.

Sur la base de la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF, RS 431.01) et de l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques (RS 431.012.1), une série de statistiques sur les établissements stationnaires a été mise en place en 1997/1998 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 (SM),qui fournissent des informations sur les patients traités dans les hôpitaux suisses.

Ce relevé est complété par une statistique administrative des hôpitaux appelée statistique des hôpitaux (KS). Parallèlement, l'organisation tarifaire SwissDRG SA, les assurances-maladie, H+ Les Hôpitaux de suisse, les cantons et l'OFSP ont également collecté des données sur les mêmes contenus. Avec la Gestion nationale des données (NaDB), le Conseil fédéral a adopté le 27 septembre 2019 une stratégie visant à uniformiser et à simplifier ce type de processus. L'objectif de cette stratégie est de collecter les données une seule fois pour toutes les utilisations (principe «Once-only»). Avec le projet «Séjours stationnaires en hôpitaux» (SpiGes), cette intention a été mise en œuvre pour les données stationnaires des hôpitaux en tant que projet pilote dans le cadre du programme NaDB.

Les données de la statistique médicale des hôpitaux (MS), de la statistique des données économiques par cas (FKS) ainsi que certaines parties de la statistique administrative (KS) des hôpitaux seront collectées de manière uniforme à partir de 2025 et mises à la disposition de toutes les parties autorisées par l'OFS conformément à leurs droits d'utilisation.
La saisie des données qui en découle s'effectuera à partir du 1er janvier 2024 dans le cadre du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes).

Une statistique des institutions médico-sociales fournit en outre des données administratives sur les résidents des homes pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux, des institutions pour handicapés, pour personnes dépendantes et pour personnes présentant des troubles psychosociaux, complétant ainsi l'offre dans le domaine des établissements stationnaires.

Le codage des diagnostics et des traitements hospitaliers fournit des éléments essentiels pour répondre aux questions suivantes:

- Quel est l'état de santé de la population, à quels problèmes de santé est-elle confrontée et quelle est la gravité de ces problèmes?
- Comment les problèmes se répartissent-ils entre les différentes parties de la population (selon l'âge, le sexe et d'autres facteurs - formation, origine migratoire, etc.)?
- Quelle est l'influence des conditions et du mode de vie sur la santé?
- Quelles sont les prestations de santé auxquelles la population a recours? Comment la demande se répartit-elle entre les différentes parties de la population?
- Comment évoluent les coûts et les moyens de financement ?
- 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 conséquences et effets des mesures prises sur le plan politique?

G02m Organisation

La section Services de santé GESV de l'OFS est responsable du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes). Les offices statistiques des cantons et les services statistiques des directions cantonales de la santé publique coordonnent la collecte des données des hôpitaux au niveau cantonal. Ils informent notamment les fournisseurs de prestations des délais de livraison des données et vérifient que ces délais sont respectés. Ils sont responsables du respect des délais de livraison ainsi que du contrôle de la qualité, de la plausibilité et de la validation sur la plateforme SpiGes.

Les hôpitaux centralisent la collecte des données des patients et établissent le fichier de données comprenant les codes des diagnostics et des traitements. Ils ont l'obligation légale de fournir ces données. L'OFS informe les services de collecte cantonaux des données à livrer, du format des données et du mode de transmission à utiliser. Les cantons sont tenus de transmettre ces informations aux hôpitaux. Les directives sont également publiées sur le site Internet de l'OFS.

G03m Bases légales

Le relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) se base par la loi sur la statistique fédérale et l'ordonnance sur les relevés statistiques, qui intègrent des dispositions relatives à la réalisation des relevés statistiques de la Confédération et s'appuie sur la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10).

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 des autres partenaires impliqués. Conformément à l'art. 6, al. 4, le Conseil fédéral peut imposer la participation à un relevé.

Les organes responsables des relevés statistiques sont désignés en annexe de l'ordonnance sur les relevés statistiques. Chaque relevé statistique national est décrit en détail dans l'annexe. Dans le cas du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes), c'est l'OFS qui est désigné comme organe responsable du relevé. L'ordonnance précise aussi les conditions de réalisation, notamment le caractère obligatoire de la participation. Elle spécifie également que les classifications CIM et CHOP (classification suisse des opérations) doivent être utilisées pour saisir respectivement les diagnostics et les traitements.

La LAMal intègre elle aussi des dispositions qui concernent les relevés. 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. 59a, al. 1). Les données sont collectées par l'OFS au nom de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et sont mises gratuitement à disposition par les fournisseurs de prestations (art. 59a, al. 2 et 3). La loi prévoit en outre que l'OFS mette ces données à la disposition de l'OFSP, 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 art. 59a, al.3 LAMal). Ces données sont ensuite publiées par l'OFSP par catégorie ou par fournisseur de prestations (hôpital). Les résultats concernant les patients sont publiés sous forme anonyme de manière à rendre impossible toute identification des personnes.

G04m Objectifs du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes)

- 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.
- Perfectionner le système des forfaits par cas selon un rythme annuel.
- Comparer le caractère économique des fournisseurs de prestations (hôpitaux) selon les méthodes en vigueur. Ces comparaisons peuvent être utilisées pour la négociation, la fixation et l'évaluation des tarifs.
- Analyser les prestations fournies par les hôpitaux et leur qualité (fréquence de certaines opérations, fréquence des réhospitalisations pour certains diagnostics ou traitements, etc.).
- Évaluer la situation en matière de prise en charge hospitalière. Les données collectées permettent de visualiser les bassins de desserte des hôpitaux, peuvent être utilisées pour la planification hospitalière à l'échelon cantonal et intercantonal ou à des fins de recherche et être diffusées auprès des publics intéressés.

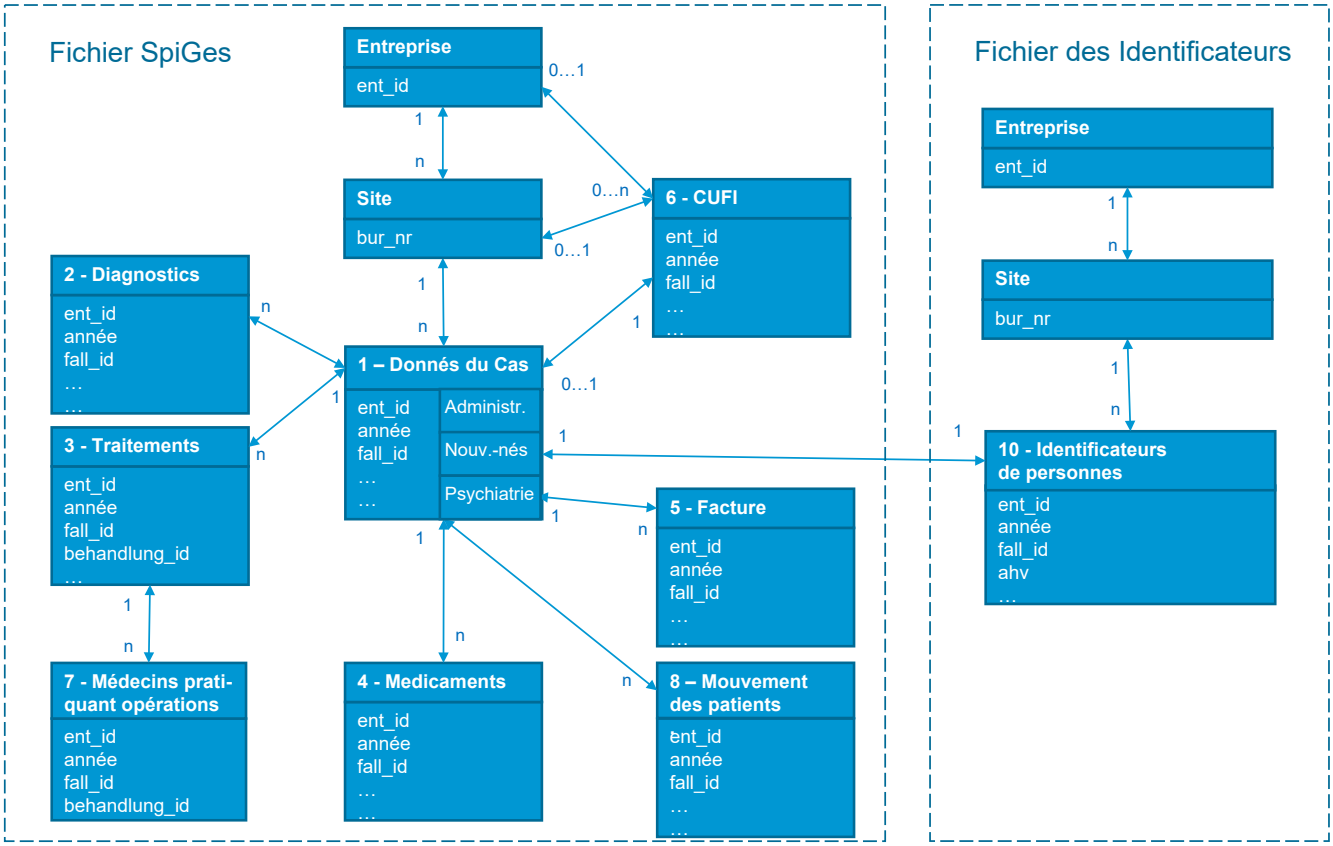
G05m Anonymisation des données

Conformément à l'art. 153c de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), l'OFS peut utiliser le numéro AVS comme identifiant de personne. Toutes les conditions-cadres relatives à la protection des données personnelles doivent être respectées. D'importantes mesures techniques et organisationnelles doivent notamment être prises pour garantir la protection et l'anonymat des données personnelles. Les identifiants des patients (numéros AVS) sont par exemple transmis dans un fichier séparé et immédiatement anonymisés sur la plateforme.

G06m Jeux de données médicales, définitions et variables

Depuis l'introduction de SpiGes, les variables sont désignées dans le manuel de codage avec le nom de variable correspondant.

Les données du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) contiennent différents jeux de données (tableaux) de granularité variable.
Le tableau central est celui des données où toutes les informations relatives à des cas sont reproduites. On trouve ici tous les renseignements généralement présents une fois par cas. Les autres tableaux sont «Diagnostics», «Traitements», «Médicaments», «Facture», «CUFI», «Opérateurs» et «Mouvements des.-patients». Si le tableau «Identifiants-patients» présente le même degré de détail que les données de cas, il doit être fourni dans un fichier séparé pour des raisons de protection des données. Les relations entre les tableaux sont présentées dans l'illustration suivante:



Toutes les variables ne doivent pas nécessairement être remplies pour tous les cas (lignes). Pour chaque variable, il est indiqué dans l'interface dans quelles situations elle doit être renseignée. Par exemple, les données relatives aux nouveau-nés ou aux patients en psychiatre ne doivent être remplies que pour les cas correspondants.

Le service d'enquête cantonal peut demander la production d'autres jeux de données, en particulier un jeu de données cantonales. Les prescriptions cantonales en la matière ne sont pas décrites par l'OFS et ne sont par conséquent pas mentionnées ci-après.
Les variables et l'interface sont décrites sur le site Internet de l'OFS: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spiges.html

G10n Relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes), le système de classification des patients SwissDRG, TARPSY et ST REHA

Depuis 2012, la rémunération des hôpitaux au niveau fédéral est passée progressivement au système des forfaits par cas ou au système des forfaits journaliers - d'abord pour les prestations somatiques aiguës (SwissDRG, 2012), puis pour les prestations psychiatriques (TARPSY, 2018) et enfin pour les prestations de réadaptation (ST Reha, 2022). Dans le système de forfaits par cas, chaque hospitalisation est affectée sur la base de critères définis (diagnostic principal, diagnostics supplémentaires, les traitements, âge et sexe du patient, etc.) à groupe de cas (DRG) auquel correspond un forfait qui détermine la rémunération des hôpitaux.

Dans les cas de ST Reha et de TARPSY, la durée du séjour hospitalier est également prise en compte. Cette rémunération est donc en rapport direct avec la documentation et le codage des prestations médicales et des soins. Les perfectionnements annuels des trois structures tarifaires s'effectuent sur la même base.
Le codage doit être réalisé selon les instruments de codage en vigueur (manuel de codage, classification CHOP et CIM-10-GM, circulaires et communications officielles).

Sous SwissDRG, TARPSY et ST Reha, le cas doit être codé dans son intégralité. Il est interdit d'omettre ou d'ajouter des diagnostics ou des procédures pour influencer le classement d'un cas, pour utiliser des forfaits spéciaux dans l'objectif d'atteindre des revenus plus élevés et/ou une affectation à un groupe spécial de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Voir également le point 1.4 des «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha» de SwissDRG SA.

Dans le cadre de l'entretien et du perfectionnement de la structure tarifaire, les classifications et les règles de codage sont périodiquement adaptées et précisées.
Le système de classification DRG, ainsi que les définitions exactes des différents DRG sont décrits dans l'édition en vigueur du manuel de définition. Le document «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha» décrit les domaines d'utilisation et les définitions pour la facturation selon SwissDRG (appelées règles de facturation). Il en va de même pour les systèmes tarifaires ST Reha et TARPSY.

G20 Les classifications (CIM-10-GM et CHOP)

G21n 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 étant, comme l'affirmait William Farr au XIXe siècle, une méthode de généralisation, elle doit comprendre un nombre limité 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 est utilisée en Suisse depuis le 1er janvier 2025 pour le codage des diagnostics est la CIM-10-GM 2024 (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 décès. 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, et devait être révisée tous les dix ans. En 1948, cette classification fut adoptée par l'Organisation mondiale de la santé.

La 9e révision de la classification, CIM-9, a introduit en 1975 un cinquième chiffre pour les codes et le système dague/étoile. 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 de facturation. En Suisse, la version utilisée pour la morbidité depuis le 01.01.2009, respectivement depuis le 01.01.2010, 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) 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 d'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	Maladiesdu 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 pour le codage : seuls sont valables les codes terminaux, c.-à-d. les codes qui ne se subdivisent plus.

Exemple tiré de la CIM-10-GM, chapitre XI :

Bloc/Groupe	**Maladies de l'appendice (K35–K38)**	
Catégorie à 3 caractères	**K35.–**	**Appendicite aiguë**
Sous-catégorie à 4 caractères	**K35.2**	**Appendicite aiguë avec péritonite généralisée** Appendicite (aiguë) avec péritonite généralisée (diffuse) 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
Catégorie à 3 caractères	**K36**	**Autres formes d'appendicite** **Incl. :** Appendicite : • chronique • récidivante
	K37	**Appendicite, sans précision**
	K38.–	**Autres maladies de l'appendice**
Sous-catégories à 4 caractères	**K38.0**	**Hyperplasie de l'appendice**
	K38.1	**Concrétions appendiculaires** Fécalome Sterco-lithe de l'appendice
	K38.2	**Diverticule de l'appendice**
	K38.3	**Fistule de l'appendice**
	K38.8	**Autres maladies précisées de l'appendice** Invagination de l'appendice
	K38.9	**Maladies de l'appendice, sans précision**

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CIM-10-GM soutient le codage selon l'index systématique. Les conventions formelles utilisées dans l'index alphabétique y sont décrites. **L'index systématique fait toujours foi pour le codage (voir G30).** 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.

Fluorose	] Terme principal
– dentaire K00.3 – – chronique K00.3 – squelette M85.19	] Modificateurs

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)**
	Incl.: Hypertension (artérielle) (essentielle) (primitive) (systémique) Tension artérielle élevée

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

H01.0	**Blépharite**
	Excl.: Blépharo-conjunctivite (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 inversément:

N74.2*	**Affection inflammatoire pelvienne syphillitique 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.

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

- Inclure des synonymes ou des phrases explicatives, p. ex.:

A30.–	**Lèpre [maladie de Hansen]**

- Renvoyer à des remarques faites précédemment, p. ex.:

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: • gangréneuse • 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**	
	Esotropie [strabisme convergent] Exotropie [strabisme divergens]	intermittente (alternante) (monoculaire)

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**

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

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

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

L'«Excl.» d'un code signifie que le code cité sous cette exclusion décrit une pathologie d'une autre origine, respectivement un état précis, classable ailleurs et qui n'appartient pas au code en question. On peut donc utiliser les deux codes simultanément, si ces affections sont toutes deux présentes et diagnostiquement différenciées chez le patient.

P.ex.: patient présentant une hypertension portale et une cirrhose du foie d'origine alcoolique, traitées toutes les deux. Il s'agit là d'une constellation telle que décrite ci-dessus: les deux états sont diagnostiquement différenciables l'un de l'autre, une cirrhose alcoolique du foie n'étant pas nécessairement associée à une hypertension portale.

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

J15.–	**Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs**
	Incl. : Bronchopneumopathie due à des bactéries autres que S. neumoniae et H. influenzae

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

NCA / 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.

T45.2	**Vitamines, non classées ailleurs**

Autres :
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.

E16.1	**Autres hypoglycémies**

SAP / sans autre précision :
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.

I67.9	**Maladie cérébrovasculaire, sans précision**

Voir, voir aussi :
(se trouvent dans l'index alphabétique)
• «Voir» renvoie au terme spécifique auquel on se réfère.
• «Voir aussi» renvoie aux termes principaux sous lesquels chercher.

Acanthome – voir aussi Tumeur selon localisation D36.9

Interruption grossesse - voir aussi Avortement O06.9

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.

G22o Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

Généralités
La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) sert à saisir les traitements dans le cadre du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes). Des informations concernant le codage médical sont disponibles dans le manuel de codage médical (le manuel officiel des règles de codage en Suisse). Une version actualisée de la CHOP est publiée chaque année.
La CHOP est basée à l'origine sur l'ICD-9-CM américaine créée par les CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) à Baltimore (USA). Depuis 2008, la CHOP évolue indépendamment de l'ICD-9-CM. On a procédé, et on continue à le faire, à diverses adaptations nécessaires, notamment en lien avec le système tarifaire SwissDRG, TARPSY et ST Reha ainsi qu'avec les développements dans le domaine médical et les travaux de révision de type classificatoire. La procédure annuelle de demande de modifications permet de faire évoluer la CHOP.

Il convient de tenir compte de l'introduction du répertoire systématique de la CHOP, en particulier des sections «Remarques techniques», qui contiennent notamment des informations sur la structure de classification et les classes résiduelles, et «Abréviations et conventions».

G 30a 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.

G 40o 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. Les résultats des examens et interventions réalisés font partie de la documentation, même s'ils ne sont disponibles qu'après la sortie du patient. 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. L'OFS tient cependant à rappeler qu'il n'est pas en mesure de poser un diagnostic à la place d'un médecin. Il incombe aux médecins de définir quelles interventions ont été effectuées et d'en informer les personnes en charge du codage, les informations relatives aux diagnostics et aux procédures effectuées devant être fournies de manière complète et écrite dans les rapports correspondants. A défaut, il est difficile, voire impossible d'appliquer les règles de codage.

L'évaluation par la personne chargée de la gestion du cas à l'aide de l'échelle HoNOS/HoNOSCA doit être claire et vérifiable sur la base de la documentation.

La codeuse ou le codeur ne pose pas de diagnostics. Elle/il n'interprète ni les listes de médicaments, ni les résultats de laboratoire, ni la documentation des soins infirmiers sans en référer au préalable au médecin traitant de manière documentée.

Vu que les diagnostics différentiels ne peuvent pas être codés, le médecin traitant doit déterminer le diagnostic ou le symptôme qui lui paraît le plus probable.

Afin de choisir un code CIM précis et terminal pour un diagnostic posé par le médecin, la codeuse ou le codeur est cependant autorisé(e) à rechercher la précision nécessaire dans toute la documentation médicale.

Exemples :

- Pour un diagnostic médical documenté d'insuffisance rénale chronique (N18.-), la documentation médicale décrit un débit de filtration glomérulaire (DFG) de 30. Avec cette information, la codeuse ou le codeur choisit le code *N18.3 Insuffisance rénale chronique, stade 3*.
- Lors d'un diagnostic de «diabète sucré» posé par un médecin, il est permis au personnel en charge du codage de préciser ce diagnostic avec le terme «décompensé» si les critères sont remplis.
- Le diagnostic médical «insuffisance ventriculaire gauche» en cas de documentation indiquant «avec symptôme au repos» doit être codé par *I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche NYHA IV*, n'est pas précisé comme tel dans le diagnostic.
- Pour le diagnostic «agranulocytose», la phase critique est codée avec la durée exacte si les données correspondantes figurent dans le dossier médical du patient.

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

G 50 Définitions

G 51o Le cas de traitement

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

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

A prendre en considération pour le codage:

- **Le cas** commence à l'admission et prend fin avec la sortie, le transfert ou le moment du décès déterminé et documenté par le médecin traitant du patient.
- **Patient en attente de placement**: En cas de poursuite du séjour alors que le patient ne nécessite plus, selon l'indication médicale, de traitement et de soins stationnaires ou de réadaptation médicale à l'hôpital, on ouvre un nouveau cas administratif. En diagnostic principal, on code *Z75.8 Autres difficultés liées aux installations médicales et d'autres soins de santé*. Le cas n'est pas facturé par DRG variable «tarif» = 7 (Tarif pour la facturation).
- Lors de **regroupement de cas** selon les «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha»,- seul le cas regroupé (un codage) est transmis (pour marquer les réadmissions, les variables «grund_wiedereintritt» (raison de la réadmission) sont à saisir).

G 52h 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 séjour hospitalier, 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 principal. Cela signifie que ce n'est qu'à la fin du séjour hospitalier que l'on détermine la maladie ou l'affection qui a entraîné le plus de ressources médicales pendant le séjour stationnaire. Le diagnostic à l'admission (cause de l'hospitalisation) ne coïncide pas nécessairement avec le diagnostic principal.

Choix du diagnostic principal en présence de plusieurs diagnostics qui répondent à la définition du DP
En présence de deux ou plusieurs affections répondant à la définition du diagnostic principal ci-dessus, 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 (médecins, soins, 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. Le choix du diagnostic principal doit être motivé et documenté sur la base des prestations médicales et des produits médicaux dispensés.

Exemple 1
Une patiente est admise pour une kératoplastie et opérée. Le 2e jour, elle est transférée aux soins intensifs pour un infarctus du myocarde et on procède à une coronarographie avec pose de stent.

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 sur 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 2e semaine, on procède à une occlusion percutanée du septum auriculaire à l'aide d'un dispositif d'occlusion vasculaire Amplatzer.

En raison de l'intervention 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.

Exemple 5 - Psychiatrie

Un patient se présente au service des urgences parce qu'il souffre d'une humeur dépressive depuis plusieurs semaines. Lors de l'examen, il rapporte également une baisse de motivation et d'activité, des difficultés de concentration, une fatigue marquée accompagnée de troubles de l'endormissement et du sommeil, et une perte sensible de l'appétit. Le patient fait part de fortes pensées de dévalorisation de soi. Il n'arrive pas à éloigner les pensées suicidaires. Le patient est hospitalisé pour un épisode dépressif sévère. Au cours du traitement, il évoque une consommation nocive d'alcool. Un diabète sucré lui est par ailleurs diagnostiqué, lequel est contrôlé sans problème en quelques jours par un traitement oral. Durant le séjour hospitalier et jusqu'à la sortie ont été posés les diagnostics suivants:
Episode dépressif sévère
Utilisation nocive d'alcool
Diabète sucré

L'épisode dépressif sévère a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales et constitue de ce fait le diagnostic principal.

Les diagnostics non admis comme diagnostics principaux selon le groupeur sont référencés dans le «Manuel de définition SwissDRG (volume 5, annexe D, Plausibilités, D5: Diagnostic principal non admis)», le «Manuel de définition TARPSY (Diagnostics principaux non admis)» et le «Manuel de définition ST Reha (Diagnostics principaux non admis)».

G 53m Le complément au diagnostic principal

Le champ «Complément au diagnostic principal» n'est plus utilisé sous SpiGes.
Pour le codage des codes étoile (*), voir D03.
Pour le codage de la cause externe (V-Y), voir SD2000.

G 54n 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)

Une maladie diagnostiquée nécessitant des mesures prophylactiques remplit les critères pour le codage même si ces mesures ne traitent pas l'étiologie de cette maladie en tant que telle. C'est le cas par exemple de l'administration prophylactique de vitamine B1 pour l'abus d'alcool ou de l'anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire.

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 concomitante 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 effort de soins > 0**

L'hôpital/le médecin traitant doit pouvoir justifier à l'aide de la documentation les efforts de soins >0.

Voir également précisions sous G 40.
Dans le cas de patients chez lesquels l'un des trois critères susmentionnés se rapporte à plusieurs diagnostics, tous les diagnostics concernés sont codés.

Exemple 1
Une patiente est traitée par un bêta-bloquant pour les diagnostics 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 conformes aux règles de codage 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. Ayant subi antérieurement une amputation de la jambe gauche, il nécessite une assistance accrue de la part du personnel infirmier.
DP Ulcère variqueux à la jambe
L droite
DS Antécédent personnel d'amputation de la jambe
L gauche

Exemple 5 - Psychiatrie
Un patient reçoit un traitement de motivation en raison des diagnostics supplémentaires dépendance à l'alcool et dépendance aux médicaments. Les deux diagnostics sont codés:
DS Dépendance à l'alcool
DS Dépendance aux médicaments

Exemple 6 - Psychiatrie
Une patiente est hospitalisée en raison d'une grave dépression. Elle présente également une hypertension sous traitement.
DP Dépression
DS Hypertension

Utilisation du code CIM D62 Anémie posthémorragique aiguë:
Une analyse révélant une valeur d'hémoglobine pathologique ne justifie pas à elle seule le codage comme anémie. Le seul fait de contrôler des valeurs d'hémoglobines anormales, de réaliser un test de compatibilité croisée de poche de sang, d'administrer (par voie orale ou IV) des préparations à base de fer ou de recourir à un Cell Saver n'est pas non plus suffisant. Pour utiliser le code CIM D62, il faut être en présence d'au moins un des diagnostics approfondis ou conséquences thérapeutiques suivants:
- Recherche d'une hémorragie (gastroscopie p. ex.)
- Analyses spéciales, telles que détermination ciblée des facteurs de coagulation ou analyse de la fonction plaquettaire par agrégation plaquettaire et/ou immunophénotypage
- Administration d'érythropoïétine
- Transfusion de produits sanguins
- Contrôle d'une hémorragie

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.

G 55m Le traitement

Selon la définition de l'OFS, il convient de coder en première position la procédure qui a été la plus déterminante pour le processus de guérison ou pour l'établissement du diagnostic.

En règle générale, chaque procédure doit avoir un diagnostic associé, mais chaque diagnostic n'entraîne pas nécessairement un traitement.

L'ordre des traitements ultérieurs est annulé. Exception voir règle de codage P04.

Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics D00 – D16

D00m Résultats anormaux

Un résultat anormal est un état constaté fortuitement (laboratoire, radiologie, pathologie et autres examens diagnostiques). Il n'est pas codé, sauf s'il a une importance clinique dans le sens d'une conséquence thérapeutique ou d'un examen diagnostique plus poussé.

Attention: le seul contrôle ou suivi de l'évolution d'une valeur anormale, sans adaptation de la prise en charge du patient, ne justifie pas un codage.

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 seul contrôle du taux plus élevé de gamma-GT ne remplit pas le critère de l'examen diagnostique plus poussé et n'est par conséquent pas codé. Il est toutefois important pour la documentation médicale et la communication entre médecins.

Exemple 2
Un patient est hospitalisé pour une pneumonie. Le test de laboratoire fait apparaître un taux de gamma-GT légèrement élevé. Pour cette raison, le dosage de l'antibiotique est adapté. Un deuxième test montre des valeurs normales.
DP J18.9 Pneumonies, sans précision.
L
DS R74.8 Anomalies d'autres taux d'enzymes sériques

L'ajustement du dosage de l'antibiotique en raison du taux élevé de la gamma-GT remplit le critère de la conséquence thérapeutique. C'est pourquoi l'augmentation de gamma-GT est codée.

Les codes pour les résultats anormaux se trouvent aussi bien dans le chapitre XVIII «Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs» de la CIM-10-GM que dans les chapitres spécifiques aux organes. Les remarques au début du chapitre XVIII aident à définir dans quels cas on indiquera des codes des catégories R00 – R99.

Exemple 3
Une analyse de sang en laboratoire fait apparaître, chez un patient présentant une névralgie du trijumeau, une diminution pathologique du nombre de thrombocytes. Un contrôle de l'évolution effectué à plusieurs reprises dans les jours qui suivent montre une normalisation du taux de thrombocytes sans procédure thérapeutique.
DP G50.0 Névralgie du trijumeau

La thrombocytopénie est un résultat anormal de l'analyse de sang en laboratoire. Elle n'a eu aucune conséquence thérapeutique et n'a entraîné aucun examen diagnostique plus poussé au sens de la règle de codage D00. Pour cette raison, elle n'est pas codée.

Exemple 4
Une analyse de sang en laboratoire fait apparaître, chez un patient présentant une névralgie du trijumeau et une maladie coronarienne (sous traitement par AAS), une diminution pathologique du nombre de thrombocytes. La prise d'AAS est arrêtée en raison de la thrombocytopénie.

DP	*G 50.0*	*Névralgie du trijumeau*
DS	*I25.19*	*Athérosclérose, sans précision*
DS	*D69.61*	*Thrombocytopénie, sans précision, pas d'état réfractaire à la transfusion*

Exemple 5
Une échocardiographie transthoracique est réalisée chez une patiente présentant une insuffisance ventriculaire gauche NYHA 3. Cet examen fait apparaître une sténose aortique sévère comme étant à l'origine de l'insuffisance ventriculaire gauche ainsi que, parmi les autres résultats, une insuffisance tricuspidienne minime et une légère insuffisance mitrale. Aucune autre procédure diagnostique n'est entreprise concernant l'insuffisance tricuspidienne et mitrale et le schéma thérapeutique n'est pas modifié

DP	*I50.13*	*Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme en cas d'effort léger*
DS	*I35.0*	*Sténose (de la valvule) aortique*

L'insuffisance tricuspidienne minime et la légère insuffisance mitrale sont des résultats anormaux de l'examen échocardiographique. Étant donné qu'ils n'ont pas de conséquences thérapeutiques et n'entraînent pas d'examen diagnostique plus poussé, ils ne sont pas codés.

D01g Symptômes

Les symptômes sont des signes de maladies; ils peuvent être indiqués dans la CIM-10-GM au chapitre XVIII (*R00 – R99*), ainsi que dans les chapitres spécifiques aux organes.

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. (Voir aussi D09, paragraphe 2).

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	*K 74.6*	*Cirrhoses du foie, autres et sans précision*
DS	*I10.90*	*Hypertension essentielle, non précisée, sans mention de crise hypertensive*
T	*54.91*	*Drainage abdominal percutané (ponction)*

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 G 54).

Exemple 2 - Psychiatrie
Un patient est hospitalisé pour douleurs thoraciques et palpitations. On diagnostique un trouble panique que l'on traite.

DP	*Trouble panique*
DS	*Aucun (les symptômes douleurs thoraciques et palpitations sont inclus dans le diagnostic trouble panique)*

D02m Diagnostics unilatéraux et bilatéraux Diagnostics de localisations multiples

Lorsqu'une maladie peut se présenter aussi bien de manière unilatérale que de manière bilatérale, elle doit être documentée dans la série de données de la statistique médicale avec indication de la latéralité:

Variable «diagnose_seitigkeit» (Latéralité pour le diagnostic) pour le diagnostic principal et le diagnostic supplémentaire.

Les chiffres suivants sont saisis:

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

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

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

Exception: Pour les cas qui doivent être regroupés, lors d'une réhospitalisation pour une même maladie mais touchant l'organe controlatéral, le codage définitif doit se faire séparément avec la latéralité.

Exemple: 1. séjour: calcul de l'uretère gauche
2. séjour: calcul de l'uretère droit

Codage définitif séjour regroupé: *N20.1* gauche + *N20.1* droit (et non *N20.1* bilatéral).

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 L
M23.24 Lésion du ménisque due à une déchirure ou à un traumatisme ancien, corne antérieure du ménisque externe L

Exemple 3
Hystérectomie pour léiomyome de l'utérus. Le résultat histologique fait état de deux léiomyomes intramuraux et d'un léiomyome sous-séreux.
D25.1 Léiomyome intramural de l'utérus
D25.2 Léiomyome sous-séreux de l'utérus

D03m Codes dague† - étoile*

Ce système de codage permet d'associer la manifestation d'une maladie à son étiologie. 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 indiqué dans le champ de diagnostic qui suit immédiatement, pour autant que cette manifestation corresponde à la définition du diagnostic supplémentaire (règle G 54) (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 G 54).
- 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 4).

L'ordre des codes pour l'étiologie/la manifestation d'une maladie ne vaut que pour le système du code dague†-étoile*. En-dehors de ce système, la règle du diagnostic principal G 52 ne subit aucune restriction quant à l'ordre des codes étiologie/manifestation.

Il faut ici souligner que la variable «diagnose_zusatzt» (Diagnostic associé) de la liste des variables SpiGes doit être prise en compte

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
DS 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.
DP N18.- † Néphropathie chronique
DS D63.8 Anémie au cours d'autres maladies chroniques non classées ailleurs*

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 - Psychiatrie
Patient de 61 ans avec une démence sur maladie d'Alzheimer.
DP G 30.0† Maladie d'Alzheimer à début précoce
DS F00.0 Démence de la maladie d'Alzheimer à début précoce*

Exemple 4
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, type 1, avec complications multiples, désigné comme décompensé
DS 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†*.

Exemple 5

Un patient est hospitalisé en raison d'une hernie discale lombaire avec radiculopathie pour un traitement.

DP M51.1† Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie (G55.1)*
DS G55.1 Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux (M50-M51†)*

Exemples de choix du diagnostic principal **en dehors** du système dague-étoile, c'est-à-dire selon G52 :

Exemple 6

Dorsalgies chroniques dues à une hypertrophie mammaire. Hospitalisation pour mammoplastie de réduction. Ici, il ne s'agit pas du système dague-étoile.

DP Hypertrophie mammaire
L
DS Dorsalgie (seulement si la règle G54 est remplie)
T Mammoplastie de réduction
L

Exemple 7

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil sur hyperplasie des amygdales. Hospitalisation pour tonsillectomie. Ici, il ne s'agit pas du système dague-étoile.

DP Hyperplasie des amygdales
DS Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (seulement si la règle G54 est remplie)
T Tonsillectomie

D04c Codes avec point d'exclamation («!»)

Ils servent à spécifier un code qui précède non marqué d'un point d'exclamation ou à décrire les circonstances d'une maladie, d'une blessure, d'une intoxication ou d'une complication. Ils ne doivent pas être codés seuls, mais doivent suivre ce code. Les codes avec point d'exclamation désignés comme facultatifs dans la CIM-10-GM doivent tous être obligatoirement indiqués s'ils sont **pertinents**. **Pertinent signifie que la précision que donne le code avec point d'exclamation, n'est pas déjà comprise dans le code qui précède.**

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*
DS	*B96.2!*	*Escherichia Coli [E.coli] et autres entérobactérales, 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*	
DS	*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
Arthrite à streptocoques viridans.

DP	*M00.2–*	*Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques*

Un code supplémentaire avec point d'exclamation B95.48 ! n'est pas à indiquer ici, puisque ce code «autres streptocoques» n'ajoute aucune précision au texte du code d'arthrite *M00.2- Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques.*

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*	
DS	*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 fois à la fin des codes diagnostics (code *S31.83!* dans l'exemple 4).

Pour les codes des causes externes (*V-Y*), voir également le chapitre SD2000.

D05o État 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 G 54).

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*
- 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*[1]
- 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 par une greffe de foie réalisée antérieurement.

DP	*J15.0*	*Pneumopathie due à Klebsiella pneumoniae*
L		
DS	*U69.04 !*	*Pneumonie classée ailleurs, présente lors de l'admission à l'hôpital ou survenue dans les 48 heures après l'admission à l'hôpital*
DS	*Z94.4*	*Status post greffe de foie*

Exemple 2 - Psychiatrie
Un patient est hospitalisé pour une schizophrénie paranoïde; son traitement est compliqué par une greffe de foie réalisée antérieurement.

DP	*F20.0*	*Schizophrénie paranoïde*
DS	*Z94.4*	*Status post greffe de foie*

Les diagnostics «état après» ne sont pas indiqués par un code de maladie aiguë. Dans le cas d'une réhospitalisation en soins aigus (retransfert du patient de réhabilitation ou nouvelle hospitalisation), la maladie aiguë du premier séjour n'est plus codée en tant que telle, mais à l'aide d'un code «état après», indépendamment de l'écart temporel entre les deux séjours à l'hôpital.

Les diagnostics «état après» ne sont pas indiqués avec un code pour la maladie aiguë. Dans le cas d'une réhospitalisation en soins aigus (retransfert du patient de réadaptation ou nouvelle hospitalisation), indépendamment de l'écart temporel entre les deux séjours à l'hôpital, l'affection est codée en tant que maladie aiguë si elle montre, pendant l'hospitalisation, (encore) un degré aigu/subaigu qui nécessite un traitement aigu ou la poursuite de celui-ci. Toutefois, si les ressources médicales engagées ne sont pas directement liées au degré aigu/subaigu du tableau clinique, la maladie doit être codée avec le diagnostic «état après» correspondant.

Exemple 3
Un status post embolie pulmonaire est traité chez un patient.

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

[1] *Z94.– Greffe d'organe et de tissu* n'est à coder qu'après transplantation d'organes solides *(Z94.0 – Z94.4)* ou de cellules-souche hématopoïétiques *(Z94.80, Z94.81)*.

Ne sont pas codés :
Z94.5 Greffe de peau (inclus greffe de muscle)
Z94.6 Greffe d'os (inclus greffe de cartilage)
Z94.7 Greffe de cornée
Z94.9 Greffe d'organe et de tissu, sans précision

Z94.88 Etat consécutif à la transplantation d'autres organes ou tissus se code **seulement** pour un état consécutif à la transplantation d'intestin ou de pancréas.
P.ex. : une néovessie/vessie iléale/conduit iléal n'est pas une greffe d'organe ou de tissu, mais un remplacement de la vessie dans le sens d'une transposition de tissu.

Exemple 4

Une patiente est hospitalisée en raison d'une dyspnée aiguë. La cause identifiée est une embolie pulmonaire aiguë, sans mention de cœur pulmonaire aigu. Un traitement thrombolytique local et une héparinisation sont réalisés en urgence. Au bout de quelques jours, cette dernière est remplacée par une anticoagulation à dose thérapeutique. L'évolution étant favorable, la patiente rentre chez elle. 1 semaine plus tard, elle est à nouveau hospitalisée, cette fois en raison d'une fracture de la diaphyse fémorale consécutive à une chute. Sa prise en charge opératoire a lieu le jour même. La patiente est toujours sous anticoagulant à dose thérapeutique en raison de l'embolie pulmonaire survenue 2 semaines auparavant.

Codage du 2e séjour :

DP	*S72.3*	*Fracture de la diaphyse fémorale*
L		
DS	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*I26.9*	*Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu*
L		
DS	*Z92.1*	*Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants*

Une période de quatre semaines (28 jours) s'applique pour la saisie d'une embolie pulmonaire aiguë. Après cette période, il ne s'agit plus d'une embolie pulmonaire aiguë du point de vue du codage et il faut alors coder *Z86.7 Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire.*

Exemple 5

Un patient est hospitalisé en raison d'une hémorragie gastro-intestinale haute. Huit semaines plus tôt, il avait chuté et s'était fait une fracture périprothétique du fémur qui, deux jours après l'accident, avait été ostéosynthétisée après réduction ouverte avec cerclages au fil métallique. En raison de ces antécédents, le patient doit continuer à suivre une physiothérapie de mobilisation pendant son hospitalisation actuelle.

DS	*Z87.8*	*Antécédents personnels d'autres états précisés*

Ici, les séquelles de la fracture fémorale, sont traitées pendant cette nouvelle hospitalisation, par exemple par des séances de physiothérapie. Il n'y a pas de mesure thérapeutique ou diagnostique pour la fracture du fémur en soi. Pour cette raison, c'est le code *Z87.8* qui est utilisé ici.

Exemple 6

Un patient est hospitalisé pour une grippe avec infection aiguë des voies respiratoires supérieures. Des virus grippaux saisonniers sont identifiés à la culture. Pendant son séjour, il a des douleurs dans la région de l'aine depuis la prise en charge opératoire d'une hernie inguinale 14 jours plus tôt. Aucune lésion nerveuse ou autre n'est constatée. Il reçoit des analgésiques.

DP	*J10.1*	*Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus d'influenza saisonnière identifié*
DS	*R10.3*	*Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen*
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*

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 cause externe *(V – Y)* ne doit être indiqué ici.

Les diagnostics de séquelles ne sont pas traduits par un code de la maladie aiguë initiale. Ainsi, p. ex. les séquelles de poliomyélite sont codées *B91 Séquelles de poliomyélite*, et non *A80.- Poliomyélite aiguë*.

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

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.

D07n 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. On est en présence d'un «état après» sigmoïdectomie.

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 droit pour l'enlèvement d'une plaque d'ostéosynthèse.

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

Exemple 3

Status après fermeture de fente labio-palatine en 2017. Patient actuellement hospitalisé pour fermeture d'un orifice résiduel et correction d'une rhinolalie ouverte due à une insuffisance vélopharyngée.

DP	*Q37.0*	*Fente labiale bilatérale 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*

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 (voir également SD2000).

Exemple 5

Admission prévue à l'hôpital de soins aigus après réadaptation (durée 3 mois) pour un état après infarctus ischémique droit de l'artère cérébrale moyenne avec œdème cérébral/gonflement cérébral. La cause de l'infarctus cérébral (embolique) était une fibrillation auriculaire non détectée.
Une craniotomie (avec crâne laissé ouvert) a notamment été nécessaire lors de la phase de traitement aigu.
Les déficits/conséquences persistant(e)s sont une parésie faciale avec troubles de la mastication et de la déglutition, une hémiparésie résiduelle motrice et sensorielle du côté gauche avec trouble de la marche (dit démarche Wernicke-Mann) et une aphasie.
Une fermeture secondaire de la craniectomie est effectuée avec un volet osseux autologue. Les conséquences de l'infarctus cérébral sont toutes considérées comme traitées selon la règle de codage G54.

DP	*I63.4*	*Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
L	*1*	
DS	*I48.9*	*Fibrillation et flutter auriculaires, sans autre précision*
DS	*G83.6*	*Paralysie faciale centrale*
L	*2*	
DS	*R13.9*	*Dysphagies, autres et non précisés*
DS	*G81.9*	*Hémiparésie ou hémiplégie, sans précision*
L	*2*	
DS	*R26.1*	*Démarche paralytique*
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*I69.3*	*Séquelles d'infarctus cérébral*
T		*Réinsertion d'un volet osseux autologue selon la documentation médicale*

Se reporter également aux règles de codage SD0601 et SD0602 pour le codage dans le contexte d'un accident vasculaire cérébral, etc.

Remarque:

1) Il s'agit de bien faire la distinction entre le suivi planifié d'une maladie/blessure et le traitement d'une séquelle/complication de la maladie/blessure initiale ou de l'intervention initiale.

Exemple 6

Fermeture de fente labio-palatine il y a trois semaines. Patient hospitalisé actuellement pour le traitement d'une déhiscence de plaie opératoire.

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

Exemple 7

En raison de douleurs, on procède après 4 mois à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras.

DP	*T84.8*	*Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes*

2) Une révision de cicatrice est codée selon la règle SD1201 «Chirurgie plastique» et la règle D06 «Séquelles» exemple 2.

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-GM 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-GM, 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-GM*; par conséquent, ce cas doit être codé par la maladie de base, p. ex. comme une athérosclérose des artères distales avec ulcération.*

DP	*I70.24*	*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-GM donnent des indications correspondantes. Pour le diagnostic «menace d'avortement», par exemple, il existe *O20.0 Menace d'avortement*. Le diagnostic «menace d'infarctus du myocarde» est inclus dans le code *I20.0 Angine de poitrine instable*.

D09l Diagnostics présumés

Les diagnostics présumés au sens de ces règles de codage sont notamment 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 :

1. Diagnostic présumé probable
Dans les cas où le diagnostic suspecté reste probable à la fin de l'hospitalisation et qu'il a entraîné en tant que tel une dépense médicale > 0 (au sens de la règle de codage G 54), il convient de le coder comme s'il avait été confirmé. Le diagnostic principal est choisi selon la règle de codage G 52.

Exemple 1 - Psychiatrie
Un enfant d'âge préscolaire est admis avec une suspicion de TDAH. Les critères diagnostiques n'ont pas pu être suffisamment confirmés par la suite. Un traitement psychothérapeutique et pédagogique du TDAH a cependant été entrepris.
DP F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

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

Exemple 2
Un enfant a été admis pour des douleurs abdominales basses avec suspicion d'appendicite. Les examens effectués durant l'hospitalisation n'ont pas confirmé le diagnostic d'appendicite. Il n'y a pas eu de traitement spécifique de l'appendicite.
DP R10.3 Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen

3. Diagnostic présumé exclu
Dans les cas où le diagnostic présumé à l'admission du patient est exclu par les investigations, où **il n'y a pas de symptômes** et où aucun autre diagnostic n'a été établi, un code de la catégorie *Z03.– Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies* doit être indiqué.

Exemple 3
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

Exemple 4 - Psychiatrie
Dans une situation de crise, après un accident de la route, un patient est décrit par un tiers comme souffrant de troubles psychiques. Il est décrit comme confus et incohérent dans ses propos. Dans une telle situation d'urgence, un examen précis des faits est impossible. Le patient accepte d'être hospitalisé pour observation et examens complémentaires. Par la suite, aucun signe de réaction aiguë au stress, d'une autre maladie psychique ou de trouble comportemental ne se manifeste.
DP Z03.2 Mise en observation pour suspicion de troubles mentaux et du comportement
DS Aucun

Codage d'un diagnostic présumé lors de transfert dans un autre hôpital
Lorsqu'un patient est transféré avec un diagnostic présumé, l'hôpital qui transfère le patient doit coder le diagnostic comme «probable et traité comme tel» (voir point 1). Pour le codage, l'hôpital qui a transféré le patient ne doit utiliser que les informations disponibles au moment du transfert. Les informations émanant ultérieurement de l'hôpital dans lequel le patient a été transféré ne doivent pas influencer a posteriori le choix du codage.

Si, par exemple, un patient est transféré avec le diagnostic présumé de trouble bipolaire et que le cas est codé comme trouble bipolaire par l'hôpital qui opère le transfert, le code pour le trouble bipolaire ne doit pas être modifié ultérieurement par l'hôpital qui opère le transfert. Cela vaut également lorsque le rapport de sortie envoyé par le deuxième hôpital de traitement conclut après examen que le patient ne souffrait pas d'un trouble bipolaire.

D10g 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 le diagnostic principal et les diagnostics 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
K86.18 Autres pancréatites chroniques

Exemple 2 - Psychiatrie
Intoxication alcoolique aiguë sur dépendance alcoolique chronique.
F10.0 Intoxication aiguë
F10.2 Syndrome de dépendance lié à l'alcool

Exceptions :
Ce critère ne doit pas être utilisé si :
- la CIM-10-GM prévoit un code propre pour cette association, p. ex. :
  *J44.1– Maladie pulmonaire obstructive **chronique** avec épisodes **aigus**, sans précision*
- la CIM-10-GM donne une instruction contraire, p. ex. :
  *C92.0– leucémie myéloïde **aiguë***
  *Excl. : exacerbation **aiguë** de leucémie myéloïde **chronique** (C92.1–)*
- 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)***

D11n 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.
I70.25 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène
L

Le codage séparé serait **incorrect**.
I70.2– Athérosclérose des artères distales
L
avec
R02.07 Gangrène, non classée ailleurs, région de la cheville, pied et orteils
L

D12n Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

Les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications) sont codés uniquement s'ils sont décrits et documentés comme tels dans la documentation médicale. La règle de codage sur les diagnostics supplémentaires (G 54) s'applique.

L'énumération suivante donne un aperçu des codes disponibles pour coder les maladies ou troubles consécutifs à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.

a. La plupart des chapitres de la CIM-10-GM contiennent des codes qui décrivent spécifiquement les complications, c'est-à dire qui incluent cette information.

p.ex. L58.0 *Radiodermite aiguë,* D61.1- *Anémies aplastiques médicamenteuse*, M81.4- *Ostéoporose médicamenteuse,* M87.1- *Ostéonécrose médicamenteuse*, P03.2 *Foetus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps*, D90 *Immunocompromission après radiothérapie, chimiothérapie et autres mesures immunosuppressives,* G 25.1 *Tremblement dû à des médicaments, etc.*

Remarque: Cette liste n'est pas exhaustive

b. A la fin de certains chapitres consacrés aux organes, on trouve aussi les catégories suivantes (exemples):

E89.–	*Anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
G 97.–	*Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*
H59.–	*Maladies de l'œil et de ses annexes après aun 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*

c. Le chapitre XIX répertorie les catégories *T80 – T88 Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*, qui peuvent contenir une description précise du trouble et de l'organe/du système d'organes.

p.ex.: T80.5 Choc anaphylactique dû au sérum, T86.51 Nécrose d'une greffe de peau, T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique, T85.53 Complication mécanique de prothèses, implants ou greffes dans les voies biliaires.

Remarque: Cette liste n'est pas exhaustive

d. Les codes des chapitres de la CIM-10-GM sans indication spécifique qu'il s'agit d'une maladie ou d'un trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique (dans le tableau «Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)»: code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique», colonne 4).

Sélection du bon code:

- Les quatre possibilités énoncées ci-dessus doivent être examinées.
- Il faut choisir le code avec le texte le plus précis.
- Il faut éviter les codes non spécifiques.
- La maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique doit être codé en se référant le plus possible à un organe et de manière aussi spécifique que possible; autrement dit, le code retenu ou la combinaison de codes choisie devrait indiquer la pathologie, l'organe/le système d'organes concerné et la complication.

Lorsqu'il n'existe pas de code spécifique qui précise les trois paramètres (p.ex. L58.0 *Radiodermite* aiguë: pathologie «…ite aiguë» + organe «…derm…» + complication « après radiothérapie »), il faut procéder comme suit:

- Pour trouver le code correct, on peut chercher dans l'index alphabétique sous «Complications (de) (dues à) (après) (au cours de)», ou sous le code correspondant à la maladie de l'organe touché puis vérifier son exactitude dans l'index systématique.

- Les codes des chapitres consacrés aux organes seront préférés aux codes T80 – T88 sauf si ces derniers décrivent la maladie de manière plus spécifique et contiennent des informations précises sur la nature de la complication.

- Les codes «*non classés ailleurs*» (NCA) ou «*autres*» doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique pour la maladie/le trouble ou si ce code est exclu par une exclusion 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 qu'une autre règle de codage s'y oppose ou que l'information soit déjà contenue dans le code CIM-10-GM.

- Le tableau «exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)» liste les complications les plus courantes.

Remarque: Le tableau n'est pas exhaustif

Note: Dans la CIM-10-GM, des notes ont été ajoutées aux codes suivants:

T84.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
L
T84.6 Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
L
T84.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
L
M86.- Ostéomyélite
L
M00.- Arthrites à bactéries pyogènes

Pour les codes mentionnés ci-dessus, les règles suivantes doivent être respectées :

Exemple 1
Ostéomyélite liée à un implant due à une prothèse articulaire
DP M86.- Ostéomyélite
L
DS Y82.8! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
DS T84.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
L

Exemple 2
Ostéomyélite liée à un implant due à un appareil de fixation interne
DP M86.- Ostéomyélite
DS Y82.8! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
DS T84.6 Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
L

Exemple 3
Ostéomyélite liée à un implant due à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
DP M86.- Ostéomyélite
DS Y82.8! Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux
DS T84.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
L

Remarque: En raison de l'exclusion énoncée sous M86.- de la CIM-10-GM, les ostéomyélites vertébrales et les ostéomyélites de la mâchoire ne doivent pas être codées avec le code M86.-, mais avec le code M46.2- pour les premières et le code K10.2- pour les secondes.

Exemple 4

*Arthrite à bactéries pyogènes liée à un implant **avec** mise en évidence de l'agent microbien*

DP	*M00.-/0-8*	*Arthrites à bactéries pyogènes*
DS	*Y82.8!*	*Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux*
DS	*T84.5*	*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*
L		
DS		*Coder l'agent microbien en suivant la règle D04*

Exemple 5

*Arthrite à bactéries pyogènes liée à un implant **sans** mise en évidence de l'agent microbien*

DP	*M00.9-*	*Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision*
DS	*Y82.8!*	*Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux*
DS	*T84.5*	*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*
L		

Exemple 6

*Réaction inflammatoire ou infection périprothétique (avec ou sans mise en évidence de l'agent microbien), **en l'absence** d'ostéomyélite et/ou d'arthrite à bactéries pyogènes*

DP	*T84.5*	*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*
L		
ou		
DP	*T84.6*	*Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]*
L		
ou		
DP	*T84.7*	*Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes*
L		
DS	*Y82.8!*	*Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux*
DS		*Coder l'agent microbien si connu*

Exemple 7

Myosite liée à un implant après mise en place d'un dispositif de fixation externe

DP	*M60.8-*	*Autres myosites*
DS	*Y82.8!*	*Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux*
DS	*T84.6*	*Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]*
L		
DS		*Coder l'agent microbien si connu*

La myosite est une maladie inflammatoire des muscles squelettiques. Elle peut être d'origine infectieuse (bactéries, virus, champignons) ou non (processus auto-immuns ou substances toxiques).
Une myosite infectieuse sans association avec un implant est codée au moyen de *M60.0- «Myosite infectieuse».*
Si l'agent infectieux doit être indiqué, un code supplémentaire (B95 - B98) doit être utilisé.
Une myosite associée à un implant est codée au moyen de *M60.8 « Autres myosites selon »* l'exemple 7, règle de codage D12j.
L'usure et/ou la «réaction à un corps étranger» peuvent entraîner le développement d'une myosite associée à l'implant, même en l'absence d'agents pathogènes.
En présence d'agents pathogènes, leur origine doit être comprise comme étant l'implant et également enregistrée en plus avec les codes des rubriques T84.- et B95 - B98.

D'autres exemples sont listés dans le tableau des pages suivantes «Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)».

Choix du diagnostic principal ou supplémentaire dans le cas de complication

En dérogation à la définition du diagnostic principal, une maladie ou trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique survenu pendant le séjour hospitalier sera toujours codé comme diagnostic supplémentaire, même s'il s'avère finalement plus grave que la pathologie initiale.

Exemple 8

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

DP	*C18.0*	*Tumeur maligne du 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

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80 – T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Proctite suite à une radiothérapie pour carcinome de la vessie				
K62.7 Rectite due à une irradiation	*K91.88 Autres atteintes de l'app. digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA*	*T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, NCA*	*K62.8 Autres maladies précisées de l'anus et du rectum* *Rectite SAI*	***K62.7***
Dans le code *K62.7*, la pathologie précise et sa cause sont comprises dans un seul code.				
Hypotension médicamenteuse				
I95.2 Hypotension médicamenteuse	*I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, NCA*	*I95.8 Autres hypotensions*	***I95.2***
Dans *I95.2*, la pathologie précise et sa cause sont comprises dans un seul code.				
Embolie pulmonaire post-opératoire apès ostéosynthèse de la cheville				
I26.– Embolie pulmonaire *Incl. Embolie pulmonaire post-opératoire*	*I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*T84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes (Douleur, embolie, fibrose, etc.)*	*I26.– Embolie pulmonaire* *Incl. Embolie pulmonaire post-opératoire*	***I26.– + Y***
Sous le code *I26.*– il y a une inclusion concernant l'embolie pulmonaire post-opératoire *+ Y* décrit la cause.				
Thrombose veineuse profonde après implantation de prothèse de genou				
Ø	*I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*T84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes (Douleur, embolie, fibrose, etc.)*	*I80.28 Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs*	***I80.28 + Y***
I97.8 décrit d'«autres» complications circulatoires, NCA. *T84.8* décrit différentes complications (hémorragie, embolie, fibrose, etc.). *I80.28* décrit la patholodie précise avec la localisation *+ Y* décrit la cause.				
Déhiscence de plaie opératoire suite à une césarienne				
O90.0 Rupture d'une suture de césarienne	*Ø*	*T81.3 Désunion d'une plaie opératoire, NCA* *Excl: Rupture d'une suture de césarienne (O90.0)*	*Ø*	***O90.0***
Le code *O90.0* décrit la pathologie et la cause. *T81.3* a une exclusion pour *O90.0*.				

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80 – T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Perforation iatrogène du côlon descendant				
Ø	*K91.88 Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA*	*T81.2 Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*K63.1 Perforation de l'intestin (non traumatique)* ou *S36.53 Lésion traumatique du côlon, côlon descendant*	***S36.53 + Y***
K91.88 décrit d'«autres» complications de l'appareil digestif. *T81.2* décrit des perforations ou déchirures per-opératoires involontaires, NCA, sans localisation. *K63.1* est précisé comme perforation non traumatique. *S36.53* décrit la blessure et la localisation *+ Y* décrit la cause.				
Abcès cutané de la plaie opératoire après appendectomie				
Ø	*K91.88 Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA*	*T81.4 Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*L02.2 Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*	***L02.2 + Y***
K91.88 décrit d'«autres» complications de l'appareil digestif. *T81.4* décrit une infection, NCA, sans référence à l'organe. *L02.2* décrit la pathologie, l'organe *+ Y* décrit la cause.				
Delirium dû à une anesthésie				
F05.8 Autres formes de delirium *Délire post-operatoire*	*G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*	*T88.5 Autres complications consécutives à une anesthésie*	*F05.8 Autres formes de delirium* *Délire post-operatoire*	***F05.8 + Y***
Sous le code *F05.8* figure le delirium post-opératoire *+ Y* décrit la cause.				
Occlusion intestinale post-opératoire				
Ø	*K91.3 Occlusion intestinale post-opératoire*	*T88.8 Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, NCA*	*K56.– Ileus paralytique et occlusion intestinale sans hernie* *Excl. : Occlusion intestinale post-opératoire (K91.3)*	***K91.3***
K91.3 décrit précisément la complication et la cause. *T88.8* décrit d'«autres» complications de soins médicaux et chirurgicaux, NCA. *K56.–* a une exclusion pour *K91.3*. Remarque: une constipation post-opératoire n'est pas codée par *K91.3 Occlusion intestinale post-opératoire*, mais par *K59.09 Constipation, autre et sans précision.*				
Pneumothorax iatrogène				
Ø	*J95.80 Pneumothorax iatrogène*	*T81.2 Perforation et déchirure accidentelle au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*J93.9 Pneumothorax, sans précision* ou *S27.0 Pneumothorax traumatique*	***J95.80***
J95.80 décrit précisément la pathologie et la cause.				
Luxation d'une prothèse de hanche au lever (p. ex. du lit ou d'une chaise)				
Ø	*M96.88 Autres affections du système ostéoarticulaire et des muscles après un acte à visée thérapeutique*	*T84.04 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche (Déplacement, fuite, malposition, etc.)*	*M24.45 Luxation et subluxation articulaire récidivante, hanche* ou *S73.0– Luxation de la hanche*	***T84.04 + Y***
M96.88 décrit d'«autres» maladies du système ostéo-articulaire et des muscles. *T84.04* décrit une complication mécanique de prothèse articulaire. *M24.45* dérit une pathologie d'une articulation. *S73.0–* décrit une luxation traumatique, un accident.				

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80 – T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Mais: luxation d'une prothèse de hanche due à une chute p. ex. d'une échelle (= accident)				
Ø	*Ø*	*T84.04 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche (Déplacement, fuite, malposition, etc.)*	*S73.0– Luxation de la hanche*	***S73.0– + X***
S73.0– décrit une luxation traumatique, due à un accident (+ *X59.9!* pour la chute + *Z96.64* pour la présence de prothèse).				
Hématome profond dans l'articulation après implantation de prothèse de genou				
Ø	*M96.88 Autres affections du système ostéoarticulaire et des muscles après un acte à visée thérapeutique*	*T84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes ou* *T81.0 Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA* *Excl.: Hémorragies dues aux prothèses (T84.8)*	*M25.06 Hémarthrose, articulation du genou* ou *S80.0 Contusion du genou*	***T84.8 + Y***
M96.88 décrit d'«autres» maladies du système ostéo-articulaire et des musclies. *T81.0* décrit une hémorragie, NCA et présente une exclusion pour *T84.8*. *M25.06* décrit une pathologie de l'articulation du genou. *S80.0* décrit un tramatisme, un accident.				
Stimulateur cardiaque déplacé				
Ø	*I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique*	*Ø*	***T82.1 + Y***
I97.8 décrit d'«autres» complications circulatoires, NCA. *T82.1* décrit une complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique.				
Péritonite due à un cathéter de dialyse péritonéale				
Ø	*K91.88 Autres atteintes de l'app. digestif après un acte à visée thérapeutique, NCA*	*T85.71 Infection et réaction inflammatoire due à un cathéter de dialyse péritonéale*	*K65.09 Péritonite aiguë, autres et sans précision*	***T85.71 + Y***
K91.88 décrit d'«autres» complications de l'appareil digestif. *T85.71* décrit la pathologie (infection) et le cathéter comme la cause. *K65.09 Péritonite aiguë, autres et sans précision*, un *Y* ne décrit pas la mesure médicale pécise (= le cathéter).				
Hémorragie après prostatectomie				
Ø	*N99.8 Autres affections de l'app. génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*	*T81.0 Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*N42.1 Congestion et hémorragie prostatiques*	***T81.0 + Y***
N99.8 décrit d'«autres» maladies de l'appareil génito-urinaire. *T81.0* décrit une hémorragie post-opératoire, NCA, mais est tout de même le code le plus précis, car *N42.1* décrit une hémorragie de la prostate, mais qui a été excisée. Ce codage vaut également pour une hémorragie arprès résection partielle de la prostate.				

Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)

1. Dans les chapitres Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80 – T88	4. Dans les chapitres Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	Codage précis
Lymphocèle infecté ap. prostatectomie radicale				
Ø	*Ø*	*T81.4 Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs*	*I89.8 Autres atteintes non infectieuses précisées des vaisseaux et des ganglions lymphatiques*	***I89.8 + Infection selon indication de la localisation (par ex. ré-tro-péritonéale aiguë K65.09) + Y84.9!***
L'atteinte des vaisseaux et des ganglions lymphatiques est représentée dans le code I89.8. Le codage indiquant la localisation de l'infection permet de préciser qu'il s'agit d'un lymphocèle infecté. Le Y84.9! décrit qu'il s'agit d'une complication après un acte médical.				
Phlébite à l'avant-bras due à une perfusion par canule intraveineuse à demeure				
Ø	*I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*T80.1 Complications vasculaires consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une trans-fusion (phlébite, thromoembolie, thrombophlébite)*	*I80.80 Thrombose, phlébite et thrombophlébite des veines superficielles des membres supérieurs*	***T80.1 + Y***
I97.8 décrit d'«autres» complications circulatoires, NCA. *T80.1* décrit précisément en un code la complication vasculaire et la cause. *I80.80* décrit uniquement la pathologie.				
Infection des voies urinaires sans précision de localisation en raison d'un cathéter à demeure				
Ø	*N99.8 Autres affections de l'app. génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*	*T83.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire*	*N39.0 Infection des voies urinaires, siège non précisé*	***T83.5 + Y***
N99.8 décrit d'«autres» maladies de l'appareil génito-urinaire. *T83.5* décrit précisément l'infection, la localisation (app. Urinaire) et la cause. *N39.0* décrit uniquement la pathologie.				
Déchirure peropératoire de la dure-mère avec suture immédiate en fonction de la hauteur de la lésion				
Ø	*G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*	*T81.2 Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA*	*S19.80 Lésion traumatique des méninges rachi-diennes cervicales* *S29.80 Lésion traumatique des méninges rachi-diennes dorsales* *S39.81 Lésion traumatique des méninges rachi-diennes lombosacrées* *G 96.0 Ecoulement de liquide céphalorachidien*	***S19.80 + Y*** ***S29.80 + Y*** ***S39.81 + Y*** ***T81.2 + Y***
G97.88 décrit d'«autres» maladies du système nerveux. *T81.2* décrit une perforation ou une déchirure involontaire pendant une intervention, NCA. Lésion des méninges: cervicales *S19.80,* thoraciques *S29.80,* lombosacrées *S39.81,* cérébrales *T81.2. G96.0* décrit un tableau clinique, un syndrome d'hypoliquorrhée sans lien avec une opération.				
Ostéonécrose ou nécrose médullaire médicamenteuse				
M87.1-Ostéonécrose médicamenteuse	*M96.88 Autres affections du système ostéo-articu-laire et des muscles après des actes médicaux*	*T88.8 Autres complications précisées de soins médi-caux et chirurgicaux, non classées ailleurs*	*M87.8- Autres ostéonécroses*	***M87.1-***
Le code M87.1- contient la pathologie précise et la cause dans un seul code. Tenir compte de l'exclusion mentionnée sous M87.-.				

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 congénital 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 syndrome néphrotique, congénitale autosomique récessive) est hospitalisé pour une biopsie rénale gauche. 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*
T	*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 G 54).

Syndrome comme diagnostic supplémentaire

En cas d'hospitalisation pour une maladie indépendante d'un syndrome (p. ex. appendicite), le syndrome est seulement codé dans les diagnostics supplémentaires s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (règle G 54).

Pour les syndromes sans code spécifique, seules les manifestions qui remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (règle G 54) sont codées.

D14g 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:

- Si l'opération/la 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

  Exemple 2 - Psychiatrie
  Un patient a été admis pour subir une électroconvulsivothérapie. L'intervention a été repoussée pour des raisons techniques.
  DP F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
  DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués

- Si l'opération/la procédure n'est pas effectuée en raison d'une autre maladie:

  Exemple 3
  Une patiente souffrant d'une amygdalite est hospitalisée pour une tonsillectomie. L'opération est différée pour cause de sinusite frontale aiguë bilatérale, 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 4
  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.

  Exemple 5 - Psychiatrie
  Une patiente a été admise pour une psychothérapie stationnaire en raison d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en épisode sévère. En raison d'une appendicite aiguë, la psychothérapie stationnaire n'a pas pu être instaurée. La patiente a été transférée en chirurgie.
  DP F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
  DS Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués
  DS K35.8 Appendicite aiguë, sans précision

D15o Transferts

Transfert pour suite de soins
Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour **suite de soins** (indépendamment du fait qu'il s'agit de **soins somatiques aigus**, de **réhabilitation / réadaptation / convalescence, de clinique psychiatrique ou autre clinique spécialisée**), chaque hôpital doit coder un cas séparé.

L'hôpital qui admet le patient code en diagnostic principal la maladie/blessure initiale qui est l'indication de la **suite de soins**, la raison principale du transfert. En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G 52).

Pour le codage des autres diagnostics, les règles du manuel de codage sont à appliquer.

Pour le suivi interventionnel planifié (suivi planifié), on applique la règle D07.

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

Transfert pour traitement
Lorsqu'un patient est transféré pour le **traitement** dans un autre hôpital (p. ex. parce qu'il n'existe pas de spécialiste dans le premier hôpital), chaque établissement code un cas séparé.

L'hôpital qui admet le patient code en diagnostic principal la maladie/blessure initiale qui est l'indication, la raison du **traitement**. En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G 52).

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, la fracture de vertèbre cervicale est stabilisée à l'aide d'une minerve (mesure provisoire, n'est pas le traitement «définitif»). Puis le patient est transféré à l'hôpital central ***pour le traitement*** *(opération) de cette fracture de vertèbre cervicale.*
L'hôpital A code:

DP	*S82.-*	*Fracture du tibia*
L	*0*	
DS	*X59.9*	*Cause externe*
DS	*S12.-*	*Fracture de vertèbre cervicale*

L'hôpital central code:

DP	*S12.-*	*Fracture de vertèbre cervicale* (= traitement)
DS	*S82.-*	*Fracture du tibia* (= suite de soins)

Exemple 2
Un patient est admis à l'hôpital A pour une fracture du tibia. Après pose d'une attelle plâtrée, il est immédiatement transféré à l'hôpital central.
L'hôpital A code:

DP	*S82.-*	*Fracture du tibia*
L	*0*	
DS	*X59.9*	*Cause externe*

L'hôpital central code:

DP	*S82.-*	*Fracture du tibia*

Remarque: les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois, lors du premier séjour stationnaire.
Lorsqu'un patient est transféré de psychiatrie en soins aigus, la pathologie à l'origine du transfert est indiquée en tant que diagnostic supplémentaire en psychiatrie.

Exemple 3 - Psychiatrie

Un patient est traité en psychiatrie pour une schizophrénie. Pendant son séjour, le patient développe un abdomen aigu. Il est transféré dans un hôpital de soins aigus où le diagnostic de cholécystite aiguë est posé comme la cause de ces symptômes. Le traitement de la schizophrénie se poursuit.

La clinique psychiatrique code:

DP	*F20.–*	*Schizophrénie*
DS	*R10.0*	*Syndrome abdominal aigu*

L'hôpital de soins aigus code:

DP	*K81.0*	*Cholécystite aiguë*
DS	*F20.–*	*Schizophrénie*

Lorsqu'un patient est transféré des soins aigus en psychiatrie, la clinique psychiatrique code un cas indépendant avec comme diagnostic principal le motif principal de transfert, pour autant qu'il soit conforme à la règle G 52, et les diagnostics supplémentaires selon la définition des diagnostics supplémentaires G 54.

Exemple 4 - Psychiatrie

Suite à une tentative de suicide par veinosection, une patiente souffrant d'une dépression sévère accompagnée de symptômes psychotiques est traitée dans un hôpital de soins aigus. Elle est transférée en psychiatrie pour le traitement de sa dépression après le traitement de ses plaies.

L'hôpital de soins aigus code:

DP	*S55.7*	*Lésion traumatique de multiples vaisseaux sanguins au niveau de l'avant-bras*
L		
DS	*X84.9!*	*Lésion auto-infligée délibérée*
DS	*F32.3*	*Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques*
T		*Le traitement de la plaie*

La clinique psychiatrique code:

DP	*F32.3*	*Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques*
T	*94.A1.24*	*HoNOS 2: Lésions auto-infligées non accidentelles: HoNOS 2, degré 4*

Exemple 5 - Réadaptation

Un patient est traité en rééducation musculo-squelettique pour de multiples fractures ouvertes des deux jambes. Lors d'une séance de thérapie, il se plaint de détresse respiratoire et de douleurs thoraciques. Il est transféré dans un hôpital de soins aigus en raison d'un suspicion d'embolie pulmonaire.

L'hôpital de soins aigus confirme le diagnostic d'embolie pulmonaire bilatérale sans cœur pulmonaire.

La clinique de réadaptation code:

HD	*S82.-*	*Fracture de la jambe, y compris la cheville, bilatérale*
L	*0*	
DS	*I26.9*	*Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu*
L	*0*	

Diagnostics supplémentaires selon la règle G 54

Les traitements effectués remplissent les caractéristiques minimales figurant sous BA et BA.5_.

L'hôpital de soins aigus code:

HD	*I26.9*	*Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu*
L	*0*	

Autres diagnostics supplémentaires selon la règle G 54 (définition des diagnostics supplémentaires).

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 un centre hospitalier pour une coronarographie et la pose d'une endoprothèse vasculaire (stent). Le codage sera différent si le patient est **hospitalisé** (exemple 7 - transfert à l'hôpital) pour son traitement dans le centre hospitalier ou s'il le reçoit de manière **ambulatoire** (exemple 6 - Prestation ambulatoire externe - Règle de codage P00n).

Exemple 6
*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*
T	*00.66.--*	*(externe[1]) Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronaire*
T	*00.40*	*(externe[1]) Intervention sur un vaisseau*
T	*36.08.11*	*(externe[1]) Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*

Centre hospitalier: rien à coder[2]

Exemple 7
*Un patient victime d'un infarctus du myocarde est **hospitalisé** pour 36 heures dans le centre hospitalier pour un examen et PTCA (1 vaisseau/1 stent métallique), avant d'être renvoyé dans le 1er 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*
T	*00.66.--*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronaire*
T	*00.40*	*Intervention* sur *un vaisseau*
T	*36.08.11*	*Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*

Le premier hôpital code comme DP pour la deuxième hospitalisation:

DP	*I21.–*	*Infarctus aigu du myocarde*
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 ou à un groupe de coûts psychiatriques (PCG), les diagnostics et procédures des deux hospitalisations sont tout d'abord codés séparément.

Un éventuel regroupement de cas se fait selon les règles de facturation particulières de SwissDRG, TARPSY et St Reha. Voir aussi sous: «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha».

Transfert d'un nouveau-né sain
Lors d'un transfert **d'une mère** et de son nouveau-né pour que la mère, **accompagnée** du nouveau-né sain, **reçoive un traitement** (nouveau traitement ou suites de soins), on ouvre un cas pour le nouveau-né dans le **deuxième** hôpital.
Le poids à l'admission dans le deuxième hôpital doit être inscrit sous la variable «aufnahmengewicht» (Poids à l'admission).

En diagnostic principal, saisir pour le nouveau-né le code: *Z51.88 Autres traitements médicaux précisés*

Remarque: Dans la situation décrite ci-dessus, Il s'agit ici d'un **nouveau-né en bonne santé**, dans cette situation exceptionnelle, le premier hôpital ou la première maison de naissance qui transfère doit indiquer le chiffre «8 = autre» dans la variable «austritt_aufenthalt» (Séjour après la sortie). Le chiffre «6 = autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance» **ne peut pas** être utilisé pour **une personne en bonne santé qui accompagne une personne malade** (dans l'exemple précédent: un nouveau-né en **bonne santé** qui n'a pas besoin de traitement).

[1] Les prestations fournies en externe sont saisies dans un champ supplémentaire dans le relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) (variable «behandlung_auswaerts»(Traitements ambulatoires extra-muros)).

[2] Voir «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha»

Pour l'admission du nouveau-né sain, l'établissement vers lequel s'effectue le transfert indique dans la variable «eintritt_aufenthalt»(-Séjour avant l'admission) «*6 = Autre hôpital* (*soins aigus*) *ou maison de naissance*», suivi par la variable correspondante «eintrittsart» (Mode d'admission).

Lors d'un **transfert d'une mère et de son nouveau-né sain** de l'hôpital à une maison de naissance pour la poursuite de la prise en charge, on choisira les variables suivantes:

Hôpital depuis lequel est effectué le transfert:

Pour la mère: Variable «austritt_aufenthalt» (Séjour après la sortie), chiffre «*6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance»*

Pour le nouveau-né: Variable «austritt_aufenthalt» (Séjour après la sortie), chiffre «*8 = Autre* »

Hôpital ou maison de naissance vers lequel est effectué le transfert:

Pour la mère: Variable «eintritt_aufenthalt»(Séjour avant l'admission), chiffre «*6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance*»

Pour le nouveau-né: Variable «eintritt_aufenthalt»(Séjour avant l'admission), chiffre «*6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance*»

Pour les DRG possibles, voir également «règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG , TARPSY et ST Reha».

D16i 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. Cette règle a pour but de favoriser aussi les regroupements lors de réhospitalisations en raison d'une complication du traitement du séjour précédent.

Si un patient est réadmis (réhospitalisation ou retransfert) 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, il faut prendre en compte: aussi bien le diagnostic principal qu'un diagnostic supplémentaire peut entraîner une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique et donner lieu à une réhospitalisation. La maladie/blessure primaire dont le traitement est à l'origine de cette maladie ou de ce trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique doit être codée comme diagnostic principal, la maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 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 (sortie d'hôpital il y a 10 jours).

DP	*M16.1*	*Autres coxarthroses primaires*
L	*1*	
DS	*T84.04*	*Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche*
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*

Exemple 3
Après ostéosynthèse d'une fracture du fémur droit (DP dans le premier séjour) et d'une fracture du pouce droit, le patient est réadmis après 2 semaines pour une infection du matériel d'ostéosynthèse du pouce.

DP	*S62.5–*	*Fracture du pouce*
L	*1*	
DS	*T84.6*	*Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne*
L	*1*	
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*

Exemple 4
1re hospitalisation:
Cholélithiase et cholécystectomie. Par la suite, complication avec un iléus post-opératoire, résection partielle de l'intestin et anastomose.

DP	*K80.2–*	*Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite*
DS	*K91.3*	*Occlusion intestinale post-opératoire*

2e hospitalisation:
Insuffisance de l'anastomose intestinale.
Réhospitalisation dans les 18 jours pour traitement de la complication de l'opération de l'occlusion intestinale. L'insuffisance de l'anastomose est une «complication de la complication» de la 1ère hospitalisation, c'est donc cette complication (K91.3) qui est la maladie de base à coder en tant que diagnostic principal.

DP	*K91.3*	*Occlusion intestinale post-opératoire*
DS	*K91.83*	*Insuffisance d'anastomoses et sutures après opérations d'autres organes du système digestif*

Dans cette situation, il n'y aura pas de regroupement de cas, puisque les deux séjours n'aboutissent pas dans le même MDC.

Règles générales de codage pour les procédures P00 – P11

P00n Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Pour chaque procédure saisie, il faut indiquer:

- **Traitement**: la date du traitement et le début du traitement
  Date avec indication de l'heure. Il n'est pas nécessaire d'indiquer l'heure exacte pour chaque procédure. Il faut indiquer la même heure pour tous les codes d'une opération (y c. ceux concernant le matériel utilisé et les codes supplémentaires pour les caractéristiques du matériel).
  L'heure ne doit être indiquée que pour les codes opératoires, c'est-à-dire les codes liés à l'utilisation de la salle d'opération ou salle de cathétérisme cardiaque. Pour les procédures pratiquées hors de ces structures, il suffit d'indiquer la date sans l'heure (variable «behandlung_beginn» (Début du traitement)).

- Le **côté** opéré lors d'une intervention faite sur un organe pair ou une partie paire du corps est à indiquer dans le jeu de données médicales.

Les chiffres suivants sont saisis:

0 = bilatéral
1 = unilatéral droit
2 = unilatéral gauche
3 = unilatéral inconnu
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 les variables «behandlung_seitigkeit» (Latéralité pour le traitement), etc. vides. Cette situation est due au fait que certains codes englobent des procédures qui peuvent représenter des actes **avec latéralité ou non**.

- **Traitements ambulatoires externes:**
  lorsqu'un patient hospitalisé bénéficie de prestations ambulatoires externes (IRM, dialyse, chimiothérapie), ces prestations sont codées dans le cas stationnaire en utilisant l'item spécial «traitement ambulatoire à l'extérieur» (variable «behandlung_auswaerts» (Traitements ambulatoires extra-muros))

  Exception champ d'application: TARPSY et ST Reha:
  Les prestations ambulatoires fournies à l'extérieur, qui sont facturées séparément conformément à l'«Accord relatif à la facturation séparée de prestations pendant un séjour en stationnaire» font exception à cette règle. Elles ne doivent pas être codées sur le cas stationnaire.

  Pour de plus amples informations sur les règles de facturation des prestations facturables séparément et la saisie des codes, ainsi que sur les accords entre H+ et les assureurs-maladie concernant la rémunération des prestations ambulatoires externes, veuillez consulter les documents actualisés sur les sites web de SwissDRG SA et de H+.

P01m Procédures qui doivent être codées

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, CT etc.) ou une formation particulière.

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 pré-opérative est codée ici en tant que traitement supplémentaire.

Remarque:
Si une césarienne primaire ou secondaire est effectuée sous **anesthésie générale**, le code CHOP correspondant de la catégorie *93.92.- Anesthésie* doit obligatoirement être saisi en plus de la procédure correspondante de césarienne, contrairement à ce qu'indique la «Note» de la catégorie de code 93.92.-.
Il importe peu, ici, qu'une péridurale, un cathéter péridural ou une anesthésie rachidienne ait été utilisé(e) au cours de l'accouchement pour soulager la douleur.
La date de la césarienne doit être sélectionnée comme date de la procédure pour le code de l'anesthésie générale.
Des exemples correspondants sont disponibles sous SD1505 «Règles spéciales pour l'accouchement», césarienne primaire et secondaire.

P02o Procédures qui ne sont pas codées

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)
- Procédures de routine chez les nouveau-nés (p. ex. test acoustique, US crânien)
- Prise de sang et examens de laboratoire
- Examens à l'admission, examens de contrôle
- Thérapies médicamenteuses à l'exception:
  - des thérapies médicamenteuses appliquées aux nouveau-nés, dans la mesure où il existe un code spécifique
  - des thérapies cytostatiques, immunothérapies, thrombolyses, facteurs de coagulation, produits sanguins
  - Pour TARPSY et ST Reha: traitements anti-infectieux, par ex. administration d'antibiotiques par voie i.v. (code CHOP 99.22.1-Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement)
    Remarque: la saisie du code CHOP *99.22.1- Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement* est facultative pour la somatique aiguë
  - des médicaments onéreux, s'il existe un code CHOP spécifique
- 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 comprises dans le code de l'opération.

Remarque: Les codes CHOP du chapitre 94 «Mesures en relation avec le psychisme» peuvent être saisis de manière facultative sous TARPSY, même s'ils sont effectués de manière routinière pour le diagnostic correspondant.

- Les **procédures directement liées** à une autre procédure opératoire ne sont pas codées.
  En cas de greffe de tissus pratiquée lors de la même intervention qu'un prélèvement de greffon, on ne code pas ce dernier en plus. Le prélèvement est compris dans le code de l'opération, à moins qu'il ne soit assorti d'une indication spécifique («coder aussi»).

  Exemple 1
  Une angiographie coronaire est réalisée dans le cadre d'une PTCA.
  L'artériographie coronaire n'est pas codée dans ce cas.

  Exemple 2 - Psychiatrie
  Une anesthésie dans le cadre d'une électroconvulsivothérapie est incluse dans le code et n'est pas codée séparément.

Exceptions:
- **L'anesthésie** pour des procédures normalement effectuées sans anesthésie, p.ex. la narcose pour une IRM chez un enfant.

- 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.

- Pour le codage **des traitements de la douleur dans le contexte d'opérations, d'interventions, d'actes diagnostiques et de traitements de la douleur**, se reporter à la règle de codage SD1804.

- Les **procédures post-mortem** ne sont pas codées (le cas se termine avec le décès). Ceci vaut également pour les autopsies.

P03c Endoscopie et interventions endoscopiques

Les interventions endoscopiques (c-à-d. laparoscopiques, endoscopiques, arthroscopiques) doivent être codées avec le code endoscopique correspondant, pour autant qu'il existe. Un élargissement du point d'abord (mini-arthrotomie, mini-laparotomie, etc., p. ex. pour extraire l'endobag, un segment du côlon ou une souris articulaire) ne donne pas lieu à un code supplémentaire.

Exemple 1
Cholécystectomie laparoscopique.
51.23 Cholécystectomie laparoscopique

En l'absence d'un code spécifique pour une intervention laparoscopique, endoscopique, arthroscopique, 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.

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

Exemple 2
Une œsophagogastroduodénoscopie avec biopsies d'un ou plusieurs sites impliquant l'œsophage, l'estomac ou le duodénum est codée avec le code
45.16 Œsophago-gastroduodénoscopie avec biopsie fermée

Exemple 3
Une bronchoscopie de la trachée et du pharynx est codée avec le code
33.22 Trachéo-bronchoscopie souple

Exemple 4
Une panendoscopie pour examen d'un carcinome de l'hypopharynx (endoscopie de deux systèmes d'organes) est codée par
33.22 Trachéo-bronchoscopie souple
42.23 Autre oesophagoscopie

P04n 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
52.51.10 Pancréatectomie céphalique conservant le pylore
ou
52.51.31 Résection pancréatico-duodénale avec résection partielle de l'estomac

Exemple 3
*77.51 Exostosectomie d'hallux valgus et rigidus **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 devant subir une gastrectomie totale avec résection du grand épiploon et des ganglions lymphatiques dans *la région gastrique.*
43.99.99 Autre gastrectomie totale, autre
40.3X.- Excision de ganglions lymphatiques régionaux
54.4X.- Excision ou destruction de tissu péritonéal

En l'absence de code spécifique pour une opération complexe comportant différentes composantes, on indique chaque code décrivant ces composantes. On ne code séparément un prélèvement de tissus (osseux, musculeux, tendineux, p. ex.) effectué sur une autre localisation que celle de l'opération, que si ce prélèvement n'est pas compris dans le code de l'opération ou s'il est assorti d'une indication spécifique («coder aussi»).
Si le prélèvement n'est pas assorti d'une indication spécifique («coder aussi»), il est compris dans le code de l'opération.

Exemples:
- *Prélèvement d'os spongieux au niveau du bassin pour une ostéosynthèse du bras: coder en plus.*
- *Prélèvement de tendon compris dans le code: p. ex. 81.45.12 Réparation du ligament croisé antérieur avec tendon semi-tendineux et/ou gracilis sous arthroscopie.*
- *Prélèvement de lambeau compris dans le code: p. ex. 85.K4.11 Mammoplastie par Lambeau perforateur épigastrique inférieur profond [DIEP].*

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

Exemple 5
39.75.- Intervention vasculaire percutanée transluminale, autres vaisseaux
Coder aussi: Localisation anatomique d'interventions transluminales percutanées par cathétérisme [ITPC] (00.4B)

Les codes faisant partie d'un ensemble sont indiqués les uns à la suite des autres.
P. ex.: 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:

- Si, lors d'une procédure laparoscopique / endoscopique / arthroscopique, l'intervention passe ou 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

- 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

P06o 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 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 un carcinome basocellulaire récidivant du nez, deux causées par un carcinome basocellulaire de l'oreille droite, trois causées par un carcinome basocellulaire de l'avant-bras droit, trois causées par une kératose actinique au dos et une causée par une kératose actinique de la jambe 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*
T	*21.32*	*Excision et destruction locale d'autre lésion du nez (pour la tumeur maligne du nez)*
T	*18.31*	*Excision radicale de lésion de l'oreille externe (pour les 2 tumeurs de l'oreille)*
L	*1*	
T	*86.32.1E*	*Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site (pour les 3 tumeurs de l'avant-bras)*
T	*86.32.1E*	*Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site (pour 3 lésions de kératose actinique dans le dos)*
T	*86.32.1E*	*Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site (pour 1 lésion de kératose actinique de la jambe)*

Pour l'excision des trois tumeurs malignes de l'avant-bras, 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 une indication relative au nombre de traitements, à la durée, aux quantités, etc.: le code n'est saisi qu'une seule fois par séjour/cas avec la quantité totale/le nombre total et la date de la première procédure (p.ex. transfusions, traitements complexes, coils (1 × le code pour tous les coils intracrâniens, extracrâniens et spinaux, 1 × le code pour tous les coils périphériques), stents, NEMS/SAPS).

Il en va de même pour les médicaments de la liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux (liste ATC) (ne saisir que la quantité administrée).

Lors de l'utilisation de concentrés érythrocytaires et de plaquettes, ce sont également les seules quantités administrées au patient qui doivent être saisies. Les quantités commandées, mais non utilisées, ne sont pas comptées. Les définitions de transfusion CRS Suisse (voir note des codes CHOP *99.04.- Transfusion de globules rouges concentrés* et *99.05.- Transfusion de plaquettes*) doivent être prises en compte pour les unités de transfusion chez les adultes et les enfants. Les volumes minimaux ne s'appliquent pas chez les bébés jusqu'à 1 an révolu (voir note des codes CHOP correspondants). Si la somme des concentrés administrés, chez l'enfant et l'adulte, ne donne pas un chiffre entier, le résultat est arrondi vers le bas. Si, par exemple, 5,6 concentrés érythrocytaires ont été administrés, le code saisi est celui avec l'indication «1 à 5 UT».

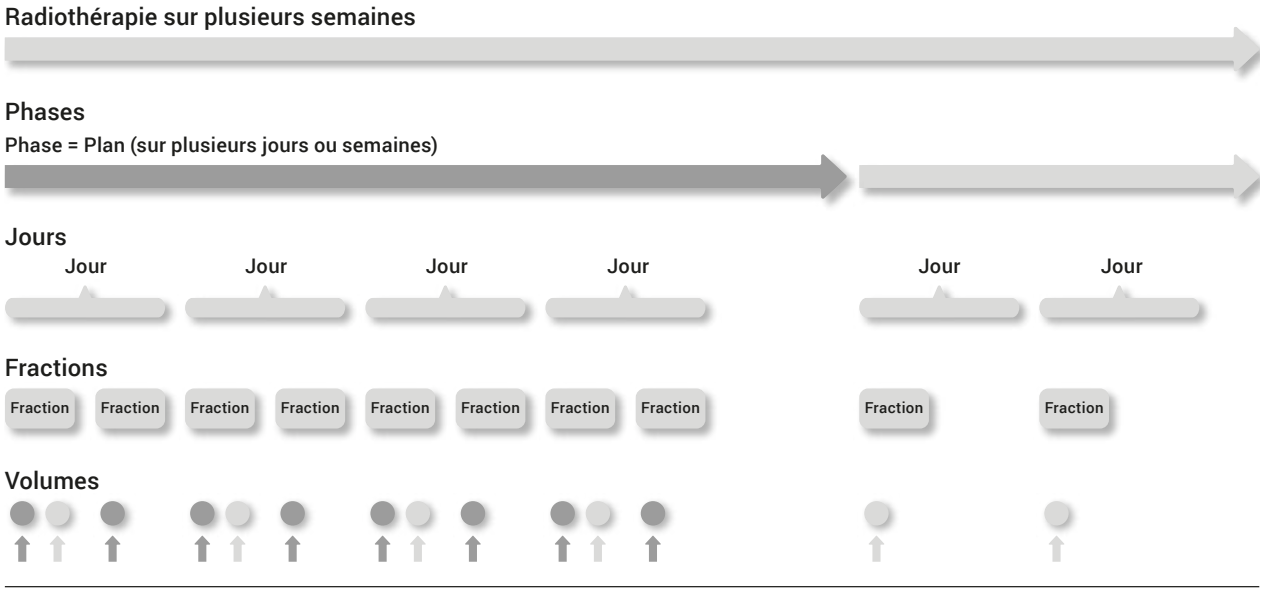
Il en est de même lors de r**egroupement de cas**, on additionne et on saisit le code une seule fois.

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.A2.45 Traitement multimodal de la douleur, d'au moins 14 à 20 jours de traitement

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

Radiologie thérapeutique et médecine nucléaire:
La figure 1 illustre les différents termes. Le code correspondant doit être saisi pour chaque flèche verticale.

Explication de «par fraction ainsi que par volume» de la note de la catégorie à 3 positions 92.5- «Radio-oncologie et radiothérapie» **Illustration 1**



© OFS 2024

En médecine nucléaire, les procédures doivent être saisies autant de fois qu'elles sont effectuées, au moyen d'un code par localisation. Pour la radio-oncologie, nous renvoyons aux explications figurant dans l'introduction de la CHOP 2025.

Radio-iodothérapie:
Pour la radiothérapie par iode radioactif: en cas d'applications multiples pendant une hospitalisation, la totalité de la dose d'iode radioactif appliquée doit être saisie avec un code de *92.28.4- «Traitement à l'iode radioactif».*

Thérapie par pression négative/traitement avec pansement à pression négative
Pour représenter la **durée** d'une thérapie par pression négative continue lors d'une thérapie par pression négative/traitement avec pan-sement à pression négative, la CHOP met à disposition le groupe d'éléments *93.57.1- Thérapie par pression négative continue, selon le nombre de jours de traitement.*
Les responsables du codage sont souvent confrontés à **une** situation où plusieurs thérapies avec pansement à pression négative (pose, changement, retrait) ont lieu lors d'un séjour hospitalier, ces traitements pouvant en outre être réalisés sur une ou plusieurs localisations.
Seul un code par cas d'hospitalisation est saisi pour la **durée** de la thérapie par pression négative.
Pour saisir correctement le code, tous les jours où ont eu lieu les traitements par pression négative sont additionnés. Il importe alors peu que le traitement ait eu lieu à une ou plusieurs localisations (même simultanément).

Les jours de la **pose**, du **changement** et du **retrait** d'un ou plusieurs pansements à pression négative sont inclus dans le calcul de la durée. Les jours non complets (notamment lors d'un transfert, par ex.) sont comptés comme des jours entiers.
Toutefois, aucun des jours ne peut être compté deux fois pour déterminer la durée totale.
Les jours comptés sont des jours calendaires.

Les systèmes de pompe sous vide à usage unique sont désormais codés sous *93.57.21 Application de pansement épicutané (à pression négative)*.

Les exemples suivants ont pour objectif de montrer comment les différents scénarios possibles doivent être saisis par les responsables du codage.

Exemple 4

01.01. – 05.01.	*5 jours de thérapie par pression négative à l'abdomen ouvert*
01.01. – 05.01.	*5 jours de thérapie par pression négative supplémentaires, à portée profonde, aux os des extrémités*
05.01. – 09.01.	*5 jours de thérapie par pression négative, sous-cutanée, abdomen ou autre localisation*

Codage:

86.88.I3	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert*	*01.01.*
86.88.I1	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à portée profonde, aux os et articulations des extrémités*	*01.01.*
86.88.I5	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané*	*05.01.*
93.57.15	*Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement*	*01.01.*

Étant donné que du 01.01 au 05.01, la thérapie par pression négative de l'abdomen ouvert *(86.88.I3)* et celle de l'extrémité *(86.88.I1)* ont eu lieu simultanément, il faut choisir comme somme finale
93.57.15 Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement
pour une thérapie par pression négative d'une durée de 9 jours.
La date de la procédure à indiquer est 01.01.
Le 05.01 ne doit pas être compté deux fois comme jour individuel, même s'il y a eu un changement (fin du traitement à l'abdomen ou-vert) de la thérapie par pression négative de l'abdomen ouvert à la thérapie sous-cutanée à l'abdomen **ou à une autre localisation** (nouvelle pose à une autre localisation).

Exemple 5

Admission 05.02.

06.02.	*Pose de pansements à pression négative à l'abdomen, côté gauche, sous-cutané, et la partie inférieure de la jambe droite sous-cutané (anesthésie générale)*
09.02.	*Changement des pansements à pression négative aux deux localisations (anesthésie générale)*
12.02.	*Transfert dans un autre hôpital de soins aigus pour la poursuite du traitement avec les pansements à pression négative à la jambe et à l'abdomen*

Codage:

86.88.I5	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané*	*06.02.*
L	*0*	
86.88.I5	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané*	*09.02.*
L	*0*	
93.57.15	*Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement*	*06.02.*

Étant donné que les jours de la pose, du remplacement et le jour commencé du transfert sont additionnés pour définir la durée de la thérapie par pression négative des pansements à pression négative en place, il en découle une durée totale de 7 jours.

Exemple 6

Hospitalisation 01.03.-20.03.

01.03.	*Pose d'un pansement à pression négative à l'abdomen ouvert*
05.03.	*Remplacement du pansement à pression négative à l'abdomen ouvert*
10.03.	*Fermeture de l'abdomen, retrait du pansement à pression négative*
Plus tard lors du séjour:	
15.03.	*Pose d'un pansement à pression négative sous-cutané à l'abdomen en raison de désunion des sutures*
18.03.	*Fermeture du tissu cutané et sous-cutané à l'abdomen après retrait du pansement à pression négative*

Codage*:*

86.88.I3	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert*	*01.03.*
86.88.I3	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert*	*05.03.*
93.57.16	*Thérapie par pression négative continue, au moins 14 à 20 jours de traitement*	*01.03.*
	Fermeture de l'abdomen selon la documentation médicale	*10.03.*
86.88.I5	*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané*	*15.03.*
	Fermeture du tissu cutané et sous-cutané selon la documentation médicale	*18.03.*

Dans cet exemple aussi, les jours de la pose (01.03 et 15.03) ainsi que le jour du remplacement (05.03) entrent dans la saisie de la durée totale.
Étant donné qu'aucun traitement par pression négative n'a eu lieu les 11, 12, 13 et 14.03, ces jours du séjour hospitalier ne peuvent pas être ajoutés à la durée totale de la thérapie par pression négative.

Traitement en USI ou en U-IMC

Pour calculer le nombre de points de dépense qui servent à saisir correctement les codes pour le traitement en unité de soins intensifs (USI) (*99.B7.- Traitement complexe de médecine intensive*) ou en unité de soins intermédiaires (U-IMC) (*99.B8.- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense*), sont utilisés toutes les valeurs des NEMS relevés par période d'horaire des soins et, une fois par séjour en USI/U-IMC, le SAPS II, le CRIB II ou le PIM III, conformément aux indications du MDSi[1]/MDSimc.

Pour déterminer le code CHOP approprié des sous-catégories correspondantes 99.B7.- (*Traitement complexe de médecine intensive*) et 99.B8.- (*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC]*), procéder comme suit:
Le nombre de points de dépense est calculé à partir du score SAPS II (ou PIM III, CRIB II (Predicted Death Rate in %)) + somme des NEMS de toutes les périodes. Pour une période de 8 heures, les NEMS sont additionnés, pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Pour calculer le nombre de points de dépense du traitement complexe de médecine intensive, on recourt à la valeur arrondie de la «predicted mortality».

Exemple

NEMS 386, PIM3 95.8%
On additionne les NEMS et la mortalité attendue selon PIM3, en %:
NEMS 386 + 96 (PIM 3, Predicted Death Rate in %) = 482.

Si une patiente ou un patient est soigné(e) plusieurs fois au cours d'un cas stationnaire dans une unité de soins intensifs et/ou une unité de soins intermédiaires du même hôpital, ou successivement dans différentes unités de soins intensifs/intermédiaires du même hôpital (également avec plusieurs sites), les sommes de tous les NEMS des différents séjours et le SAPS II, le CRIB II ou le PIM des séjours respectifs sont additionnés et le code CHOP correspondant à la somme totale est saisi.

[1] SGI-SSMI. Commission Données (CD). Données minimales de la SSMI (MDSi). Chiffres 2.3.5 «Gravité de la maladie aiguë» et 2.4.1 «Score de charge de travail (NEMS) dans l'USI». (Version actuelle à télécharger sur https//www.sgi-ssmi.ch/fr/donnees.html)

En cas de transfert/transport d'une patiente ou d`un patient pendant **un cas stationnaire**

- de l'USI du **site A** à l'USI du **site B** du même hôpital **ou**
- de l'U-IMC du **site A** à l'U-IMC du **site B** du même hôpital **ou**
- de l'USI A à l'USI B au sein du même site hospitalier **ou**
- de l'U-IMC A à l'U-IMC B au sein du **même site hospitalier** **ou**
- de **l'USI du site A** à **l'U-IMC du site B** du même hôpital ou vice versa **ou**
- de **l'USI à l'U-IMC** au sein du **même site hospitalier** ou vice versa **ou**
- transfert externe de l'USI/U-IMC d'un hôpital à l'USI/U-IMC d'un autre hôpital ou vice versa

aussi bien l'**établissement qui transfère que celui qui admet le patient** relève pour la période d'horaire de soins respective, **même si le transfert a lieu dans la même période**, les NEMS correspondants et selon les indications, le SAPS II, le PIM III ou le CRIB II.
Sont considérés comme établissement d'admission les USI/U-IMC (selon les directives de la SSMI et/ou de la CRUIMC, unités d'organisation individuelles certifiées) au sein d'un même site hospitalier, les USI/U-IMC de différents sites d'un hôpital ou les hôpitaux entièrement différents.
Ces dispositions s'appliquent également aux courts séjours de < 24h en unité de soins intensifs et/ou en unité de soins intermédiaires. Les directives de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) et de la Commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) s'appliquent.

P07o Operations bilatérales

Les opérations bilatérales effectuées dans une même séance ne sont codées qu'une fois et reçoivent le signe distinctif «bilatéral» dans la variable «behandlung_seitigkeit» (Latéralité pour le traitement), etc.
Cela vaut aussi pour les codes qui incluent déjà la bilatéralité.

Exemple
Insertion de prothèse totale bilatérale de genou.
T 81.54.- Implantation d'endoprothèse de genou
L 0

P08o Révisions d'une région opérée/réopérations

Si une région opérée est réouverte pour

- traiter une complication,
- effectuer une thérapie contre la récidive ou
- procéder Procéder à une autre opération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie **ou**
- prétraitée par intervention percutanée ou par radiothérapie

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*
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
00.99.11 *Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*
ou
00.99.12 *Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée*
ou
00.99.19 *Réopération dans une zone déjà préopérée par d'autres accès*

Remarque: *00.99.11 «Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie »* **ou** *00.99.12 «Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée»* n'est pas à indiquer lorsque le code signale déjà qu'il s'agit d'une révision/réopération (p. ex. révision d'une prothèse de genou, ablation de matériel d'ostéosynthèse, fermeture d'une colostomie etc.).

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.

Interventions de révision sans changement d'implants
Lorsque des implants sont explantés lors d'une intervention de révision (p.ex. pompe pour drainage d'ascite) et les mêmes implants réimplantés lors de la même opération, il ne faut pas utiliser de code correspondant à une implantation ou à un changement d'implants.

P.ex. pour une pompe pour drainage d'ascite
Le code *54.99.80 Pose de cathéters ainsi que d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite* **ne peut pas être utilisé**.
Il faut utiliser le code *54.99.81 Révision sans remplacement de cathéters ainsi que de la pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite* et/ou le code *54.99.82 Élimination d'une obstruction mécanique de cathéters d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour drainage continu d'ascite.*

La situation décrite s'applique à tous les cas pertinents, notamment les défibrillateurs, les pacemakers, les prothèses mammaires, etc.

Si un patient subit plusieurs réopérations durant un séjour stationnaire, il ne faut saisir les codes *00.99.11 Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie* **ou** *00.99.12 Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée* qu'une fois pour la première réopération ainsi que *00.99.19 Réopération dans une zone déjà préopérée par d'autres accès.*

Exemple 1
Césarienne chez une patiente avec status post césarienne.
T *74.-* *Césarienne et extraction de foetus*
T *00.99.11* *Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

Utilisation des codes *34.03 Réouverture de thoracotomie, 54.12.11 Relaparotomie* et *37.99.80 Réopération du cœur et du péricarde:*

Les codes *34.03, 54.12.11* et *37.99.80* sont **exclusivement** utilisés pour désigner une réopération qui se limite à une évacuation d'un hématome **et/ou** à une exploration **et/ou** à une hémostase.

En cas d'opérations intrathoraciques, intraabdominales ou cardiaques qui sont désignées par un code spécifique, il faut ajouter le code *00.99.11* en cas de réopération.

Exemple 2

Une réopération pour nouvelle résection partielle d'intestin grêle se code:

45.62	*Autre résection partielle d'intestin grêle +*
00.99.11	*Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

et **non** avec:

45.62	*Autre résection partielle d'intestin grêle + les codes des classes résiduelles 54.12.00 ou 54.12.99.*

P09o 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*
T	*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*
T		*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*
T	*55.51.02*	*Néphrectomie pour transplantation d'organe d'un donneur vivant*

Exemple 2
Admission pour don de cellules souches (don autogène = autologue, ou don d'une autre personne = allogénique). *Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.*

DP	*Z52.01*	*Donneur de cellules souches*
T		*Code de procédure pour le prélèvement du greffon (voir également le tableau des transplantations suivantes)*

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 diagnostic principal à coder est la maladie ou la blessure qui a motivé l'admission, à laquelle s'ajoutent les diagnostics supplémentaires et les procédures effectuées. Le code correspondant au prélèvement d'organes **ne** doit **pas** être saisi. 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 les variables «austrittsdatum»(Date et heure de sortie)/«episode_ende» (Fin de l'épisode) du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes). 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.- Consultation, décrite comme étant complète

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

DP Maladie qui constitue le motif de la transplantation
T Code de procédure pour la transplantation (voir tableau)
T Code du groupe 00.90.- à 00.93.- Type de transplant d'organe ou de transplant tissulaire, et type de conservation de l'organe, ainsi que précision du type de décès du donneur (DCD - Donation after circulatory death / don d'organe après un arrêt cardio-circulatoire ou DBD - Donation after brain death / donneur en état de mort cérébrale). Et, si elle est connue, la compatibilité ABO.

Note : il s'agit de codes supplémentaires, ceux-ci sont utilisés dans la mesure où l'information n'est pas déjà contenue dans le code de procédure de la transplantation (par ex. avec *41.0A.-* à *41.0C.- Prélèvement et transplantation de cellules souches hématopoïétiques*, on n'utilise pas de code *00.90.-* à *00.93.-*).

T Code 99.79.11 Préparation de greffe d'organe de donneur vivant ABO-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 (T) et pour le prélèvement (T).

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, si ceux-ci remplissent les critères de la règle de codage G 54 «Les diagnostics supplémentaires». Cette règle prime sur la règle SD0202 régissant le choix du diagnostic principal dans les maladies tumorales.

Remarque: lors de contrôle, d'échec ou de rejet, un code *Z94.- Greffe d'organe et de tissu* est à saisir en plus (voir également D05).

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*	*41.0A.2-*	*Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques dans le sang périphérique*	*41.0B.2-*	*Transplantation de cellules souches hématopoïétiques de sang périphérique*
Moelle osseuse (MO)	*Z52.3*	*41.0A.1-*	*Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques dans la moelle osseuse*	*41.0B.1-*	*Transplantation de cellules souches hématopoïétiques de moelle osseuse*
Peau	*Z52.1*	*86.6-.-*	*Greffe de peau libre et remplacement permanent de la peau*		*Code selon le siège et l'étendue*
Os	*Z52.2*	*77.7-*	*Excision d'os pour greffe*	*76.91.-* *78.0--*	*Greffe osseuse d'os de la face* *Greffe osseuse et transposition osseuse*
		7A.2A	*Excision d'os de la colonne vertébrale pour greffe*	*7A.51*	*Greffe osseuse et transposition osseuse, colonne vertébrale*
Rein	*Z52.4*	*55.51.02*	*Néphrectomie pour transplantation d'organe d'un donneur vivant*	*55.69.--*	*Autre greffe rénale*
Foie	*Z52.6*	*50.2C.-*	*Hépatectomie partielle pour transplantation*	*50.5-*	*Transplantation hépatique*
Coeur				*37.51.-*	*Transplantation cardiaque*
Poumon				*33.5-*	*Transplantation pulmonaire*
Coeur/poumon				*33.6X.-*	*Transplantation combinée cœur-poumons*
Pancréas				*52.8-*	*Transplantation du pancréas*
Cornée				*11.6-*	*Greffe de cornée*
Intestin grêle				*46.97.-*	*Transplantation intestinale*

P10n Adhésiolyse

Une adhésiolyse peut être une procédure secondaire (parfois longue) ou une procédure principale (selon l'indication posée).

S'il s'agit d'interventions d'adhésiolyse sur le péritoine des organes/des systèmes d'organes de la région abdominale et du bassin (adhésiolyses viscérales, urogynécologiques, gynécologiques, néonatologiques), des codes spécifiques qui contiennent les faits relatifs à l'adhésiolyse sont disponibles dans la CHOP.

Ces codes se trouvent dans les chapitres relatifs aux organes concernés de la CHOP. Il s'agit p.ex. de:

54.5- Lyse d'adhérences péritonéales
65.8- Lyse d'adhérences d'ovaire et de trompe de Fallope
59.02 Autre lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales
59.03.- Lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales par laparoscopie
59.11 Autre lyse d'adhérences périvésicales
59.12 Lyse d'adhérences périvésicales par laparoscopie

Si la durée consacrée pendant l'opération à l'adhésiolyse ou aux différentes adhésiolyses dépasse le seuil de 60 minutes (somme des durées des différentes interventions d'adhésiolyse pendant une opération ou durée de l'unique adhésiolyse, p.ex. seulement sur le péritoine abdominal ou seulement sur les annexes de l'utérus), les codes correspondants de la CHOP qui se trouvent dans les chapitres relatifs aux organes concernés peuvent être utilisés (y compris plusieurs conjointement).

Seul le temps consacré à l'adhésiolyse elle-même est pris en compte dans la somme des durées. En cas de doutes, la question est adressée au chirurgien.
La durée doit être documentée par écrit de manière précise et, cas échéant, elle doit être vérifiable au moyen d'heures consignées dans le rapport d'opération (p.ex. temps incision-suture).

Si le seuil de 60 minutes n'est pas atteint (qu'il s'agisse de la durée totale de plusieurs adhésiolyses ou du temps consacré à une adhésiolyse sur un organe/un système d'organes), il **n'est pas** permis **d'utiliser** un code d'adhésiolyse des chapitres de la CHOP.

La saisie d'un ou de plusieurs codes diagnostiques concernant les adhérences (diagnostic secondaire) doit toutefois se conformer à la règle de codage G 54.

Exemple 1 (temps total consacré à l'adhésiolyse ≤ 60 min.):
Une patiente est admise pour une masse ovarienne persistante à gauche.
Pendant l'opération, d'importantes adhérences endométriales postinflammatoires sont constatées.
Une longue adhésiolyse (périviscérale, périutérine, périovarienne, péritoine de l'intestin) est alors pratiquée.
Le temps total documenté consacré aux adhésiolyses est de 55 minutes.
Ce n'est qu'après la libération de la masse qu'est effectuée une salpingo-ovariectomie par laparoscopie sur le grand endométriome ovarien gauche.
Durée totale de l'opération: 1 h 50 min.

DP	*N80.1*	*Endométriose de l'ovaire*
L	*2*	
DS	*N73.6*	*Adhérences pelvi-péritonéales chez la femme*
DS	*K66.0*	*Adhérences péritonéales*
T	*65.41*	*Salpingo-ovariectomie par laparoscopie*
L	*2*	

Exemple 2 (temps total consacré à l'adhésiolyse > 60 min.):
Un patient est admis pour une diverticulite du sigmoïde aigüe, perforée couverte.
En présence d'importantes adhérences postopératoires (status après péritonite des quatre quadrants causée par une appendicite perforée et des lésions iatrogènes de la vessie), une longue adhésiolyse doit alors être pratiquée, qui concerne, en plus des adhérences périurétérales et abdominales, l'ensemble du bassin.
Ce n'est qu'après une adhésiolyse ayant duré 100 minutes (temps total pour la lyse des adhérences périvésicales, péritonéales et périurétérales) qu'une sigmoïdectomie par laparoscopie est effectuée.

DP	*K57.22*	*Diverticulite du côlon avec perforation et abcès […]*
DS	*N99.4*	*Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux*
DS	*K66.0*	*Adhérences péritonéales*
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
T	*45.76.21*	*Sigmoïdectomie, par laparoscopie*
T	*59.12*	*Lyse d'adhérences périvésicales par laparoscopie*
T	*54.51*	*Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie*
T	*59.03.99*	*Lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales par laparoscopie, autre*
T	*00.99.11*	*Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

Exemple 3 (temps total consacré à l'adhésiolyse ≤ 60 min.):
Un patient est admis pour une occlusion par bride faisant suite à une résection rectale pour un carcinome rectal.
Une section des brides par laparoscopie (lyse d'adhérences péritonéales) est effectuée.
En outre, des adhérences périurétérales sur le côté droit, près de l'ostium, sont levées, qui sont elles aussi dues à la résection rectale antérieure.
Il n'est pas nécessaire de soulager l'intestin en procédant à une incision ou à une résection partielle en raison d'une ischémie. L'intestin se rétablit tout de suite après la section des brides.
Durée de l'opération: 40 min.

DP	*K56.5*	*Adhérences de l'intestin [brides] avec occlusion*
DS	*C20*	*Tumeur maligne du rectum*
DS	*N99.4*	*Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux*
L	*1*	
T	*54.21.99*	*Laparoscopie, autre*
T	*00.99.11*	*Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

Si l'adhésiolyse a duré **> 60 min**. un code de traitement est choisi dans le chapitre sur les organes pertinents.

Il est en outre possible, pour les diagnostics supplémentaires et les traitements supplémentaires, d'utiliser d'autres codes relatifs à l'adhésiolyse se trouvant dans les différents chapitres de la CIM-10-GM ou de la CHOP. Pour le codage, il faut appliquer les règles concernant les diagnostics supplémentaires (G 54) et les traitements G 55.

Exemple 4 (temps total consacré à l'adhésiolyse > 60 min.) :
Une patiente est admise pour une dysménorrhée secondaire importante, une dyspareunie et une infertilité secondaire.
Une laparoscopie diagnostique est prévue pour status après césarienne secondaire et appendicectomie.
Pendant l'opération, on découvre surtout des adhérences entre les annexes utérines et le péritoine pelvien (déclarée comme conséquence des opérations antérieures).
La durée totale de l'adhésiolyse est de 75 min., la principale zone traitée étant les annexes utérines des deux côtés. Lyses sans complication de plusieurs petites adhérences abdominales et péritonéales sur le côté droit, chromopertubation sur les deux côtés, pas d'autres mesures.

DP	*N99.4*	*Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux*
DS	*K66.0*	*Adhérences péritonéales*
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
T	*65.81.10*	*Adhésiolyse tubo-ovariennes du péritoine pelvien de la femme par laparoscopie*
L	*0*	
T	*54.51*	*Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie*
L	*1*	
T	*66.8*	*Insufflation de trompe de Fallope*
L	*0*	
T	*00.99.11*	*Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

Note : L'opération de Ladd constitue la seule exception aux règles de codage décrites ci-dessus.
Il faut choisir le code de la CHOP *46.99.8-* indépendamment de la durée de l'intervention sur les brides de Ladd et indépendamment du fait que l'opération soit une procédure principale ou secondaire.

Exemple 5 :
Un enfant est admis (entre autres) pour une malformation de l'intestin grêle en raison d'une malrotation.
(Entre autres) lyse chirurgicale des brides de Ladd, puis réintégration et fixation de l'intestin suivant la «procédure de Ladd».

DP/DS	*Q43.3*	*Malformations congénitales de fixation de l'intestin*
T	*46.99.81*	*Section des brides de Ladd, par chirurgie ouverte*
ou		
T	*46.99.82*	*Section des brides de Ladd, par laparoscopie*

P11h Lacération de la séreuse avec suture

Si la séreuse a été blessée et suturée au cours d'une opération, on inscrira le code S spécifique de la partie blessée. La suture elle-même ne sera signalée que par un code CHOP spécifique. Par exemple, *54.67 Suture du mésentère, du grand ou du petit épiploon (après lacération)*.

Pour le codage d'une complication, on observera les règles G 40 «Documentation des diagnostics et des procédures» et D12 «Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)».

Remarque: la tunique musculaire fait partie de l'organe. Si elle est blessée et suturée, on inscrira le code de l'organe concerné (vessie, utérus, côlon), et non un code de suture péritonéale. Cela vaut pour les diagnostics comme pour les procédures chirurgicales.

Règles spéciales de codage les diagnostics SD0100 – SD2200

SD0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires

SD0101a 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 sepsis pour le codage d'une bactériémie.

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

Lorsqu'un code des catégories *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* donne une information supplémentaire, il doit être indiqué (voir aussi D04).

SD0102o Sepsis

Choix du code de sepsis

Les codes pour le sepsis se trouvent dans les chapitres/catégories suivants:

- Au chapitre I, dans les catégories *A40.– Septicémie à streptocoques* et *A41.– Autres septicémies*, en tenant compte des exclusions.
- Au chapitre I, dans les maladies infectieuses (p. ex. *B37.7 Septicémie à Candida*).
- Dans le chapitre XVI pour le sepsis du nouveau-né (*P36.– Septicémie bactérienne du nouveau-né*).
- Un sepsis en relation avec un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire, un accouchement ou des suites de couches sera codée avec un code du chapitre XV (*O03 – O07, O08.0, O75.3, O85*) et un code de sepsis du chapitre I (ordre des codes, voir ci-dessous), pour indiquer l'existence d'un sepsis et spécifier l'agent infectieux.
- Bien que le terme de sepsis soit indiqué sous certains codes de complications de soins chirurgicaux ou médicaux, un code de sepsis du chapitre I doit être ajouté, pour indiquer l'existence d'un sepsis et spécifier l'agent infectieux (p. ex. *J95.0 Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie, T88.0 Infection consécutive à vaccination*).

Le code correspondant à la sous-catégorie ***U69.8- ! Code secondaire pour spécifier la référence temporelle d'une septicémie et d'un choc septique à l'admission hospitalière***, est à saisir.

Ces codes ne doivent être utilisés que pour les adultes (18 ans et plus) hospitalisés.

Définition du sepsis selon la troisième conférence de consensus internationale (Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801-810)

Définition du sepsis: infection avérée ou suspectée et dysfonction organique prouvée, provoquée par une réaction dysfonctionnelle de l'organisme à une infection.

Les médecins traitants diagnostiquent le sepsis, le documentent et diagnostiquent les dysfonctions organiques associées au sepsis selon le score SOFA ou les critères de Goldstein. Toutes les dysfonctions organiques/complications organiques doivent être saisies et codées individuellement conformément aux règles qui s'y appliquent. Le diagnostic est posé par le médecin. L'établissement du diagnostic doit être documenté de manière compréhensible.

Cas particulier de la bactériémie à méningocoques: ici un sepsis à méningocoques est codé même si les conditions du score SOFA (la règle SD0101 demeure) ne sont pas remplies.

Sepsis chez l'adulte

La dysfonction organique dans le cadre du sepsis est désormais déterminée pour les adultes via le score SOFA (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score).

Un sepsis avec dysfonction organique se manifeste par une augmentation du score SOFA ≥ 2 dans un délai de 72 heures maximum. Il est accepté de cumuler des points, respectivement 1 point, en cas de dégradation de certains systèmes organiques.

Le relevé du score SOFA se base sur les directives du document «Données minimales de la SSMI (MDSi)» (disponible sous le lien suivant: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> MDSi_V32_2025_V3_FR_final)

Les dysfonctions organiques qui peuvent être expliquées par une autre cause, en particulier lorsqu'elles sont préexistantes, ne peuvent pas être utilisées comme critère pour la définition du sepsis.

Exemple d'une situation où le sepsis n'est pas saisi

Admission d'une patiente de 56 ans présentant une dyspnée et de la fièvre.
Une gazométrie artérielle réalisée au service des urgences montre une insuffisance respiratoire hypoxique légère dans un contexte d'asthme bronchique allergique connu.
En raison d'une suspicion d'infection pulmonaire, un score SOFA est relevé. Le résultat présente une différence de 2 points (1 point pour la respiration et 1 point pour la coagulation). La prise de sang initiale montre une faible thrombocytopénie. Celle-ci reste sans conséquence par la suite.
La patiente est hospitalisée pour une suspicion de sepsis.
Après de plus amples examens/actes diagnostiques, un asthme bronchique exacerbé par une infection avec un début de bronchopneumonie est finalement diagnostiqué.

Dès le service des urgences, la patiente reçoit notamment des médicaments bronchodilatateurs par inhalation. Ceux-ci interrompent rapidement la dyspnée et les gazométries artérielles suivantes se montrent normales.
L'étiologie de la thrombocytopénie présente à l'admission est expliquée, selon l'anamnèse, par la prise antérieure d'analgésiques à fortes doses.

Dans le rapport de sortie, les médecins en charge de la patiente ne documentent pas les différences constatées au score SOFA comme étant dues au sepsis.

La charge principale de l'hospitalisation de 3 jours est le traitement antibiotique de la bronchopneumonie débutante.

DP	*J18.0*	*Bronchopneumonie, sans précision*
L		
DS	*U69.04!*	*Pneumonie classée ailleurs, présente lors de l'admission à l'hôpital ou survenue dans les 48 heures après l'admission à l'hôpital*
DS	*J45.09*	*Asthme à prédominance allergique*
DS	*J96.00*	*Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, type I [hypoxique]*

Les dysfonctions organiques préexistantes ne sont considérées comme des dysfonctions organiques/complications organiques septiques qu'en présence d'une aggravation aiguë due au sepsis.

La dysfonction organique préexistante définit le score initial. Seule l'augmentation imputable au sepsis (par rapport à la valeur initiale) est prise en compte dans le calcul du score SOFA. En l'absence d'informations concernant les maladies préexistantes d'un système d'organes, une valeur initiale SOFA de 0 est utilisée.

Toute dysfonction organique **due à un sepsis** ou toute aggravation d'une dysfonction organique préexistante **due à un sepsis** documentée par un médecin est saisie, car toutes les dysfonctions organiques présentes sont également traitées dans le cadre du traitement de la maladie systémique, le sepsis.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score[a]					
	Score				
ORGANES ET SYSTÈMES	0	1	2	3	4
Respiration[d]					
PaO2/FiO2, mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) à support respiratoire[e]	< 100 (< 13.3) à support Respiratoire[e] ou appareils extracorporels[g]
Coagulation					
Plaquettes, x10^3/µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Foie					
Bilirubine, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Cardiovasculaire					
Pression artérielle moyenne	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	dopamine < 5 ou dobutamine (indépendant de la dose)b	dopamine 5.1 – 15 ou adrénaline ≤ 0.1 ou noradrénaline ≤ 0.1[b]	dopamine > 15 ou adrénaline > 0.1 ou noradrénaline > 0.1[b] ou assistance circulatoire mécanique[f]
Système nerveux central					
Glasgow Coma Scale[c]	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Rénal					
Créatinine, mg/dl (µmol/l) ou	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440) ou	> 5.0 (> 440) ou
Excrétion urinaire, ml/d				< 500	< 200 ou thérapie aiguë de substitution rénale

a Adapté de Vincent et Al[127]
b Dose administrée des catécholamines en µg/kg/min pendant au moins une heure
c Chez les patients intubés ou sous sédation, c'est le score que le patient aurait vraisemblablement sans sédation qui est indiqué («GCS supposé» ou, «dernier GCS connu»)
d Une gazométrie artérielle est obligatoire pour déterminer le score SOFA relatif au fonctionnement de l'appareil respiratoire.
Chez les patients non ventilés, on utilise les données suivantes pour la FiO2: pour O2 nasal: 0,3; masque: 0,4; masque avec réservoir: 0,6.
e La ventilation non invasive et la thérapie à haut débit sont considérées comme une «assistance respiratoire» dans le cadre du score SOFA.
f Toute forme d'assistance circulatoire mécanique aiguë, en particulier IABP, pompes cardiaques, va ECMO vva ECMO
g Dispositifs extracorporels d'aide à l'oxygénation et/ou à l'élimination du CO2

27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al;Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Sepsis chez l'enfant

Chez les enfants, de la 37e semaine post conception révolue (sauf en cas d'hospitalisation directement après la naissance) jusqu'à 18 ans révolus s'appliquent actuellement les critères de dysfonction organique selon «International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock» de Schlapbach et al. (JAMA. 2024;331(8):665-674).

Chez les enfants n'ayant pas encore atteint la 37e semaine post conception (p.c.) ainsi qu'en cas d'hospitalisation directement après la naissance, on continue d'appliquer les critères de dysfonction organique selon Goldstein et al. 2005 conformément à l'«International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Chez les adolescents entre 16 ans et 18 ans révolus, on peut de plus continuer d'appliquer le score SOFA.

Pour les classes d'âges auxquelles plusieurs scores sont applicables, les sociétés médicales ont convenu de déterminer le score à appliquer en fonction du lieu de traitement:

- **Enfants <37e semaine p.c.**: critères de Goldstein
- **Enfants ≥37e semaine p.c. jusqu'à 44e semaine p.c. révolue:**
  - En néonatologie: critères de Goldstein
  - Hors néonatologie: critères de Phoenix
- **Enfants ≥ 44e semaine à <16 ans:** critères de Phoenix
- **Adolescents ≥ 16 ans à <18 ans:**
  - En pédiatrie: critères de Phoenix
  - Dans les services pour adultes: score SOFA

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Sur le plan cardiovasculaire ou respiratoire, il suffit qu'un critère soit rempli pour poser le diagnostic de dysfonction organique dans le cadre d'un sepsis. Sinon, la dysfonction organique est considérée confirmée lorsqu'au moins 2 critères des autres systèmes d'organes sont remplis.

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Cardiovasculaire Malgré un remplissage intraveineux isotonique ≥ 40ml/kg en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) < 5e percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique < 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine > 5µg/kg/min)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (Base deficit > 5mmol/l, BE < -5 mmol/l) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine < 0.5ml kg/h – Temps de recoloration cutanée prolongé > 5 sec – Différence de température centrale/périphérique > 3°C	
Respiratoire	PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg (< 40 kPa) en l'absence de cardiopathies cyanotiques ou maladies pulmonaires préexistantes	OU $PaCO_2$ > 65 mmHg (> 8.7 kPa) ou ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 kPa)au-dessus de la valeur de base-$PaCO_2$	OU Besoin prouvé FiO2 > 0.5 pour une SaO_2 ≥ 92% (tentative de réduction FiO_2)	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-élective ou non-invasive
Neurologique	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution ≥ 3 par rapport au score de base		
Coagulation	Plaquettes < 80'000/mm³ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU INR > 2		
Rénal	Créatinine sérique ≥ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de ≥ 2 fois de la baseline			
Hépatique	Bilirubine totale ≥ 4mg/dl (≥ 68 µmol/l), non applicable chez les nouveau-nés	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

Score de Phoenix[1]

- Le diagnostic de septicémie est posé en cas d'infection supposée et de score de Phœnix ≥ 2 points.
- Lorsque s'y ajoute un score ≥ 1 point dans le domaine de l'hémodynamique, les critères du choc septique sont remplis.

Important : il ressort des recommandations que le score de Phoenix n'a pas été conçu pour faire du dépistage, mais pour n'être utilisé qu' en cas de soupçon de septicémie.

	0 point	1 point	2 points	3 points
Respiration (ou ventilation) (0 à 3 points)	PaO_2:FiO_2 ≥400 ou SpO_2:FiO_2 ≥292[2]	PaO_2:FiO_2 <400 ou SpO_2:FiO_2 <292[2]	PaO_2:FiO_2 100-200 ou SpO_2:FiO_2 148-220[2]	PaO_2:FiO_2 <100 ou SpO_2:FiO_2 <148[2]
		Sous tout type d'administration de O_2 ou assistance respiratoire (ventilation invasive y.c.)	Sous ventilation invasive	Sous ventilation invasive
Hémodynamique (0 à 6 points)	Pas de médicaments vasoactifs[3]	1 médicament vasoactif[3]	≥2 médicaments vasoactifs [3]	
	Lactates <5mmol/L[4]	Lactates 5-10,9mmol/L[4]	Lactates ≥11mmol/L[4]	
Pression artérielle MAP[5], mmHg	<1 mois : >30 1-11 mois : >38 1- <2 ans : >43 2- <5 ans : >44 5- <12 ans : >48 12-17 ans : >51	<1 mois : 17-30 1-11 mois : 25-38 1- <2 ans : 31-43 2- <5 ans : 32-44 5- <12 ans : 36-48 12-17 ans : 38-51	<1 mois : <17 1-11 mois : <25 1- <2 ans : <31 2- <5 ans : <32 5- <12 ans : <36 12-17 ans : <38	
Coagulation (0 à 2 points)	Thrombocytes ≥100.000/µL	Thrombocytes <100.000/µL		
	INR ≤1,3	INR >1,3		
	D-Dimer ≤2mg/L	D-Dimer >2mg/L		
	Fibrinogène ≥100 mg/dl	Fibrinogène <100 mg/dl		
		(1 point chacun, max. 2 pts)		
(0 à 2 points)	GCS >10, pupilles réactives	GCS ≤10	Les deux pupilles non réactives	

[1] Ce score peut aussi être calculé en l'absence d'une ou plusieurs variables (lorsque, par exemple, les lactates n'ont pas été mesurés et qu'aucun médicament vasoactif n'a été administré, on peut établir le score de l'hémodynamique à l'aide de la pression artérielle). Les variables non mesurées n'amènent pas de points supplémentaires au score.

[2] N'est calculé que si SpO2 ≤97%

[3] Médicaments vasoactifs : y c. adrénaline, noradrénaline, dopamine, dobutamine, milrinone et vasopressine

[4] Lactates présents dans le sang artériel ou le sang veineux

[5] De préférence la MAP mesurée (de manière artérielle et non invasive ou de manière oscillométrique et invasive) ; en l'absence de mesure de la MAP, on peut recourir à la MAP calculée (1/3 × pression systolique + 2/3 × pression diastolique).

Choc septique

Un choc septique est codé avec le ***R57.2***.

Le code *R57.2 choc septique* n'est pas saisi en diagnostic principal, même si un sepsis et ses conséquences remplissent les conditions de la règle de codage G 52 «Le diagnostic principal» et si (dans de rares cas) le traitement du choc septique (ou de ses conséquences) représente la charge principale du séjour hospitalier.

Définition du choc septique en cas d'utilisation du score SOFA ou des critères de Goldstein : la pression artérielle moyenne de ≥ 65 mmHg (ou de > 5e percentile dépendant de l'âge chez l'enfant ou l'adolescent) ne peut, malgré un remplissage adéquat, être atteinte que par l'administration de vasopresseurs et que le patient présente une valeur des lactates de > 2 mmol/l.

Définition du choc septique en cas d'utilisation du score de Phoenix : au minimum 1 point pour l'hémodynamique dans le score de Phoenix.

Pour les adultes (18 ans et plus) hospitalisés, utiliser un code supplémentaire (U69.83! - U69.85!) pour indiquer la relation temporelle entre le choc septique et l'hospitalisation.

Ordre des codes, resp. choix du diagnostic principal et supplémentaire

- Code de sepsis
- Codes secondaires précisant la relation temporelle entre, d'une part, une septicémie et un choc septique et d'autre part, l'admission en hôpital (chez des adultes de 18 ans et plus).
- **Les agents infectieux spécifiques et les résistances correspondantes *U80.-!* à *U85!* sont codés selon la règle D04**
- **Choc septique *R57.2*, si présent**
- **Foyer infectieux**: par ex. pneumonie
  Chaque agent infectieux, qui spécifie le foyer initial de l'infection, et les résistances correspondantes doivent être codés selon la règle D04.
- **Chaque dysfonction organique**
  Le codage d'un sepsis comprend au minimum le code de sepsis et l'indication du foyer initial de l'infection. Si ce dernier est inconnu, *B99 Maladies infectieuses,* autres et non précisées est codé en complément du code de sepsis. Pour la spécification des germes ou l'indication des résistances, la règle D04 s'applique. Les autres DS sont toutes les dysfonctions organiques qui s'aggravent dans le cadre du sepsis.
- Si un sepsis se manifeste lors d'un séjour hospitalier suite à un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication), on tiendra compte des règles D12/D16.
- En présence de deux ou plusieurs affections (p. ex. sepsis, infarctus du myocarde), on appliquera la règle G52. Si un sepsis pendant un séjour hospitalier n'est pas l'affection qui a exigé l'engagement le plus élevé de ressources médicales, il sera codé comme diagnostic supplémentaire. Cela vaut en particulier également pour le foyer infectieux qui requiert des soins supplémentaires et qui pour cette raison peut devenir le diagnostic principal lors d'un sepsis, par ex. sepsis avec fasciite nécrosante et diverses interventions de révision.
- Cas particulier de la bactériémie à méningocoques: ici un sepsis à méningocoques est codé même sans remplir les conditions du score SOFA (cf. règle SD0101).

Exemples de codage

Exemple 1
Sepsis à E. coli avec choc septique et pyélonéphrite aiguë gauche à E. coli avec défaillance multiviscérale
Evolution: patient intubé à l'entrée aux soins intensifs, ventilé avec un indice d'oxygénation (PaO_2/FiO_2) 155 mmHg dans le cadre d'une insuffisance respiratoire aiguë; PAM (pression artérielle moyenne) 60-80 mmHg sous perfusion à la noradrénaline (0,1 µg/kg/min). Par la suite, insuffisance rénale aiguë anurique de stade 3, démarrage CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration) d'une durée totale de 96 heures. Pour une thrombocytopénie de 18 G/l, réalisation d'un test TIH (thrombocytopénie induite par l'héparine) avec résultat négatif. Par la suite, la thrombocytopénie a reculé et peut être expliquée dans le cadre du sepsis. Des bactéries E.coli globalement sensibles ont pu être mises en évidence dans des cultures d'urine et des hémocultures. Un traitement intraveineux par rocéphine a alors été instauré.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
14	3	4	0	3	0	4

DP	*A41.51*	*Septicémie à Escherichia coli*
DS	*U69.80!*	*Septicémie non nosocomiale*
DS	*R57.2*	*Choc septique*
DS	*U69.83!*	*Choc septique non nosocomial*
DS	*N10*	*Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*
DS	*B96.2!*	*Escherichia coli [E. coli] et autres entérobactérales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*J96.09*	*Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type non précisé*
DS	*N17.93*	*Insuffisance rénale aiguë, sans précision, stade 3*
DS	*D69.58*	*Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions*

Exemple 2

Patiente de 72 ans souffrant de sepsis urinaire par E. coli avec pyélonéphrite aiguë droite.
Evolution: aggravation (limitation aiguë supplémentaire de la fonction rénale due au sepsis - «acute on chronic», détérioration en l'espace de 48 h) (Augmentation de la créatinine de 0,79 mg/dl) d'une insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 220 µmol/l et diminution de la DFG (GFR) à 21 ml/min (Valeur de base: créatinine 150 µmol/l, DFG (GFR) 33 ml/min.). Au deuxième jour d'hospitalisation, les analyses de laboratoire indiquaient une augmentation de la bilirubine à 1,5 mg/dl (sans ictère) *ainsi qu'une thrombocytopénie de 90 G/l. Un traitement antibiotique par voie intraveineuse et une réhydratation ont été réalisés. Par la suite, normalisation des valeurs hépatiques et de la thrombocytopénie lors d'un unique contrôle de suivi. Évolution positive de la limitation de la fonction rénale au niveau du DFG (GFR) initial de l'insuffisance rénale chronique. Retour à la maison de la patiente dans un bon état général.*

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
4	0	2	1	0	0	1

DP	*A41.51*	*Septicémie à Escherichia coli*
DS	*U69.80!*	*Septicémie non nosocomiale*
DS	*N10*	*Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*
DS	*B96.2!*	*Escherichia coli [E. coli] et autres entérobactérales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*N17.91*	*Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 1*
DS	*N18.3*	*Maladie rénale chronique, stade 3*
DS	*D69.58*	*Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions*
DS	*R17.9*	*Hyperbilirubinémie, sans indication d'ictère, non classée ailleurs*

Exemple 3

Un patient de 62 ans avec pneumonie gauche à Streptococcus pneumoniae et bactériémie à Streptococcus pneumoniae.
Pneumonie gauche radiologiquement confirmée. Etat général diminué avec fièvre de 39,1 °C et hypotension concomitante avec tension artérielle moyenne de 82 mmHg. Hospitalisation du patient pour antibiothérapie intraveineuse et soutien circulatoire par réhydratation dans le cadre d'une suspicion initiale de sepsis. Le lendemain, hausse de la bilirubine à 1,3 mg/dl dans les analyses de laboratoire. Les examens microbiologiques montrent la présence de Streptococcus pneumoniae dans les expectorations et les hémocultures. Amélioration rapide de l'état général sous antibiothérapie ciblée et retour du patient à son domicile.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
1	0	0	1	0	0	0

Le score SOFA total est inférieur à 2. On ne code pas de sepsis. Le diagnostic principal est l'infection. Les diagnostics supplémentaires sont codés selon la règle de codage G 54.

DP	*J13*	*Pneumonie due à Streptococcus pneumoniae*
L	*2*	
DS	*U69.04!*	*Pneumonie classée ailleurs, présente lors de l'admission à l'hôpital ou survenue dans les 48 heures après l'admission à l'hôpital*
DS	*I95.8*	*Autres hypotensions*
DS	*A49.1*	*Infection à streptocoques et entérocoques, siège non précisé*
DS	*B95.3!*	*Streptococcus pneumoniae, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*

Exemple 4

Choc septique et ARDS modéré avec sepsis par streptocoques du groupe A

Fillette de 4 ans. Transfert en ambulance en état de somnolence. Fièvre jusqu'à 39,2 °C depuis 4 jours, vomissements et diarrhée depuis 2 jours. Actuellement, détérioration de l'état général, patiente nettement affaiblie, ne tenait presque plus assise, somnolente. Pendant le transport : tachypnéique, périphérie froide, initialement sans oxygène supplémentaire, saturation pulsée 60% sous 12 l/min, saturation O_2 autour de 92%. GCS 11 (0 pt)), état fébrile 39,6 °C. Transfert en service de soins intensifs pour la suite de la prise en charge de la décompensation respiratoire et somnolence. Après assistance respiratoire initiale à haut débit à 15 l/min et FiO2 de 100%, passage à CPAP avec une respiration toujours fortement tachypnéique. Pas de stabilisation sous CPAP et donc intubation pour une décompensation respiratoire (PaO_2/FiO_2 138 mmHg (2 pt), insuffisance respiratoire hypoxique aiguë, ARDS). En état de choc septique nécessitant des catécholamines (noradrénaline (1 pt) et des lactates de 9mml/L (1 pt) avec une MAP de 52 mmHg (0 pt)), début d'un traitement de choc par stéroïdes et d'une antibiothérapie empirique par Céfépime. Au cours du traitement, suspicion de syndrome du choc toxique avec saignement des muqueuses intrabuccales et diagnostic d'une ascite confinée, par conséquent traitement supplémentaire par clindamycine. Une implication méningée a pu être exclue après analyse du liquide céphalo-rachidien. Après une bonne réponse au traitement, la patiente a été extubée au 4e jour d'hospitalisation. Suite à une évolution positive, les stéroïdes ont pu être progressivement réduits et l'enfant transférée en service de soins réguliers dans un état général convenable.

Score de Phoenix total	Respiration	Hémodynamique	Coagulation	Neurologie
4	2	2	0	0

DP	*A40.0*	*Septicémie à streptocoques, groupe A*
DS	*R57.2*	*Choc septique*
DS	*A48.3*	*Syndrome du choc toxique*
DS	*B99*	*Maladies infectieuses, autres et non précisées*
DS	*J80.05*	*Syndrome de détresse respiratoire modéré de l'enfant et de l'adolescent [SDRA]*
DS	*J96.00*	*Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type I*
DS	*R40.0*	*Somnolence*

Exemple 5

Fillette prématurée eutrophique née à 25 semaines et 4 jours, poids à la naissance 710 g (percentile 30)

Syndrome de détresse respiratoire avec déficit en surfactant pulmonaire, dysplasie broncho-pulmonaire modérée, syndrome d'apnée/bradycardie du prématuré. Suspicion d'infection néonatale, suspicion de survenue tardive d'un sepsis le 6e jour de vie.

Premiers soins : enfant cyanotique avec respiration spontanée insuffisante, fréquence cardiaque 80/min. Aspiration orale et début de la ventilation au masque. Rapidement normocarde, développement d'une respiration spontanée avec creusements et gémissements expiratoires. Intubation à la 45e minute de vie. Transfert en unité de soins intensifs du service de néonatologie. FiO_2 max. 0,25. A l'état prématuré, surfactant administré par voie endotrachéale. Suite au traitement, amélioration de la situation respiratoire avec réduction des paramètres de ventilation. L'extubation a été effectuée après 17 heures et suivie d'une assistance respiratoire CPAP. Au 6e jour de vie, l'enfant a une nouvelle fois dû être intubée en raison d'une apnée grave dans le cadre d'un sepsis de survenue tardive. Début d'une antibiothérapie par amoxicilline et amikacine. Extubation réalisée avec succès après 6 jours. L'hémoculture ne montrait pas de croissance. L'antibiothérapie a été administrée pendant 7 jours au total. Le besoin en oxygène supplémentaire s'est poursuivi jusqu'au 39e jour d'hospitalisation avec une dysplasie broncho-pulmonaire modérée.

Nombre d'organes remplissant les critères de défaillance organique selon Goldstein	Cardiovasculaire	Respiratoire	Neurologique	Hématologique	Rénal	Hépatique
1		Critère rempli				

DP	*P22.0*	*Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né*
DS	*P36.9*	*Sepsis bactérien du nouveau-né, sans précision*
DS	*P39.8*	*Autres infections spécifiques précisées de la période périnatale*
DS	*P28.5*	*Insuffisance respiratoire du nouveau-né*
DS	*P27.1*	*Dysplasie broncho-pulmonaire pendant la période périnatale*
DS	*P07.01*	*Poids de naissance de 500 à moins de 750 grammes*
DS	*P07.2*	*Immaturité extrême*
DS	*Z38.0*	*Enfant unique, né à l'hôpital*

Septicémie virale

Exemple: patiente de 64 ans souffrant d'une septicémie due à un virus grippal. Depuis 7 jours, symptômes typiques de la grippe, toux, maux de gorge et grande fatigue. À l'admission, 39,3 degrés de fièvre, frissons, nausées, trouble de la conscience. Des virus grippaux saisonniers ont pu être identifiés dans le test PCR.

Évolution: dans le cadre de cette septicémie sont apparus une altération de l'état de conscience, GCS 12, une thrombocytopénie 110 G/l., une insuffisance respiratoire (PaO2/FiO2) 355 mmHg et une dégradation de la fonction rénale. Créatinine 125 (µmol/l). Une surveillance a été mise en place en U-IMC. L'état de la patiente s'est amélioré sous administration de médicaments antiviraux et antipyrétiques.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
5	1	1	0	0	2	1

DP	*B34.80*	*Septicémie virale, non classée ailleurs*
DS	*U69.80!*	*Septicémie non nosocomiale*
DS	*J10.1*	*Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus d'influenza saisonnière identifié*
DS	*D69.58*	*Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions*
DS	*R40.0*	*Somnolence, Assoupissement*
DS	*N17.91*	*Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 1*

SD0103l SIRS

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

On distingue les SIRS d'origine infectieuse et les SIRS d'origine non infectieuse.

En présence d'un SIRS d'origine infectieuse, l'infection doit être indiquée, suivie du code correspondant de la catégorie *R65.-!.*
En présence d'un SIRS d'origine non infectieuse, la maladie primaire à l'origine du SIRS doit être indiquée, suivie du code correspondant de la catégorie *R65.-!.*

Note: Dans le contexte du codage du sepsis, le diagnostic *R65.-!* ne s'applique pas.
Si un sepsis et un SIRS d'origine non infectieuse ou un SIRS dû à une autre infection que celle qui a provoqué le sepsis sont survenus et ont été documentés au cours de la même hospitalisation, le SIRS peut tout de même être codé en lien avec/dans le contexte des maladies indépendantes du sepsis.

R65.0!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse sans complications organiques*
R65.1!	*Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse 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*

Des codes supplémentaires sont utilisés pour indiquer des agents infectieux et leur résistance.

SD0104n 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*
U60.–!	*Catégories cliniques de l'infection par le VIH*
U61.–!	*Nombre de lymphocytes T auxiliaires dans la maladie due au VIH*

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 codé 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	*U60.1!*	*Catégorie clinique A*
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. L'exclusion *«Immunodéficience humaine virale (VIH)» compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerparalité (O98.7)»* sous *Z21* est à supprimer.

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 SD1503, le code *O98.7* est à disposition pour décrire une maladie due au VIH qui complique la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Dans la CIM-10-GM, sous *O98.7*, il faut ajouter à «*Etats en B20 – B24*» le *Z21* et tracer l'exclusion concernant *Z21* sous *O98.–*.

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

L'infection par le VIH est représentée par des codes supplémentaires des catégories *U60.–!* et *U61.–!*. Ils sont codés indépendamment l'un de l'autre, aussi précisément que possible (contrairement à l'indication dans la CIM-10-GM).

Dans la documentation du séjour et la liste des diagnostics, le médecin n'indique souvent pas 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. Pour le codage du séjour actuel, il faut toutefois représenter la catégorie clinique **actuelle** à l'aide *U60.–!* et le nombre de lymphocytes T auxiliaires par *U61.–!*.

U60.–! Catégories cliniques lors du séjour actuel:

		Codage	
Categorie A	Infection asymptomatique	*Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*	*U60.1!*
	Lymphadénopathie persistante généralisée (LPG)	*B23.8 Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés Lymphadénopathie généralisée (persistante)*	*U60.1!*
	Infection aiguë par le VIH	*B23.0 Syndrome d'infection aiguë par VIH*	*U60.1!*
Categorie B	Maladies infectieuses, parasitaires et malignes consécutives à la maladie due au VIH	*B20.– bis B22.–* et *B24* + la maladie (selon ordre ci-après)	*U60.2!*
Categorie C	Maladies infectieuses, parasitaires et malignes consécutives à la maladie due au VIH	*B20.– bis B22.–* et *B24* + la maladie (selon ordre ci-après)	*U60.3!*

VIH/SIDA : Classification CDC (1993)

Les catégories de laboratoire 1 à 3
1 : dès 500/µl CD4-lymphocytes
2 : 200 - 499/µl CD4-lymphocytes
3 : < 200/µl CD4-lymphocytes

Les catégories cliniques A à C

Catégorie A
- Infection VIH asymptomatique
- Lymphanédopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique (aussi dans l'anamnèse)

Catégorie B
Les symptômes d'une maladie ou les affections qui ne tombent pas dans la catégorie C définissant le sida, mais dont la cause doit être attribuée à l'infection par le VIH ou qui indiquent un trouble de la défense immunitaire cellulaire :
- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante (depuis plus d'un mois), fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col ou carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre à plus de 38,5° C ou diarrhée depuis plus de 4 semaines
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Inflammations du petit bassin, en particulier lors de complications d'un abcès tubaire ou ovarien
- Neuropathie périphérique

Catégorie C (maladies définissant le SIDA)
- Pneumonie à Pneumocystis jirovecii
- Encéphalite toxoplasmique
- Infection oesophagienne à Candida ou contamination des bronches, de la trachée ou des poumons
- Infection chronique et ulcère à virus herpès simplex ou infections herpétiques : bronchite, pneumonie ou oesophagite
- Rétinite à CMV
- Infection généralisée à CMV (pas du foie ou de la rate)
- Septicémies à Salmonella récurrentes
- Pneumonies récidivantes dans une même année
- Cryptococcoses extra-pulmonaires
- Cryptosporidiose intestinale chronique
- Isosporose intestinale chronique à Isospora belli
- Histoplasmose disséminée ou extra-pulmonaire
- Tuberculose
- Infections disséminées ou extra-pulmonaires dues au complexe Mycobacterium avium ou M. kansasii
- Sarcome de Kaposi
- Lymphomes malins (lymphome de Burkitt, immunoblastique ou cérébral primitif)
- Carcinome invasif du col utérin
- Encéphalopathie à VIH
- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
- Cachexie due au VIH

U61.–! Catégories de laboratoire lors du séjour actuel

U61.1! *Catégorie 1*
500 lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ et plus par microlitre de sang
U61.2! *Catégorie 2*
200 à 499 lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ par microlitre de sang
U61.3! *Catégorie 3*
Moins de 200 lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ par microlitre de sang
U61.9! *Nombre de lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ non précisé*

Exemple: Les codes *Z21* et *U60.1!* sont indiqués chez un patient asymptomatique. Le code de la catégorie *U61.–!* est choisi en fonction du nombre actuel de lymphocytes T auxiliaires comptés (en l'absence de documentation, saisir le code *U61.9!*).

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.–!*	*Nombre de lymphocytes T auxiliaires CD4⁺ non précisé*
DS	*C 83.3*	*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	*U60.2!*	*Catégorie clinique de l'infection par le VIH, catégorie B*
DS	*U61.–!*	*Nombre de lymphocytes T auxiliaires CD4⁺, selon valeurs de laboratoire actuelles*

SD0105a 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*

SD0106n COVID-19

Dans le contexte de la pandémie COVID-19 (infection avec SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 [SARS 2])) des codes spécifiques de la CIM-10-GM ont été attribués :

- *U07.1! COVID-19, virus identifié*
- *U07.2! COVID-19, virus non identifié*
- *U08.9 Antécédents personnels de COVID-19, sans autre précision*
- *U09.9! État post-COVID-19, sans autre précision*
- *U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé au COVID-19, sans autre précision*
- *U11.9 Nécessité d'une vaccination contre le COVID-19, sans autre précision*
- *U12.9! Effets secondaires indésirables de l'utilisation de vaccins contre le COVID-19, sans autre précision*
- *U99.0! Procédures spéciales pour le dépistage du SARS-CoV-2*

Le code *U04.9 Syndrome respiratoire aigu sévère [SARS]*, sans précision n'est pas utilisé dans le contexte de la pandémie du COVID-19. Il est réservé à l'agent pathogène de la pandémie de coronavirus 2002/2003.

Exemples de cas pour expliquer l'utilisation des codes *U07.1!, U07.2!* et *U99.0!*
Note :

- Les exemples ci-dessous et les codes proposés ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Les règles de codage et règles de facturation en vigueur doivent être prises en compte, en particulier G 52 «Le diagnostic principal», G 54 «Les diagnostics supplémentaires», D09 «Diagnostics présumés», D15 «Transferts», SD0102 «Sepsis», SD0103 «SIRS» et SD1002 «Insuffisance respiratoire».
- Le terme «CIM primaire» utilisé dans le tableau ci-dessous ne correspond pas au terme «diagnostic principal».
- Pour les rares cas à regrouper pour cause de réhospitalisation liée au SARS-Cov-2, utiliser le code *U07.1!* ou *U07.2!* défini au terme de la dernière hospitalisation.
- Le code *U07.2!* ne doit pas être saisi pour les séjours hospitaliers avec isolement prophylactique, sans test, dans le cadre de la pandémie SARS-Cov-2, sans critères de suspicion.
- Explications concernant le code *U99.0!* Procédures spéciales pour le dépistage du SARS-CoV-2 :
  - Ne pas saisir plusieurs fois le code *U99.0!* pour un même cas, p. ex. lorsque le test est effectué à plusieurs reprises.
  - Par «procédures spéciales», on entend les procédures de diagnostic en laboratoire permettant de dépister une infection au SARS-CoV-2.
  - Lors d'un cas suspecté et d'un test donnant un résultat non spécifique, il est possible de saisir le code *U99.0!* en même temps que le code *U07.2!* (cf. conditions pour la saisie du code *U07.2!* ci-dessous).
  - Ne pas saisir simultanément les codes *U99.0!* et *U07.1!*. Le code *U07.1!* implique que le virus a été détecté.
  - Ne pas saisir de code de procédure pour la réalisation de tests de diagnostic en laboratoire.

- Explications concernant le code *U07.2!* COVID-19, virus non identifié :
  - Si une infection par le SARS-CoV-2 a été exclue avec certitude, ne pas saisir le code *U07.2!*. Si les résultats des tests sont sans équivoque et excluent toute présence de l'agent pathogène responsable du COVID-19, saisir le code secondaire *U99.0!*.
  - Les conditions suivantes doivent être remplies pour saisir le code *U07.2!* : Il doit y avoir une symptomatologie (spécifique ou non spécifique) du COVID-19 et une suspicion épidémiologique et le virus ne doit pas avoir été clairement identifié dans le résultat du test (résultat négatif ou non spécifique ou test non réalisé). S'il n'y a pas de symptomatologie (spécifique ou non spécifique) du COVID-19 alors qu'il y a une suspicion épidémiologique (par ex. cas contact direct), le code *U07.2!* ne doit pas être saisi.
- Concernant la septicémie virale due au SARS-CoV-2, prendre en compte le paragraphe spécifique à la suite du tableau.

Exemple	CIM primaire	CIM secondaire	Tableau clinique	Diagnostic confirmé en laboratoire
Septicémie (virale) due au SARS-CoV-2 (COVID-19) le cas échéant + infection bactérienne supplémentaire le cas échéant + J96.- Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs et/ou le cas échéant J80.0- Syndrome de détresse respiratoire *aiguë de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* [SDRA], etc.	*B34.80* + autres	*U07.1!*	spécifique	oui
Pneumonie due au SARS-CoV-2 (COVID-19) **l**e cas échéant + R65.0! SIRS d'origine infectieuse sans complications organiques le cas échéant + J96.- Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs et/ou le cas échéant J80.0- Syndrome de détresse respiratoire *aiguë de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* [SDRA], etc.	*J12.8* + autres	*U07.1!*	spécifique	oui
Laryngite aiguë due au SARS-CoV-2 (COVID-19) **avec identification de l'agent pathogène**	*J04.0*	*U07.1!*	spécifique	oui
Fièvre et/ou toux (et autres symptômes spécifiques) dans le contexte du SARS-CoV-2 (COVID-19) **avec identification de l'agent pathogène**	*R50.88 et*/ou *R05* (etc.)	*U07.1!*	spécifique	oui
Infection asymptomatique identifiée avec SARSCoV-2	*Z22.8*	*U07.1!*	inexistant	oui
Cas clinique suspecté dans le contexte du SARSCoV-2 avec symptômes/manifestations cliniques, agent pathogène **définitivement exclu** au terme de l'hospitalisation	Symptôme/manifestation	*U99.0!*	spécifique et non spécifique	virus définitivement exclu
Cas clinique et épidémiologique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2 avec symptômes/manifestations cliniques, agent pathogène **pas définitivement exclu** au terme de l'hospitalisation **faute de test en laboratoire**	Symptôme/manifestations et Z20.8	*U07.2!*	spécifique et non spécifique	Pas de test en laboratoire
Cas clinique et épidémiologique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2 avec symptômes/manifestations cliniques, agent pathogène **pas définitivement exclu** au terme de l'hospitalisation**, car les résultats du test en laboratoire sont non spécifiques**	Symptôme/manifestations et Z20.8	*U07.2!* et *U99.0!*	spécifique et non spécifique	résultat non spécifique
Cas clinique et épidémiologique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2, avec symptômes/manifestations, au terme de l'hospitalisation agent pathogène **définitivement exclu**	Symptôme/manifestations et Z20.8	*U99.0!*	spécifique et non spécifique	Virus définitivement exclu
Cas épidémiologique suspecté (cas contact) sans symptôme lié au COVID-19 (en cas d'hospitalisation), agent pathogène **pas définitivement exclu** au terme du séjour hospitalier **faute de test en laboratoire**	*Z20.8*		inexistant	pas de test en laboratoire
Cas épidémiologique suspecté (cas contact) sans symptôme lié au COVID-19 (en cas d'hospitalisation), agent pathogène **pas définitivement exclu au** terme du séjour hospitalier**, car les résultats du test en laboratoire sont non spécifiques** ou l'agent pathogène **définitivement exclu**	*Z20.8*	*U99.0!*	inexistant	résultat non spécifique ou négatif
Personne sans suspicion clinique et épidémiologique d'infection au SARS-CoV-2, test effectué, agent pathogène **définitivement exclu**	*Z11*	*U99.0!*	inexistant	irus définitivement exclu

Septicémie virale due au SARS-CoV-2

Exemple:

DP	*B34.80*	*Septicémie virale, non classée ailleurs*
DS	*U07.1!*	*COVID-19, virus identifié*
DS		*Codes supplémentaires U69.80! - U69.82! précisant la relation temporelle entre, d'une part, une septicémie, d'autre part, l'admission en hôpital*
DS		*si présent, U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé au COVID-19, sans autre précision*
DS		*Foyer d'infection, etc.*

d'autres codes selon la séquence de la règle de codage SD0102 «Sepsis»

Si la septicémie due au SARS-CoV-2 ne remplit pas les conditions du diagnostic principal, l'ordre suivant de saisie de codes est valable:

DP	*J12.8*	*Autres pneumonies virales ou autres*
L		
DS	*U69.0-!*	*Codes secondaires utilisés pour spécifier la relation temporelle entre une pneumonie classée ailleurs et l'admission à l'hôpital*
DS	*B34.80*	*Septicémie virale, non classée ailleurs*
DS		*Codes supplémentaires U69.80! - U69.82! précisant la relation temporelle entre, d'une part, une septicémie, d'autre part, l'admission en hôpital*
DS	*U07.1!*	*COVID-19, virus identifié*
DS		*si présent, U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé au COVID-19, sans autre précision*
DS		*Foyer d'infection, etc.*

d'autres codes selon la séquence de la règle de codage SD0102 «Sepsis»

Traitement hospitalier pour fièvre après une vaccination contre le COVID-19

Si de la fièvre survient après l'administration d'un vaccin contre le COVID-19 et qu'il en résulte une hospitalisation, le codage suivant est recommandé:

DP	*R50.88*	*Autre fièvre précisée*
DS	*U12.9!*	*Effets secondaires indésirables de l'utilisation de vaccins contre le COVID-19, sans autre précision*

Il ne faut pas utiliser le code pour la fièvre due à des médicaments *R50.2 Fièvre due à des médicaments [Drug fever].*

SD0200n Tumeurs

Remarque générale:
Le chapitre SD0200 «Tumeurs» doit être utilisé pour le traitement de toutes les tumeurs. Cela vaut aussi bien pour les tumeurs malignes et bénignes que pour les tumeurs au comportement incertain et inconnu.

Tumeurs malignes: p. ex. carcinome (carcinome de la prostate, carcinome de l'endomètre), sarcome, rarement thymomes ou méningiomes de grade III selon l'OMS (clairement classés comme malins sur le plan histopathologique), lymphomes, leucémies ou autres maladies immunoprolifératives malignes, etc.

Tumeurs bénignes: p. ex. adénomes (prostate, etc.), myomes (utérus, etc.), lipomes (par exemple, du tissu adipeux sous-cutané ou viscéral), méningiomes de grade I selon l'OMS (clairement classés comme bénins sur le plan histopathologique), etc.

Tumeurs au comportement incertain et inconnu: p. ex. tumeur borderline de l'ovaire, méningiomes de grade II selon l'OMS, thymomes et autres tumeurs dont la dignité ne peut être clairement classée comme bénigne ou maligne sur le plan histopathologique, etc.

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 le relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes). 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 fin de l'index alphabétique, à la rubrique «tumeur» 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	Evolution imprévisible ou inconnue
	primaire	secondaire			
Abdomen	*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.

Exemple 2

Cystadénome mucineux de l'ovaire, avec résultat non cancéreux	*D27*	*Tumeur bénigne de l'ovaire*
Cystadénome mucineux de l'ovaire, malin	*C56*	*Tumeur maligne de l'ovaire*
Cystadénome mucineux de l'ovaire, borderline	*D39.1*	*Tumeur de l'ovaire à évolution imprévisible ou inconnue*

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.

P. ex. 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

D30.3 est donc ici le code correct, spécifique à l'organe, bien que l'information précisant qu'il s'agit d'un hémangiome soit perdue.

Tumeurs malignes du système hématopoïétique et lymphatique
Les tumeurs primaires du système hématopoïétique et lymphatique (lymphomes, leucémies etc.) 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 3
C91.0– Leucémie lymphoblastique aiguë
C91.00 Sans indication de rémission complète, en rémission partielle
C91.01 En rémission complète

Tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous
Pour la localisation «Encéphale», on notera qu'elle n'est pas indiquée par un code de catégorie C49*, mais par la localisation anatomique plus précise (C71* «Tumeur maligne de l'encéphale»).

SD0202m Choix et ordre des diagnostics

Les règles figurant sous SD0202 règles concernant le choix du diagnostic principal dans le contexte d'affections tumorales s'appliquent seulement lorsqu'aucune **autre maladie indépendante,** sans lien avec la tumeur (infarctus du myocarde p. ex.) ne remplit la définition du diagnostic principal.
En présence d'une affection/condition/manifestation sans lien avec la tumeur, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» est utilisée.

Exemple 1
Admission pour une opération bilatérale de hernies inguinales (incarcérées, pas de récidive).
En présence d'un carcinome métastatique lymphogène (pelvien) concomitant de la prostate, la chimiothérapie est administrée en cycle dans un cadre hospitalier, l'avant-dernier jour de l'hospitalisation.
Le traitement bilatéral des hernies inguinales est déclaré dans la documentation médicale comme étant la principale ressource du séjour.

DP	*K40.00*	*Hernie inguinale bilatérale, avec occlusion, sans gangrène*
L	*0*	
DS	*C61*	*Tumeur maligne de la prostate*
DS	*C77.5*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens*
T		*Opération hernie inguinale selon la documentation médicale*
L	*0*	
T		*Chimothérapie selon la documentation médicale*

Exemple 2

Admission en urgence pour infarctus du myocarde (paroi antérieure) dans le cadre d'une atteinte coronaire tritronculaire. Intervention coronaire en urgence puis pontage ultérieur.
Présentant également un carcinome rectal, le patient reçoit une chimiothérapie et une immunothérapie en cycle pour une meilleure surveillance dans le dernier tiers du séjour hospitalier. Des complications du traitement antitumoral (mucosite du tube digestif SAP et neutropénie) surviennent, ce qui prolonge encore la durée d'hospitalisation.
En considération de l'ensemble des résultats, les ressources liées à la maladie cardiaque sont cependant supérieures à celles liées au traitement antitumoral et à ses conséquences.

DP	*I21.0*	*Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure*
DS	*I25.13*	*Cardiopathie ischémique chronique, Maladie tritronculaire*
DS	*C20*	*Tumeur maligne du rectum*
DS	*K92.8*	*Autres maladies précisées du système digestif*
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*D70.19*	*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament, non précisées*
T		*Opération de pontage selon la documentation médicale*
T		*Intervention coronaire selon la documentation médicale*
T		*Chimiothérapie et immunothérapie selon la documentation médicale*

Note:
Bien qu'un traitement antitumoral systémique ait été administré dans les exemples 1 et 2, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» s'applique, car deux affections indépendantes existent simultanément.
Voir également le paragraphe «Thérapie systémique» à ce sujet.

Remarque:
Même si le traitement d'une tumeur maligne d'un cas ne remplit que les conditions de la règle de codage G54 «Les diagnostics supplémentaires», les métastases (décrites) et le carcinome in situ présents en plus doivent également être indiqués comme diagnostic supplémentaire (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).
Il en va de même pour le traitement des métastases qui rempliraient les conditions de la règle des diagnostics supplémentaires si une affection différente est indiquée en diagnostic principal. La tumeur primaire correspondante est alors également enregistrée selon les spécifications et contrairement à la RC G54. La «Note» concernant la notion de «présence» (décrite) doit également être prise en compte.

Exemple 3

Admission d'une patiente pour l'ablation d'un utérus myomateux (myomes principalement intramuraux, mais aussi sous-muqueux) avec troubles hémorragiques persistants (attribués étiologiquement aux myomes). Pendant le séjour, la patiente connaît pour la première fois une crise d'épilepsie. Une anémie ferriprive chronique (due à une hyperménorrhée) est diagnostiquée et une supplémentation en fer par voie intraveineuse est mise en place.
Le diagnostic par IRM montre une forte suspicion de méningiome. Après instauration d'un traitement antiépileptique, retour à domicile et planification des autres traitements liés au méningiome.
Le traitement chirurgical de l'utérus myomateux est indiqué comme ressource principale du cas.

DP	*D25.1*	*Léiomyome intramural de l'utérus*
DS	*D25.0*	*Léiomyome sous-muqueux de l'utérus*
DS	*D50.0*	*Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)*
DS	*D32.0*	*Tumeur bénigne des méninges, cérébrales*
T		*Hystérectomie selon la documentation médicale*
T		*IRM du neurocrâne*

Tumeurs malignes/carcinome in situ

Le code de la tumeur maligne et/ou du carcinome in situ sera indiqué comme diagnostic principal à **chaque** hospitalisation destinée au premier traitement et aux traitements ultérieurs de la tumeur maligne et/ou du carcinome in situ (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, bien que la tumeur maligne/d'un carcinome in situ ait été enlevée par voie chirurgicale, le patient est hospitalisé/réhospitalisé pour des suites de soins nécessaires et/ou un diagnostic de suivi de la tumeur et/ou du carcinome in situ.

Si un traitement chirurgical d'une tumeur maligne d'un carcinome in situ et/ou de métastases est réparti sur plusieurs interventions, la tumeur maligne/le carcinome in situ/les métastases seront le diagnostic principal et ceci pour chaque hospitalisation lors de laquelle et intervention ultérieure (prévue) est réalisée. 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 la tumeur maligne/le carcinome in situ/les des métastases** lors de l'hospitalisation suivante; en d'autres termes, la tumeur maligne/le carcinome in situ/les métastases est/sont aussi le motif de l'opération ultérieure des opérations ultérieures (prévues).
La notion de «suivi» dans cette règle de codage doit être considérée également selon la règle de codage D07 «Suivi interventionnel planifié».
Pour les séjours hospitaliers en raison de troubles consécutifs à des mesures médicales, des conséquences/affections en lien avec le traitement dans le contexte d'affections tumorales, voir la règle de codage SD0205.

Exemple 4
Patiente ayant subi il y a 2 ans une mastectomie et un curage axillaire pour carcinome mammaire et CIS lobulaire et une chimiothérapie adjuvante postopératoire. Elle est actuellement hospitalisée pour une reconstruction mammaire au moyen d'un expandeur et de lambeau du grand dorsal. Il n'y a pas d'autres mesures thérapeutiques ou diagnostiques concernant la maladie tumorale.

DP	*C 50.–*	*Tumeur maligne du sein (4e position selon la localisation)*
L		
DS	*D05.0*	*Carcinome in situ lobulaire*
L	*0*	

Remarque:
En cas de présence simultanée d'un carcinome (par exemple à la base d'un CIS étendu) et d'un carcinome in situ, la tumeur maligne doit être saisie **avant** le carcinome in situ.

Exemple 5
Admission pour une mastectomie bilatérale pour un carcinome in situ bilatéral (confirmé par une biopsie au trocart).
Un carcinome canalaire in situ bilatéral étendu et une petite partie d'un carcinome invasif (taille 0,4 x 0,3 mm, axe de 9 heures à droite) sont documentés dans le rapport histopathologique postopératoire.

DP	*C 50.8*	*Tumeurs malignes du sein, Lésion à localisations contiguës du sein*
L	*1*	
DS	*D05.1*	*Carcinome in situ intracanalaire*
L	*0*	

Exemple 6
Admission pour une nouvelle TUR-V planifiée pour un carcinome de la vessie (sur les deux parois latérales) et instillation de médicaments cytotoxiques.

DP	*C 67.2*	*Tumeur maligne de la vessie, Paroi latérale de la vessie*
L	*0*	
T		*TUR-V*
T		*Réopération*
T		*Instillation de médicaments cytotoxiques*

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

En cas de traitement/diagnostic simultané de tumeurs/néoformations malignes ET de métastases ET de thérapie systémique, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» s'applique.

- **Diagnostic/traitement de la tumeur primaire :** le code de la tumeur primaire ou de la tumeur primaire récidivante (locale) doit être indiqué comme diagnostic principal. Les métastases présentes (décrites) et le carcinome in situ éventuellement présents sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). Les tumeurs primaires dont la localisation est inconnue (CUP) doivent être indiquées par le code *C80.- Tumeur maligne de siège non précisé*.

  Exemple 7
  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)
  L

- **Diagnostic/traitement de métastase(s) :** la/les métastase(s) sont indiquées comme diagnostic principal et la tumeur primaire ou la tumeur primaire récidivante (locale) comme diagnostic supplémentaire (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire). Les autres métastases présentes (décrites) sont indiquées) et le carcinome in situ éventuellement présents sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

  Exemple 8
  Une patiente est hospitalisée pour 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

- **Thérapie systémique** (irradiation globale, radiothérapie iv, chimiothérapie systémique ou autres thérapies antitumorales systémiques, telles que les traitements hormonaux ; voir exemple 10) **de la tumeur primaire et/ou des métastases :** la tumeur primaire/ la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic principal. Les autres métastases présentes (décrites) et le carcinome in situ éventuellement présents sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).Les tumeurs primaires dont la localisation est inconnue (CUP) doivent être indiquées par le code C80.- Tumeur maligne de siège non précisé.

  Exemple 9
  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

En cas de traitement simultané d'une affection maligne traitée de manière systémique et d'une affection/condition/manifestation indépendante de la tumeur maligne au cours du même séjour hospitalier, la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» s'applique et la règle de codage qui se trouve ici est annulée.
Voir à ce sujet les exemples 1 et 2.

Exemple 10
Admission d'une patiente de 84 ans souffrant d'une insuffisance cardiaque décompensée NYHA 3-4 pour recompensation et ajustement du traitement médicamenteux au service «médecine interne». Elle souffre également d'un carcinome mammaire situé dans le quadrant supéro-externe du sein droit, métastasé dans les ganglions lymphatiques axillaires, opéré il y a un an et demi.
Pas de chimiothérapie prévue actuellement, maladie stable.

En raison d'un carcinome à récepteurs d'œstrogènes positifs, elle reçoit une autre injection prévue d'un bloqueur d'œstrogène pendant son séjour.

DP I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche, avec symptôme au repos
DS C50.4 Tumeur maligne du sein, Quadrant supéro-externe du sein
L 1
DS C77.3 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur
L 1

- **Diagnostic/Traitement de la tumeur primaire et de la ou des métastases :** on choisira pour diagnostic principal celui qui demande l'engagement le plus élevé de ressources médicales (conformément à la règle G 52). Selon les efforts de soins documentés, la tumeur primaire, la tumeur primaire récidivante (locale) ou la/les métastase(s) peut/peuvent être indiquée(s) comme diagnostic principal. Les autres métastases présentes (décrites) et/ou tumeurs et le carcinome in situ éventuellement présent sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

  Exemple 11
  Admission pour l'opération d'une métastase osseuse (sternum) avec carcinome primaire du médiastin antérieur.
  À la fin du séjour, une chimiothérapie systémique est administrée.
  Le traitement de la tumeur secondaire au sternum constitue la principale ressource du séjour hospitalier selon la déclaration médicale.

  DP C 79.5 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
  DS C 38.1 Tumeur maligne du cœur, du médiastin et de la plèvre, Médiastin antérieur

  Exemple 12
  Admission d'une patiente pour une biopsie de ganglions lymphatiques en raison d'une suspicion de métastases ganglionnaires inguinales (à droite) d'un mélanome malin de la grande lèvre droite.
  La stadification confirme la suspicion.
  La patiente reçoit une thérapie systémique avec des agents chimiothérapeutiques et une immunothérapie avec des anticorps au cours du même séjour.
  La documentation médicale indique que le traitement systémique a nécessité plus de ressources en moyens et représenté plus de ressources au sens de la règle de codage G 52 que la stadification par biopsie des ganglions lymphatiques.

  DP C 51.0 Tumeur maligne de la vulve, Grande lèvre
  L 1
  DS C 77.4 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur
  L 1

En cas de thérapie systémique et de traitement d'une métastase (exemple 11) et de diagnostic d'une métastase (exemple 12) simultanés, la ressource principale est déterminée selon la règle de codage G 52 «Le diagnostic principal».

- **Traitement palliatif pour tumeur :** la tumeur (primaire ou primaire récidivante [locale]) doit être indiquée comme diagnostic principal et les métastases présentes (décrites) et/ou le carcinome in situ présent comme diagnostics supplémentaires, que celles-ci soient traitées directement ou non et indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé.

Remarque : Dans de rares cas, la nécessité d'un traitement palliatif consécutif à une tumeur est due aux métastases (p.ex. métastases cérébrales de carcinome mammaire, hospitalisation pour un traitement palliatif due à l'ensemble des séquelles cérébrales).
Dans ces cas, on choisira comme diagnostic principal la tumeur qui entraîne le traitement palliatif. Si une métastase constitue le diagnostic principal, la tumeur primaire/la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases présentes (décrites) (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

- **Traitement de symptômes :** lorsqu'on traite uniquement un ou plusieurs symptômes de la maladie tumorale et qu'aucune mesure n'est effectuée pour la tumeur, la tumeur (tumeur primaire, tumeur primaire récidivante [locale] ou métastases) dont le traitement du symptôme a nécessité le plus grand effort de soins (G 52) doit être désignée comme diagnostic principal. Si une métastase constitue le diagnostic principal, la tumeur primaire/la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases (décrites) et/ou le carcinome in situ présents (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Remarque: Les énumérations et les exemples ne sont pas des indications exhaustives de codage ; ils sont mentionnés à titre indicatif.

Les symptômes d'une tumeur sont notamment les suivants :

– métastases osseuses : douleurs progressives, diffuses
– carcinome pulmonaire : dyspnée
– métastases cérébrales : vertiges, vomissements
– carcinome de l'œsophage : dysphagie
– saignement de la tumeur

- Lorsqu'une maladie (ou plus) **étiologiquement liée** à une ou plusieurs tumeur(s) (primaire, primaire récidivante [locale] ou métastase[s]) apparaît et nécessite un traitement, et qu'aucune mesure n'est entreprise pour la tumeur, le diagnostic principal indique la tumeur dont **dépend directement la maladie** et qui demande le plus d'efforts de soins (G 52). Si une métastase constitue le diagnostic principal, la tumeur primaire/la tumeur primaire récidivante (locale) est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases présentes (décrites) (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). La maladie doit être codée séparément si elle remplit les critères de la règle G 54.

Si la documentation médicale ne contient aucune indication claire permettant de déterminer si une maladie est **étiologiquement liée** à la tumeur ou si elle doit être traitée indépendamment, le médecin traitant doit impérativement être consulté.

Les maladies étiologiquement liées à une tumeur sont notamment les suivantes:

– métastases cérébrales ou méningiome bénin : épilepsie
– carcinome bronchique : pneumonie post-sténotique
– métastases osseuses : fracture du corps vertébral
– métastases osseuses : anémie
– carcinome de la tête du pancréas : défaillance hépatique due à une obstruction du canal cholédoque
– carcinome du côlon : iléus mécanique

Exemple 13
Admission d'une patiente ayant connu pour la première fois une crise tonico-clonique.
L'examen diagnostique, incluant notamment un scanner crânien, révèle une épilepsie structurelle due à une masse frontale avec suspicion de méningiome bénin de la faux.
Une médication avec des anti-épileptiques est établie et un traitement du méningiome va être proposé à la patiente à moyen terme.

DP	*D32.0*	*Tumeur bénigne des méninges, cérébrales*
DS	*G 40.2*	*Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec des crises partielles complexes*

Les **symptômes/syndromes paranéoplasiques** sont également considérés pour le codage parmi les symptômes/maladies étiologiquement lié(e)s à une tumeur.

Dans ces cas également, on choisira comme diagnostic principal la tumeur sous-jacente (primaire, primaire récidivante (locale) ou métastase[s]) **directemen**t responsable du symptôme/syndrome paranéoplasique.
Le symptôme/syndrome ou les manifestations isolées (lorsqu'aucun code de syndrome n'existe dans le CIM-10-GM) ainsi que les autres métastases présentes (décrites) sont indiqués comme diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Si la documentation médicale ne contient aucune indication claire permettant de déterminer si un(e) symptôme/syndrome/manifestation d'une paranéoplasie est étiologiquement lié(e) à la tumeur ou s'il/ si elle doit être traité(e) indépendamment, le médecin traitant doit impérativement être consulté.

Exemples de paranéoplasies :

- Manifestations paranéoplasiques endocrines :
  – Production ectopique d'ACTH ou de molécules similaires (p.ex. carcinome bronchique), conséquence possible : *E24.3 Syndrome de ACTH ectopique*
  – Production de PTH (p.ex. carcinome bronchique), conséquence possible : *E21.2 Autres hyperparathyroïdies*

- Troubles de la coagulation paranéoplasiques, p.ex. thromboses paranéoplasiques :
  – Thrombophlébite migratrice : *I82.1*
  – Thrombophlébite de jambe profonde : *I80.28*
  – Endocardite non bactérienne thrombosante (avec conséquences de type infarctus ou AVC) : *I33.9*

- Paranéoplasies transmises par anticorps :
  – Syndrome de Zollinger-Ellison p.ex. en cas de tumeur maligne du tractus gastro-intestinal : *E16.4*
  – Dermatomyosite/polymyosite au cours d'une maladie tumorale : *M36.0**

- Paranéoplasies transmises neurologiquement :
  – Syndrome de Guillain-Barré p.ex. en cas de lymphome hodgkinien : *G61.0*
  – Syndrome de Lambert-Eaton p.ex. en cas de carcinome bronchique à petites cellules : *G73.1**
  – Polynévrite périphérique (non due à la chimiothérapie) : *G62.88*

Remarque : Un symptôme/syndrome ou une manifestation paranéoplasique et/ou une maladie étiologiquement associée à la tumeur peut déclencher d'autres maladies secondaires.

Si cette maladie consécutive est directement liée au symptôme/syndrome ou à la manifestation paranéoplasique ou à une maladie qui est étiologiquement associée à la tumeur, **elle n'est plus considérée comme étant directement liée à la tumeur** et est codée en tant que diagnostic principal (si elle remplit les critères de la règle G 52).
La paranéoplasie et/ou la maladie étiologiquement associée à la tumeur et la tumeur déclanchante (tumeur primaire, tumeur primaire récidivante [locale] et les métastases présentes [décrites]) qui y est liée constituent des diagnostics supplémentaires (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).

Exemple 14
Un patient est hospitalisé pour un infarctus du myocarde consécutif à une endocardite paranéoplasique non bactérienne thrombosante due à un carcinome bronchique à petites cellules.

DP	*I21.-*	*Infarctus aigu du myocarde*
DS	*I33.9*	*Endocardite aiguë, sans précision*
DS	*C34.-*	*Tumeur maligne des bronches et du poumon*
L		

Exemple 15
Une patiente est hospitalisée pour une embolie pulmonaire sans cœur pulmonaire entraînée par une thrombophlébite de jambe profonde faisant partie des troubles de la coagulation paranéoplasique consécutifs à un carcinome de la tête du pancréas.
Deux jours dans un service de soins intensifs en raison de l'embolie pulmonaire. Ensuite, la patiente reçoit de l'héparine pendant 3 jours et on effectue un staging-CT.

DP	*I26.9*	*Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu*
L		
DS	*I80.28*	*Thrombose d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs*
L		
DS	*C25.0*	*Tumeur maligne de la tête du pancréas*

Exemple 16
Un patient est hospitalisé dans le secteur stationnaire en raison d'une soudaine aphasie croissante et d'une hémiplégie flasque. Après une thrombectomie endovasculaire intracérébrale, une prise en charge aux soins intensifs et une stabilisation dans la Stroke unit, on suspecte de plus en plus un trouble de la coagulation dont l'étiologie est incertaine chez un patient sinon en bonne santé.
Après d'autres examens, dont un staging-CT, le diagnostic de carcinome de la tête du pancréas est posé.
Le médecin traitant documente la forte suspicion de trouble de la coagulation paranéoplasique.

DP	*I63.3*	*Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales*
L		
DS	*G81.0*	*Hémiplégie et hémiparésie flasque*
L		
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*D68.8*	*Autres anomalies précisées de la coagulation*
DS	*C25.0*	*Tumeur maligne de la tête du pancréas*

Remarque: Pour tous les exemples de cas, les codes supplémentaires *U69.11! Troubles de la coagulation sanguine «durablement acquis»* et *U69.12! Troubles de la coagulation «provisoires»* sont ajoutés au codage, conformément à la documentation médicale de l'évolution de la maladie.

Note: On entend par **«présente» (décrite)** (en lien avec une tumeur primaire, une tumeur primaire récidivante [locale] et/ou des métastases) l'affection initiale métastatique médicalement documentée, indépendamment du fait que, p.ex., les métastases sont ou étaient décelables d'un point de vue macroscopique ou microscopique (histopathologie).
Pour qu'une documentation médicale soit valable, elle doit contenir une classification TNM dans la documentation de cas et/ou la description exacte de la localisation de la tumeur primaire, de la tumeur primaire récidivante (locale) et/ou des métastases (ou suspicion de) dans le corps du texte et/ou la liste diagnostique du rapport médical. Même si, p.ex., des métastases (locales) ont été retirées, si l'affection initiale est métastatique, on ne peut pas partir du principe que le patient est guéri de sa tumeur et/ou de ses métastases.

Exemple 17
Une patiente est admise pour une chimiothérapie palliative par cycle à la suite d'une mastectomie et d'une lymphadénectomie dues à un carcinome mammaire métastatique. La classification TNM d'après le rapport médical de sortie est pT2N2 (7/15) M1(OSS, BRA). Les métastases des ganglions lymphatiques étaient axillaires.

DP	*C50.9*	*Tumeur maligne du sein, sans précision*
L		
DS	*C77.3*	*Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur*
L		
DS	*C79.5*	*Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse*
DS	*C79.3*	*Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales*

Exemple 18
Un patient est hospitalisé pour une vertébroplastie avec une tassement du corps vertébral thoracique médicalement documentée due aux métastases et consécutive à un carcinome métastatique des cellules rénales.

DP	*C79.5†*	*Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse*
DS	*M49.54**	*Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs, région dorsale*
DS	*C64*	*Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet*
L		

SD0203n 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 d'origine.
Si la tumeur retirée antérieurement est documentée comme métastatique et/ou en cas de présence (actuelle) de métastases (décrites) et/ou de présence de carcinome in situ, ces diagnostics sont également saisis (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G54, qui précise que l'effort de soins > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé).
La réopération dans la même zone est représentée comme d'habitude, soit par des codes spéciaux de réintervention, soit par la saisie supplémentaire du code CHOP *00.99.11*
«Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie» **ou** *00.99.12 «Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée».*

SD0204k Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement

Lorsqu'une biopsie antérieure a démontré un diagnostic de tumeur maligne, de carcinome in situ ou autre, mais que ce diagnostic ne peut être confirmé dans le tissu actuel prélevé lors de l'opération, le diagnostic initial, basé sur le résultat de la biopsie antérieure, ne doit être codé que si les examens cliniques et/ou histopathologiques n'aboutissent à aucun autre diagnostic/résultat.

SD0205n Maladies (aiguës, chroniques), troubles après et/ou conséquences d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique dans le contexte de traitements de néoformations malignes (solides, hématologiques)

Les maladies/troubles/conséquences/syndromes/symptômes/autres manifestations liés au traitement surviennent souvent en raison/à la suite du traitement/de la thérapie d'une pathologie maligne.

Dans les différents chapitres de la CIM-10-GM se trouvent, comme déjà indiqué dans la règle de codage D12, des codes spécifiques de diagnostic, tels que *D70.1- Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament, D90 Immunocompromission après radiothérapie, chimiothérapie et autres mesures immunosuppressives*, *K52.1 Gastro-entérite et colite toxiques*, *G62.0 Polynévrite médicamenteuse*, etc.
En l'absence de code spécifique de diagnostic selon la règle de codage D12, la recherche d'un code de diagnostic approprié est effectuée comme décrit dans la règle de codage susmentionnée.
P. ex. *B37.0 Stomatite à Candida + Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*, *R11 Nausées et vomissements + Y57.9! Complications dues à des médicaments ou des drogues*, etc.

Lorsqu'une hospitalisation est due **exclusivement** à la nécessité de traiter la maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique et qu'aucune mesure n'est effectuée pour la maladie tumorale, cette maladie ou ce trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique est indiqué comme diagnostic principal. La tumeur (primaire récidivante [locale] ou métastases) dont le traitement a entraîné le trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, et d'éventuelles métastases **présentes (décrites)** seront indiquées comme diagnostic supplémentaire, en dérogation de la définition du diagnostic supplémentaire (G54), selon laquelle le codage d'un diagnostic supplémentaire nécessite un effort de soins > 0.

Si plusieurs maladies/troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique sont traitées, le trouble qui a entraîné le plus grand effort de soins (règle G52) doit être désigné comme diagnostic principal.

Remarque: En cas de réadmission dans un délai de 18 jours, la règle de codage D16 (règle de facturation) prime sur la règle spéciale de codage SD0205 et doit être appliquée.

Note:
Si une néoformation maligne est considérée comme guérie et que le traitement est terminé (c'est-à-dire qu'il n'y a plus de thérapie en cours, par exemple pas non plus de thérapie de blocage hormonal) et qu'aucune thérapie nouvelle ou supplémentaire n'est prévue à l'avenir, aucun code CIM-10-GM n'est indiqué pour la néoformation maligne et/ou le carcinome in situ.
Les codes des chapitres XX et XXI doivent être utilisés pour représenter le fait que le trouble est apparu après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique et qu'une néoformation maligne était présente (exemples 7, 8).
Le status «guérison» dans le contexte des maladies sous-jacentes malignes dépend de la maladie en question. Il est défini par des délais et des paramètres différents et changeants (voir également la règle de codage SD0207 à ce sujet).
Ainsi, il en résulte que la documentation médicale doit indiquer clairement s'il y a eu guérison complète de la maladie sous-jacente maligne.

Exemple 1
Traitement d'un lymphœdème consécutif à une mastectomie suite à un carcinome mammaire, avec poursuite de la thérapie hormonale en cours.

DP	*I97.2*	*Lymphoedème après mastectomie*
L		
DS	*C50.–*	*Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4e caractère selon le siège de la tumeur)*
L		

Exemple 2
Admission avec neutropénie et anémie après l'administration de la 2e chimiothérapie du cycle pour un carcinome de l'endomètre avec des métastases sur les ganglions lymphatiques pelviens. Le rapport histopathologique a en outre révélé un carcinome endocervical in situ sur l'utérus retiré.
La ressource principale du traitement était la neutropénie avec toutes ses conséquences. En raison d'une anémie, administration de 2 concentrés érythrocytaires. Il n'y a pas eu de traitement spécifique et/ou de diagnostic ciblé sur la néoformation maligne.

DP	*D70.1-*	*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament*
DS	*D61.1*	*Anémies aplastiques médicamenteuses*
DS	*C54.1*	*Tumeur maligne du corps de l'utérus, Endomètre*
DS	*C77.5*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens*
DS	*D06.0*	*Carcinome in situ du col de l'utérus, Endocol*

Exemple 3

Admission avec stomatite à candida 15 jours après la dernière chimiothérapie et immunothérapie pour un carcinome de la tête du pancréas avec métastases ganglionnaires régionales.
Le patient présente une pancytopénie avec focalisation sur l'anémie liée au traitement.
Toute la zone buccale présente des aphtes intrabuccaux, d'autres stigmates inflammatoires et un muguet persistant.
La forte douleur lors de la prise d'aliments et de liquides entraîne une déshydratation et une hyponatrémie: (traitées par des perfusions contenant du NaCl), un début de malnutrition (alimentation liquide hautement calorique) et donc une dégradation de l'état général.
Selon la documentation médicale, la stomatite à candida est déclarée comme étant la cause ayant entraîné l'engagement le plus important de ressources avec l'administration de 2 CE, 1 CUP, d'un médicament agissant comme facteur de stimulation des colonies de granulocytes (une fois) ainsi que de 8 jours de traitement intensif du muguet/de l'inflammation et de reconditionnement.
Toutes les maladies actuelles sont qualifiées de conséquences/troubles consécutifs à une chimiothérapie administrée. À la fin du traitement des troubles susmentionnés, une TDM de stadification est effectuée et une chimiothérapie palliative supplémentaire est administrée sous surveillance en milieu hospitalier.

DP	*C25.0*	*Tumeur maligne du pancréas, Tête du pancréas*
DS	*C77.2*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intra-abdominaux*
DS	*B37.0*	*Stomatite à Candida*
DS	*E87.1*	*Hypoosmolarité et hyponatrémie*
DS	*E86*	*Hypovolémie*
DS	*E46*	*Malnutrition protéino-énergétique, sans précision*
DS	*D61.10*	*Aplasie médullaire [anémie aplastique] médicamenteuse due à un traitement cytostatique*
DS	*D70.1-*	*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament*
DS	*D69.58*	*Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions*
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*

En raison de la réadmission 15 jours après la chimiothérapie réalisée et de ses conséquences, la règle de codage/de facturation D16 est appliquée.
Si la réadmission avait eu lieu le 19e jour après la sortie, la règle de codage SD0205 s'appliquerait et le code C25.0 serait également le diagnostic principal du cas.

Exemple 4

Admission d'une patiente de 34 ans souffrant de fortes douleurs osseuses immédiatement après une radiothérapie planifiée pour un ostéosarcome de la mandibule gauche avec une métastase du ganglion cervical gauche solitaire. État après opération primaire et début de la chimiothérapie postopératoire.
Après administration d'analgésiques par voie intraveineuse (3 fois en 24h), amélioration rapide de la douleur.
En raison d'autres suspicions, une IRM de stadification du neurocrâne et une TDM des tissus mous du cou sont réalisées. Aucune progression de la maladie sous-jacente n'est identifiée.
La patiente est jeune et présente un état dépressif modéré d'apparition récente dû à sa maladie sous-jacente maligne, qui a nécessité une consultation psychiatrique ponctuelle et la mise en place d'un traitement antidépresseur.
Après accord, la chimiothérapie suivante a lieu durant le même séjour, également pour un meilleur suivi.
La radiothérapie ayant eu lieu dans le même hôpital le jour de l'admission, elle est également incluse dans le codage de l'hospitalisation.

DP	*C41.1*	*Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire, de sièges autres et non précisés, Mandibule*
L	*2*	
DS	*C77.0*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou*
L	*2*	
DS	*K10.8*	*Autres maladies précisées des mâchoires*
L	*2*	
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
DS	*F32.1*	*Episode dépressif moyen*

Exemple 5

Une chéloïde gênante se forme après la fin du traitement d'un mélanome au front, côté droit (résection, recouvrement plastique, chimiothérapie et traitement par anticorps) et une micrométastase avérée dans les ganglions cervicaux du côté droit, qui ont été enlevés lors de la chirurgie primaire. Il n'y a aucune indication de guérison dans la documentation médicale.
Admission pour la révision de la chéloïde

DP	*L91.0*	*Cicatrice hypertrophique*
L	*1*	
DS	*C43.3*	*Mélanome malin de la face, parties autres et non précisées*
L	*1*	
DS	*C77.0*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou*
L	*1*	

Exemple 6

Admission en chirurgie pour une sténose urétrale 6 ans après une chirurgie transurétrale pour un carcinome de la vessie.
Le traitement est considéré comme terminé, le patient est guéri.

DP	*N99.1*	*Rétrécissement urétral après des actes médicaux*
DS	*Z85.5*	*Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires*

Exemple 7

Admission pour examen diagnostique de déficits cognitifs et moteurs croissants et significatifs ainsi que de trouble affectif. Une lésion cérébrale postactinique de type ALERT (Acute Late-onset Encephalopathy after Radiotherapy) est diagnostiquée. Les antécédents font apparaître le traitement terminé d'un astrocytome frontal (il y a 17 ans). Concernant la tumeur maligne, le patient est considéré comme guéri.

DP	*G93.88†*	*Oedème cérébral, Autres affections cérébrales précisées*
DS	*F02.8**	*Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs*
DS	*U63.1!*	*Symptômes affectifs lors de démence*
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
DS	*Z85.8*	*Antécédents personnels de tumeurs malignes d'autres organes et systèmes*

Exemple 8

Admission pour une première chimiothérapie et immunothérapie pour un carcinome pulmonaire récemment diagnostiqué (lobe inférieur droit).
État après irradiation d'un lymphome non hodgkinien dans le médiastin droit il y a 20 ans.
La documentation médicale montre un lien étiologique entre la seconde tumeur (pulmonaire) et la radiothérapie de la première néoformation maligne survenue et traitée des années auparavant.

DP	*C34.3*	*Tumeur maligne des bronches et du poumon, Lobe inférieur, bronches ou poumon*
L	*1*	
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
DS	*Z85.7*	*Antécédents personnels d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés*

SD0206a 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.*

SD0207a 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
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.

SD0208n Récidives

En cas d'hospitalisation pour le traitement d'une tumeur primaire récidivante, il s'agit d'indiquer le code de la tumeur, même après résection radicale, 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*
L		
DS	*Z85.3*	*Antécédents personnels de tumeur maligne du sein*
L		

SD0209a 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*
L		
DS	*E27.5*	*Hyperfonctionnement de la médullosurrénale*

SD0210n Localisations multiples

- **Tumeurs malignes primaires de localisations multiples :** Le code *C97! Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)* sera indiqué comme diagnostic supplémentaire lorsque plusieurs tumeurs malignes primaires sont traitées/diagnostiquées (choix du diagnostic principal selon règle G 52).

  Exemple 1
  Une patiente subit une mastectomie pour carcinome mammaire et une excision de mélanome malin à la jambe.

DP/DS L	*C 50.–*	*Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4e caractère selon le siège de la tumeur)*
DS/DP L	*C 43.7*	*Mélanome malin du membre inférieur, y compris la hanche*
DS	*C 97!*	*Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)*

  Exemple 2
  Un patient est traité pour carcinome de la vessie de sièges multiples.

DP/DS	*C 67.3*	*Tumeur maligne de la vessie, paroi antérieure*
DS/DP	*C 67.4*	*Tumeur maligne de la vessie, paroi postérieure*
DS	*C 97!*	*Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)*

- **Métastases ganglionnaires de localisations multiples :** Les métastases ganglionnaires multiples sont codées avec *C77.8 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques de sièges multiples, secondaire et non précisée*, suivi des codes correspondants issus de *U69.5-! Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée.* Voir à ce sujet l'exemple 3

  Exception: si le traitement de métastases ganglionnaires ou régions ganglionnaires individuelles remplit les conditions du diagnostic principal, le code **spécifique** correspondant de *C77.-* (et non *C77.8*) est utilisé en DP. Toutes les autres régions ganglionnaires affectées présentes ainsi que la ou les autres métastases présentes (décrites) et la tumeur primaire/tumeur primaire récidivante sont indiquées comme diagnostic supplémentaire (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire G 54, qui précise que l'effort de soins doit être > 0 pour que le codage en tant que diagnostic supplémentaire soit autorisé). Voir à ce sujet l'exemple 4.

  Exemple 3
  Carcinome de l'endomètre avec métastases dans le rétropéritoine, la plèvre, les os et les ganglions des aires affectées suivantes : rétropéritonéale, médiastinale, inguinale, pelvienne, sus-claviculaire et cervicale (cou). Admission pour traitement par anticorps.

DP	*C 54.1*	*Tumeur maligne du corps de l'utérus, Endomètre*
DS L	*C 78.2*	*Tumeur maligne secondaire de la plèvre*
DS	*C 78.6*	*Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine*
DS	*C 79.5*	*Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse*
DS	*C 77.8*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de sièges multiples*
DS	*U69.50!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou*
DS	*U69.51!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrathoraciques*
DS	*U69.52!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intra-abdominaux*
DS	*U69.54!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur*
DS	*U69.55!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens*

Exemple 4
Admission pour un diagnostic pour suspicion (et confirmation ultérieure) de métastases ganglionnaires médiastinales d'un carcinome du plancher de la bouche métastasé dans les ganglions cervicaux (cou).

DP	*C77.1*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrathoraciques*
DS	*C77.0*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou*
DS	*C04.9*	*Tumeur maligne du plancher de la bouche, Plancher de la bouche, sans précision*

Exemple 5
Diagnostic d'un lymphome non hodgkinien folliculaire (nodulaire) avec atteinte des régions ganglionnaires axillaires et cervicales et grosse masse ganglionnaire médiastinale.

DP	*C82.9*	*Lymphome folliculaire, sans précision*

SD0211a 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
Carcinome colorectal s'étendant du canal anal jusqu'au rectum mais dont la localisation primaire reste inconnue.
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.
C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

Si une tumeur/métastase se propage, s'infiltre d'un siège primaire connu à un organe voisin ou à une région voisine, seul le siège primaire doit être codé (cela vaut aussi pour la lymphangiose carcinomateuse locale de la tumeur primaire, voir aussi SD0213).

Exemple 3
Carcinome du col de l'utérus (exocol) infiltrant le vagin.
C53.1 Tumeur maligne du col de l'utérus, exocol

SD0212a 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.

.x1 En rémission complète
doit être utilisé:
- 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.

SD0213a Lymphangiose carcinomateuse

La lymphangiose carcinomateuse n'est pas codée selon l'histologie (vaisseaux lymphatiques) s'il s'agit d'une tumeur secondaire, mais selon le siège, comme pour la formation de métastases. La lymphangiose carcinomateuse d'une tumeur primaire n'est pas codée.

P. ex.: chez un patient avec carcinome de la prostate et lymphangiose carcinomateuse de la plèvre, on utilisera le code
C78.2 Tumeur maligne secondaire de la plèvre

SD0214n 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 supplémentaire

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

Si le traitement de l'atteinte des méninges ou de l'encéphale, ou encore des os, correspond à la définition du diagnostic principal, le code spécifique correspondant est indiqué comme DP.

SD0215a Chimiothérapie et radiothérapie

Ces traitements sont indiqués à l'aide des codes CHOP appropriés. Les codes CIM-10-GM

Z51.0 Séance de radiothérapie
Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur maligne **et**
Z51.82 Cure combinée de radiothérapie et chimiothérapie pour une néoplasie maligne ne sont pas codés.

SD0216n 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 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
L

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 de la glande mammaire [sein]
L 0

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 de l'ovaire
L 0

SD0217o Traitement palliatif

Les **soins** palliatifs chez les patientes/patients (atteints d'une tumeur) sont codés à l'aide des codes CHOP appropriés.

93.8A.2- *Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), selon le nombre de jours de traitement*
93.8B.- *Soins palliatifs spécialisés*

Note: «Choix du diagnostic principal lors de traitements palliatifs: la maladie motivant le traitement palliatif est codée en diagnostic principal». Se référer à la règle de codage SD0202: «Traitement palliatif pour tumeur»

Remarque:
- Les symptômes d'une maladie (tumorale) à un stade avancé, p.ex. forte nausée, inflammation systémique, faiblesse, perte de l'appétit, douleurs généralisées, essoufflement, panique, etc. ne doivent pas être codés comme causes du traitement palliatif dans le diagnostic principal, même lorsqu'ils étaient au centre du traitement stationnaire pour le confort de la personne malade.

Si la documentation médicale et/ou le dossier du patient indique que, par exemple, l'intention du traitement est passée de curative à palliative, qu'une opération a été effectuée dans un but palliatif, qu'une chimiothérapie se veut palliative, etc., le code *Z51.5 Soins palliatifs* **ne peut pas** être saisi.

Saisie de limitations fonctionnelles dans le cadre de traitements palliatifs
Les codes des rubriques *U50.-* à *U51.-* qui se rapportent à l'indice de Barthel peuvent être relevés pour les traitements de la médecine palliative (comme pour les traitements gériatriques et de réadaptation précoce) au **début du traitement palliatif**.
Cela signifie, en référence aux notes sous les rubriques *U50.-* et *U51.-*, que le relevé **ne** doit **pas** nécessairement avoir lieu dans les 5 premiers jours du traitement **hospitalier**.

SD0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

SD0401n Généralités

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

E10.- *Diabète sucré, type 1*
Englobe tous les diabètes de type I, notamment le diabète juvénile, le diabète insulino-dépendant (DID)
E11.- *Diabète sucré, 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, type 1*
O24.1 *Diabète sucré au cours de la grossesse, préexistant, 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.).

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 5e 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 trois fois / jour et adaptation de la thérapie

ou

- glycémie variant fortement (différence min. 5 mmol/l) avec contrôles de la glycémie trois fois / jour et adaptation de la thérapie, ou
- HbA1c nettement élevé (> 9%) pendant les 3 derniers mois et contrôles de la glycémie trois fois / 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 trois fois / jour pendant plusieurs jours et nouvelle injection documentée.

SD0402n 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 G 54).

- **La maladie primaire «diabète sucré» est traitée; seule une complication (manifestation) à cette maladie a été observée:**
  DP E10 – E14, 4e caractère «.6»
  DS 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-GM** 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, type 1 avec complications précisées, spécifié comme décompensé
DS 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, type 1 avec complications précisées, spécifié comme décompensé

Pour indiquer le niveau d'une hypoglycémie ou la présence d'un trouble de la perception de l'hypoglycémie, utiliser un code supplémentaire (*U69.70! - U69.74!*).

- **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»
  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, type 1 avec complications multiples, spécifié comme décompensé
  DS 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, type 1 avec complications multiples, spécifié comme décompensé

- **L'hospitalisation a lieu avant tout pour le traitement d'une complication (manifestation) du diabète sucré:**
  DP E10 – E14, quatrième caractère selon la manifestation
  DS 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, type 1 avec complications vasculaires périphériques, non spécifié comme décompensé
  DS I79.2 Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
  DS I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos
  L
  DS E10.30† Diabète sucré avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé
  DS H36.0 Rétinopathie diabétique*
  T 39.25.-- Pontage vasculaire de l'aorte ou de l'artère iliaque vers d'autres artères de membre inférieur
  L

Remarque: le code *I70.23 Atherosclérose 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.

- **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
  DS 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 est à coder. S'il existe des complications (manifestations), on ajoutera au code *E10 – E14* concerné un 4e caractère correspondant à la ou les complications (manifestations). Ces complications/manifestations sont codées si 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 médication) et les valeurs rénales contrôlées régulièrement.

DP	*S42.21*	*Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus: tête*
L	*1*	
DS	*X59.9!*	*Autre accident ou accident non précisé*
DS	*E11.20†*	*Diabète sucré, 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 droit 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*	
DS	*X59.9!*	*Autre accident ou accident non précisé*
DS	*E11.20†*	*Diabète sucré, type 2 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé*

Remarque: comme le prévoit la règle D03, les codes dague† peuvent être codés seuls.

SD0403n 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, type 1 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé*
DS	*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, type 1 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé*
DS	*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*
L	

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*
L	
H35.8	*Autres affections rétiniennes précisées*
L	

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*
L	

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*
L	

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.–*	*Autrescataractes*

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 (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 deux manifestations/complications du syndrome du pied diabétique

*G63.2**	*Polyneuropathie diabétique*
*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*

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

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*
DS	*G 63.2**	*Polyneuropathie diabétique*
DS	*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*I70.24*	*Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération*
L		
DS	*A46*	*Erysipèle*

Remarque: Le code *I70.24 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.

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, stade 1	*L89.0 -*
Ulcère de décubitus, stade 2	*L89.1 -*
Ulcère de décubitus, stade 3	*L89.2 -*
Ulcère de décubitus, stade 4	*L89.3 -*
Décubitus, stade non précisé	*L89.9 -*
Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	*L97*
Mal perforant plantaire	*L98.4*
Ostéomyélite	*M86. -*

2. Maladies vasculaires périphériques

Athérosclérose des artères distales, sans douleur	*I70.20*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge, distance de marche de 200 m et plus	*I70.21*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique induite par la charge, distance de marche de moins de 200 m	*I70.22*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur au repos	*I70.23*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération	*I70.24*
Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec gangrène	*I70.25*

3. Neuropathie périphérique

Polyneuropathie diabétique	*G 63.2**
Neuropathie du système nerveux autonome au cours de maladies endocriniennes et métaboliques	*G 99.0**

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. Antécédents d'amputation(s)

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)*

SD0404a 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 G 54).

SD0405n 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.

Le niveau d'une hypoglycémie doit être indiqué en recourant à un code supplémentaire (*U69.70!, U69.71!, U69.72!*).

SD0406a 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 toujours 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

Exemple 1

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 p. ex. la manifestation intestinale fait l'objet d'un traitement en priorité et si le patient a été hospitalisé 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.

SD0407n Malnutrition chez les adultes

Codage :
- Le diagnostic doit être posé par le médecin traitant.
- Une malnutrition selon CIM-10-GM *E43 Malnutrition protéino-ernergétique grave, sans précision* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous a été effectuée :

  - *89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement*

  ou

  - *89.0A.32 Conseil/traitement diététique*

- Une malnutrition selon CIM-10-GM *E44.- Malnutrition protéino-énergétique légère ou modérée* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous **au moins** a été effectuée :

  - *89.0A.32 Conseil/traitement diététique*
  - *89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement*
  - *96.6 Perfusion entérale de substances nutritives concentrées*
  - *99.15 Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées*

Remarque : Les codes *E43* et *E44.-* ne peuvent être utilisés que si les critères prévus sont remplis. Lorsque des critères ne sont pas remplis (définition malnutrition et/ou procédure), il faut alors utiliser le code *E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision.*
Lorsqu'une malnutrition protéino-énergétique (E43, E44.0, E44.1, E46) et une cachexie (R64) sont documentées, on ne code que le E4– de la malnutrition (pas de codage double).

Exception :
Si un traitement est déjà inclus dans un code de traitement complexe, il n'est pas codé séparément (en sus).
Le code CIM-10-GM correspondant peut toutefois être saisi à des fins de précision.
Exemple :
Le code 89.0A.32 «Conseil/traitement diététique» n'est pas saisi en plus si le conseil diététique est déjà inclus dans les caractéristiques minimales des codes de traitement complexe, sauf si une mention spécifique l'impose («Coder aussi»).

Définition des stades de la malnutrition chez les adultes

- **E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision**
  On est en présence d'une malnutrition grave lorsque les deux critères suivants sont remplis:
  - Score NRS (Nutritional Risk Screening*) > ou = 5

  et
  - BMI < 18,5 kg/m^2 avec état général diminué

  ou
  - perte de poids involontaire > 5% en 1 mois et état général diminué

  ou
  - aucun apport ou apports nutritionnels** entre 0 – 25% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 3).

- **E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée**
  On est en présence d'une malnutrition modérée lorsque les deux critères suivants sont remplis:
  - Score NRS > ou = 4

  et
  - BMI 18,5 – 20,5 kg/m^2 avec état général diminué

  ou
  - perte de poids involontaire > 5% en 2 mois et état général diminué

  ou
  - apports nutritionnels couvrant 25 – 50% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 2).

- **E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère**
  On est en présence d'une malnutrition légère lorsque les deux critères suivants sont remplis:
  - Score NRS > ou = 3

  et
  - perte de poids involontaire > 5% en 3 mois

  ou
  - apports nutritionnels couvrant 50 – 75% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 1).

Tableau expliquant l'attribution du diagnostic de malnutrition CIM:

Degré de la détérioration de l'état nutritionnel		1	2	3
	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
Score NRS*	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Adapté d'après le Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321 – 336
** Apport nutritionnel inclus toute forme d'alimentation (parentérale, entérale, per os)

SD0408n Malnutrition chez les enfants

Codage:

- Le diagnostic doit être posé par le médecin traitant.
- Une malnutrition selon CIM-10-GM *E43 Malnutrition protéino-ernergétique grave, sans précision* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous a été effectuée:
  - *89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement*

  ou
  - *89.0A.32 Conseil/traitement diététique*

- Une malnutrition selon CIM-10-GM *E44.- Malnutrition protéino-énergétique légère ou modérée* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous **au moins** a été effectuée:
  - *89.0A.32 Conseil/traitement diététique*
  - *89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement*
  - *96.6 Perfusion entérale de substances nutritives concentrées*
  - *99.15 Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées*

Remarque: Les codes *E43* et *E44.-* ne peuvent être utilisés que si les critères prévus sont remplis. Lorsque des critères ne sont pas remplis (définition malnutrition et/ou procédure), il faut alors utiliser le code *E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision.*

Lorsqu'une malnutrition protéino-énergétique (E43, E44.0, E44.1, E46) et une cachexie (R64) sont documentées, on ne code que le E4– de la malnutrition (pas de codage double).

Définition des stades de la malnutrition chez les enfants

Ces définitions s'appliquent aux enfants et adolescents âgés de 1 à 16 ans. Chez le nourrisson (0 – 12 mois), le PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) n'est pas applicable et il suffit qu'un des trois arguments soit rempli pour établir le diagnostic.

- **E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision**
  On est en présence d'une malnutrition grave lorsque les 2 conditions suivantes sont remplies:
  - **1re condition:** Score total au PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) d'au moins 4 plus 2e condition: un des 3 critères suivants:
    a) Jusqu'à 120 cm: poids pour taille ≥ – 3 DS (déviation standard) au score z ou < P 0,5 sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
    b) A partir de 120 – 175 cm pour les garçons et 120 – 163 cm pour les filles: poids idéal pour la taille (classification de Wellcome) < 70% avec état général diminué
    c) A partir de 175 cm pour les garçons et 163 cm pour les filles: IMC ≥ – 3 DS au score Z sous la valeur correspondante pour l'âge et le sexe ou < P 0,5 sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué

    ou

    perte non souhaitée de poids ≥ 10% avec état général diminué

    ou

    réduction non souhaitée de la prise alimentaire dans la semaine précédente (0 – 25% des besoins)

- **E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée**
  On est en présence d'une malnutrition modérée lorsque les deux critères suivants sont remplis:
  - **1re condition:** Score total au PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) d'au moins 3 plus 2e condition: un des 3 critères suivants:
    a) Jusqu'à 120 cm: poids pour taille ≥ – 2 à – 2,9 DS (déviation standard) au score Z ou < P 3 sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
    b) A partir de 120 – 175 cm pour les garçons et 120 – 163 cm pour les filles: poids idéal pour la taille (classification de Wellcome) 70 – 79% avec état général diminué
    c) A partir de 175 cm pour les garçons et 163 cm pour les filles: IMC – 2 à – 2,9 DS au score z sous la valeur correspondante pour l'âge et le sexe (percentiles IMC) avec état général diminué
    ou
    perte non souhaitée de poids ≥ 7,5% avec état général diminué
    ou
    réduction non souhaitée de la prise alimentaire dans la semaine précédente (26 – 50% des besoins)

- **E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère**
  On est en présence d'une malnutrition légère lorsque les deux critères suivants sont remplis:
  - **1re condition:** Score total au PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) d'au moins 2 plus
    2e condition: un des 3 critères suivants:
    a) Jusqu'à 120 cm: poids pour taille ≥ – 1 à – 1,9 DS (déviation standard) au score z ou < P 16 sur les courbes de percentiles de l'OMS avec état général diminué
    b) A partir de 120 – 175 cm pour les garçons et 120 – 163 cm pour les filles: poids idéal pour la taille (classification de Wellcome) 80 – 89% avec état général diminué
    c) A partir de 175 cm pour les garçons et 163 cm pour les filles: IMC – 1 à – 1,9 DS au score z par rapport à la valeur correspondante pour l'âge et le sexe avec état général diminué
    ou
    perte non souhaitée de poids ≥ 5% avec état général diminué
    ou
    réduction non souhaitée de la prise alimentaire dans la semaine précédente (51 – 75% des besoins)

SD0500 Troubles mentaux et du comportement

SD0501o Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants, médicaments, nicotine)

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

Utilisation du code secondaire *U69.3-! Codes secondaires utilisés pour le mode de consommation de substances psycho-actives en cas de troubles psychiques et du comportement provoqués par ces substances*
De manière générale, les remarques dans les codes correspondants *F10 – F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives* dans la CIM-10-GM doivent être prises en compte.
En complément à cela, la consommation non intraveineuse de cocaïne est représentée par le code *U69.36! Consommation non intra-veineuse d'autres stimulants hors caféine* comme code secondaire correspondant au *F14.- Troubles mentaux et du compor-tement liés à l'utilisation de cocaïne*.

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*

Intoxication aiguë accidentelle
Voir chapitre SD1900.

Intoxication au lithium
Le lithium est utilisé en combinaison avec des antidépresseurs en cas de dépressions sévères qui ne répondent pas aux traitements habituels. Le lithium est cependant aussi utilisé dans le traitement de phases aiguës et dans la prophylaxie à long terme d'affections maniaco-dépressives. Le lithium fait partie de la catégorie des régulateurs de l'humeur. Lors d'une intoxication au lithium dans ce contexte, le code *T43.8 Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs, autres médicaments psychotropes, non classés ailleurs* doit être saisi et non le code *T43.2 Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs, antidépres-seurs, autres et non précisés*.

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 3
Une œsophagite liée à l'alcool est diagnostiquée chez un patient.

DP	*K20.8*	*Autre œsophagite précisée*
DS	*F10.1*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé*

Note:
- L'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool sont deux choses distinctes.
  Dans le cas d'abus d'alcool, le code à saisir est le *F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Utilisation nocive pour la santé*.
  En situation de dépendance à l'alcool ou d'abus chronique d'alcool, le code à saisir est le *F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Syndrome de dépendance*.

- Les conditions suivantes s'appliquent pour pouvoir utiliser le code *F10.3 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage:*
  Présence du tableau clinique des événements de sevrage et documentation claire du schéma de sevrage.
  Il y a lieu de tenir compte des règles concernant le diagnostic principal et les diagnostics supplémentaires (G 52 et G 54).

Remarque:
- Les codes des rubriques F10.- à F19.- qui, avec le «.1» en quatrième position, indiquent l'«utilisation nocive pour la santé» d'une substance psychotrope (F10.**1** - F19.**1**) **ne** sont **pas** codés en combinaison avec les codes des rubriques F10**.2 - 4** à F19.**2 - 4.**
  Les codes des rubriques F10.- à F19.- se terminant par les chiffres -0,-5,-6,-7,-8 et -9 peuvent apparaître en même temps que l'«utilisation nocive pour la santé» et pourraient être utilisés ensemble en tenant compte des règles de codage G 52 et G 54.

- Les codes des différentes catégories F peuvent cependant être codés conjointement s'ils sont présents ensemble, en appliquant comme d'habitude toutes les règles de codage et en tenant compte des notes figurant sous les codes. Cela signifie qu'il pourrait être possible, par exemple, de saisir *F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool: Utilisation nocive pour la santé* avec *F14.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne: Syndrome de dépendance s'ils sont présents simultanément*.

Codage conjoint du syndrome de dépendance et de sevrage
Si, au cours d'un séjour hospitalier, **seul un** syndrome de sevrage (par exemple de l'alcool) (avec ou sans délire) est traité, cela n'est indiqué qu'avec les codes des rubriques *F10.**3** - F19.**3** Troubles mentaux et du comportement liés à…: Syndrome de sevrage* **ou** *F10.**4** - F19.**4** Troubles mentaux et du comportement liés à…: Syndrome de sevrage avec delirium*.

Dans le cas d'une thérapie/d'un traitement unique du sevrage, la dépendance (médicalement documentée) ne doit pas être codée en plus, sauf si les charges liées à ce diagnostic sont vérifiables conformément à la règle de codage G 54.
Dans les cas où (par exemple dans une clinique spécialisée dans les addictions, etc.) un traitement initial du syndrome de sevrage (désintoxication) est suivi, au cours du même séjour hospitalier, d'une thérapie de motivation ou d'un traitement de suivi ou lorsqu'une autre charge peut être démontrée selon la règle de codage G 54, rien ne s'oppose au codage conjoint des deux codes (*F10.**3** - F19.**3** Troubles mentaux et du comportement liés à…, Syndrome de sevrage* **ou** *F10.**4** – F19.**4** Troubles mentaux et du comportement liés à…, Syndrome de sevrage avec delirium* **et** *F10.**2** - F19.**2** Troubles mentaux et du comportement liés à…, Syndrome de dépendance*) en tenant compte de toutes les règles de codage.
Le code de diagnostic qui a demandé le plus de ressources médicales pendant le séjour correspondant doit être saisi comme diagnostic principal.

Un syndrome de sevrage physique (corrélat biologique) peut en principe se produire même sans la présence d'un syndrome de dépendance (construction psychologique). Cependant, cette situation se produit plutôt rarement dans la pratique clinique.
Par exemple, des symptômes de sevrage chez des nouveau-nés qui ne présentent pas de dépendance active, mais qui ont été exposés à la substance psychoactive dans l'utérus en raison de la consommation de la mère.
C'est-à-dire qu'une dépendance est inhérente à un syndrome de sevrage dans la plupart des cas cliniques.
L'apparition d'un syndrome de sevrage physique nécessite le développement préalable d'une tolérance.
Ainsi, le syndrome de sevrage n'est qu'un (1) indicateur de la dépendance.

La durée du syndrome de sevrage peut varier en fonction de la quantité consommée et de la biologie intrinsèque individuelle des patients concernés.
Les états de sevrage connaissent souvent des fluctuations et les patients doivent être suivis au-delà de l'épisode de sevrage aigu.

Codage en présence d'une prise multiple de substances (F19.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives»)

En cas de prise multiple de substances, si celles-ci sont mélangées de manière indissociable de sorte qu'il est impossible de déterminer quelles substances et quels troubles associés remplissent les conditions de la règle de codage G 52 «Le diagnostic principal», le codage doit être effectué de la manière suivante. Le code U69.3- correspondant doit également être utilisé.

DP	*F19.-*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives*
DS	*U69.3-!*	*Codes secondaires correspondant au type de consommation des substances psychotropes à l'origine des troubles psychiques ou des troubles du comportement observés*
DS	*F10.—F18.-*	*Selon la règle de codage G 54 «Le diagnostic supplémentaire»*
DS		*Autres maladies/états/manifestations/symptômes remplissant les conditions de la règle de codage G 54 «Le diagnostic supplémentaire»*

Toutes les substances prises doivent en outre être enregistrées comme diagnostics supplémentaires avec les codes F10.- à F18.- appropriés, avec le degré de gravité correspondant.

Le code F19.- ne doit pas être utilisé si les symptômes sont clairement dissociables.
Dans ce cas, les codes appropriés des catégories *F10.-* à *F18.-* sont saisis. Le diagnostic principal est choisi conformément à la règle G 52 du manuel de codage.

SD0600 Maladies du système nerveux

Note:
Les règles de codage SD0601 et SD0602 valent pour tous les états énumérés dans les catégories *I60.-* à *I64.-, G45.- et S06.-*, et des déficits neurologiques potentiels qui en résultent.

SD0601o «Accident vasculaire cérébral aigu, etc.», hémorragie sous-arachnoïdienne, autres hémorragies intracrâniennes d'origine traumatiques et non traumatiques

Remarque: «accident vasculaire cérébral (AVC), attaque, apoplexie, Cerebrovascular accident (CVA), Cerebrovascular Insult (CVI), etc.» désigne/désignent un ou plusieurs déficit/(s) neurologique/(s) d'apparition **aiguë** en raison d'un trouble circulatoire cérébral (ischémique) et/ou d'une hémorragie intracérébrale (hémorragique). Les symptômes varient en fonction de la zone touchée dans le cerveau et ont des conséquences variables et immédiates.

Tant qu'un(e) patient(e) reçoit un **traitement hospitalier stationnaire aigu continu** en raison d'un accident vasculaire cérébral aigu, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique ou non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne traumatique ou non traumatique et de ses conséquences directes (déficits), il faut attribuer un code des catégories ***I60.- à I64.- Hémorragie sous-arachnoïdienne, intracérébrale, intracrânienne non traumatique, infarctus cérébral*** *ainsi que* ***G45.- Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés, ainsi que S06.- Lésion traumatique intracrânienne,*** avec le code correspondant pour chaque déficit (p.ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence, etc.).
Dans le contexte aigu, toutes les conséquences directes (déficits) clairement attribuables à l'événement aigu doivent être saisies. Avec le diagnostic/le traitement/les soins de la maladie causale/du traumatisme causal, les déficits (neurologiques) qui en résultent sont considérés comme également traités dans l'événement aigu.
Dans le cas d'une nouvelle hospitalisation en soins aigus dans les 18 jours, par exemple un retransfert du patient en cours de réadaptation ou une réadmission, les directives de codage D16 et SD0602 s'appliquent pour les maladies/troubles après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique qui se rapportent aux traitements ayant été fournis lors du séjour précédent (voir exemple 3).

Si la nouvelle hospitalisation en soins aigus (retransfert du patient en cours de réadaptation ou réadmission) porte principalement sur le traitement d'une conséquence/déficit neurologique direct(e) de «l'accident vasculaire cérébral aigu, etc.» ou si la réadmission est due à un nouveau problème médical (voir exemple 2) ou si la réadmission a lieu après le délai de 18 jours en raison d'une affection/trouble après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique (voir exemple 4) ayant été fournis lors du séjour précédent, les règles de codage G52, G54 et/ou SD0602 s'appliquent.

Pour les **suites de soins planifiées** dans le cadre du traitement d'un «accident vasculaire cérébral aigu, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique ou non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne traumatique ou non traumatique, se référer à la règle de codage D07 «Suivi interventionnel planifié».

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*

Exemple 2

Réadmission après 5 jours de séjour en réadaptation en raison d'une angine de poitrine de survenue nouvelle et d'une suspicion d'infarctus du myocarde. Les conséquences de l'infarctus cérébral déjà traitées dans le cas précédent (exemple 1) génèrent une charge supplémentaire documentée. Une maladie coronarienne est diagnostiquée et fait l'objet d'un traitement en conséquence.
Selon la documentation médicale, la réadmission a pour charge principale le traitement de l'angine de poitrine instable.

DP	*I20.0*	*Angine de poitrine*
DS	*I25.11*	*Cardiopathie ischémique chronique, Maladie monotronculaire*
DS	*G81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L	*1*	
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*I69.3*	*Séquelles d'infarctus cérébral*

Exemple 3

Réadmission après 4 jours de séjour en réadaptation en raison d'une infection au site d'insertion du cathéter veineux central (mise en place dans le cas/séjour précédent (exemple 1)).
Les conséquences de l'infarctus cérébral déjà traitées dans le cas précédent génèrent une charge supplémentaire documentée.
Selon la documentation médicale, la réadmission a pour charge principale le traitement de la complication médicale liée au diagnostic principal du séjour précédent (exemple 1).

DP	*I63.5*	*Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé*
L	*2*	
DS	*T82.7*	*Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
DS	*G81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L	*1*	
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*I69.3*	*Séquelles d'infarctus cérébral*

Dans un regroupement de cas possible/nécessaire (p. ex. l'exemple 1+3 lors d'un retransfert selon les règles de facturation Swiss-DRG SA) après application de la règle de codage D16, un code de la catégorie I69.- est supprimé.

Exemple 4

(Ré)admission après 23 jours de séjour en réadaptation (état après hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë du côté droit, partant de l'artère basilaire, hémiplégie flasque du côté gauche, incontinence urinaire persistante, aphasie et dysphagie) en raison d'une infection persistante au site d'insertion du cathéter veineux central (mise en place dans le cadre du traitement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë).
Les paramètres inflammatoires augmentent pendant le séjour en réadaptation, le patient a de la fièvre, il est de plus en plus troublé et tachypnéique.
Les déficits/conséquences de l'hémorragie sous-arachnoïdienne déjà traités dans le premier cas (aigu) génèrent une charge supplémentaire documentée.
Un «sepsis de cathéter» (Staphylococcus aureus, insuffisance rénale aiguë, thrombopénie croissante, insuffisance respiratoire hypoxique) est diagnostiqué et traité pendant 3 semaines.
Le traitement de toutes les conséquences de l'hémorragie sous-arachnoïdienne se poursuit, même lorsque l'état de la patiente ou du patient s'aggrave encore en raison du sepsis.

DP	*A41.0*	*Septicémie à staphylocoques dorés*
DS		*Tous les DS liés au sepsis selon les règles de codage G54 et SD0102*
DS	*G81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L	*2*	
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*R13.9*	*Dysphagies, autres et non précisés*
DS	*R32*	*Incontinence urinaire, sans précision*
DS	*I69.0*	*Séquelles d'hémorragie sous-arachnoïdienne*

SD0602n Conséquences d'un/état après: «Accident vasculaire cérébral etc.», une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique

Si un(e) patient(e) présente des antécédents d'un «accident vasculaire cérébral, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique et souffre actuellement encore de déficits neurologiques (p. ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence, etc.), ces affections/états/manifestations sont saisis à l'aide d'un code selon la règle de codage G 54 «Les diagnostics supplémentaires» suivi d'un code de la catégorie ***I69.– Séquelles de maladies cérébrovasculaires***. Si aucun(e) autre affection/état/manifestation ne remplit les conditions pour la règle de codage G 52 «Le diagnostic principal», la séquelle (neurologique) traitée (p. ex. hémiplégie, aphasie, incontinence, etc.), dont le traitement remplit les conditions de la règle de codage G 52, doit être saisie comme diagnostic principal.

Exemple 1

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*
L		
DS	*U69.04!*	*Pneumonie classée ailleurs, présente lors de l'admission à l'hôpital ou survenue dans les 48 heures après l'admission à l'hôpital*
DS	*G 81.1*	*Hémiplégie spastique*
L	*2*	
DS	*I69.4*	*Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus*

Exemple 2

Un patient est hospitalisé en raison d'une escarre sacrée de 2e degré et de signes de négligence de soins (p. ex. candidose buccale, malnutrition, etc.). Sur le plan étiologique, son état est mis en relation avec un alitement et une situation de soins précaire à domicile avec une hémiparésie spastique marquée à droite (état après une hémorragie intracrânienne grave non traumatique 2 ans auparavant).
Lors des examens cliniques, il présente, entre autres, de fortes contractures (articulaires) de la main droite et du pied droit.
La charge principale du séjour est la remise en condition absolument nécessaire, notamment le traitement positionnel et de mobilisation lié à l'amélioration de l'hémiparésie spastique.
Tous les autres troubles/maladies/états en présence nécessitent une charge selon la règle de codage G 54.

DP	*G 81.1*	*Hémiparésie ou hémiplégie spastique*
L	*1*	
DS	*I69.2*	*Séquelles d'autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques*
DS	*L89.14*	*Ulcère de décubitus, stade 2, Sacrum*
DS	*B37.0*	*Stomatite à Candida*
DS	*E46*	*Malnutrition protéino-énergétique, sans précision*
DS	*M24.5-*	*Raideur articulaire par contracture*
L	*1*	

Déficits fonctionnels

Le codage d'une incontinence urinaire et/ou fécale dans le cadre d'un «accident vasculaire cérébral aigu, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique ou lors du traitement des conséquences (état après) est effectué selon les règles de codage G 52 «Le diagnostic principal» et/ou G 54 «Les diagnostics supplémentaires» et/ou SD0602 «Conséquences d'un/état après: «accident vasculaire cérébral, etc.», une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique».

SD0603o Paraplégie et tétraplégie, non traumatique

Pour les codes concernant la paraplégie ou la tétraplégie traumatique, voir chapitre SD1905 «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 ou à un syndrome de Guillain-Barré. 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 de paraplégies/paraparésies ou de tétraplégies/tétraparésies aiguës non traumatiques, on indiquera les codes suivants:

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.– Paraparésie et paraplégie, tétraparésie 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.– Paraparésie et paraplégie, tétraparésie 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.– Paraparésie et paraplégie, tétraparésie 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

Exemple 1
Un patient souffrant de détresse respiratoire et de paralysie des extrémités inférieures est admis. Lors de l'examen, on constate un syndrome de Guillain-Barré accompagné d'une paraparésie flasque aiguë. La moelle épinière n'est pas atteinte.

DP	*G 61.0*	*Syndrome de Guillain-Barré*
DS	*G82.01*	*Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique*
L		

SD0604m Troubles de la conscience

Perte de connaissance
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

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 (radiographie). Le CT montre un important hématome sous-dural. Le patient a été inconscient pendant 3 heures.

DP	*S06.5*	*Hémorragie sous-durale traumatique*
DS	*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*

Remarque: Traumatisme crânio-cérébral (TCC)
Lors d'un traumatisme crânio-cérébral (index alphabétique S06.9 Lésion traumatique intracrânienne, sans précision) sans lésion traumatique intracrânienne documentée, on n'utilise pas le code S06.9, mais le code S06.0 Commotion.

Note: Lors d'un traumatisme crânio-cérébral suivi d'un coma artificiel de >24 heures, on utilise les codes suivants:
S06.72! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, avec retour au stade de connaissance (conscience) antérieur **ou**
S06.73! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, sans retour au stade de connaissance (conscience) antérieur

Troubles sévères de la conscience
Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS), anciennement appelé Vegetative State (VS) et Minimally Conscious State (MCS)
Le «Unresponsive Wakefulness Syndrome» (UWS) est défini comme un état de non-réponse caractérisé par une incapacité à interagir avec l'environnement, c'est-à-dire une absence de réponses cohérentes et volontaires aux stimulations visuelles, auditives, tactiles et nociceptives; ne laissant ainsi transparaître aucun signe de conscience de soi et de l'environnement.

Le Minimally Conscious State (MCS) est défini comme un état de conscience fortement altéré dans lequel des caractéristiques comportementales minimes, manifestes et reproductibles sont observées, qui laissent transparaître une conscience de soi-même et de l'environnement.

La classification exacte et l'attribution à une catégorie est déterminée par l'échelle CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) résultant de l'évaluation des six sous-échelles du CRS-R: fonction auditive – fonction visuelle – fonction motrice – fonction verbale – communication - éveil. Cette évaluation ne peut pas être utilisée de manière fiable chez les patients de moins de 12 ans. Jusqu'à ce que cet âge soit atteint, le diagnostic posé par le médecin s'applique sans référence au CRS-R.

Classification des troubles sévères de conscience

Sous-échelle CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS–)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Fonction auditive	≤ 2	≤ 2 et	3 – 4	
Fonction visuelle	≤ 1 et	2 – 5 ou	4 – 5	
Fonction motrice	≤ 2 et	3 – 5 ou	3 – 5	= 6 et
Fonction verbale	≤ 2 et	≤ 2 ou	3	
Communication	= 0 et	= 0 et	1 – 2	= 2
Eveil	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

Ainsi,
- Un état d'éveil non-répondant (Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)) est avéré, lorsque toutes les conditions de l'UWS sont remplies.
- Un Minimally Conscious State minus (MCS–) est avéré lorsqu'une seule des sous-échelles atteint la valeur nécessaire pour le MCS– (c'est-à-dire localisation de stimulations nociceptives, ou poursuite visuelle, ou sourire ou pleurs appropriés) et lorsque les autres valeurs correspondent au stade UWS.
- Un Minimally Conscious State plus (MCS+) est avéré lorsque la sous-échelle «auditive» atteint la valeur de 3 (réponse à la commande), ou la sous-échelle «verbale» atteint la valeur de 3 (verbalisation intelligible), ou la sous-échelle «communication» atteint la valeur de 1–2 (communication intentionnelle ou fonctionnelle).
- Un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) est avéré, lorsque la sous-échelle «fonction motrice» et la sous-échelle «communication» atteignent la valeur maximale. Ce stade doit être évalué à deux reprises sur une semaine afin d'être avéré comme émergence.

L'évaluation du stade ne peut avoir lieu que 24 h au plus tôt après l'arrêt de la sédation continue aux SI et à condition que l'état ne soit pas dû à des influences médicamenteuses (documentées éventuellement par des analyses sanguines). Une sédation transitoire p.ex. pour des soins apportés au patient ou lors d'un état d'agitation, n'est pas considérée comme une contre-indication à une évaluation. Le stade doit persister au moins une semaine ou évoluer vers un autre stade de trouble de la conscience. Une seconde évaluation dans la semaine qui suit (2 à 3 jours d'intervalle au minimum) est nécessaire afin de confirmer le diagnostic de trouble de la conscience.

Un trouble de la conscience est codé par *G93.80 Syndrome apallique, lorsque:*
- Un trouble sévère de la conscience de stade Vegetative State (VS) (synonyme: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) ou Minimally Conscious State MCS est avéré selon les définitions ci-dessus.

Remarque: Les troubles sévères de la conscience qui ne répondent pas aux critères définis ci-dessus pour les stades VS/UWS et MCS ne sont PAS codés par G93.80. C'est le cas notamment du stade Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Litérature: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JKF Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.
Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.
Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,… & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.
Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., …& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

SD0605e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes(-test)

En cas d'hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur/d'électrodes (-test), la **maladie** est codée comme **diagnostic principal**, avec les codes de procédures correspondants.

Le code
Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur
n'est **pas** utilisé.

(Même règle pour SD1805: Hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur pour traitement de douleur).

SD0606e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes(-test)

En cas d'hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur/d'électrodes(-test), il faut coder
Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur
comme diagnostic principal, avec les codes de procédures correspondants. La maladie initiale n'est codée que si elle remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G 54).

(Même règle pour SD1806: Hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur pour traitement de douleur).

SD0607o Codage des stades de la maladie de Parkinson (G 20.-)

Pour assurer le codage uniforme des stades de la maladie de Parkinson, sans conséquences négatives pour les patients concernés, le stade actuel de la maladie de Parkinson sous traitement (ON) selon Hoehn & Yahr doit être déterminé et documenté par le médecin.

SD0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

SD0801a Hypoacousie et surdité

Les diagnostics hypoacousie 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.

SD0802d Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée

On indiquera uniquement
Z45.3 *Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée*
accompagné des codes de procédures correspondants.

SD0900 Maladies de l'appareil circulatoire

SD0901a 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 a **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 a **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 G 52).

SD0902e 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 de poitrine 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 pos.	*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 pos. (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**, qui ne figure pas parmi les codes Z («status après», «état après») au chapitre XXI. Ce diagnostic se code s'il revêt de l'importance pour le traitement actuel (voir aussi D05).

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 codes 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 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 G 54).

SD0903n 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* ou *Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*.

2. Dans les cas d'occlusion de stent ou de pontage coronaire **sans infarctus du myocarde**, on distingue selon l'étiologie :
   - 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.
   - 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* ou *Z95.5 Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*.
   - 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 - BMS (bare metal stent).

DP	*I21.-*	*Infarctus aigu du myocarde*
DS	*Z95.5*	*Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*
T	*00.66.2-*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé*
T	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
T	*36.08.11*	*Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*

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 - BMS (bare metal stent) 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*
T	*00.66.2-*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé*
T	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
T	*36.08.11*	*Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*
T	*00.66.38*	*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires, thrombolyse sélective*

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*
T	*88.55, 88.56 ou 88.57 (selon le procédé)*	*[…] artériographie coronaire*
T	*37.21, 37.22 ou 37.23 (selon le procédé)*	*[…] 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*
ou		
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*
T	*00.66.-*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronaire*
T	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
T	*00.66.38*	*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires, thrombolyse sélective*

SD0904d 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	Insuffisance	*I37.1*	*I09.8*	*I37.1*
	Sténose	*I37.0*	*I09.8*	*I37.0*
	Sténose avec insuffisance	*I37.2*	*I09.8*	*I37.2*

Affection de plusieurs valvules cardiaques
Lors d'affections de plusieurs valvules cardiaques avec diagnostic précis de la pathologie, on utilise les codes les plus spécifiques possibles selon le tableau ci-dessus. Si la pathologie précise manque, le code correspondant de la catégorie *I08.- Maladies de plusieurs valvules* doivent être indiqués.

SD0905a 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 dispositif cardiaque électronique*.

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*.

Hospitalisation pour changement d'agrégat (= changement de pile/de générateur de pulsation) d'un stimulateur/défibrillateur cardiaque
Dans ce cas, seul le code
Z45.0- Adaptation et manipulation d'un dispositif cardiaque (électronique)
est indiqué 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

SD0906a 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

SD0907a 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 cardiaque gauche, avec symptôme au repos

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

SD0908k Arrêt cardiaque

Les cas d'arrêt cardiaque ainsi que d'arrêt cardiaque et respiratoire (I46.- Arrêt cardiaque) sont à coder seulement si une réanimation a été entreprise immédiatement au moment de l'admission du patient ou au cours de son séjour hospitalier, quel que soit le résultat de cette réanimation pour le patient.

Un code de la rubrique I46.-*Arrêt cardiaque* ne doit être indiqué comme diagnostic principal que si la cause sous-jacente/déclenchante n'est pas connue et/ou ne peut être déterminée et qu'aucun autre code de diagnostic ne peut être considéré comme diagnostic principal conformément à la règle de codage G 52.
Si l'affection sous-jacente de l'arrêt cardiaque ou de l'arrêt cardiaque et respiratoire est connue et donc indiquée en diagnostic principal, un code de la catégorie I46.-*Arrêt cardiaque* doit être saisi en diagnostic supplémentaire pour l'arrêt cardiaque ou l'arrêt cardiaque et respiratoire.

La définition de la relation temporelle immédiate est basée sur les dispositions des codes *I46.0 Arrêt cardiaque réanimé avec succès*, *I46.9 Arrêt cardiaque, sans précision* et *U69.13 ! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital* survenant dans un délai de 24 heures avant le traitement stationnaire en dehors de l'hôpital et couvre ainsi une période de ≤ 24 h.

Si un arrêt cardiaque ou un arrêt cardiaque et respiratoire survient comme conséquence ou complication d'un traitement hospitalier ou soudainement au cours d'un séjour hospitalier et que les mesures de réanimation en milieu hospitalier restent infructueuses, les éventuels diagnostics d'un rapport d'autopsie disponible ultérieurement ne doivent pas être inclus dans le codage, puisque le cas se termine par le décès.
Le code approprié de *I46.-* doit être saisi avec le diagnostic (présumé) documenté par le médecin qui explique l'arrêt cardiaque ou l'arrêt cardiaque et respiratoire.

Exemple 1
Admission d'une patiente retrouvée dans une situation nécessitant une réanimation environ 2 heures avant d'être hospitalisée.
Selon les recherches, le moment exact de l'arrêt cardio-vasculaire ne peut être déterminé, mais il se situe très probablement dans les 24 heures précédant l'admission à l'hôpital.
Des mesures de réanimation cardiopulmonaire ambulatoire ont permis de rétablir la circulation cardiovasculaire.
La patiente est ventilée et admise en unité de soins intensifs sous traitement régulant le système cardiovasculaire.
Après le diagnostic et la constatation de la mort cérébrale, décision de mettre fin aux mesures de soins intensifs puis décès de la patiente.
Plusieurs causes possibles d'insuffisance cardiovasculaire sont discutées par les médecins, mais aucune cause spécifique ou diagnostic présumé ne peut être nommé au moment du codage.

DP	*I46.0*	*Arrêt cardiaque réanimé avec succès*
DS	*U69.13 !*	*Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital*

Le code supplémentaire :
U69.13 ! Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital, survenu dans les 24 heures précédant un traitement hospitalier, en dehors de l'hôpital doit être codé en complément de *I46.- Arrêt cardiaque ou arrêt cardiaque ou respiratoire*

Pour coder *U69.13 !*, la documentation médicale doit indiquer qu'un arrêt cardio-vasculaire est survenu en raison d'une affection/condition/manifestation et s'est produit dans les 24 heures précédant l'hospitalisation actuelle, quelle qu'en soit la cause. Le code *U69.13 !* est saisi indépendamment du résultat des mesures de réanimation.

Exemple 2

30 minutes avant l'admission à l'hôpital, mesures de réanimation cardiopulmonaires réussies en ambulance et transport ultérieur à l'hôpital, où un infarctus antérieur aigu est diagnostiqué comme étant la cause de l'arrêt cardiaque.
Après stabilisation et diagnostic d'urgence, une opération de pontage est réalisée en urgence.
Après une chirurgie initialement réussie, dégradation de l'état du patient en raison d'une insuffisance cardiaque gauche sévère (orthopnée, FE de 20% et en baisse) avec cardiomyopathie ischémique (préexistante) puis décès du patient.

DP	*I21.0*	*Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure*
DS	*I46.0*	*Arrêt cardiaque réanimé avec succès*
DS	*U69.13!*	*Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital*
DS	*I50.14*	*Insuffisance cardiaque gauche, Avec symptôme au repos*
DS	*I25.5*	*Myocardiopathie ischémique*

En cas de réanimation après un arrêt cardiaque dans un contexte hospitalier, on indiquera le code CHOP pour la réanimation.

Note:
La détermination du moment du décès, qui peut survenir avant ou après l'admission à l'hôpital, relève de la seule responsabilité des médecins traitants.
En fonction de l'heure du décès déterminée et documentée par le médecin, un cas d'hospitalisation est ouvert ou non.
Si le moment du décès est déterminé et documenté par un médecin comme ayant eu lieu à l'hôpital, on peut dans tous les cas supposer qu'un effort de soins > 0 a été engagé conformément aux règles de codage G 52 et G 54.

Exemple 3

Admission sous réanimation cardiopulmonaire (pas d'activité cardiaque autonome, pas de respiration spontanée) au service des urgences (alerte des services de secours 1 h avant en raison d'une perte de connaissance aiguë et d'un arrêt respiratoire, début de la réanimation par un proche non spécialisé). Poursuite des mesures. 35 min après l'admission à l'hôpital, le décès est constaté par le médecin urgentiste présent (admission 10h00, heure du décès médicalement constatée 10h35).
Une embolie pulmonaire grave indiquée comme la cause probable du décès est constatée à l'autopsie.
Ouverture d'un cas d'hospitalisation selon les définitions de cas de SwissDRG SA.

DP	*I46.9*	*Arrêt cardiaque, sans précision*
DS	*U69.13!*	*Arrêt cardio-circulatoire avant l'admission à l'hôpital*
T		*Réanimation - selon les mesures prises*

SD0910o Saisie de la durée de traitement avec un système d'assistance cardiaque ou un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire

La durée de traitement par un système d'assistance cardiaque ou un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire doit être saisie avec le code spécifique correspondant du système sous *37.69.- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire.*

Remarque:
- En cas de pause/interruption du traitement, les durées de traitement **du même procédé** doivent être additionnées pour l'ensemble du séjour. Les interruptions ne sont pas prises en compte dans la durée du traitement.**Chaque procédé doit être représenté séparément.**
- En cas d'utilisation de **différents** systèmes d'assistance cardiaque ou de systèmes d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire pendant un séjour, **chaque procédure doit être enregistrée individuellement avec le code correspondant à la durée**.
- L'implantation, le retrait du système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, le changement de la canule et/ou le remplacement de composantes doivent être codés en plus conformément au cas.

Durée de traitement en présence avec un système d'assistance cardio-vasculaire
Lors de l'utilisation du code CIM-10-GM *Z95.80 Présence d'un autre système d'assistance cardio-vasculaire*, la durée du traitement doit être codée en plus avec l'un des codes CHOP du groupe d'éléments *37.69.- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire.*

SD1000 Maladies de l'appareil respiratoire

SD1001n 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 des patientes et patients.

Ventilation mécanique pratiquée par une unité de soins intensifs (USI) certifiée
La saisie de la «ventilation mécanique» dans les USI certifiées par la SSMI s'effectue conformément au règlement MDSi en vigueur (https://www.sgi-ssmi.ch/fr/donnees.html). La condition préalable à cette saisie est que le personnel de l'USI certifiée par la SSMI ait documenté de manière compréhensible le traitement de médecine intensive. La durée de la «ventilation mécanique» est prise en compte de deux manières:
d'une part sous forme de nombre de périodes de soins avec ventilation, dans le total des points NEMS ou des points de dépense d'un «traitement complexe de médecine intensive»; d'autre part, sous forme d'un nombre d'heures (pour le calcul, voir ci-dessous), dans la statistique médicale.
Les heures de ventilation sont saisies dans la variable «beatmung» (Durée de la ventilation artificielle).

Une période de soins d'USI certifiée est considérée comme une période de ventilation si le temps de ventilation (cumulé) est de >= 2h dans une tranche de 8h et de >= 3h dans une tranche de 12h. Conformément aux règles du MDSi, les points NEMS qui en résultent sont multipliés par 1,5 dans un système prévoyant un travail par équipe de 12h.
Les formes de ventilation invasives (par un tube trachéal ou par une trachéotomie) et non invasives sont considérées comme une ventilation (exceptions: voir ci-dessous).

La CPAP et la thérapie à haut débit par canules nasales ou par trachéotomie ne sont pas considérées comme une ventilation (pour les exceptions, voir ci-dessous).
Le sevrage n'est pas codé de manière spécifique car, selon la littérature internationale actuelle, le début du sevrage ne peut être déterminé ni de manière prospective ni de manière rétrospective.

Règles spécifiques aux périodes de ventilation pratiquées en USI certifiées, telles que définies ci-dessus:

Sont considérées comme de la ventilation:
- La ventilation invasive via un tube endotrachéal ou une trachéostomie
- La ventilation de patients trachéotomisés de manière permanente, s'ils nécessitent un traitement de médecine intensive en dehors de la ventilation préexistante, c'est-à-dire en cas d'aggravation respiratoire, cardiovasculaire ou neurologique aiguë (p. ex. aspiration) nécessitant des soins intensifs.
- La ventilation non invasive (continue ou intermittente) avec des appareils de ventilation de l'USI ou du patient (systèmes de masques, casque), y compris pendant le sevrage. Cela s'applique également si le ventilateur personnel du patient est utilisé pour la ventilation non invasive pendant le traitement dans une USI certifiée, à condition que le besoin en ventilation non invasive puisse être justifié en médecine intensive (détérioration respiratoire, cardiovasculaire ou neurologique aiguë).
- Une CPAP (PEEP sans aide inspiratoire) en néonatologie et chez les nourrissons jusqu'à la fin de leur première année de vie.
- La ventilation invasive ou non invasive en dehors des USI certifiées, si elle est effectuée par une équipe d'USI certifiée et si le traitement de médecine intensive pendant cette période de ventilation est documenté. Ceci est également valable si la prise en charge initiale de la ventilation a lieu en dehors de la SI certifiée.
- La ventilation pendant une trachéotomie, si cette dernière est réalisée dans l'USI certifiée

Ne sont pas considérées comme de la ventilation:
- La ventilation chez les patients trachéotomisés de manière permanente, en l'absence de cause justifiable en médecine intensive
- La ventilation non invasive avec le respirateur personnel du patient, en l'absence de cause justifiable en médecine intensive (p. ex. SAOS en postopératoire)
- Une CPAP chez les adultes et les enfants de plus d'un an
- La ventilation invasive ou non invasive, par une autre équipe (anesthésie en salle d'opération, laboratoire de cathétérisme cardiaque, service des urgences ou pendant un transfert, etc.), d'un patient d'une USI certifiée.
- La thérapie par canule nasale à haut débit (HFNC) ou par trachéostomie, à tout âge

La ventilation prend fin:
- Lorsqu'un patient ventilé n'est plus ventilé dans l'USI certifiée
- Lorsqu'un patient ventilé quitte l'USI certifiée et continue d'être ventilé par une autre équipe

Ventilation mécanique en unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue
La ventilation artificielle à l'U-IMC** est généralement assurée par des systèmes de masques. Il arrive toutefois qu'une ventilation invasive soit possible via un tube trachéal ou une trachéotomie.
La CPAP est une mesure d'assistance respiratoire; elle n'est pas considérée comme une ventilation mécanique (hormis chez les nouveau-nés et les nourrissons jusqu'à l'âge d'un an inclus).
** La prise en charge en U-IMC doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et exige une infrastructure et un personnel adéquats. Il doit s'agir d'U-IMC reconnues comme telles (les USI et les salles de réveil n'en font pas partie).
Les patientes et patients ne nécessitant pas ce type de prise en charge en U-IMC (ceux déjà ventilés à domicile et admis pour une chimiothérapie programmée, p. ex.) ne sont pas concernés. Pour la saisie des points NEMS U-IMC, on prend en compte la ventilation mécanique effectuée en U-IMC. La saisie des heures de ventilation dans un champ de données de l'OFS prévu à cet effet (analogue à la variable «ventilation») n'a pas lieu (sauf pour les nouveau-nés et les nourrissons jusqu'à l'âge d'un an inclus).

Codage
Lorsque la ventilation mécanique répond à la définition ci-dessus, on procède de la manière suivante:
- En cas de ventilation au sein de l'USI certifiée ou de ventilation de nouveau-nés ou de nourrissons jusqu'à l'âge d'un an inclus au sein de l'U-IMC, on commence par saisir la durée (en heures) de la ventilation artificielle. Un champ spécifique est prévu à cet effet dans le jeu de données du Séjours stationnaires en hôpitaux: Utilisation multiple des données (relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) (sous la variable «beatmung»). Le temps de ventilation est calculé en multipliant le nombre de périodes de soins avec ventilation par la durée de la période (8 ou 12 heures) (le nombre d'heures de ventilation est donc toujours un multiple de 8 ou de 12).
- Selon la situation qui conduit à une ventilation dans l'unité de soins intensifs ou l'U-IMC, les codes suivants doivent éventuellement être indiqués en plus:
  - *(93.9B) Mesures de dégagement des grandes voies respiratoires pour la ventilation*
    Intubation endotrachéale et/ou le code pertinent:
  - *31.1 Trachéostomie temporaire*
    ou
  - *31.29 Trachéostomie permanente, autre, si une trachéostomie/intubation* a été pratiquée pour la ventilation artificielle.

- Chez les nouveau-nés et les nourrissons, on saisira aussi le code *93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson*. La durée de ventilation doit être saisie pour ce code.
  Chez les nouveau-nés et les nourrissons, la durée de ventilation comprend tant la durée de la ventilation invasive ou non invasive que la durée de l'assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP). Cela vaut pour l'USI de néonatologie comme pour l'U-IMC de néonatologie.

  Remarque: L'utilisation de canules nasales à haut débit chez les nouveau-nés et les nourrissons est codée en 93.9F.12 Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit (système HFNC) chez le nouveau-né et le nourrisson, tout en prenant compte de la «Note» qui lui est ajoutée: «Avec ce procédé, il ne faut saisir aucune heure de ventilation.»

Patients transférés
Lorsqu'un patient ventilé est transféré, les règles générales suivantes s'appliquent:
L'hôpital de transfert saisit la durée de la ventilation assistée qui y est pratiquée par l'USI (et non par l'U-IMC,) et utilise les codes suivants, si pratiqués:
- pour une intubation: (*93.9B Mesures de dégagement des grandes voies respiratoires pour la ventilation* - Intubation endotrachéale)
- pour une trachéostomie: *31.1 Trachéostomie temporaire* ou *31.29 Trachéostomie permanente, autre*
- pour la ventilation mécanique des nouveau-nés et des nourrissons (*93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire en pression positive continue [CPAP] pour le nouveau-né et le nourrisson*)

L'hôpital qui admet le patient saisit la durée de ventilation du patient dans son USI (mais pas dans son U-IMC). Pour les nouveau-nés, il saisit aussi le code *93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson*. Il ne code que les intubations ou trachéostomies qui ont été pratiquées en son sein. Une intubation – et, dans de rares cas, une trachéotomie – peut être pratiquée à plusieurs reprises.

Intubation sans ventilation mécanique
Les intubations peuvent aussi être pratiquées pour d'autres besoins qu'une ventilation mécanique en USI ou en U-IMC, p. ex. quand une intervention est nécessaire pour maintenir les voies aériennes ouvertes. Les enfants peuvent être intubés en cas de diagnostics tels que l'asthme, le croup ou l'épilepsie, et les adultes peuvent être intubés en cas de brûlures ou de traumatismes graves.
Dans ces cas, l'intubation sera saisie à l'aide du code *93.9B Mesures de dégagement des grandes voies respiratoires pour la ventilation (Intubation endotrachéale*).

Ventilation continue par pression positive (constante) (CPAP)
Le code *93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson* doit être utilisé uniquement pour **les nouveau-nés et les nourrissons**, indépendamment de la durée de traitement. Pour une assistance respiratoire immédiatement après la naissance, ce code ne doit être indiqué que si l'assistance a duré au moins 30 minutes.

La première instauration d'une thérapie à domicile (ne signifie pas la mise en marche de l'appareil) d'une CPAP/BiPAP, resp. le contrôle ou l'optimisation d'une CPAP/BiPAP instaurée précédemment sont indiqués par les codes *93.9G.1- Traitement par pression positive au masque, CPAP, instauration du traitement, selon la durée* ou *93.9G.3- Traitement par pression positive au masque, BiPAP, instauration du traitement, selon la durée* et *93.9G.2- Traitement par pression positive au masque, CPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, selon la durée* ou *93.9G.4- Traitement par pression positive au masque, BiPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, selon la durée.*

Oxygénation par ballon du nouveau-né et de l'adulte
L'oxygénation par ballon des nouveau-nés avec troubles de l'adaptation ne se code pas.
Dans ce cas, on n'indique donc pas de code du groupe d'éléments *93.9F.1- Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson*.
Il en va de même pour les adultes (lors de conversion du rythme cardiaque p. ex.).

Z99.1 Dépendance (de longue durée) envers un respirateur
Le code CIM-10-GM *Z99.1 Dépendance (de longue durée) envers un respirateur* ne peut être saisi qu'en prenant en compte les directives et indications au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM.
Cela signifie que le code *Z99.1* ne doit être choisi qu'en présence d'un(e) maladie/état/manifestation/symptôme qui nécessite une dépendance à long terme au respirateur, mais qu'aucun autre code CIM-10-GM n'est adapté/disponible pour la raison de la ventilation artificielle.

Respiration artificielle en réadaptation
Cette règle de codage s'applique à tous les cas facturés via la structure tarifaire ST Reha.
Si une ventilation artificielle en réadaptation engendre une charge > 0 pour l'établissement, c'est-à-dire si l'assistance respiratoire ne peut par exemple pas être mise en oeuvre par le patient/la patiente de manière autonome, la ventilation artificielle doit être saisie avec les codes des catégories *93.9E.-*, *93.9F.-* ou *93.9G.-* si les caractéristiques minimales sont remplies.
Le code *93.9G.09* permet également de représenter les traitements par pression positive au masque selon *93.9G.1-*, *93.9G.2-*, *93.9G.3-* ou *93.9G.4-* si la caractéristique minimale point 2, la densité thérapeutique d'au moins 4 heures par jour, n'est pas remplie, mais qu'il existe une charge > 0 pour les établissements de réadaptation.
Une simple administration d'oxygène ne doit pas être codée avec *93.9G.09*.

SD1002n Insuffisance respiratoire

Le diagnostic d'insuffisance respiratoire totale ou partielle posé par le médecin et documenté est codé uniquement quand des modifications pathologiques des gaz du sang caractéristiques d'une insuffisance respiratoire totale ou partielle sont documentées.

En cas d'engagement de ressources (p.ex. oxygénothérapie), *J96.-* Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs peut être codé en même temps que la maladie primaire. Une dyspnée sans modification des gaz du sang n'est pas considérée comme une insuffisance respiratoire pour le codage.
En cas d'insuffisance respiratoire chronique connue avec oxygénation de longue durée, mais une documentation des gaz du sang antérieure (rapport médical ou ancienne anamnèse), *J96.1* peut également être indiqué sans nouvelles valeurs des gaz du sang. Lorsqu'un patient ou une patiente est admis avec une insuffisance respiratoire totale ou partielle due à une forte détérioration de la situation respiratoire ou que l'insuffisance se produit pendant un séjour hospitalier (p.ex. en cas d'exacerbation de BPCO), un code sous *J96.0-* peut être utilisé en plus du code sous *J96.1-*.

Remarque : jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, une insuffisance respiratoire peut être codée en cas d'administration d'oxygène et si les deux critères suivants sont remplis :

1. il existe des signes de troubles respiratoires (tachypnée, battement des ailes du nez, utilisation des muscles respiratoires accessoires, rétractions, bradypnée, apnée, schémas respiratoires pathologiques).
   et
2. il existe des indices diagnostiques d'insuffisance respiratoire (cyanose ou diminution de la saturation périphérique en oxygène).

SD1100 Maladies de l'appareil digestif

SD1101j L'appendicite comme diagnostic clinique

Les exemples suivants visent à montrer comment coder les situations où un soupçon clinique d'appendicite qui n'est pas confirmé histologiquement et/ou par la clinique.
Il y a en outre lieu de tenir compte des règles sur les diagnostics présumés (D09) et sur les symptômes (D01).

Exemple 1
Un patient est hospitalisé pour un syndrome abdominal aigu et un fort soupçon (clinique) d'appendicite aiguë. Une appendicectomie par laparoscopie est pratiquée en urgence.
Le résultat histologique exclut clairement une appendicite.
Toutefois, on diagnostique un kyste péritonéal avec rupture, bénigne, qu'on suppose être à l'origine des fortes douleurs.
De plus, des concrétions appendiculaires sont constatées, qui concordent avec le tableau clinique.

DP	*K66.8*	*Autres maladies précisées du péritoine*
DS	*K38.1*	*Concrétions appendiculaires*
T	*47.01*	*Appendicectomie, par laparoscopie*

Exemple 2
Un patient est admis avec des douleurs au côté droit du bas ventre. Sur une base clinique, on soupçonne une appendicite aiguë.
Lors de l'appendicectomie par laparoscopie, le résultat intraopératoire est non pathologique, sans indice (visuel) d'autre maladie ou d'états qui pourraient expliquer les douleurs.

Le rapport histologique de l'appendice est également non pathologique.

DP	*R10.3*	*Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen*
T	*47.01*	*Appendicectomie, par laparoscopie*

SD1103a 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.

SD1104i 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	*K22.81*	*Hémorragie de l'œsophage*

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.

SD1105a 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 G 54).

SD1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

SD1201g Chirurgie plastique

Le recours à la chirurgie plastique peut avoir 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» doit être codé. (*Z41.1 Chirurgie plastique pour motifs cosmétiques* ou *Z42.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique*).

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
T85.73 Infection et réaction inflammatoire due à une prothèse ou un implant mammaire
T85.82 Fibrose capsulaire du sein due à une prothèse ou un implant mammaire
T85.83 Autres complications dues à une prothèse ou un implant mammaire
doit être indiqué.

Si l'ablation d'implants mammaires a lieu pour des raisons **esthétiques**, on indiquera le code:
Z41.1 Chirurgie plastique pour motifs cosmétiques
si la première implantation a également eu lieu purement pour des raisons esthétiques
ou
Z42.1 Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein
si la première implantation a eu lieu pour des raisons médicales.

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
L98.7 Peau et tissu sous-cutané excédentaire et flasque
Peau flasque ou affaissée:
• après une perte de poids (chirurgie bariatrique) (régime alimentaire)
• SAI.
doit être codé comme diagnostic principal.

SD1202j Phlyctènes

Le terme de phlyctène n'est pas un diagnostic dermatologique précis.
Cette manifestation de la peau doit être attribuée à une maladie de la peau spécifique par un médecin et de manière documentée pour pouvoir être codée.

Exemples:
- Lorsque des phlyctènes apparaissent lors d'une phase postopératoire, elles doivent généralement être caractérisées par un code de la lettre S.
- Lorsque des phlyctènes apparaissent dans le cadre d'un décubitus, elles sont une manifestation de courte durée dans l'évolution d'une érosion ou d'un décubitus. Pour que, en présence de phlyctènes, un code sous *L89.- Ulcère de décubitus et zone de pression* puisse être utilisé, la pathogénèse doit être confirmée médicalement.

SD1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire

SD1401o Dialyse

Le code *39.95.– – Hémodialyse* ou *54.98.– – Dialyse péritonéale* permet de différencier la dialyse **intermittente** et la dialyse **continue**.

1) En cas de dialyse **intermittente**, chaque dialyse est saisie à part.

2a) L'**hémodialyse/hémo(dia)filtration continue** est à saisir avec la durée exacte. Cette durée doit être déterminée du début à la fin d'un traitement. Si une procédure continue est appliquée à plusieurs reprises pendant une hospitalisation, le codage se fait de la manière suivante, selon l'interruption :
- Interruption < 4 heures : l'interruption n'est pas prise en compte, n'est pas soustraite à la durée totale : 1 code avec la durée totale.
- Interruption > 4 à < 24 heures : l'interruption est prise en compte et soustraite à la durée totale : 1 code avec cette durée.

Lors d'utilisation de **diverses méthodes d'hémodialyse/d'hémo(dia)filtration continue**, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec **la plus longue durée.** On additionnera la durée de dialyse de chaque méthode et on indiquera cette durée totale par le **seul** code de dialyse choisi.
- Interruption > 24 heures : chaque application est indiquée par 1 code (pas d'addition des durées individuelles).

2b) La **dialyse péritonéale continue** est à saisir avec la durée exacte. Cette durée doit être déterminée du début à la fin d'un traitement. Si une procédure continue est appliquée à plusieurs reprises pendant une hospitalisation, un nouveau codage sera effectué seulement lors d'une interruption de > 24 heures.
Lors d'utilisation de **diverses méthodes de dialyse péritonéale continue**, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec **la plus longue durée**. On additionnera la durée de dialyse de chaque méthode et on indiquera cette durée totale par le **seul** code de dialyse choisi.

En cas de changement de filtre, de sac ou de système, il n'est pas nécessaire de coder à nouveau la procédure.
Un code de la sous-catégorie *54.98.- Dialyse péritonéale* peut également être codé lorsque le patient effectue lui-même la dialyse.
Le matériel nécessaire, tel que le liquide de rinçage, etc., doit être fourni par le service hospitalier.

SD1402m Verrues anogénitales/herpès anogénital

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.

Les admissions pour le traitement d'une infection de la peau périanale et du rectum par le virus de l'herpès sont codées avec le diagnostic principal *K62.8 «Autres maladies précisées de l'anus et du rectum».*
Le code *A60.1 «Infection de la marge cutanée de l'anus et du rectum, par le virus de l'herpès»*, doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire.

SD1404o Insuffisance rénale

Insuffisance rénale aiguë
Les codes de la CIM-10-GM permettent une description directe des stades d'insuffisance rénale aiguë. La classification des stades doit être respectée.
Seule la détérioration aiguë est prise en compte pour calculer le stade de l'insuffisance rénale aiguë.
Cela signifie que la valeur initiale pour le calcul du stade de l'insuffisance rénale aiguë en cas d'insuffisance rénale chronique préexistante est la créatinine sérique de base.

Insuffisance rénale chronique
Le contrôle ou la précision du stade d'une insuffisance rénale chronique déjà connue (GFR) est important(e) pour la bonne prise en charge du patient.
Si le stade est déterminé durant le séjour hospitalier actuel, le code *N18.-* correspondant au stade est codé.

En cas d'insuffisance rénale chronique préexistante avec aggravation aiguë, le stade de l'insuffisance rénale chronique est déterminé à partir de la créatinine sérique de base.

Insuffisance rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Une insuffisance rénale à la suite de mesures médicales est décrite par *N99.0 Insuffisance rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.
Si le type d'insuffisance rénale (aigu ou chronique) est connu, le code *N99.0* doit être utilisé comme un code avec point d'exclamation, contrairement à l'exclusion de la CIM-10-GM sous *N17 - N19*. Il suit donc le code correspondant issu de *N17.-* ou *N18.-*

SD1405l Hospitalisation pour pose de cathéter péritonéal de dialyse

Lors d'une hospitalisation pour pose d'un cathéter péritonéal de dialyse, **l'insuffisance rénale** est indiquée comme **diagnostic principal**, accompagnée du code de procédure correspondant. Ici, il faut tenir compte de la règle de codage SD0403 lors d'une insuffisance rénale dans le cadre d'une néphropathie diabétique.
Le code
Z49.0 Soins préparatoires en vue d'une dialyse
n'est **pas** saisi (contrairement à ce qui est indiqué dans la note au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM).

SD1406d Hospitalisation pour ablation de cathéter péritonéal de dialyse

Lors d'une hospitalisation pour ablation d'un cathéter péritonéal (non liée à une complication), on indiquera comme diagnostic principal le code
Z43.88 Surveillance d'autres stomies
et le code CHOP
54.99.41 Excision ou fermeture de fistule cutanéo-péritonéale (cathéter à demeure)

SD1407l Hospitalisation pour pose de fistule AV ou pose de shunt AV

Lors d'une hospitalisation pour pose d'une fistule, d'un shunt de dialyse, on indiquera **l'insuffisance rénale** comme **diagnostic principal**, accompagnée des codes de procédures correspondants. Ici, il faut tenir compte de la règle de codage SD0403 lors d'une insuffisance rénale dans le cadre d'une néphropathie diabétique.
Le code
Z49.0 Soins préparatoires en vue d'une dialyse
n'est **pas** utilisé (contrairement à ce qui est indiqué dans la note au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM).

SD1408a 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 (non liée à une complication), on indiquera comme diagnostic principal le code

Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

et le code CHOP

39.43 Fermeture de shunt artério-veineux pour hémodialyse

SD1500 Obstétrique

SD1501n 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.

Si l'âge gestationnel 1 (âge gestationnel calculé à partir du début des dernières règles en nombre de semaines et de jours révolus (le 1er jour des dernières règles est le jour 1 de l'âge gestationnel) et l'âge gestationnel 2 (âge gestationnel déterminé sur la base d'un examen échographique réalisé au cours de la première moitié de la grossesse, en nombre de semaines et de jours révolus) sont connus, il convient de coder sur la base de l'âge gestationnel 2.
Si le médecin traitant corrige l'âge gestationnel, celui-ci doit être saisi sous l'âge gestationnel 2, même s'il ne s'agit pas de l'âge gestationnel déterminé par l'échographie.
En cas de divergence entre l'âge gestationnel calculé et l'âge gestationnel échographique, il est de la responsabilité du médecin traitant de déterminer l'âge gestationnel corrigé et de le documenter.

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 (287 jours ou plus) 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 sans signe de vie avant la 22e 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).

SD1502n 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 (avant la 22e semaine de grossesse révolue et avec un poids à la naissance de moins de 500 g). 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, une grossesse 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*
DS	*D65.1*	*Coagulation intravasculaire disséminée*
DS	*U69.12!*	*Trouble provisoire de la coagulation sanguine*

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 de la catégorie *O08.- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine, 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/Naissance vivante lors de fin de grossesse précoce

Si la grossesse se termine suite à la mort fœtale intra-utérine (spontanément) ou est interrompue (déclenchée), la mort fœtale intra-utérine doit être indiquée comme diagnostic principal.

Exemple 7

Hospitalisation pour mort foetale intra-utérine dans la 35e semaine de grossesse.

DP	*O36.4*	*Soins maternels pour mort intra-utérine du foetus*
DS	*O60.1*	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*
ou		
	O60.3	*Accouchement prématuré sans travail spontané*
DS	*O09.5!*	*Durée de la grossesse, 34 à 36 semaines révolues*
DS	*Z37.1!*	*Naissance unique, enfant mort-né (resp. le code pour naissance multiple)*

Lorsque la grossesse se termine de manière précoce par déclenchement en raison d'une malformation ou d'une suspicion de malformation, le motif de l'interruption de la grossesse doit être indiqué comme diagnostic principal. Dans la clinique, une telle mesure peut se terminer par une naissance vivante ou une mortinaissance, ce qui doit être indiqué dans le codage.

Exemple 8

Hospitalisation pour déclenchement lié à une malformation du système nerveux central du foetus dans la 24e semaine de grossesse.

DP	*O35.0*	*Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du foetus*
DS	*O60.3*	*Accouchement prématuré sans travail spontané*
DS	*O09.3!*	*Durée de la grossesse, 20 à 25 semaines révolues*
DS	*Z37.1!*	*Naissance unique, enfant mort-né (resp. le code pour naissance multiple)*
ou		
	Z37.0!	*Naissance unique, enfant vivant (resp. le code pour naissance multiple)*

SD1503n 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 entre-autres trois domaines pour coder des affections liées à la grossesse:

O20 – O29	*Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse*
O85 – O92	*Complications principalement liées à la puerpéralité*
	Selon la note sous cette catégorie, uniquement les codes O88.–, O91.– et O92.–
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*

La catégorie *O23.- Infections de l'appareil génito-urinaire pendant la grossesse* et *O98.3 «Autres maladies dont le mode de transmission est essentiellement sexuel, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité»* permet de coder les infections de l'appareil génito-urinaire. Si cela permet une description plus précise, on ajoute un code spécifique du chapitre chapitre XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire de la CIM-10-GM pour décrire l'infection présente.

Les codes *O24.- Diabète sucré au cours de la grossesse* sont disponibles pour coder un diabète sucré survenant pendant la grossesse. Si cela permet une précision, ils sont suivis (à l'exception de *O24.4*) de codes issus de *E10 - E14* pour désigner le diabète sucré, ainsi que les complications présentes. En présence de complications (manifestations), la quatrième position du code *E10 - E14* doit être codée en fonction de la/les manifestation(s) et les manifestations spécifiques conformément à SD0400.

Pour coder les maladies du foie durant la grossesse, il existe le code *O26.6 Affections hépatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité*. On ajoute un code spécifique de la catégorie *K70 - K77 Maladies du foie* de la CIM-10-GM pour désigner la maladie hépatique existante.

Remarque: La cholestase intrahépatique gravidique *O26.60* est une maladie aiguë liée à la grossesse d'étiologie inconnue.
En présence d'une telle maladie, un code supplémentaire *K70 - K77* pour préciser l'affection **n'est pas** nécessaire.

Exemple 2
Une patiente est admise à l'hôpital pour des douleurs à la vessie et de l'urticaire sur l'abdomen à la 25e semaine de grossesse. Les démangeaisons sont à peine maîtrisables. La pemphigoïde bulleuse s'étend. Le médecin traitant diagnostique un herpès gestationis.

DP	*O26.4*	*Herpès gestationis*
DS	*O09.3!*	*20e semaine à 25 semaines révolues*

Exemple 3
Une patiente souffrant d'un herpès génital récidivant et connu de type herpès simplex virus HSV-2 est hospitalisée pour une suspicion de récidive (forte douleur) à la 35e semaine de grossesse.
Le diagnostic de vulvite aiguë avec herpès génital est posé et documenté. Pas d'ulcération de la vulve

DP	*O98.3*	*Autres maladies dont le mode de transmission est essentiellement sexuel, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*A60.0†*	*Infection des organes génitaux et de l'appareil génito-urinaire par le virus de l'herpès*
DS	*N77.1**	*Vaginite, vulvite et vulvo-vaginite au cours de maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs*
DS	*O09.5!*	*34e semaine à 36 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*.

- 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), de l'accouchement et de la puerpéralité, 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).

  Exception: lors de l'utilisation de TARPSY, *O99.3 Troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la grossesse, l'accouchement etla puerpéralité* n'est **pas** codé en diagnostic principal. Le diagnostic principal doit être choisi selon la règle de codage G52. Il faut procéder selon l'exemple de codage 7 ci-dessous, même lorsque la maladie psychiatrique complique la grossesse ou est compliquée par la grossesse.

Exemple 4
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 5

Accouchement prématuré dans la 35e semaines de grossesse, la patiente est de plus traitée pour un asthme bronchique allergique. Le traitement a permis de bien contrôler les symptômes (modérés) d'asthme.

DP	*O60.1*	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*
DS	*O09.5!*	*Durée de la grossesse, 34e semaine à 36 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
DS	*O99.5*	*Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*J45.00*	*Asthme à prédominance allergique, qualifié de bien contrôlé et de non sévère*

- 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 6

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*	
DS	*V99!*	*Accident de transport*
DS	*Z34*	*Surveillance d'une grossesse normale*
DS	*O09.4!*	*Durée de la grossesse, 26e semaine à 33 semaines révolues*

Exemple 7 – Psychiatrie

Une patiente connue pour un trouble dépressif récurrent a été hospitalisée dans sa 27e semaine de grossesse dans une clinique psychiatrique en raison d'un nouvel épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Tant sa surcharge de travail que l'attitude négative de ses collègues ont contribué à la dégradation de son état. Sa grossesse se poursuit sans complications.

DP	*F33.2*	*Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques*
DS	*Z34*	*Surveillance d'une grossesse normale*
DS	*O09.4!*	*Durée de la grossesse, 26e semaine à 33 semaines révolues*

SD1504e Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant

Positions et présentations anormales de l'enfant

Les anomalies de position et de présentation de l'enfant 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 nécessitent 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.

Anomalies de la coagulation pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
S'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G 54), un code de la catégorie *D65-D69* sera ajouté aux codes *O00-O07, O08.1* et *O45.0, O46.0, O67.0, O72.3*, contrairement aux éventuelles exclusions dans la CIM-10-GM.

Prophylaxie anti-D
La prophylaxie anti-D administrée pendant le séjour hospitalier de la mère rhésus négatif est codée avec *Z29.1 «Immunothérapie prophylactique»* dans le cas de la mère.
Le code CIM-10-GM *O36.0 «Soins maternels pour iso-immunisation anti-Rh»* n'est utilisé que s'il existe un effort de soins médicaux > 0 chez la mère en raison d'anticorps anti-D avérés et/ou d'une maladie hémolytique du fœtus et/ou du nouveau-né avec incompatibilité de rhésus médicalement diagnostiquée et documentée

SD1505o 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 Assistance manuelle de l'accouchement, autre.*
Le mot «spontané» se rapporte à l'accouchement, et non au début des contractions/du travail, lequel peut être spontané ou induit. Tous les accouchements par voie vaginale sans utilisation d'instruments d'extraction sont représentés par le code de procédure *73.59 Assistance manuelle de l'accouchement*. Les seules procédures obstétriques pouvant être indiquées lorsque O80 Accouchement unique et spontané est en diagnostic principal sont:

03.91.31 Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement
73.0- Rupture artificielle des membranes
73.59 Assistance manuelle de l'accouchement, autre
73.6 Épisiotomie
93.92.15 Analgésie intraveineuse contrôlée par le patient [PCA]

Note:
Une ou plusieurs indications peuvent être à l'origine d'une épisiotomie (nécessaire). Si la raison de l'épisiotomie est indiquée dans la documentation médicale (par exemple, tissus mous rigides, nécessité de mettre fin rapidement à une expulsion tardive, blessure naissante, etc.), elle est enregistrée avec le code de procédure pour l'épisiotomie et le code *O80 Accouchement unique et spontané* est omis.
Les déchirures du périnée qui se produisent malgré une épisiotomie doivent également être saisies.
La suture d'une épisiotomie est comprise dans le code de procédure *73.6 Épisiotomie*.
La prise en charge de déchirure(s) (supplémentaires) du périnée est représentée par un code de la catégorie *75.6- Réparation d'autre déchirure obstétricale récente*.

Note:
Le déclenchement de l'accouchement (induction du travail) vise à réduire le plus possible la morbidité et la mortalité fœtale ou maternelle et nécessite une indication médicale.
Il existe généralement une indication/justification médicalement documentée pour (tenter de) déclencher le travail à l'aide de médicaments et d'autres moyens (par exemple instrumentaux), telle que: contractions douloureuses et sans effet sur le col chez les multipares, oligoamnios ou hydramnios, (suspicion d') insuffisance placentaire et/ou retard de croissance intra-utérin, post-maturité, rupture prématurée des membranes, fatigue/épuisement (massif) de la femme enceinte, etc.
Si une ou plusieurs raisons ou indications pour le déclenchement de l'accouchement (induction du travail) peuvent être déduites de la documentation médicale, ce ou ces diagnostics doivent être codés.
Même si l'arrêt de l'accouchement ou de la grossesse est réalisé par voie vaginale chirurgicale (extraction par ventouse, extraction par forceps) ou par césarienne (primaire, secondaire), la ou les indications d'induction doivent être codées.
Le diagnostic principal est choisi selon la règle de codage G 52.
Les inductions obstétricales peuvent durer de plusieurs heures à plusieurs jours (et être également itératives).
Il n'est donc pas rare que l'indication d'induction remplisse également les conditions de la règle de codage G 52 «Le diagnostic principal».

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*
T	*73.59*	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*

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*
T	*73.59*	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*
T	*73.6*	*Épisiotomie*

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

DP	*O48*	*Grossesse prolongée*
DS	*O09.7!*	*Durée de la grossesse, plus de 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*73.59*	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*

Exemple 4

Accouchement vaginal spontané à 36,2 semaines après induction (médicamenteuse, 2 jours) pour suspicion de retard de croissance intra-utérin, insuffisance placentaire et plusieurs calcifications placentaires et signes d'infarctus blancs. Déchirure du périnée du deuxième degré, suture. L'enregistrement CTG était en partie pathologique, le liquide amniotique présentait une couleur verte, de sorte qu'une surveillance continue de la femme enceinte s'est avérée nécessaire.

DP	*O36.5*	*Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus*
DS	*O43.8*	*Autres anomalies du placenta*
DS	*O60.3*	*Accouchement prématuré sans travail spontané*
DS	*O68.2*	*Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique*
DS	*O70.1*	*Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37 e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*73.4*	*Induction médicamenteuse du travail*
T	*73.59*	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*
T	*75.69*	*Réparation d'autre déchirure obstétricale récente*

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

L'arrêt de l'accouchement que ce soit par extraction par ventouse et/ou forceps ou par césarienne (primaire ou secondaire) est toujours motivé par une ou plusieurs indications, par exemple un rythme cardiaque pathologique (associé à des changements de couleur du liquide amniotique), une faiblesse primaire ou secondaire des contractions, un épuisement maternel, des anomalies posturales ou positionnelles du fœtus, une hémorragie (placentaire) pré ou intrapartum, des tissus rigides, etc.
Les codes

O81 *Accouchement unique par forceps et ventouse*
et
O82 *Accouchement unique par césarienne*
sont omis lors du codage de l'indication correspondante.

Exemple 5

Extraction par forceps (détermination de la présentation, engagement, plancher pelvien) chez une femme primipare (induction médicamenteuse pour post-maturité 41,3 semaines de grossesse, début du travail 3 h après la première administration de prostaglandine) en raison de décélérations et de bradycardie (cardiotocogramme pathologique). Les contractions d'expulsion se montrent trop courtes et pas assez fortes. Une faiblesse secondaire du travail en phase d'expulsion, qui a duré 95 minutes, est également documentée par un médecin. L'accouchement par voie vaginale est réalisé sans épisiotomie élective, une déchirure périnéale du premier degré est traitée.

DP	*O68.0*	*Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus*
DS	*O62.1*	*Inertie utérine secondaire*
DS	*O70.0*	*Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré*
DS	*O48*	*Grossesse prolongée*
DS	*O09.7!*	*Durée de la grossesse, plus de 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*72.19*	*Forceps bas, autre*
T	*75.69*	*Réparation d'autre déchirure obstétricale récente*
T	*73.4*	*Induction médicamenteuse du travail*

Césarienne primaire et secondaire dans le codage médical

La définition **médicale** d'une césarienne est la suivante:

Une césarienne **primaire** est la réalisation d'une **césarienne avant le début de l'accouchement** (début du travail et/ou rupture des membranes). On l'appelle également césarienne programmée ou élective.
Une césarienne **secondaire** est la réalisation d'une **césarienne après le début de l'accouchement** (début du travail et/ou rupture des membranes). On l'appelle également césarienne non programmée.

La nécessité/décision de pratiquer une césarienne est dans la plupart des cas un événement **multifactoriel**.
Cela signifie que ce n'est pas seulement **une** indication, mais **une combinaison** de **facteurs** (maternels et/ou fœtaux) qui peut amener à pratiquer une césarienne.

Note:
Toutes les indications (absolues et/ou relatives) **et autres raisons** menant à l'accouchement par césarienne énumérées dans la documentation médicale doivent être enregistrées avec le code CIM-10-GM correspondant.
La charge de travail relative aux diagnostics à justifier conformément aux règles de codage G 52 «Le diagnostic principal» et G 54 «Les diagnostics supplémentaires» est fournie par la césarienne réalisée (quel que soit le type).
Le diagnostic le plus important pour la décision d'une césarienne est enregistré comme diagnostic principal si la règle de codage G 52 est remplie, si un autre diagnostic ne remplit pas les critères de la règle du diagnostic principal.

L'obstétrique clinique distingue les indications **absolues** et **relatives** de la césarienne.

Remarque:
les exemples d'indications énumérés ci-dessous ne doivent pas être considérés comme complets et peuvent varier dans les publications médicales et dans la pratique clinique.
La liste présentée ici se fonde notamment sur les lignes directrices[1] de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique.

Indications **absolues**: en présence de ces indications, la césarienne doit être impérativement recommandée pour sauver la vie et/ou la santé de l'enfant et/ou de la mère. Le terme «césarienne d'urgence» fait également référence à ces indications.
Par exemple: présentation transverse, (risque de) rupture de l'utérus, acidose fœtale (pH ≤ 7,20 à la suite d'une analyse de sang du fœtus), disproportions absolues, déformations pelviennes, bradycardie fœtale réfractaire sévère, prolapsus du cordon ombilical, placenta praevia (avec ou sans hémorragie), décollement prématuré du placenta, non progression du travail, chorioamnionite, éclampsie, syndrome HELLP, etc.

Indications **relatives**: en présence de ces indications, la césarienne n'est pas obligatoire. La vie et/ou la santé de l'enfant et/ou de la mère ne sont pas en danger immédiat. Les indications en présence pouvant conduire à un accouchement par césarienne doivent faire l'objet d'une discussion et d'une évaluation individuelle avec la future mère en tenant compte de tous les avantages et inconvénients et des risques obstétricaux de chaque type d'accouchement.
Par exemple, présentation par le siège (siège décomplété, présentation par les pieds, siège complet), retard/restriction de croissance intra-utérin, grossesse multiple, disproportion céphalo-pelvienne, macrosomie fœtale absolue (> 4500 g), infection par le VIH, infection génitale primaire par le virus de l'herpès simplex (HSV) au troisième trimestre de grossesse, CTG pathologique, travail prolongé, pré-éclampsie, état après une précédente césarienne, prématurité, épuisement maternel, césarienne motivée par des facteurs psychologiques (anxiété concernant la sécurité du fœtus, douleur à la naissance et dommages organiques tardifs), insuffisance cardiaque maternelle, autres maladies maternelles de gravité similaire (par exemple, diabète sucré non contrôlé, etc.)

Il existe plusieurs autres facteurs de décider d'une césarienne primaire ou secondaire, par ex.
- Infection par l'hépatite B
- Infection par l'hépatite C
- Infection par le HPV
- Césarienne demandée sans indication médicale

Ces situations et autres facteurs doivent également être enregistrées dans le codage comme (une des) raisons d'une césarienne si elles sont indiquées dans la documentation médicale.

Depuis 2014, la CHOP met à disposition des codes à six chiffres pour enregistrer les différents types de césariennes.
Pour choisir le bon code de procédure, il faut prendre en compte le règlement suivant, nécessaire à un codage uniforme dans toute la Suisse:

- Pour choisir le code CHOP approprié *74.0X.**10**, 74.1X.**10**, 74.2X.**10**, 74.4X.**10***, on saisit le type de césarienne pratiquée comme **procédure programmée** antepartum avant ou après le début de l'accouchement (début du travail et/ou rupture des membranes). La décision d'un accouchement par césarienne est ici prise **avant le début de l'accouchement, c'est-à-dire avant le début du travail et/ou la rupture des membranes.** C'est alors ce qu'on appelle aussi la césarienne élective.

La condition préalable à la sélection d'un code se terminant par -.10 est qu'il n'y ait pas une indication supplémentaire maternelle et/ou fœtale (absolue et/ou relative) ou d'autres raisons pour une césarienne qui nécessite l'utilisation d'un code CHOP de la rubrique 74.- se terminant par -.20 (par exemple, dans une situation d'urgence, etc.).

[1] Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf (sggg.ch)

- Pour choisir le bon code CHOP *74.0X.**20**, 74.1X.**20**, 74.2X.**20**, 74.4X.**20***, on saisit le type de césarienne qui, (qu'elle soit initialement programmée* ou non) **a du avoir** lieu obligatoirement **avant le début de l'accouchement** en raison d'une **indication urgente aiguë** ou d'une **situation d'urgence** (voir indication absolue de césarienne) ou a dû être décidée (**de manière non planifiée**) **après le début de l'accouchement (pendant le travail)** en raison d'une **situation d'urgence, d'une indication urgente ou de toute autre indication absolue et/ou relative.**

*Même s'il s'agit initialement, par exemple, d'une procédure programmée antepartum et que l'accouchement n'a pas encore commencé, la survenue d'indications et/ou de raisons nouvelles/supplémentaires peut nécessiter l'utilisation d'un code CHOP se terminant par -.20.

Remarque:
La méthode la plus fréquente de césarienne est celle appelée césarienne isthmique basse horizontale. Celle-ci est représentée par les codes *74.1x.10 Césarienne isthmique basse, primaire* et *74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire*.
Les descriptions de méthodes telles que «incision de Pfannenstiel», selon «Joel-Cohen» ou «technique de Misgav-Ladach modifiée» sont également incluses dans la catégorie *74.1X. - Césarienne cervicale **basse***, même si elles décrivent en fait l'ouverture de la paroi abdominale.
Pour saisir une césarienne extrapéritonéale, cette technique particulière doit être explicitement mentionnée dans la documentation médicale.
Une césarienne corporéale est représentée par les codes de la rubrique *74.0X.- Césarienne classique*.
Il s'agit d'une **incision utérine verticale et/ou horizontale** dans le corps de l'utérus et elle est (rarement) utilisée pour les accouchements, par exemple dans les toutes premières semaines de la grossesse.
Très rarement, les césariennes sont réalisées par laparatomie longitudinale ou autre incision. Celles-ci sont représentées par la classe résiduelle *74.4X Césarienne d'autre type spécifié*.

Naissance prématurée et césarienne:
Toute césarienne (programmée ou non) qui doit être pratiquée **avant la 37e SG révolue** (selon la définition de la naissance avant terme figurant sous SD1501, p.161) est représentée avec un code CHOP de la catégorie 74.- se terminant par -.20.

Note:
en raison des différences existantes entre la définition médicale d'une césarienne «primaire» et «secondaire» d'une part et les directives pour la saisie des codes CHOP de la rubrique *74.- Césarienne et extraction de fœtus* d'autre part, les personnes responsables du codage ne doivent **pas** s'attendre à pouvoir reprendre toujours exactement dans le codage la notion de «primaire» ou de «secondaire» telle qu'indiquée dans la documentation médicale.
S'appliquent entre autres les dispositions de ces règles de codage et des exemples suivants.

Les exemples suivants ont pour but d'illustrer le codage et sont pour cette raison quantitativement plus détaillés.
Ils se concentrent sur le choix des codes CIM-10-GM concernant les **indications/autres raisons** et le code CHOP correct pour la césarienne. Ils ne doivent pas être considérés comme complets sur le plan de la saisie des codes de procédure

Exemples de saisie des codes CHOP pour la césarienne «primaire»

Exemple 6

Césarienne élective sous anesthésie générale intraveineuse (peur de l'anesthésie rachidienne) pour siège décomplété persistant à 39,3 semaines de grossesse, avancée pour rupture prématurée des membranes avec début de travail spontané (6 h après la rupture des membranes).

DP	*O64.1*	*Dystocie due à une présentation du siège*	
DS	*O42.0*	*Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures*	
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37 e semaine à 41 semaines révolues*	
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*	
T	*74.1X.10*	*Césarienne isthmique basse, primaire*	
T	*93.92.10*	*Anesthésie intraveineuse*	*Date et heure du T 74.1X.10*

La césarienne pour présentation par le siège (indication relative de césarienne) était une procédure programmée avant le début de l'accouchement. En cas de rupture prématurée des membranes (rupture des membranes avant le début du travail) et des contractions commençant par la suite, la définition médicale est celle d'une césarienne secondaire (césarienne après le début du travail).
En raison de la règle de codage pour la saisie des codes CHOP de la césarienne, qui diffère de la définition médicale, le code CHOP *74.1X.10 Césarienne isthmique basse,* ***primaire*** est utilisé ici.

Exemple 7

Admission pour césarienne élective 20 jours avant le terme calculé pour présentation transverse absolue et présence d'un bassin maternel en entonnoir (congénital).
Réalisation de la césarienne avant la rupture des membranes et le début du travail.

DP	*O32.2*	*Soins maternels pour position transverse et oblique*
DS	*O33.3*	*Soins maternels pour disproportion due à un rétrécissement du détroit inférieur*
DS	*O99.8*	*Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*Q74.2*	*Autres malformations congénitales d'un (des) membre(s) inférieur(s), y compris la ceinture pelvienne*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.10*	*Césarienne isthmique basse, primaire*

Avec une présentation transverse (indication absolue de césarienne) et un bassin en entonnoir (indication absolue de césarienne), césarienne réalisée comme programmée, avant le début du travail. Selon la définition médicale et suivant la règle de codage décrite ci-dessus, il s'agit d'une césarienne primaire et le code CHOP *74.1X.10 Césarienne isthmique basse,* ***primaire*** est utilisé.

Exemple 8

Admission d'une femme Para 0, Gravida 1 (42 ans) à 37,2 semaines de grossesse pour une césarienne programmée en présence d'un diabète gestationnel, d'une grande peur de l'accouchement vaginal et d'une suspicion d'un début d'insuffisance placentaire (pas encore de retard de croissance intra-utérine).
La patiente souhaite avoir une césarienne sans attendre, également en raison d'une fatigue et d'un épuisement croissants. En outre, la patiente présente une obésité nutritionnelle grave (IMC de 42) aggravée par une prise de poids supérieure à la moyenne pendant la grossesse.
Après avoir expliqué les avantages et les inconvénients ainsi que les risques obstétricaux, la patiente s'en tient au souhait qu'elle a exprimé et la césarienne élective est pratiquée le jour suivant.

DP	*O24.4*	*Diabète sucré survenant au cours de la grossesse*
DS	*O26.88*	*Autres maladies non précisées associées à la grossesse*
DS	*O43.8*	*Autres anomalies du placenta*
DS	*Z35.5*	*Surveillance d'une primigeste âgée*
DS	*O26.0*	*Prise de poids excessive au cours de la grossesse*
DS	*O99.2*	*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*E66.02*	*Obésité due à un apport de calories excédentaire, obésité de degré III (OMS) chez des patients de 18 ans et plus*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.10*	*Césarienne isthmique basse, primaire*

La décision de pratiquer une césarienne programmée a été prise en raison de plusieurs indications relatives de césarienne (diabète gestationnel, peur de l'accouchement par voie vaginale, début d'insuffisance placentaire, fatigue et épuisement) et d'une grossesse à risque étant donné l'âge de la primoparturiente. L'accouchement n'a pas commencé, la césarienne est programmée.
Le souhait pressant d'une future mère d'accoucher par césarienne pour des raisons psychologiques doit être entendu par le corps médical, y compris en ce qui concerne les préoccupations médico-légales (après information appropriée) et est considéré comme une indication relative de la césarienne.
D'un point de vue médical et de codage, l'exemple ci-dessus est représenté par le code *74.1X.10 Césarienne isthmique basse, **primaire***.

Exemple 9

Admission d'une Gravida 7, Para 6 pour une nouvelle césarienne élective à 37,3 semaines de grossesse. Il s'agit de la cinquième césarienne consécutive. Après la 4e césarienne, déjà, une césarienne avec incision corporéale avait été prévue à la place de l'incision isthmique basse en cas de nouvelle grossesse, en raison d'une paroi abdominale «amincie», d'une perforation couverte dans la zone isthmique et d'adhérences sévères.

DP	*O34.2*	*Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure est utilisé lorsque*
DS	*O99.8*	*Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*N99.4*	*Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux*
DS	*Z35.2*	*Surveillance d'une grossesse avec d'autres antécédents obstétricaux pathologiques et difficultés à procréer*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.0X.10*	*Césarienne classique, primaire*
T	*00.99.11*	*Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

En cas d'état après des accouchements multiples par césarienne (indication relative de césarienne), d'état après une perforation couverte (indication absolue menaçante de césarienne) et de présence suspectée d'adhérences postopératoires sévères dans le bassin (pas d'indication absolue ou relative de césarienne, mais une raison de décider d'un changement du modus operandi), une césarienne corporéale **primaire classique** (incision verticale de l'utérus dans la zone du corps utérin) est pratiquée.
Selon les règles de codage en vigueur aussi, le code pour la césarienne primaire est choisi parce qu'il s'agit d'une césarienne programmée avant le début de l'accouchement.
Cependant, si la future mère entre en travail et/ou a une rupture des membranes, l'état ci-dessus, qui correspond à une grossesse à risque, peut très rapidement nécessiter une césarienne en urgence, surtout en cas de détérioration du CTG, qui peut indiquer une nouvelle perforation de l'utérus. Si la documentation médicale l'indique, une césarienne secondaire doit pouvoir être codée à la place d'une césarienne primaire.

Exemple 10

Admission d'une femme de 30 ans, Gravida 1 à 39,2 semaines de grossesse, pour une césarienne programmée demandée en raison d'une peur de l'accouchement vaginal.
Tous les risques et toutes les alternatives ont été évoqués et documentés à l'avance avec la future mère.

DP	*O26.88*	*Autres maladies non précisées associées à la grossesse*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.10*	*Césarienne isthmique basse, primaire*

Il s'agit ici d'une indication relative de césarienne.
Au sens médical et conformément à la règle de codage susmentionnée, le code pour la césarienne primaire *74.1X.10 Césarienne isthmique basse, **primaire*** est utilisé.

Remarque:
Le code O26.88 doit être utilisé pour représenter l'indication relative de la césarienne «Peur de l'accouchement vaginal».
Il **ne** faut **pas** utiliser un code de la catégorie F41.- en particulier ou du chapitre V de la CIM-10-GM en général, sauf en cas de diagnostic psychiatrique (anxiété) univoque et documenté, même préexistant.
Le code *O82 Accouchement unique par césarienne* ne doit pas être utilisé en raison de la présence d'une indication relative de césarienne.

Exemple 11

Admission à 38,5 semaines de grossesse pour une césarienne programmée à la date souhaitée (Gravida 1).
En l'absence d'autres indications relatives ou absolues, la césarienne est réalisée à la demande des parents à une date particulière.

DP	*O82*	*Accouchement unique par césarienne [Sectio caesarea]*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37 e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.10*	*Césarienne isthmique basse, primaire*

Remarque:
Une «césarienne sur demande maternelle» sans autre indication pour une telle intervention (p.ex. status après une césarienne précédente, suspicion de macrosomie fœtale etc.) est indiquée par le code CIM *O82 Accouchement unique par césarienne*.
Le code CIM O82 Accouchement unique par césarienne ne peut pas être utilisé conjointement avec les codes CHOP *74.1X.20 Césarienne isthmique basse, secondaire* (ou *74.0X.20 Césarienne classique, secondaire*; *74.2X.- Césarienne extrapéritonéale*).

Exemples de saisie des codes CHOP pour la césarienne «secondaire»

Exemple 12

Césarienne pratiquée en urgence sous anesthésie générale (procédure combinée d'anesthésie par inhalation et par voie intraveineuse) pour bradycardie fœtale sévère avec oscillation silencieuse en début de période de dilatation avec contractions régulières (pas de syndrome de compression de la veine cave). 36,1 semaines de grossesse, anesthésie péridurale en place pour intolérance maternelle précoce aux contractions.

DP	*O68.0*	*Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus*	
DS	*O60.1*	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*	
DS	*O75.8*	*Autres complications précisées du travail et de l'accouchement*	
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37 semaine à 41 semaines révolues*	
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*	
T	*74.1X.20*	*Césarienne isthmique basse, secondaire*	
T	*03.91.31*	*Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement*	
T	*93.92.12*	*Anesthésie équilibrée*	*Date et heure du T 74.1X.20*

La décision de pratiquer une césarienne en urgence en raison d'une bradycardie fœtale sévère (indication absolue de césarienne) et lors d'une naissance prématurée (indication relative de césarienne) a été prise après le début de l'accouchement, en raison de l'évolution du travail.
Le code CHOP *74.1X.20 Césarienne isthmique basse,* ***secondaire*** s'applique.

Exemple 13

Hospitalisation pour surveillance et, si nécessaire, déclenchement médicamenteux planifié de l'accouchement à la suite d'un examen prénatal à la 39e semaine de grossesse.
Le doppler réalisé en ambulatoire a révélé une circulation sanguine pathologique du cordon ombilical (signe d'une indication relative de césarienne) avec un placenta inséré bas (indication relative de césarienne) et un retard de croissance intra-utérin (indication relative de césarienne).
Le CTG réalisé le lendemain montre un résultat pathologique sur l'utérus sans contraction (indication relative de césarienne) sans récupération adéquate des battements cardiaques du fœtus.
Une césarienne en urgence est indiquée et réalisée.
Le pH de l'artère ombilicale et l'excès de base sont normaux.

DP	*O36.3*	*Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale*
DS	*O44.00*	*Descente du placenta sans hémorragie (actuelle)*
DS	*O36.5*	*Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.20*	*Césarienne isthmique basse, secondaire*

En présence de plusieurs indications (relatives) de césarienne, la décision est prise de pratiquer **en urgence une césarienne non programmée** en raison de la détérioration de la situation globale causée par la survenue supplémentaire d'une autre indication relative de césarienne, au pronostic défavorable (CTG pathologique avant le début du travail). Bien que la procédure ait été pratiquée avant le début effectif du travail et qu'il s'agisse donc d'une césarienne «primaire» selon la définition médicale, le code CHOP *74.1X.20 Césarienne isthmique basse,* ***secondaire*** s'applique en raison de l'urgence.

Exemple 14

Admission de nuit avec rupture prématurée des membranes (sans contractions) 20 jours avant le terme calculé avec présentation transverse absolue. Une césarienne élective avait été programmée à l'avance pour le surlendemain.
Lors de l'examen obstétrique à l'admission, de grandes quantités de liquide amniotique s'écoulent toujours par intermittence.
Le CTG n'est pas (encore) pathologique, mais montre en partie de légers signes de compression du fœtus (8 points au score de Fisher).
Réalisation anticipée en urgence de la césarienne programmée pour présentation incompatible avec un accouchement par voie vaginale et rupture prématurée des membranes, également afin de réaliser un accouchement avant le début du travail.

DP	*O64.4*	*Dystocie due à une présentation de l'épaule*
DS	*O42.9*	*Rupture prématurée des membranes, sans précision*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37 e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.20*	*Césarienne isthmique basse, secondaire*

En raison de la présentation transverse (indication absolue de césarienne), une césarienne élective avait été prévue. Au début du travail (rupture prématurée des membranes), une césarienne en urgence a été indiquée en raison d'une présentation incompatible avec un accouchement par voie vaginale.
Le début du travail avec un fœtus en position transversale correspond à une situation obstétricale tendue qui peut se transformer en urgence à tout moment, surtout si des contractions apparaissent chez la future mère.
Sur le plan médical et également selon les directives de codage susmentionnées, il s'agit d'une césarienne **secondaire**.
L'exemple s'applique avec le même raisonnement pour le début de l'accouchement avec contractions sans rupture des membranes ou rupture des membranes et contractions avec position transversale actuelle et vérifiée.

Exemple 15

Admission avec rupture des membranes et présentation par le siège à 37,5 semaines de grossesse, en présence de contractions régulières. La césarienne avait été programmée pour 6 jours plus tard.
L'examen réalisé à l'admission montre un CTG suspect (score de Fisher de 7 points) et un liquide amniotique ressemblant abondamment à de la «Purée de pois» (contenant du méconium) avec les premières contractions régulières. Un pied palpable de l'enfant dépasse le col de l'utérus.
Une césarienne accélérée est pratiquée.

DP	*O68.2*	*Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique*
DS	*O42.0*	*Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures*
DS	*O64.1*	*Dystocie due à une présentation du siège*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37 e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.1X.20*	*Césarienne isthmique basse, secondaire*

La présence d'un liquide amniotique méconial (la consistance de type «Purée de pois» peut indiquer un état existant depuis un moment) est considérée comme un indicateur signifiant que le fœtus n'est plus dans des conditions optimales et était et/ou est exposé à une situation hypoxique. Le CTG, déjà pathologique, confirme cette hypothèse.
Ces deux indications relatives de césarienne conduisent à la décision de pratiquer une césarienne «en urgence» sans qu'il y ait alors une urgence aiguë.
Le travail ayant commencé, on indique le code *O68.2 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique* du chapitre «Complications du travail et de l'accouchement». La rupture prématurée des membranes n'est pas la raison principale/le problème «le plus grave». La césarienne est pratiquée principalement en raison de la suspicion d'une situation hypoxique du fœtus, qui se manifeste cliniquement par des modifications du liquide amniotique et au CTG.
Le code *74.1X.20 Césarienne isthmique basse,* ***secondaire*** est saisie, car il s'agit, sur le plan médical comme au regard de la règle de codage, d'une césarienne secondaire, même si elle était prévue à l'avance.

Exemple 16

Hospitalisation d'une femme Gravida 1 depuis 4 semaines en raison d'un retard de croissance intra-utérin (indication relative de césarienne) et d'une béance du col de l'utérus (raccourcissement à 2 cm sans contractions notables, consistance souple, pas de formation d'entonnoir). Après une tocolyse de courte durée, utérus sans contractions. Réalisation de contrôles CTG quotidiens et surveillance médicale des apports au fœtus et de la longueur du col de l'utérus. 26,1 semaines de grossesse à l'admission.
En raison d'une détérioration croissante des valeurs au doppler ombilical (signe d'une indication relative de césarienne), une césarienne est programmée et réalisée à 30,2 semaines de grossesse après administration de médicaments destinés à accélérer le développement des poumons.

DP	*O36.5*	*Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus*
DS	*O34.38*	*Suivi de la mère dans les autres cas d'insuffisance cervico-utérine*
DS	*O36.3*	*Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale*
DS	*O60.3*	*Accouchement prématuré sans travail spontané*
DS	*O09.4!*	*Durée de la grossesse, 26e semaine à 33 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*73.7X.14*	*Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, d'au moins 28 à 55 jours de traitement*
T	*74.1X.20*	*Césarienne isthmique basse, secondaire*
T		*Autres prodécures selon documentation médicale*

La patiente a été hospitalisée pendant plusieurs semaines en raison d'un retard de croissance intra-utérin (indication relative de césarienne) et d'une béance du col de l'utérus.
En raison de la détérioration croissante des paramètres relatifs aux apports au fœtus, une césarienne a dû être indiquée bien avant d'atteindre 37,0 semaines de grossesse et avant le début du travail.
Sur le plan médical, il s'agit d'une césarienne primaire, planifiée et réalisée en urgence.
Cependant, en raison des indications en présence et de la prématurité, le code *74.1X.20 Césarienne isthmique basse,* ***secondaire*** est saisi pour une question technique de codage.
Le problème prédominant du séjour hospitalier a été une prise en charge de plusieurs semaines en raison d'un retard de croissance intra-utérin et d'une détérioration croissante des apports au fœtus. Comme le veut la règle de codification G 55, la césarienne n'est pas codée en première position.

Exemple 17

Admission à 37,1 semaines de grossesse après saignements légers à domicile en présence d'un placenta praevia complet et d'un état après une césarienne isthmique basse.
Le CTG ne montre aucune anomalie et aucune contraction. Du sang ancien est constaté lors du premier examen des vêtements et des serviettes hygiéniques. L'échographie de l'utérus gravide montre une poche des eaux intacte et pas de changement d'état concernant le placenta praevia.
Pendant les quelques heures de surveillance qui suivent, nouvelle perte de sang frais.
Décision d'une césarienne primaire anticipée en raison d'une hémorragie du placenta praevia. En raison de la position du placenta, une césarienne dite classique (corporéale) doit être pratiquée au lieu d'une césarienne isthmique basse.

DP	*O44.11*	*Placenta praevia avec hémorragie actuelle*
DS	*O34.2*	*Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure*
DS	*O09.6!*	*Durée de la grossesse, 37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*
T	*74.0X.20*	*Césarienne classique, secondaire*
T	*00.99.11*	*Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie*

Même si la césarienne est programmée et que l'accouchement n'a pas commencé, le code *74.0X.20 Césarienne classique,* ***secondaire*** doit être saisi en raison de l'indication absolue de césarienne «Placenta praevia avec hémorragie aiguë» et de l'imminence d'une situation risquée pour la mère et l'enfant.
Une autre indication relative de césarienne (état après césarienne antérieure) contribue à la décision et doit donc également être saisie.

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.

En cas d'hospitalisation pour le traitement de complications liées à un avortement ou à un accouchement traité précédemment, la durée de la grossesse n'est plus codée.

Résultat de l'accouchement
Pour chaque accouchement, l'hôpital dans lequel il a eu lieu doit indiquer chez la mère le code correspondant de la catégorie
Z37.-! Résultat de l'accouchement

Il s'agit d'un code avec point d'exclamation (voir D04). Il est obligatoire et ne peut en aucun cas être en diagnostic principal. En cas de transferts (hôpital vers hôpital, maison de naissance vers hôpital ou vice versa), le code *Z37.-!* n'est indiqué que par l'établissement dans lequel l'accouchement a eu lieu.

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 18
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*
T	*74.1X.--*	*Césarienne isthmique basse*
T	*73.59*	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*

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, cet autre hôpital saisit comme diagnostic principal le code correspondant du groupe Z39.- .
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 19

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 20

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

O63.0 Prolongation de la première période (lors de l'accouchement) peut être codée si le travail dure plus de 8 heures entre le moment où le col utérin est dilaté à 6 cm et le moment où il est complètement dilaté.

O63.1 Prolongation de la deuxième période (lors de l'accouchement) peut être codée si la période d'expulsion dure plus de 3 heures chez une primipare et plus de 2 heures chez une multipare. La période d'expulsion commence à partir de la dilatation complète du col de l'utérus et se termine avec la naissance de l'enfant.

Les définitions obstétricales des périodes de dilatation et d'expulsion sont applicables.
Le personnel chargé du codage doit spécifier les données documentées médicalement issues du dossier de grossesse (p.ex. partogramme), conformément aux dispositions de la règle G 40.

Laps de temps entre la rupture des membranes et l'accouchement ≥ 24 h

Travail retardé après rupture des membranes (prématurée et/ou spontanée) ou après rupture artificielle des membranes (amniotomie) pour déclencher le travail, augmenter les contractions ou au cours de du travail :

Codes : *O75.5 Accouchement retardé après **rupture artificielle** des membranes* ou *O75.6 Accouchement retardé après **rupture spontanée ou non précisée des membranes***

Remarque:
- Si toutes les conditions énumérées ci-dessus pour les codes O*63.0, O63.1, O75.5* et *O75.6* sont remplies, tous les codes CIM concernés peuvent être inscrits dans le codage, même simultanément, si la règle des diagnostics supplémentaires (G 54) est respectée.
- L'exclusion mentionnée sous le code *O75.6 Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes* indique au personnel chargé du codage, en présence d'une rupture des membranes prématurée (c'est-à-dire que la rupture des membranes s'est produite avant le début des contractions de travail), qu'il doit utiliser un code de la rubrique *O42.- Rupture prématurée des membranes.*
- Les codes *O42.-* et *O75.6* indiquent des états (ou des maladies) différents.
- Le code *O75.6* n'indique pas s'il s'agit d'une rupture spontanée prématurée (avant le début des contractions de travail).

Exemple 21

Une patiente (primipare) est admise à l'hôpital pour une rupture prématurée des membranes à la semaine de grossesse 39+4. Approche expectative en priorité, prophylaxie antibiotique, surveillance en salle d'accouchement.
Après 30 h, début naturel des contractions de travail. Période de dilatation prolongée de 12h45 (à partir de l'ouverture du col utérin de 6 cm jusqu'à l'ouverture complète du col utérin), provocation des contractions et anesthésie péridurale.
En raison d'une période d'expulsion de 190 mn et d'un tracé CTG pathologique, accouchement à l'aide d'une ventouse obstétricale sans épisiotomie avec déchirure du périnée de degré 2.
*La documentation médicale indique que **la période de dilatation** prolongée a entraîné le plus d'efforts de soins au sens de la règle G 52.*

DP	*O63.0*	*Prolongation de la première période (dilatation)*
DS	*O42.11*	*Rupture prématurée des membranes, début du travail après 1 à 7 jours*
DS	*O63.1*	*Prolongation de la deuxième période (expulsion)*
DS	*O75.6*	*Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes*
DS	*O70.1*	*Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré*
DS	*O68.0*	*Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus*
DS	*O09.6!*	*37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*

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 G 54).

Prélèvement de cellules souches pour la cryoconservation

Le prélèvement de cellules souches dans le sang du cordon ombilical pour la cryoconservation (principalement la veine du cordon ombilical, selon les instructions du fabricant et le volume de sang disponible dans le cordon ombilical) est représenté par le code *41.0A.31 Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques dans le sang du cordon ombilical, autologue*
dans le cas d'un nouveau-né.
Peu importe alors que le prélèvement soit effectué directement après une césarienne primaire/secondaire ou un accouchement par voie vaginale.
Il faut cependant prendre en compte que le code **ne doit pas être utilisé dans le cas de la mère**, mais uniquement dans le cas du nouveau-né.
Il s'agit d'un prélèvement de sang du cordon ombilical qui présente une forte concentration en cellules souches hématopoïétiques.
Ces cellules souches sont cryoconservées et stockées pendant des années, car elles pourraient aider à traiter certaines maladies pouvant survenir plus tard dans la vie du nouveau-né (ou de ses frères et sœurs), telles que la leucémie, l'anémie ou les maladies du système immunitaire

SD1506o Maladies du post-partum (puerpérales)

Sepsis puerpéral (anciennement «fièvre puerpérale»)
Le sepsis puerpéral est une entité à part entière. Son caractère particulier relatif au moment de son apparition et à son étiologie (contexte de l'accouchement) est comparable à celui du diabète gestationnel, de l'herpès gestationis ou de la cholestase gravidique. La distinction entre «sepsis puerpéral» et «sepsis du post-partum» est essentielle pour un bon codage.
Le sepsis puerpéral est déclenché par une infection bactérienne de l'endomètre (porte d'entrée: p. ex. lésions du post-partum qui s'y trouvent, restes de placenta, etc.). Les conséquences possibles de cette infection vont de l'endomyométrite au sepsis fulminant durant le post-partum.
Le sepsis puerpéral doit être distingué des sepsis du post-partum dus à des infections urinaires, des mastites et/ou des plaies obstétricales infectées, p. ex. après une épisiotomie, etc.

Dans les exemples suivants, on renonce délibérément à la saisie des traitements en raison de la priorité accordée au «codage du diagnostic».

Exemple 1
7 h après un accouchement sans complications avec admission la veille, mais sans autre complication (gravida 2, para 2, 39 SG), douleurs persistantes (douleur utérine).
La patiente est pâle, se plaint de fortes douleurs/contractions (tranchées) dans le bas-ventre, son état est stable sur le plan circulatoire avec une température de 35,7 °C.
Suspicion initiale de dérèglement de la circulation.
Le bilan sanguin actuel demandé montre une anémie (5,1 mmol/l, 82.2 g/L) ainsi qu'une thrombocytopénie (76 x 10^3/µl) avec des valeurs leucocytaires normales.
Au cours de la journée d'hospitalisation suivante, des douleurs au bas-ventre croissantes et résistantes au traitement persistent.
La patiente se montre de plus en plus agitée, présente des sueurs froides et une cyanose des lèvres. La pression artérielle est basse (80/40 mmHg) avec un pouls tachycardique de 122/min. L'abdomen est souple et sans défense pariétale.
***Une endomyométrite avec sepsis** étant diagnostiquée, la patiente est admise en soins intensifs avec instauration d'un traitement antibiotique. L'état de la patiente continue à se dégrader rapidement avec des défaillances multiorganiques (insuffisance rénale, SDRA, choc septique) si bien qu'une hystérectomie est pratiquée en urgence dans des conditions de réanimation.*
Diagnostic de sortie: sepsis puerpéral foudroyant à streptocoques du groupe A.

DP	*A40.0*	*Septicémie à streptocoques, groupe A*
DS	*U69.80!*	*Septicémie non nosocomiale*
DS	*O85*	*Fièvre puerpérale*
DS	*B95.0!*	*Streptocoques, groupe A, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*O99.4*	*Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*R57.2*	*Choc septique*
DS	*U69.83!*	*Choc septique non nosocomial*
DS	*O99.8*	*Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*N17.99*	*Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade, sans précision*
DS	*O99.5*	*Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*J80.09*	*Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte [SDRA], sans précision du degré de sévérité*
DS	*O99.1*	*Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certaines anomalies du système immunitaire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*D69.58*	*Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions*
DS	*D64.9*	*Anémie, sans précision*
DS	*O99.0*	*Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*O09.6!*	*37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*

Le code *R57.2 choc septique* comprend les paramètres cardiovasculaires de l'exemple 1 et est saisi avec *O99.4 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*.
En raison du chapitre SD1503 «Affections pendant la grossesse» toutes les dysfonctions organiques sont codées avec le code correspondant du chapitre XV de la CIM-10-GM.

Exemple 2
Suite à une hospitalisation en raison d'une césarienne élective pour présentation par le siège, nouvelle admission 19 jours après la sortie pour sepsis urinaire médicalement documenté dû à une pyélonéphrite (étiologie impossible à déterminer, par exemple obstructive [utérus gravide] ou iatrogène [cathéter urinaire] etc.).
Documentation d'une aggravation aiguë liée au sepsis de 4 points SOFA en l'espace de 72 h.
Présence d'une insuffisance rénale aiguë de stade 3 selon les critères AKIN, avec une situation initiale de 0.
Des bactéries Escherichia coli ont été mises en évidence dans la culture d'urine et les hémocultures.

DP	*A41.51*	*Septicémie à d'autres micro-organismes Gram négatif, Escherichia coli [E. coli]*
DS	*U69.80!*	*Septicémie non nosocomiale*
DS	*O86.2*	*Infection des voies urinaires, après accouchement*
DS	*N10*	*Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*
DS	*B96.2!*	*Escherichia coli [E. coli] et autres enterobacterales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*O99.8*	*Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*N17.93*	*Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 3*

Même si la patiente se trouve par définition dans le post-partum (puerpéralité), **ce n'est pas** le code *O85 Fièvre puerpérale* qui est choisi si les critères sont remplis selon la règle de codage SD0102 pour le codage du sepsis existant.
Il ne s'agit pas d'un sepsis puerpéral tel qu'il est défini.

L'insuffisance rénale aiguë n'est pas codée par la combinaison du code *O90.4 Insuffisance rénale aiguë du post-partum* suivi de *N17.93 Insuffisance rénale aiguë, sans précision* Stade 3, puisqu'il ne s'agit **pas d'une insuffisance rénale du post-partum**, mais d'une insuffisance rénale liée au sepsis.
Le codage de la durée de la grossesse au moyen de codes issus du chapitre XV «Grossesse, accouchement et puerpéralité» de la CIM-10-GM n'est pas nécessaire dans le contexte de la puerpéralité.

Exemple 3
Chez une future mère (39,4 SG) se manifeste dès l'accouchement, dans un contexte de suspicion de chorioamniotite (Streptococcus anginosus), un sepsis qui évolue vers un choc septique en post-partum. En raison de la disproportion entre la tête de l'enfant et le bassin de la mère avec suspicion de macrosomie du foetus, de paramètres infectieux croissants et de signes cliniques indiquant un sepsis, une césarienne secondaire est pratiquée en urgence suivie d'un traitement en USI. Tous les paramètres selon la règle de codage SD0102 sont remplis.

DP	*A40.8*	*Autres septicémies à streptocoques*
DS	*U69.80!*	*Septicémie non nosocomiale*
DS	*O75.3*	*Autres infections au cours du travail*
DS	*B95.48!*	*Autres streptocoques spécifiés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*O99.4*	*Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*R57.2*	*Choc septique*
DS	*U69.83!*	*Choc septique non nosocomial*
DS	*O41.1*	*Infection du sac amniotique et des membranes*
DS	*O65.4*	*Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision*
DS	*O66.2*	*Dystocie due à un fœtus anormalement gros*
DS	*O09.6!*	*37e semaine à 41 semaines révolues*
DS	*Z37.0!*	*Naissance unique, enfant vivant*

Dans les exemples décrits précédemment, le sepsis figure dans le diagnostic principal, car la règle de codage SD0102 a priorité sur les indications d'utilisation de la CIM-10-GM.
L'ordre de saisie des codes est déterminé par les indications de la règle de codage SD0102.

SD1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

SD1601n Série de données de la statistique médicale

Pour chaque nouveau-né, le poids à la naissance et l'âge gestationnel doivent obligatoirement être saisis dans le jeu de données en cas de naissance dans le même hôpital.
Pour tous les nouveau-nés et nourrissons (jusqu'à un an révolu) hospitalisés après la naissance, le poids à l'admission (variable «aufnahmengewicht» (Poids à l'admission) et l'âge gestationnel (variable «gestationsalter» (Age gestationnel)) doivent être obligatoirement saisis.

SD1602a 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.

SD1603i Nouveau-nés

Catégorie Z38.- Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance
Cette catégorie *Z38.-* comprend les enfants:
- nés à l'hôpital/dans une maison de naissance
  Note: dans les données minimales, sous mode d'admission variable «eintrittsart» (Mode d'admission), il faut indiquer le chiffre 3 (Naissance).
- nés extra-muros et hospitalisés immédiatement après la naissance
  Note: dans les données minimales, sous mode d'admission variable «eintrittsart» (Mode d'admission), il faut indiquer le chiffre 1 (Urgence) ou 2 (Annoncé, planifié). On ne remplit pas de données pour nouveau-nés.

Note: Lors d'un accouchement sans complication à domicile ou sur le chemin de l'hôpital/maison de naissance, on code Z39.- Soins et examens du post-partum comme DP, même si une délivrance sans complication a lieu à l'hôpital.
Note: dans les données médicales, il faut indiquer le chiffre 1 (urgence) ou 2 (annoncé, planifié) sous mode d'admission variable «eintrittsart» (Mode d'admission).

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 maladie des membranes hyalines 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*

SD1604g 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.

Prophylaxie postexposition chez le nouveau-né sain
Le code *Z20.- Sujets en contact avec et exposés à des maladies transmissibles* est utilisé en fonction de l'indication pour coder une prophylaxie postexposition après la naissance d'un nouveau-né sain.

On code si efforts de soins > 0. Rien n'est représenté pour un nouveau-né sans prophylaxie.

Exemples:
Codage du nouveau-né dont la mère est positive au streptocoque B:

1. *sans effort de soins > 0: ne rien coder*
Une surveillance plus ou moins étroite est ici comprise dans la routine du code Z38.- Enfants nés vivants, selon le lieu de la naissance.

2. *avec efforts de soins > 0:*
- *Prophylaxie postexposition (antibiotiques): Z20.8 + B95.1!*
- *Enfant présentant une pathologie infectieuse: la pathologie + le code P00.8 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres affections maternelles qui indique que la pathologie préalablement codée a été provoquée par un état de la mère.*

Pour rappel, codage de la mère porteuse de streptocoque B:
- *Streptocoque B sans effort de soins > 0: ne rien coder*
- *Streptocoque B avec efforts de soins > 0 (antibiotiques): Z22.3 + B95.1!*

Nouveau-né sain de mère diabétique
Un nouveau-né **sain** d'une mère diabétique qui nécessite une surveillance itérative de la glycémie est décrit par le code *Z83.3 Antécédents familiaux de diabète sucré* (et non par le code *P70.- Anomalies transitoires du métabolisme des glucides spécifiques du fœtus et du nouveau-né*).

SD1605a 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.

SD1606j Mesures particulières pour le nouveau-né (malade)

Thérapie parentérale
Le code *99.1.- Injection ou perfusion de substance thérapeutique ou prophylactique* est à coder 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**.

Réanimation primaire
Remarque: Pour pouvoir utiliser le code CHOP *99.65 Traitement aigu d'un trouble adaptatif chez le nourrisson (réanimation primaire)*, toutes les conditions énoncées sous «note» doivent être remplies. Lorsque celles-ci ne sont pas entièrement satisfaites, le code ne peut pas être saisi.
Pour l'évaluation des critères « [...] - des mesures de soutien de la respiration (CPAP, ventilation) [...] », on se référera également à la règle de codage SD1001i « Respiration artificielle; Ventilation continue par pression positive (constante) (CPAP) ».

SD1607c 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*)!

SD1608c 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

SD1609j Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)

L'encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) est cliniquement échelonnée, selon les stades de Sarnat[1] et/ou le score de Thompson[2], de la manière suivante:
1er stade selon la classification de Sarnat[1]: irritabilité, hyperréflexie, pupilles dilatées, tachycardie, mais pas de convulsions
(correspond à un score de Thompson[2] entre 1 et 6)
2e stade selon la classification de Sarnat[1]: léthargie, myosis, bradycardie, réflexes diminués (p.ex. réflexe de Moro), hypotonie et convulsions
(correspond à un score de Thompson[2] entre 7 et 12)
3e stade selon la classification de Sarnat[1]: stupeur, aréactivité, convulsions, absence de réflexe de Moro et de réflexe bulbaire
(correspond à un score de Thompson[2] >12).

Pour le codage d'une encéphalopathie hypoxique ischémique, la CIM-10-GM prévoit le code *P91.6 Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) du nouveau-né*.

---

[1] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769; Neonatal encephalopathy following fetal distress. Sarnat HB, Sarnat MS A clinical and electroencephalographic study. Arch Neurol. 1976 Oct;33(10):696-705

[2] https://doi.org/10.1159/000490721; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024

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 (*P90 Convulsions du nouveau-né*).

Codage EHI 1er stade	*P91.3*	*Irritabilité cérébrale du nouveau-né*
Codage EHI 2e stade	*P91.4*	*Baisse de l'activité cérébrale du nouveau-né*
Codage EHI 3e stade	*P91.5*	*Coma du nouveau-né*

Les troubles/diagnostics supplémentaires présents (p.ex. *P21.0 Asphyxie obstétricale grave*) sont codés séparément.

SD1610h Asphyxie obstétricale

Pour les diagnostics du domaine asphyxie intra-utérine ou asphyxie obstétricale, on se reportera aux points suivants:

P21.0 Asphyxie obstétricale grave
Conditions: au moins trois des critères suivants doivent être remplis:
- APGAR ≤ 5 à l'âge de 5 minutes
- Acidose sévère durant la première heure de vie: pH ≤ 7.00 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)
- Déficit basique ≤ -16 mmol/l dans le sang du cordon ombilical ou pendant la première heure de vie
- Lactate ≥12 mmol/l dans le sang du cordon ombilical ou pendant la première heure de vie
- Encéphalopathie modérée ou sévère (stade II ou III de Sarnat)

Pour les enfants entrés à l'hôpital sans données, inscrire le code *P20.9*.

P21.1 Asphyxie obstétricale modérée (au lieu de *P21.1 Asphyxie obstétricale légère ou modérée*)
Conditions: au moins deux des critères suivants doivent être remplis:
- APGAR ≤ 7 à l'âge de 5 minutes
- Acidose modérée durant la première heure de vie: pH < 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)
- Encéphalopathie légère ou modérée (stade I ou II de Sarnat)

Pour les enfants entrés à l'hôpital sans données, inscrire le code *P20.9*.

P21.9 Asphyxie obstétricale légère, sans corrélation métabolique (au lieu de P21.9 Asphyxie obstétricale, sans précision)
Les deux critères suivants doivent être remplis.
- APGAR ≤ 7 à l'âge de 5 minutes
- Le pH le plus bas durant la première heure de vie est ≥ 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)

P20.- Hypoxie intra-utérine
Une acidose métabolique sans corrélation clinique (asphyxie) chez le nouveau-né est codée dans la catégorie *P20.- Hypoxie intra-utérine*.
L'acidose métabolique est définie comme suit:
Les deux critères suivants doivent être remplis.
- APGAR > 7 à l'âge de 5 minutes
- Acidose modérée durant la première heure de vie: pH < 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)

Valeurs considérées comme normales:
- APGAR > 7 à l'âge de 5 minutes
- pH ≥ 7.15 (dans l'artère ombilicale, la veine ombilicale ou par prélèvement de sang artériel ou capillaire)

Les signes énumérés sous *P20.-*, comme par exemple « détresse », « présence de méconium dans le liquide amniotique » ou « émission de méconium » sont considérés comme des observations sans valeur pathologique et ne sont pas à coder.

Les troubles de l'adaptation sont codés sous *P22.8.*

Conformément à la règle G 40, l'établissement des diagnostics ainsi que **la documentation de tous les diagnostics** pendant toute la durée de l'hospitalisation relèvent de la responsabilité du **médecin traitant**. Le codage ne peut pas être effectué directement par le codeur/la codeuse sur la base de ces critères.

SD1611o Insuffisance respiratoire du nouveau-né

Une insuffisance respiratoire du nouveau-né correspond à un trouble respiratoire partiel/global ; elle est codée par *P28.5 Insuffisance respiratoire du nouveau-né* lorsqu'un nouveau-né/prématuré est transféré pour la suite de ses soins dans une unité de SC/SI de néonatologie reconnue par la SSN/SSMI et qu'une ventilation invasive ou non invasive ou une assistance respiratoire par CPAP ou High-Flow est effectuée.

Le diagnostic de trouble respiratoire partiel/ global doit être mentionné dans la documentation médicale (cf. règle de codage SD1002).

En présence d'autres affections qui concernent le système respiratoire (p.ex. *P20.-*, *P21.-*, *P22.-*, *P23.-*, *P24.-*, *P25.-* etc.), celles-ci doivent être codées en plus, en tenant compte des règles de codage applicables.

SD1800 Symptômes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

SD1801a 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.

SD1802m Dysphagie

Le codage d'une dysphagie s'effectue selon les règles G 52 «Le diagnostic principal» ou G 54 «Les diagnostics supplémentaires».

SD1803a 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.

SD1804o Diagnostics traitements de la douleur

Douleur aiguë
La douleur aiguë s'accompagne généralement d'une lésion/affection des structures tissulaires. Elle est considérée comme un «symptôme» et/ou comme ce que l'on appelle une «fonction d'alerte» de l'organisme.
Lorsqu'une patiente ou un patient est traité en raison de douleurs postopératoires **aiguës** et/ou liées à un traumatisme et/ou en raison de douleurs **aiguës** étiologiquement liées à une affection/un état/une manifestation (par ex. appendicite, péritonite, ischémies **aiguës**, iléus, douleurs **aiguës** en raison d'infiltrations tumorales (primaires et/ou métastases), effets secondaires médicamenteux, complications et/ou troubles postopératoires, etc.), le code CIM-10-GM ***R52.0 Douleur aiguë*** ne doit **pas** être saisi.

Il faut saisir :
- les affections/traumatismes (également intra-opératoires et/ou iatrogènes)
- les autres états
- les autres manifestations

qui déclenchent la douleur **aiguë**.

Le code CIM-10-GM *R52.0 Douleur aiguë* est utilisé uniquement lorsque l'origine de la douleur est inconnue, ne peut être identifiée ni définie.
Les codes des autres rubriques, qui figurent sous l'exclusion de la catégorie R52.-, par ex. *R07.1 Douleur thoracique respiratoire*, *R10.2 Douleur pelvienne et périnéale*, *M25.5- Douleur articulaire*, etc. sont également utilisés uniquement lorsque l'origine de la douleur ne peut être déterminée ni documentée.

Exemple 1
Un patient de 69 ans se présente au service des urgences pour des douleurs abdominales violentes et soudaines.
Il est hypotendu et a des sueurs froides. Tout l'abdomen est douloureux à la pression.
Le diagnostic indique une occlusion d'artère mésentérique (vraisemblablement thrombotique) dans un contexte d'artériosclérose généralisée et de signes d'ischémie intestinale. Le patient est opéré en urgence. L'opération confirme les diagnostics.
DP K55.0 Troubles vasculaires aigus de l'intestin
DS I70.9 Athérosclérose généralisée et sans précision

Exemple 2
Une patiente se présente avec des douleurs thoraciques aiguës avec punctum maximum de courte durée sur le coeur.
Il n'y a pas de maladies cardiaques ou vasculaires antérieures connues.
Un examen d'urgence du coeur gauche (angiographie coronarienne et ventriculographie) ne montre aucune anomalie structurelle du coeur ou des vaisseaux coronariens et permet d'exclure une cardiopathie ischémique.
Un diagnostic approfondi des autres systèmes organiques potentiellement atteints (p.ex. poumons, oesophage, estomac, système musculos-quelettique) ne donne aucun résultat.
La patiente sort de l'hôpital au bout de 2 jours.
DP R07.2 Douleur précordiale

Exemple 3
Un patient se présente avec une douleur rétrosternale, une sensation d'oppression et une dyspnée d'effort. Un examen électif du coeur gauche (angiographie coronarienne et ventriculographie) est réalisé. Il ne montre aucune anomalie structurelle du coeur et des vaisseaux coronariens qui pourrait être à l'origine de l'angine de poitrine stable présente depuis quelques semaines.
Cependant, les analyses de laboratoire réalisées à chaque admission montrent une anémie sévère d'étiologie inconnue qui est considérée comme l'origine de l'ischémie cardiaque.
Le patient reçoit 2 concentrés érythrocytaires durant le même séjour et il lui est demandé de revenir à une date ultérieure pour un diagnostic approfondi.
DP I20.8 Autres formes d'angine de poitrine
DS D64.9 Anémie, sans précision

Les traitements de la douleur peuvent être différenciés en procédés opératoires et méthodes non opératoires.

Exemples de procédés **opératoires** de traitement de la douleur (liste non exhaustive):
- Implantation de neurostimulateurs et/ou d'électrodes (de test)
- Implantation de pompes antidouleur (sous-cutanées notamment)
- Section de nerfs
- Décompression de nerfs
- Autres opérations réalisées pour remédier aux causes de douleurs aiguës (opération d'une hernie discale, par ex.)

Note: les procédés opératoires de traitement de la douleur doivent être codés **obligatoirement** selon les règles de codage G52, G54 et G55.

Exemples de méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur (liste non exhaustive):
- Anesthésie péridurale (PDA)
- Anesthésie rachidienne
- Cathéter péridural
- Analgésie contrôlée par le patient (PCA), parentérale et/ou péridurale
- Analgo-sédation
- Analgésies médicamenteuses orales ou intraveineuses
- Traitements physiques de la douleur
- Anesthésie régionale périphérique, p.ex. bloc pudendal et bloc du plexus
- Schémas thérapeutiques antidouleur

Note:
Les procédures utilisées pour court-circuiter la douleur lors d'une opération/d'une intervention/d'un acte diagnostique ne sont **pas** codées. Les méthodes obstétriques non opératoires de traitement de la douleur constituent une exception à cette règle.

Remarque:
Dans le contexte obstétrique, les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur, à l'exception du traitement de la douleur postopératoire, doivent être codées.
Il s'agit, par exemple, de l'analgésie contrôlée par le patient (PCA), intraveineuse et/ou péridurale, du cathéter péridural, de l'anesthésie rachidienne utilisée (à de rares occasions) pour contrer la douleur lorsqu'il n'est pas possible de poser un cathéter péridural, ou du bloc pudendal par voie transvaginale pour faciliter la période d'expulsion lors d'un accouchement spontané ou vaginal opératoire (extraction par ventouse, forceps, par ex.).
La règle de codage SD1505 est à prendre en compte.
Si un bloc pudendal par voie vaginale est utilisé pour faciliter la période d'expulsion, il devra être codé comme suit selon le type d'accouchement:

Accouchement spontané:	*04.81.11*	*Injection d'anesthésique et d'analgésique au contact de nerfs périphériques,pour traitement de la douleur, sans imagerie*
Accouchement vaginal opératoire:	*04.81.42*	*Injection d'anesthésique au contact de nerfs périphériques pour anesthésie lors d'examens et interventions*

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur dans le contexte de la douleur **aiguë** ne doivent être saisies au moyen d'autres règles de codage publiées dans ce manuel que s'il s'agit de la **seule** mesure réalisée lors de l'hospitalisation.

Les méthodes non opératoires de traitement de la douleur utilisées directement ou de manière différée dans le cadre des traitements postopératoires habituels de la douleur (par ex. cathéter péridural après une chirurgie viscérale majeure) ne doivent **pas** être codées, quel que soit le moment où elles ont été réalisées.

Les dépenses relatives aux **méthodes non opératoires de traitement de la douleur** utilisées dans le cadre de douleurs **aiguës** sont prises en compte par les codes de la CIM-10-GM qui constituent le motif de l'intervention chirurgicale et de ses conséquences (par ex. la raison de douleurs postopératoires plus importantes).

Remarque:
Le code CHOP *93.A3.3- Traitement complexe des douleurs aiguës, selon le nombre de jours de traitement* peut néanmoins, contrairement aux instructions susmentionnées, être utilisé pour les états douloureux aigus sévères après une opération, lors de traumatismes et/ou de douleurs tumorales exacerbées (aiguës), etc. si les caractéristiques minimales sont remplies de manière documentée.
Le «Coder aussi» du code CHOP doit impérativement être pris en compte.

Exemple 4
Un patient doit subir une colectomie subtotale en raison d'une colite ulcéreuse sévère.
Il reçoit un cathéter péridural pour la prise en charge postopératoire de la douleur.

Pas de codage du cathéter péridural.

Exemple 5
Un patient doit subir une colectomie subtotale ouverte en raison d'une colite ulcéreuse sévère.
Il reçoit un cathéter péridural pour la prise en charge postopératoire de la douleur.
Malgré toutes les mesures préventives, les douleurs postopératoires sont si fortes et persistantes que les dépenses entreprises et documentées autorisent l'utilisation du code CHOP 93.A3.3- pour le traitement de la douleur aiguë.
L'hospitalisation est prolongée de 20 jours en raison de la prise en charge compliquée des douleurs.

DP	*K51.9*	*Recto-colite hémorragique, sans précision*
T	*45.81.11*	*Colectomie, par chirurgie ouverte*
T	*93.A3.3-*	*Traitement complexe des douleurs aiguës, selon le nombre de jours de traitement*
T	*03.91.11*	*Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien pour traitement de la douleur*

Exemple 6
5 jours après une opération étendue d'une hernie cicatricielle abdominale étranglée, un hématome postopératoire étendu provoque de fortes douleurs à la pression chez une patiente.
Celle-ci reçoit une PCA parentérale au 5e jour postopératoire et, à partir de là, des traitements physiques de la douleur.
Ces mesures permettent finalement d'éviter une intervention chirurgicale pour évacuer l'hématome.

DP	*K43.0*	*Hernie incisionnelle, incarcérée, avec occlusion, sans gangrène*
DS	*T81.0*	*Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs*
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*

La PCA et les traitements physiques de la douleur ne sont pas codés.

Douleur chronique/résistante au traitement
Un contexte de douleurs chroniques peut entraîner la perte de la «fonction d'alerte» (voir sous «Douleur aiguë»). Les facteurs psychologiques et leur traitement sont également pertinents pour la prise en compte et le traitement de la douleur chronique.
La douleur chronique a sa propre valeur pathologique. Une dissociation potentiellement présente de la douleur et des lésions tissulaires identifiables sert notamment à différencier la douleur chronique de la douleur aiguë.
Le(s) diagnostic(s) de douleur chronique doi(ven)t être documenté(s) sur le plan médical pour pouvoir appliquer la règle de codage suivante.

1) Si un patient est hospitalisé spécialement **pour le traitement de la douleur** et que ce traitement constitue la dépense principale du séjour, le code de la **localisation de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal**. La maladie sous-jacente à l'origine de la douleur chronique doit être codée en plus, contrairement à la règle de codage sur le diagnostic supplémentaire (G54).

Exemple 7

Une patiente est hospitalisée pendant 7 jours en raison de douleurs chroniques à la respiration, dans la région thoracique droite (syndrome thoracique). Les douleurs sont documentées comme chroniques par les médecins en charge du traitement et attribuées entre autres à une ostéoporose post-ménopausique avérée et un mauvais point d'appui, en particulier dans la zone cervico-thoracique de la colonne vertébrale. Il n'y a pas de fractures ou d'empreintes ostéoporotiques.
La patiente est très fortement limitée dans son quotidien et souffre de troubles psychiques associés, en particulier de dépression réactive aiguë de gravité modérée.
Elle reçoit une PCA parentérale pendant 5 jours, une physiothérapie régulière, un schéma médicamenteux adapté à la situation et des visites de gestion de la douleur.
En outre, une consultation psychiatrique a lieu pendant le séjour et débouche sur un traitement antidépresseur médicamenteux.

DP	*M54.6*	*Rachialgies dorsales*
DS	*M81.08*	*Ostéoporose post-ménopausique sans fracture pathologique, autres localisations*
DS	*F32.1*	*Épisode dépressif moyen*
T		*PCA*
T		*Visites de gestion de la douleur*

Note:
les diagnostics suivants font exception à la section «Douleur chronique/résistante au traitement» ci-dessus:

F45.4-	Syndrome douloureux persistant
G43.-	Migraine
G44.-	Autres syndromes d'algies céphaliques
G54.6	Syndrome douloureux du membre fantôme
G90.5-	Syndrome douloureux régional complexe, type I
G90.6-	Syndrome douloureux régional complexe, type II
G90.7-	Syndrome douloureux régional complexe, autre type et type non précisé

et douleurs tumorales **chroniques** (voir règle de codage SD0202).

Si les diagnostics mentionnés ci-dessus sont documentés, ce n'est pas la localisation de la douleur mais le diagnostic désigné/documenté qui doit être codé comme diagnostic principal, si la définition de la règle de codage G52 s'applique.
En présence d'un autre motif principal d'hospitalisation, la règle de codage pour le diagnostic supplémentaire G54 s'applique.
Voir point 3 à ce sujet.

Le syndrome douloureux général complexe (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) et d'autres états sous G43.-, G44.- et G54.6 peu-vent survenir aussi bien de manière aiguë que chronique.
Selon la documentation médicale sur la durée des symptômes, la règle de codage pour la douleur aiguë ou pour la douleur chronique s'applique.
Dans les cas concernés, le CRPS, la migraine, **etc.** est directement saisi(e) et non les symptômes typiques, tels que douleur persistante dans un membre, hyperthermie, teints livides ou autres, sensibilité au froid, gonflements, limitations fonctionnelles, myoclonies et/ou atrophie (CRPS) ou nausées, hémicrânie, scotomes scintillants colorés et/ou sensations d'aura (migraine) etc.

En cas d'affections sous-jacentes (chroniques) existantes (pouvant donner) donnant lieu à des exacerbations aiguës, le code dépend du type de traitement.
Si le traitement vise à soulager les douleurs aiguës (par ex. *G44.0 Algie vasculaire de la face ou douleurs tumorales chroniques à exacerbation aiguë*), la règle de codage pour la douleur aiguë est appliquée.
S'il s'agit du traitement de l'affection chronique sous-jacente (par ex. traitement de sevrage et/ou de la douleur lors de maux de tête chroniques d'origine médicamenteuse), la règle de codage pour la douleur chronique est appliquée.

Exemple 8
Admission d'une patiente de 76 ans pour traitement multimodal de la douleur 13 mois après le traitement chirurgical d'une fracture du radius distal gauche consécutive à une chute.
La patiente souffre d'une limitation fonctionnelle, de douleurs cuisantes persistantes au repos avec une composante supplémentaire au toucher fortement marquée. La main gauche montre également un tremblement.
L'anamnèse indique un traitement antérieur de la douleur qui a échoué et une consommation croissante d'analgésiques à l'initiative de la pa-tiente avec une non-observance des prescriptions médicales.
Les autres résultats montrent une AOMI de stade 2b (classification de Leriche et Fontaine) à la jambe droite et une insuffisance ventriculaire gauche NYHA 2 après infarctus du myocarde 2 ans auparavant.
La documentation médicale mentionne le diagnostic «CRPS chronique de type 1 à la main gauche», les caractéristiques minimales pour le co-dage du traitement multimodal de la douleur (11 jours) sont remplies selon la documentation médicale. Concernant les diagnostics supplémen-taires existants, une dépense >0 est indiquée.
Au cours du traitement, une composante psychologique supplémentaire se révèle sous forme d'épisode modéré de dépression récidivante.

DP	*G90.50*	*Syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur, type 1*
L	*2*	
DS	*I70.22*	*Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche de moins de 200 m*
L	*1*	
DS	*I50.12*	*Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme en cas d'effort important*
DS	*I25.22*	*Infarctus du myocarde, ancien, survenu il y a 1 an ou plus*
DS	*F33.1*	*Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen*
T	*93.A2.44*	*Traitement multimodal de la douleur, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur dans le contexte de la douleur **chronique** ne doivent être saisies au moyen d'autres règles de codage publiées dans ce manuel que s'il s'agit de la **seule** mesure réalisée lors de l'hospitalisation.

Si les caractéristiques minimales des codes CHOP *93.A2.- Traitement multimodal de la douleur* ou *93.A1 Traitement multimodal de la douleur, de brève durée* sont remplies, ces codes peuvent être saisis.
Les codes *93.A2.- Traitement multimodal de la douleur* et *93.A1 Traitement multimodal de la douleur, de brève durée* peuvent être saisis en présence d'autres affections/états/manifestations représentant la dépense principale du séjour hospitalier, selon les règles de codage G54 et G55.
Il faut prendre en compte le fait que la saisie des codes CHOP pour le traitement complexe de la douleur n'est pas explicitement réservée aux indications mentionnées dans cette règle de codage (SD1804).

2) Dans les (rares) cas d'hospitalisation en raison de douleurs chroniques **sans attribution possible de la localisation** (douleurs diffuses par ex.) **et/ou** sans affectation possible à une cause, les codes

R52.1 *Douleur chronique irréductible* **ou**
R52.2 *Autres douleurs chroniques*

peuvent être utilisés, si la définition du diagnostic principal (G52) est remplie.

Exemple 9

Un patient est hospitalisé pendant 3 jours pour l'examen d'une douleur chronique, diffuse et résistante au traitement. La douleur est présente depuis env. 8 mois et affecte de plus en plus la qualité de vie du patient.
Le séjour hospitalier ne permet pas de déterminer la cause de la douleur (physique, psychologique) et de l'attribuer à une localisation particulière.
Après élaboration d'un traitement médicamenteux, réalisation d'examens IRM de toute la colonne vertébrale et d'un scanner thorax-abdomen, une consultation psychiatrique a lieu. Toutes les mesures diagnostiques sont peu parlantes.

DP	*R52.1*	*Douleur chronique irréductible*
T	*88.97.14*	*IRM: vue d'ensemble et partielle de la colonne vertébrale*
T	*87.41.09*	*Tomographie axiale computérisée du thorax, autre*
T	*88.01.10*	*Tomographie axiale computérisée de l'abdomen entier*
T	*94.19*	*Diagnostic psychiatrique, autre*

3) Dans tous les autres cas d'hospitalisation en raison de douleur chronique, la maladie à l'origine de la douleur doit être indiquée en diagnostic principal, de manière analogue aux instructions de codage sous «Douleur aiguë».
Si les conditions de la règle de codage G 52 ne sont pas remplies, c'est la règle de codage G 54 qui est appliquée.
Pour les traitements de la douleur avec procédés opératoires et méthodes non opératoires de patientes, resp. patients souffrant de douleurs chroniques, les mêmes conditions que sous la partie «Douleur aiguë» valent.

Exemple 10

Un patient est hospitalisé pour des douleurs chroniques d'intensité croissante (présentes depuis env. 9 mois) dans un contexte de métastases osseuses diffuses dans toute la colonne vertébrale et les os pelviens. Durée totale du séjour: 15 jours.
La tumeur primaire est un carcinome de la prostate métastatique à dissémination lymphatique (bassin, abdomen).Implantation d'une pompe anti-douleur après une administration initialement sous-cutanée d'analgésiques morphiniques.
Pendant le séjour, la veille de la sortie, une chimiothérapie palliative peu complexe est administrée dans le cycle.

DP	*C79.5*	*Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse*
L	*0*	
DS	*C61*	*Tumeur maligne de la prostate*
DS	*C77.2*	*Ganglions lymphatiques intra-abdominaux*
DS	*C77.8*	*Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques de sièges multiples*
DS	*U69.52!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intra-abdominaux*
DS	*U69.55!*	*Codes secondaires pour indiquer plusieurs sièges d'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée, Ganglions lymphatiques intrapelviens*
T	*03.9B.1-*	*Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable pour perfusion intrathécale et épidurale*
T	*03.90.11*	*Insertion ou remplacement de cathéter pour perfusion intrathécale et épidurale, cathéter permanent pour perfusion continue*
T	*99.25.51*	*Chimiothérapie non complexe*

Exemple 11

Un patient souffrant d'un infarctus transmural aigu de la paroi inférieure du myocarde est présenté pour une opération de pontage en urgence. Dans la phase postopératoire, après une opération cardiaque sans complication, une douleur (au repos) bilatérale chronique des membres dans un contexte de polynévrite diabétique (type 2, non décompensé) s'aggrave et limite fortement le patient (insomnie, physiothérapie postopéra-toire plus difficile, etc.).
Outre les examens neurologiques au lit et l'adaptation de la médication sur la base de la maladie sous-jacente, il reçoit un traitement médica-menteux contre la douleur, des méthodes physiques de traitement de la douleur, etc.
La documentation médicale complète indique que les conditions/caractéristiques minimales pour la saisie d'un «Traitement multimodal de la douleur, de brève durée» (93.A1) pendant trois jours sont remplies.

DP	*I21.1*	*Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure*
DS	*E11.40†*	*Diabète sucré, type 2, avec complications neurologiques, non désigné comme décompensé*
DS	*G63.2**	*Polynévrite diabétique*
T		*Opération de pontage selon les règles de codage qui s'appliquent*
T	*93.A1*	*Traitement multimodal de la douleur, de brève durée*

SD1805e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes (-test)

En cas d'hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur/d'électrodes (-test), il faut indiquer **la maladie comme diagnostic principal** avec les codes de procédures correspondants.

Le code
Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur
n'est **pas** utilisé.

(Même règle sous SD0605: Hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur).

SD1806e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes (-test)

En cas d'hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur/d'électrodes (-test), il faut indiquer comme diagnostic principal le code
Z45.80 Adaptation et manipulation d'un neurostimulateur
avec les codes de procédures correspondants. La maladie initiale n'est codée comme diagnostic supplémentaire que si elle remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G 54).

(Même règle sous SD0606: Hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur).

SD1807l Choc

Le choc est un état potentiellement fatal dont les causes sont diverses et dont le diagnostic et le traitement dépassent parfois largement la portée d'un symptôme d'une autre maladie. Pour cette raison, les états décrits sous la rubrique *R57.- Choc, non classés ailleurs*, doivent être considérés comme des diagnostics **à part entière**.

La règle de codage G 52 doit être prise en compte pour le choix comme diagnostic principal ou diagnostic supplémentaire.
Pour un choc septique, la règle SD0102 Sepsis s'applique.

Exemple 1
Une patiente est hospitalisée en raison d'une hémorragie gastro-intestinale. La cause identifiée est un saignement provenant d'un ulcère aigu dans la paroi postérieure du bulbe duodénal. L'état évolue ensuite vers une anémie hémorragique aiguë et un choc hémorragique, raison pour laquelle la patiente est admise en unité de soins intensifs et reçoit des vasoactifs. Les médecins traitants indiquent que la plus grande partie des moyens médicaux ont été utilisés pour traiter le choc hémorragique.

DP	*R57.1*	*Choc hypovolémique*
DS	*K26.0*	*Ulcère du duodénum, Aigu avec hémorragie*
DS	*D62*	*Anémie posthémorragique aiguë*

SD1900 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*.

SD1901a 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*	
DS	*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.

SD1902n Fracture et luxation

Pour le codage de fractures et luxations de vertèbres, voir SD1905.

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. 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.

Lors de transferts pour suite de soins ou lors de réhospitalisations, le code pour la lésion des tissus mous est uniquement indiqué s'il remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G 54).

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.

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*	
DS	*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 (Degré I-III) 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*	
DS	*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.

SD1903c 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:

- 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*
DS	*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 etc.), puis celui pour la plaie ouverte.

Remarque: Lors d'un sepsis comme complication d'une plaie ouverte, la règle SD0102 est à prendre en considération.

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	*B95.6!*	*Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
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*

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.

SD1905c 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 (compression, déchirure, section ou contusion, p. ex.), on code de la manière suivante:

- Le type de lésion de la moelle épinière (section complète ou incomplète) doit être codé en premier
- 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 sous les codes S*14.7-!, 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:

- Le niveau de la fracture, en cas de fracture vertébrale
- Le site de la luxation, s'il y a lieu
- 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*
DS	*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*
DS	*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 SD1902 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*
DS	*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*

SD1906n 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 pour les lésions multiples *T00 - T07 Lésions impliquant plusieurs régions du corps* et les codes de *S00 - S99* qui codent des lésions multiples avec un «.7» en quatrième position ne doivent pas être utilisés.

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
Le choix du diagnostic principal se fait selon la règle G 52.

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*
DS	*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.

SD1907j 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*	
DS	*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*
DS	*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*

Pour les brûlures/corrosions du troisième degré, il faut toujours utiliser les codes différenciés.

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.

Note: Une révision de cicatrice due à des brûlures/corrosions est codée selon les règles SD1201 «Chirurgie plastique» et «D06 Séquelles», exemple 2.
Le diagnostic principal brûlure/corrosion (T20-T32) ne doit être indiqué que lorsqu'il s'agit de **la phase aiguë du traitement** d'une brûlure/d'une corrosion.

SD1908n 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.*

Lors d'intoxication **avec manifestation(s)** (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*
DS	*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
DS X49.9! Empoisonnement accidentel
DS T39.0 Intoxication par 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
DS X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

Surdosage d'insuline chez un diabétique
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].

Pour indiquer le niveau d'une hypoglycémie ou la présence d'un trouble de la perception de l'hypoglycémie, utiliser un code supplémentaire (*U69.70! - U69.74!*).

SD1909o 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
DS 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]

- Une patiente ou un patient sous anticoagulation qui présente une hémorragie dans le cadre d'une administration des médicaments anticoagulants conforme aux prescriptions médicales est décrit par les codes :
D68.33 Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K),
D68.34 Troubles hémorragiques dus aux héparines,
D68.35 Troubles hémorragiques dus à d'autres anticoagulants
+ l'hémorragie, complété par le code *Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues*, si cela n'est pas inclus dans le code du diagnostic.

L'ordre des codes est déterminé par la règle de codage G 52.

Si une dépendance à des médicaments prescrits est diagnostiquée chez un patient/une patiente, il convient également de saisir *Y57.9! Effets indésirables lors de l'utilisation thérapeutique de médicaments et de drogues*, si la définition du diagnostic secondaire (voir règle G 54) est remplie.

Exemple 3

Un patient/une patiente souffrant d'insuffisance cardiaque décompensée présente, pendant son séjour, des symptômes de sevrage après une longue prise d'opiacés en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Un ajustement médicamenteux et une consultation psychiatrique sont effectués.

DP	*I50.-*	*Insuffisance cardiaque*
DS	*F11.3*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, Syndrome de sevrage*
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*F45.40*	*Syndrome douloureux somatoforme persistant*

Exemple 4

Une patiente souffre d'un saignement de nez intarissable sous anticoagulation par un coumarinique qu'elle prend conformément aux prescriptions médicales; elle est traitée par tamponnement nasal, suspension transitoire du traitement et administration d'une préparation à base de vitamine K.

DP	*R04.0*	*Epistaxis*
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*D68.33*	*Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)*
DS	*U69.12!*	*Trouble provisoire de la coagulation sanguine*

Exemple 5

Un patient sous anticoagulation utilisée conformément à l'indication, un traitement coumarinique qu'il prend suivant les prescriptions médicales, est hospitalisé avec des symptômes d'accident vasculaire cérébral. Aucun traumatisme n'est connu. Le scanner cérébral révèle un important hématome sous-dural comprimant.
L'anticoagulation est suspendue, une médication de vitamine K est administrée au patient.
Les symptômes cérébraux se détériorent malgré les mesures décrites.
Des facteurs de coagulation sont alors administrés par voie intraveineuse, l'hématome est évacué par trépanation et un drainage sous-dural est mis en place.

DP	*I62.0*0	*Hémorragie sous-durale non traumatique, aiguë*
L		
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*D68.33*	*Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)*
DS	U69.12!	Trouble provisoire de la coagulation sanguine

Exemple 6

Un patient avec status post-remplacement de la valve aortique et avec fibrillation auriculaire, traité par anticoagulation utilisée conformément à l'indication, est hospitalisé après un contrôle chez son médecin de famille en raison d'un important dépassement des valeurs INR, avec un important risque hémorragique.
Admission pour stabiliser la situation de coagulation. Entre autres, administration immédiate de facteurs de coagulation.

DP	*D68.33*	*Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)*
DS	*U69.12!*	*Trouble provisoire de la coagulation sanguine*
DS	*I48.9*	*Fibrillation et flutter auriculaires, sans autre précision*
DS	*Z95.2*	*Présence de prothèse d'une valvule cardiaque*

Exemple 7

Une patiente avec fibrillation auriculaire sous anticoagulation, utilisée conformément à l'indication et prise suivant les prescriptions, est admise pour une opération endovasculaire prévue, en raison d'une MAP avec stade 2b de la classification de Fontaine.
L'anticoagulation est adaptée en vue de l'opération.
Le jour de l'admission, elle reçoit une préparation à base de vitamine K à des fins de prophylaxie. La valeur INR lors de l'examen pré-opératoire est de 2,4.

DP	*I70.22*	*Athérosclérose de type bassin-jambe, avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche de moins de 200 m*
DS	*I48.9*	*Fibrillation et flutter auriculaires, sans autre précision*
DS	*Z92.1*	*Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants*

Exemple 8

Un patient est traité sur le long terme par des antiagrégants plaquettaires de manière prophylactique pour une hypertension artérielle et une insuffisance de la valve aortique.
Il est admis aux urgences après une hématémèse.
Une endoscopie permet de diagnostiquer un petit ulcère de l'estomac avec stigmates d'hémorragie (limités par la prise du médicament mentionné); des clips sont mis en place.
L'administration par voie orale des antiagrégants plaquettaires est suspendue et remplacée par une préparation d'héparine pour la durée du séjour stationnaire.

DP	*K25.4*	*Ulcère de l'estomac, chronique ou non précisé, avec hémorragie*
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*D69.80*	*Troubles hémorragiques dus à des antiagrégants plaquettaires*
DS	*U69.12!*	*Trouble provisoire de la coagulation sanguine*

Note*:* La règle de codage SD1909 ne s'applique qu'aux troubles de la coagulation «troubles hémorragiques (avec ou sans hémorragie) causés par la prise d'un médicament utilisé selon l'indication».

Remarques:
- La diathèse hémorragique est définie de manière générale comme des troubles de la coagulation héréditaires ou acquis qui accroissent la tendance à saigner. Elle signifie une tendance (pathologique) accrue à saigner **et/ou** des saignements.
- Les hémorragies liées à une diathèse hémorragique peuvent se manifester sous la forme d'hémorragies trop longues, trop fortes **et/ou** qui sont apparues pour des raisons inadéquates (p.ex. traumatisme bénin).
- L'administration unique d'un antagoniste de la vitamine K ou d'une préparation à base de vitamine K n'autorise pas à utiliser le code *D68.4 Carence acquise en facteur de coagulation.*
- L'administration prophylactique d'une préparation à base de vitamine K n'autorise pas à utiliser le code *D68.33 Troubles hémor ragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)* ni le code *D68.8 Autres anomalies précisées de la coagulation*, même lorsque la dose des anticoagulants oraux dépasse les limites mesurées (p.ex. INR) du traitement prophylactique de la throm-bo-embolie pour la maladie concernée.
- L'administration habituelle en post-partum à un nouveau-né né à terme d'une préparation à base de vitamine K de manière prophylactique n'autorise pas à utiliser le code *P53 Maladie hémorragique du fœtus et du nouveau-né.*
- Patient sous anticoagulants **sans hémorragie**:
  En cas d'effort de soins > 0 (p.ex. administration prophylactique de vitamine K et/ou d'héparin)
  L'adaptation ou l'arrêt d'anticoagulants est saisi avec DS *Z92.1 Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anti-coagulants*
- Patient sous anticoagulants ***(avec ou sans hémorragie)*** qui a besoin en urgence de facteurs de coagulation et/ou d'autres produits sanguins (p.ex. concentré plaquettaire, plasma frais congelé, etc.) et/ou stabilisation en urgence et par un traitement stationnaire de la situation de coagulation:
  D68.-Autres anomalies de la coagulation, *D69.- Purpura et autres affections hémorragiques* (DP ou DS, conformément à la règle G 52)

Remarque: Les exemples listés visent à guider le codage et ne sont pas exhaustifs.

SD1910b 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**.

Voir aussi SD1908.

SD2000 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 le code pour les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs est indiqué en **diagnostic principal,** le code pour la cause externe (*V – Y*) doit être indiqué dans le champ de diagnostic qui suit immédiatement. Si les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs sont indiqués dans les **diagnostics supplémentaires**, le code des catégories *V – Y* suit ce code directement. Si le code de la cause externe se rapporte à plusieurs diagnostics secondaires, il n'est mentionné qu'une seule fois à la fin des codes concernés.

Exemple 1
Plaie ouverte de la cuisse due à un accident de bicyclette.

DP	*S71.1*	*Plaie ouverte de la cuisse*
L		
DS	*V99!*	*Accident de transport*

Exemple 2
Patient avec contusion cérébrale focale, 20 minutes de perte de connaissance et coupures sur la cuisse.

DP	*S06.31*	*Contusion cérébrale circonscrite*
DS	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*S06.70!*	*Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes*
DS	*S71.1*	*Plaie ouverte de la cuisse*
L		

Exemple 3
Thrombose veineuse profonde suite au traitement d'une fracture du tibia.

DP	*I80.28*	*Thrombose, phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs*
L		
DS	*Y84.9!*	*Incidents dus à des mesures médicales, sans précision*

Exception: Lorsque la cause externe est incluse précisément dans le code du diagnostic.

Exemple 4
Anémie due à des médicaments.

DP	*59.2*	*Anémie hémolytique non auto-immune, due à des médicaments*

Y57.9! n'est pas indiqué dans ce cas, car il est inclus dans le code (contrairement à ce qu'indique la remarque de la CIM-10-GM, laquelle date encore de la version de l'OMS).

SD2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Pour l'utilisation de ces codes Z, il faut tenir compte:

- des règles de codage qui concernent un code Z
- du «Manuel de définitions SwissDRG, Volume 5, Annexe D, Plausibilités, D5: Codes Z non admis en diagnostic principal» ou du «Manuel de définitions TARPSY, non admis en diagnostic principal» ou du «Manuel de définition ST Reha, Diagnostics principaux non admis».
- des notes en début de chapitre XXI de la CIM-10-GM.

Remarque: Si le patient vient pour le contrôle d'une maladie existante et connue, cette maladie doit être indiquée comme diagnostic principal. Si, dans un tel cas, le code Z remplit la définition du diagnostic supplémentaire (G54), il doit être également indiqué.

SD2200o Codes d'utilisation particulière

Dans la catégorie U51.- Limitation fonctionnelle cognitive figurent sous les codes U51.0- à U51.2- les procédures d'évaluation, d'examen et de test suivantes:
- Indice de Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitif
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA©) est de plus en plus utilisé comme instrument de dépistage pour saisir le degré de gravité d'une limitation fonctionnelle cognitive.

Les codes de la catégorie U51.- Limitation fonctionnelle cognitive peuvent également être utilisés pour un MoCA© existant.
Pour la conversion uniforme des scores MoCA© vers MMSE, soit le tableau de conversion[1] de l'hôpital «FELIX PLATTERspital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» doit être utilisé soit la table ci-dessous.

Valeur MoCA©	MMSE-Range	Degré de Limitation fonctionnelle	Code CIM
18-30	24-30 points	aucune ou légère	U51.02
12-17	17-23 points	moyenne	U51.12
0-11	0-16 points	lourde	U51.22

Dans les catégories U50.- Limitation fonctionnelle motrice et U51.- Limitation fonctionnelle cognitive figurent les procédures d'évaluation, d'examen et de test suivantes:
- Indice de Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitif
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

L'epaSYSTEM[2], avec notamment son évaluation de base epaAC (AcuteCare), est de plus en plus utilisé pour saisir l'étendue d'une limitation des fonctions motrices et cognitives.
Les scores totaux epaSPI et epaKOGNI se sont révélés équivalents aux scores totaux de l'indice de Barthel (BI) et de l'indice de Barthel élargi (EBI).

Le score total epaSPI de l'epaAC peut être attribué de manière équivalente aux niveaux du code U50.- de l'indice de Barthel. Le score total epaKOGNI peut être attribué de manière équivalente aux niveaux du code U51.- de l'indice de Barthel élargi.

Quand l'indice de Barthel est indiqué **en dehors de la réadaptation gériatrique aiguë, de la réadaptation précoce interdisciplinaire, de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, de traitements complexes de médecine palliative, de la réadaptation ou de la psychiatrie**, la saisie de l'indice de Barthel doit être répétée dans un délai de 3 jours au plus tôt à 5 jours au plus tard. La valeur du point la plus élevée doit être codée[3].

Lors de séjours de moins de 3 jours, on **ne saisit pas les codes** des rubriques *U50.-* à *U51.-* en dehors de la réadaptation gériatrique aiguë, de la réadaptation précoce interdisciplinaire, de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, de traitements complexes de médecine palliative, de la réadaptation et de la psychiatrie.

Le tableau ci-dessous montre l'équivalence entre l'indice de Barthel/l'indice de Barthel élargi et les scores epaSPI et epaKOGNI.

[1] https://www.mocatest.ch/fr/standardwerte/normwerttabellen-herunterladen

[2] https://www.epa-cc.de

[3] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/hamburger-manual.pdf

Équivalence entre U50.n/U51.n (CIM-10-GM-2024) et epaSPI/epaKOGNI

	BI	epaSPI	eBI	epaKOGNI
	De... à...	De... à...	De... à...	De... à...
U50.00	100	39-40		
U50.10	80-95	33-38		
U50.20	60-75	31-32		
U50.30	40-55	29-30		
U50.40	20-35	21-28		
U50.50	0-15	10-20		
U51.00			70-90	21-24
U51.10			20-65	10-20
U51.20			0-15	6-9

Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements SP0100-SP0400

Sur la base du chapitre «Règles spéciales de codage pour les diagnostics (SD) SD0100-SD2200», le chapitre suivant est ouvert spécifiquement pour les procédures et traitements.
La subdivision n'est dans un premier temps pas basée sur la structure CHOP. Ce nouveau chapitre évoluera au fil des prochaines versions du manuel de codage.
Les deux premiers sous-chapitres sont consacrés aux traitements complexes, à la réadaptation aiguë ainsi que précoce et à la réadaptation en paraplégie. Y figurent les premières directives brèves de codage et des exemples de cas.

SP0200 La réadaptation précoce, réadaptation en paraplégie, réadaptation aiguë

SP0201n Réadaptation précoce

La réadaptation précoce correspond à une phase particulièrement intensive de réadaptation, faisant suite aux soins aigus, chez des patients présentant des atteintes graves voire sévères ou chez des patients présentant une exacerbation aiguë de maladies chroniques préexistantes.

93.86.- Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement
93.8C.1.- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement

Exemple 1
Admission en urgence d'une patiente de 49 ans souffrant d'une hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë provenant d'une rupture d'anévrisme de l'artère communicante postérieure (non classée comme congénitale) et transfert en unité de soins intensifs neurologiques et neurochirurgicaux.
Après exclusion de l'anévrisme par voie endovasculaire par coiling et stabilisation dans l'unité de soins intensifs, transfert en unité de soins intermédiaires neurochirurgicaux et neurologiques au cours du séjour hospitalier.
Le relevé de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (FRB) (au cours des 5 premiers jours de l'hospitalisation) donne un score de - 145.
La patiente, qui ne souffrait auparavant que d'hypertension, présente des déficits neurologiques, notamment une hémiplégie flasque avec des vasospasmes cérébraux sévères.
Pendant le séjour en unité de soins intensifs, il y avait un état comateux et des troubles respiratoires (notamment une insuffisance respiratoire hypoxique), qui ont nécessité une ventilation artificielle initiale et la réalisation d'une trachéostomie.
À son admission à l'U-IMC, la patiente est éveillée, réactive, respire spontanément, mais est désorientée. La trachéostomie a été laissée en place pour le moment et la respiration spontanée est soutenue de façon intermittente par une CPAP. Le système cardiovasculaire et le système respiratoire sont stables en position allongée.
La patiente est complètement dépendante des soins infirmiers, a une sonde d'alimentation et souffre d'incontinence urinaire et fécale. Après la reprise de conscience, l'orientation dans le temps et l'espace est perturbée.
Avec sa main non affectée, la patiente essaie à plusieurs reprises d'arracher les lignes de perfusion et les lignes nécessaires à la surveillance.
Pour prévenir d'autres dommages et réduire l'étendue des déficits neurologiques du système nerveux central, un traitement de réadaptation précoce est prévu, qui sera initié à l'U-IMC.
Un examen diagnostique et des évaluations appropriés sont réalisés. Le relevé de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (FRB) donne par ailleurs, en plus des indices relevés durant les 5 premiers jours de traitement stationnaire, un score de - 145.
Toutes les autres caractéristiques minimales du code CHOP 93.8C.1 «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» sont également remplies.
Pendant la période précédant le transfert vers un établissement de réadaptation spécialisé, d'autres indices de Barthel de la réadaptation précoce sont relevés chaque semaine, sans jamais dépasser une valeur de 30.
Après un séjour de plusieurs semaines, transfert dans un établissement de réadaptation neurologique approprié.

DP	*I60.3*	*Hémorragie sous-arachnoïdienne, Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure*
L		
DS	*I67.80!*	*Vasospasme au cours d'hémorragie sous-arachnoïdienne*
DS	*I67.10*	*Autres maladies cérébrovasculaires, Anévrisme cérébral (acquis)*
DS	*U52.2*	*Indice de Barthel de la réadaptation précoce: -200 à -76 points*
DS	*G81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L		
DS	*R06.88*	*Anomalies de la respiration, Anomalies respiratoires autres et non précisées*
DS	*R41.8*	*Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, Symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et non précisés*
DS	*R40.2*	*Somnolence, stupeur et coma, Coma, sans précision*
DS	*J96.00*	*Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, Type I [hypoxique]*
DS	*R32*	*Incontinence urinaire, sans précision*
DS	*R15*	*Incontinence des matières fécales*
DS	*I10.90*	*Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive*
DS	*Z43.0*	*Surveillance de trachéostomie*
T		*tous les traitements concernant l'anévrisme selon les directives de codage actuelles*
T	*99.B7.1-*	*Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense*
T	*99.B8.1-*	*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense*
T	*93.8C.1-*	*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement*

Exemple 2

Admission d'un patient de 60 ans dans un hôpital de soins aigus pour l'opération d'un grand méningiome intracrânien bénin.
Après l'intervention, présence de déficits neurologiques probablement d'origine ischémique, à savoir une hémiparésie flasque incomplète et trouble de déglutition nécessitant une surveillance.
Dans le contexte de dysphagie, développement d'une pneumonie due à l'aspiration d'aliments au 4e jour d'hospitalisation, qu'il est toutefois possible de bien contrôler par des mesures appropriées. Les suites de l'opération entraînent un séjour (prolongé) en unité de soins intensifs.
Après examen diagnostique/évaluation, un indice de Barthel de la réadaptation précoce relevé au 14e jour d'hospitalisation donne un score initial de 0 point.
Les caractéristiques minimales du code 93.8C.1 «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» étant remplies, début du traitement de réadaptation précoce dans une unité périphérique.
Au cours de la première semaine de traitement de réadaptation précoce (jour 5), un indice de Barthel de la réadaptation précoce de plus de 30 points est relevé, qui ne peut être vérifié lors du contrôle 7 jours calendaires plus tard (jour 12).
Au cours de la 3e semaine de traitement de réadaptation précoce, un score de plus de 30 points est atteint (jour 19), confirmé 7 jours calendaires plus tard (jour 26) avec une nouvelle augmentation des points.
Ainsi, les conditions pour une réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce ne sont plus remplies à partir du 26e jour.
Le patient est transféré dans un établissement approprié (si nécessaire) pour poursuivre sa réadaptation neurologique.

DP	*D32.0*	*Tumeur bénigne des méninges, cérébrales*
DS	*G81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L		
DS	*U52.1*	*Indice de Barthel de la réadaptation précoce: -75 à 30 points*
DS	*R13.0*	*Dysphagie nécessitant une surveillance pendant la prise de nourriture*
DS	*J69.0*	*Pneumonie due à des aliments et des vomissements*
L		
DS	*U69.01!*	*Pneumonie acquise à l'hôpital, classée ailleurs, survenue plus de 48 heures après l'admission*
T		*tous les traitements concernant le méningiome selon les directives de codage actuelles*
T	*99.B7.1-*	*Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense*
T	*93.8C.14*	*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, au moins 21 à 27 jours de traitement*

Note:

S'il s'agit d'établissements spécialisés à la fois dans les traitements de réadaptation précoce et dans la réadaptation, le cas lié à la réadaptation précoce doit être fermé et un nouveau cas doit être ouvert au moment où les conditions des codes CHOP pour la réadaptation précoce ne sont plus remplies.
Le nouveau cas est alors saisi selon les règles de codage «Réadaptation».

SP0202o Réadaptation en paraplégie

Limitation fonctionnelle
En cas de réadaptation en paraplégie, la saisie des codes *U50.-* et *U51.-* pour l'ampleur de la limitation à l'admission est facultative.
Ce codage est réalisé en plus du relevé d'évaluation qui est codé au moyen du chapitre AA.- de la CHOP (voir section «Procédures»).
Le code CHOP pour le traitement complexe de réadaptation en paraplégie (*93.87.-*) s'applique aussi bien en somatique aiguë qu'en réadaptation.

C'est pourquoi aucun code du chapitre 18 de la CHOP n'est saisi pour la réadaptation en cas de paraplégie. c La charge en soins infirmiers est représentéepar un code CHOP de la catégorie *99.C- Traitement de soins infirmiers complexes*.
Le code CHOP *93.87.- Traitement complexe de réadaptation en paraplégie* ne doit pas être utilisé avec les codes CHOP des catégories BB.3- pour les codes supplémentaires en réadaptation.

Sont à coder :
- *93.87.- Traitement complexe de réadaptation en paraplégie*
- *AA.33.- Mesure d'indépendance de la moelle épinière [SCIM]*
- autres prestations devant être codées :
  - *99.C- Traitement de soins infirmiers complexes*
  - *93.9F.- Ventilation mécanique et assistance respiratoire*
  - et autres

Le score SCIM doit être saisi selon les dispositions indiquées dans la CHOP. Cela signifie notamment que les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours, et à la sortie du patient (c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie).
Chaque critère est divisé en 3 à 9 degrés de sévérité, 0 signifiant «assistance totale». Lesniveaux doivent correspondre aux définitions de la SCIM III.
La réadaptation en paraplégie survenant dans la phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière est représentée selon la règle de codage SD1905, paragraphes «Phase aiguë - immédiatement post-traumatique» et «Phase aiguë - transfert du patient».

La réadaptation en paraplégie survenant dans la phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière est représentée selon la règle de codage SD1905, paragraphes «Phase aiguë - immédiatement post-traumatique» et «Phase aiguë - transfert du patient».

La ou les réadaptation(s) en paraplégie survenant dans la phase chronique d'une lésion de la moelle épinière sont représentées notamment à l'aide de la règle de codage SD1905 «Lésion de la moelle épinière - phase chronique».

Réadaptation en paraplégie – phase aiguë

Exemple 1
Un patient de 30 ans, par ailleurs en bonne santé, a fait une chute en snowboard. Immédiatement après la chute, perte de sensibilité et de motricité en dessous du cou.
Le patient n'a rapporté aucune perte de conscience et sa mémoire n'est pas altérée. Une fracture vertébrale instable au niveau de la vertèbre C6 avec déplacement et compression ultérieurs de la moelle épinière est diagnostiquée. Une stabilisation dorsale de C5 à C7 avec discectomie simultanée de C5-6 et C6-7 est effectuée à l'hôpital de soins aigus. Le patient est transféré dans un centre des paraplégiques au 5e jour postopératoire pour une réadaptation initiale spécialisée.
À son admission au centre des paraplégiques, une paraplégie flasque C5 AIS B avec choc spinal et trouble neurogène des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle est diagnostiquée. Paralysie vésicale neurogène par lésion du neurone moteur supérieur [UMNL]. La respiration est spontanée. Le patient souffre d'une pression sanguine labile (instabilité de la pression sanguine) dans un contexte de dysrégulation végétative. Il a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne. Pendant le séjour de réadaptation apparaissent des douleurs neurogènes sous-lésionnelles, ainsi qu'une spasticité invalidante. Le traitement a par ailleurs été compliqué par un épisode psychotique aigu consécutif à une consommation actuelle de cannabis. Dans ce contexte, des interventions psychiatriques ont notamment été nécessaires.
Le patient a reçu un traitement intensif dans le but d'un retour rapide à domicile, complété par une aide/un soutien supplémentaire.
Le patient a par ailleurs bénéficié, durant son séjour de réadaptation, d'une visite diagnostique et thérapeutique à domicile d'une durée de 5 heures, pour évaluer la situation à domicile et déterminer les objectifs de réadaptation ainsi que les mesures nécessaires.

Dans le cadre des soins de réadaptation de base, le patient avait besoin d'un maximum de 180 minutes de soins par jour en moyenne. En outre, il a réappris les activités de la vie quotidienne (par exemple, se tourner de manière autonome, facilité par la mise en place d'une aide/d'un soutien supplémentaire, s'habiller et se déshabiller, l'hygiène personnelle, le positionnement indépendant, la prévention des complications, etc.) dans le cadre de mesures thérapeutiques (30 minutes par jour). Pendant son séjour de 294 jours, le patient a bénéficié au total de 30 séances par semaine de physiothérapie et d'ergothérapie et d'un soutien psychologique hebdomadaire. Les limitations fonctionnelles sont classées comme sévères, il n'y a pas de troubles cognitifs. La marche est impossible, le score SCIM passe de 10 points sur 100 à 27 points sur 100.

Les diagnostics suivants sont établis selon la documentation médicale à la sortie:
- Tétraplégie spastique incomplète de la sensibilité et de la motricité au niveau neurologique C6 AIS C à la suite d'une fracture vertébrale C6 (initialement C5 AIS B), stabilisée.
- Trouble neurogène des fonctions urinaires et nécessité de pose/utilisation d'un cathéter suprapubien.
- Troubles neurogènes des fonctions intestinales avec subiléus récidivant et défécation par lavements et médicaments laxatifs.
- Troubles neurogènes des fonctions sexuelles avec dysfonctionnement érectile, anorgasmie et anéjaculation.
- Dysautonomie modérée avec pression artérielle labile persistante et tendance à l'hypotension, qui a été contrôlée par des médicaments.
- Douleurs neurogènes sous-lésionnelles, principalement au niveau du membre inférieur droit avec spasticité invalidante.

La documentation médicale permet en outre le codage d'un traitement complexe de la douleur aiguë pendant plus de 21 jours.
Sur 210 jours de séjour, les conditions pour la saisie du traitement complexe de soins infirmiers selon la documentation sont également remplies.

DP	*S14.13†*	*Lésion traumatique des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou, Autres lésions transversales incomplètes de la moelle cervicale*
DS	*N51.8**	*Autres affections des organes génitaux de l'homme au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*S14.75!*	*Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale, C5*
DS	*G95.80*	*Autres affections précisées de la moelle épinière, Paralysie vésicale en cas de lésion supranucléaire [UMNL]*
DS	*G95.82*	*Autres affections précisées de la moelle épinière, Trouble des fonctions vésicales dû à un choc rachidien*
DS	*G90.88*	*Autres affections du système nerveux autonome*
DS	*I98.8**	*Autres troubles précisés de l'appareil circulatoire au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*I95.8*	*Autres hypotensions*
DS	*F12.5*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, Trouble psychotique*
DS	*K59.2*	*Autres troubles fonctionnels de l'intestin, Intestin neurogène, non classé ailleurs*
DS	*R25.2*	*Mouvements involontaires anormaux, Crampe et spasme*
T	*93.87.D4*	*Traitement complexe de réadaptation en paraplégie, au moins 280 à 307 jours de traitement, moyenne de 30 séances par semaine*
T	*AA.33.-*	*Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM) - à l'admission, selon le score relevé*
T	AA.33.-	Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM)- à la sortie, selon le score relevé
T	*99.C2.1Y*	*Traitement de soins infirmiers complexes chez les adultes, 601 à 700 points de dépense*
T	*93.89.D2*	*Visite diagnostique et thérapeutique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures*
T	*93.A3.34*	*Traitement complexe des douleurs aiguës, 21 et plus de jours de traitement*
T		*Interventions psychiatriques et autres selon la documentation médicale*
T	*57.17*	*Cystostomie percutanée*

Le score SCIM doit être saisi selon les dispositions indiquées dans la CHOP 2022. Cela signifie notamment que:
Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours, et à la sortie du patient (c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie).
Chaque critère est divisé en 2 à 9 degrés de sévérité, 0 signifiant «assistance totale».
Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à la SCIM III.

La réadaptation en paraplégie survenant dans la phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière est représentée selon la règle de codage SD1905, paragraphes «Phase aiguë - immédiatement post-traumatique» et «Phase aiguë - transfert du patient».

Réadaptation en paraplégie - Phase chronique

Exemple 2

Admission d'une patiente de 64 ans dans un établissement de réadaptation spécialisé dans la réadaptation en paraplégie avec une paraplégie spastique connue au niveau lésionnel Th7, AIS A, due à une ischémie médullaire dans le cadre d'une dissection aortique 17 ans auparavant avec traitement chirurgical.
Des troubles neurogènes des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle ainsi que des douleurs neurogènes au niveau de la lésion persistent depuis des années.
Après une hospitalisation à la suite d'une fracture du tibia distal droit sans traumatisme évident, traitée au moyen d'une genouillère, une escarre sacrée de grade II-III se forme après un alitement prolongé à domicile. La patiente présente une colonisation chronique connue à MRSA de l'appareil urogénital, de la région de l'aine et de l'intertrigo qui se développe dans ces zones et dans la région sous-mammaire.
Hospitalisation sur ordre du médecin traitant en raison d'une évolution défavorable à domicile.
La patiente est isolée pendant toute la durée du séjour (les caractéristiques minimales du traitement complexe en présence d'une infection à agents infectieux multirésistants sont remplies selon la documentation), un débridement (environ 18 cm^2) de l'escarre est réalisé sous anesthésie générale et un cathéter permanent est mis en place.
Par ailleurs, poursuite du traitement conservateur.
Dans la phase initiale de l'hospitalisation actuelle, la patiente est tenue à un repos strict au lit avec des manœuvres de changement de position toutes les deux heures pendant la journée et toutes les quatre heures pendant la nuit.
Des soins infirmiers d'une durée de 160 minutes par jour sont documentés.
La patiente reçoit également une physiothérapie respiratoire préventive, une mobilisation passive quotidienne pour les contractures existantes du pied droit, en plus de la prophylaxie générale des contractures et des thérapies physiques avec au total dix séances par semaine pendant 40 jours.
En raison de l'aggravation des troubles du sommeil et de la dégradation de la situation générale, la patiente bénéficie d'un soutien psychologique et d'une formation aux techniques de relaxation tout au long de son séjour.
Pendant la nuit, administration de CPAP en présence d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil.
Le score SCIM est de 15 points sur 100.

En présence d'une fracture, réalisation d'une ostéodensitométrie avec un diagnostic d'ostéoporose d'inactivité.
Remplissage de la pompe intrathécale existante de médicaments myorelaxants et ajustement de la posologie à plusieurs reprises avant la sortie.
Après consolidation de la fracture et bonne guérison de l'escarre, reprise successive autonome des ADL pendant 2 semaines. Pendant cette période, 15 séances de thérapie par semaine et un temps total de soins quotidiens de 60 minutes. Ajustement des moyens auxiliaires et changement du coussin anti-escarre en raison de l'usure.
Re-mobilisation croissante et retour à l'autonomie antérieure.
Au cours de la dernière semaine d'hospitalisation, le score SCIM est de 72 points sur 100, 20 séances thérapeutiques sont réalisées et un temps de soins infirmiers quotidien de 30 minutes est documenté.
La sortie accompagnée avec retour à domicile sans assistance supplémentaire a lieu après 40 jours de séjour.

Les diagnostics suivants sont établis selon la documentation médicale à la sortie:
- *Paraplégie spastique complète avec niveau sensoriel et moteur Th7 AIS A, après dissection aortique 17 ans auparavant, opérée (prothèse Gore-Tex), avec:*
- *Paralysie vésicale neurogène par lésion du neurone moteur supérieur (UMNL), traitement par injections de Botox tous les neuf mois, auto-cathétérisme intermittent avec infections récidivantes (actuellement aucune infection apparente)*
- *Trouble neurogène de la fonction intestinale avec ralentissement du transit, sous laxatifs, vidange par évacuation manuelle et lavements*
- *Troubles neurogènes des fonctions sexuelles avec anorgasmie et dyspareunie.*
- *Douleur neurogène au niveau de la lésion avec brûlure dans la région thoracique*
- *Spasticité invalidante avec pompe à médicament intrathécale à 180 mcg/24h (myorelaxants)*
- *Syndrome d'apnée du sommeil obstructif, CPAP*
- *Colonisation chronique à MRSA depuis 2018 (voies génito-urinaires, intertrigo dans la région de l'aine et sous-mammaire)*

Actuellement:
- *Fracture pathologique du tibia distal droit due à l'ostéoporose*
- *Escarre sacrée de grade II-III*

Autres diagnostics:
- *Hypertension artérielle (poursuite du traitement)*
- *Troubles du sommeil*
- *Épisode modéré d'une dépression récidivante*

Sur 16 jours de séjour, les conditions pour la saisie du traitement complexe de soins infirmiers selon la documentation sont également remplies.

DP	*G82.12*	*Paraparésie et paraplégie spastique, Paraparésie et paraplégie, sans précision*
DS	*G82.64!*	*Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière, T7-T10*
DS	*Z86.7*	*Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire*
DS	*Z95.88*	*Présence d'un dispositif cardiaque électronique, Présence d'autres implants ou transplants cardiaques ou vasculaires*
DS	*G95.80*	*Autres affections précisées de la moelle épinière, Paralysie vésicale en cas de lésion supranucléaire [UMNL]*
DS	*K59.2*	*Autres troubles fonctionnels de l'intestin, Intestin neurogène, non classé ailleurs*
DS	*G47.31*	*Troubles du sommeil, Apnée du sommeil, Syndrome d'apnée du sommeil obstructif*
DS	*R07.3*	*Douleur au niveau de la gorge et du thorax, Autres douleurs thoraciques*
DS	*L30.4*	*Autres dermites, Intertrigo érythémateux*
DS	*B95.6!*	*Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*U80.00!*	*Staphylocoque doré résistant à l'oxacilline ou à la méticilline [MRSA]*
DS	*Z22.3*	*Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées*
DS	*M80.26*	*Ostéoporose d'inactivité avec fracture pathologique, Jambe*
L	*1*	
DS	*L89.24*	*Ulcère de décubitus, stade 3: Sacrum*
DS	*Z45.82*	*Contrôle des paramètres de fonctionnement d'une pompe à médicaments*
DS	*M62.47*	*Contracture musculaire, Cheville et pied*
L	*1*	
DS	*I10.90*	*Hypertension essentielle, non précisée, Sans mention de crise hypertensive*
DS	*F33.1*	*Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen*
DS	*G47.9*	*Trouble du sommeil, sans précision*
T	*93.87.3-*	*Traitement complexe de réadaptation en paraplégie, au moins 28 à 55 jours de traitement*
T	*AA.33.-*	*Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM)- à l'admission, selon le score relevé*
T	*AA.33.-*	*Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM)- à la sortie, selon le score relevé*
T	*99.C2.1J*	*Traitement de soins infirmiers complexes chez les adultes, 91 à 100 points de dépense*
T	*57.94*	*Insertion d'un cathéter urétral permanent*
T	*93.59.53*	*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, 21 jours et plus de traitement*
T	*86.2A.2E*	*Débridement chirurgical, étendue modéréé, autre site*
T	*00.98.11*	*Recharge et programmation d'une pompe de perfusion programmable totalement implantée à débit constant pour perfusion intrathécale et intraventriculaire de médicament*
T	*88.98.10*	*Densitométrie osseuse avec absorptiométrie à rayons X double énergie [biphotonique] [DXA]*

SP0203o Réadaptation aiguë

Prestations spéciales en réadaptation stationnaire qui sont fournies à des patients en somatique aiguë.

93.89.9- Réadaptation gériatrique aiguë, selon le nombre de jours de traitement
93.89.2- Réadaptation aiguë de médecine physique, selon le nombre de jours de traitement
93.9A.1- Réadaptation pulmonaire aiguë, selon le nombre de jours de traitement

Exemple 1

Admission d'un patient de 59 ans (sans affection antérieure) à l'hôpital de soins aigus avec une pneumonie COVID-19 due au SARS-CoV-2. Vite épuisé sur le plan respiratoire (ARDS sévère), il est immédiatement transféré en soins intensifs et placé sous ventilation artificielle pendant 17 jours.
Après la fin du traitement en soins intensifs, compliqué par une embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire aigu, le patient présente une perte de poids d'env. 15 kg, un déconditionnement sévère et une insuffisance cardiaque droite (NYHA 2) en raison de la charge accrue par pression du ventricule droit engendrée par l'embolie pulmonaire bilatérale.
Un retour à domicile n'étant pas possible en raison de l'altération persistante de la fonction pulmonaire et du faible état général, la réadaptation pneumologique aiguë est initiée après des évaluations et relevés de score standardisés appropriés.
Les caractéristiques minimales du code CHOP 93.9A.1 sont remplies pendant 12 jours selon la documentation médicale.
Les caractéristiques minimales pour la saisie du «traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement» sont également remplies pour 26 jours.
Un traitement est ensuite instauré

DP	*J12.8*	*Pneumonie virale, non classées ailleurs, Autres pneumonie virales*
L		
DS	*U69.04!*	*Pneumonie classée ailleurs, présente lors de l'admission à l'hôpital ou survenue dans les 48 heures après l'admission à l'hôpital*
DS	*J80.03*	*Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte [SDRA]*
DS	*U07.1!*	*COVID-19, virus identifié*
DS	*I26.0*	*Embolie pulmonaire, avec mention de cœur pulmonaire aigu*
L	*0*	
DS	*I50.01*	*Insuffisance cardiaque droite secondaire*
DS	*I50.03!*	*Insuffisance cardiaque droite avec symptôme en cas d'effort important*
DS	*R63.4*	*Perte de poids anormale*
DS	*R53*	*Malaise et fatigue*
T	*99.B7.1-*	*Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense*
T	*93.9A.12*	*Réadaptation pulmonaire aiguë, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*
T	*93.59.53*	*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, 21 jours et plus de traitement*

Note:
Tous les cas de traitement de réadaptation qui **ne** présentent **pas** un caractère de réadaptation précoce, de réadaptation en paraplégie ou de réadaptation aiguë et/ou qui **ne** remplissent **pas** les conditions/caractéristiques minimales selon le code CHOP applicable pour la réadaptation précoce, la réadaptation de paraplégie et la réadaptation aiguë sont codés selon les spécifications des «Directives de codage de la réadaptation».

SP0300 Règle de codage pour le chapitre 9 de la CHOP «Opérations du système digestif»

SP0301k Fundoplicature pour hernie hiatale: saisie supplémentaire code CHOP 44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac

Lors d'une hernie hiatale, il y a un déplacement de l'estomac (de parties de l'estomac) par le hiatus oesophagien du diaphragme, de la cavité abdominale vers la cavité thoracique. Ces hernies peuvent être divisées en hernies hiatales para-oesophagiennes et axiales. Dans le premier cas, des parties de l'estomac passent à côté de l'oesophage dans le médiastin. Concernant l'étendue, cela peut aller d'une herniation para-oesophagienne légère à une rotation complète de l'estomac (volvulus) avec étranglement et un estomac entièrement intrathoracique (up-side-down stomach).
70 à 90% des hernies hiatales comptent cependant parmi les hernies hiatales dites axiales (ou encore par glissement). Dans ce cas, le cardia remonte dans le médiastin à travers le hiatus oesophagien.

Lors d'une hernie hiatale axiale légère ou d'une herniation para-oesophagienne faiblement marquée, l'étendue de la manipulation de l'estomac est trop peu importante pour justifier l'utilisation du code CHOP *44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac*. Pour une fundoplicature, il est indispensable que les parties gastriques herniées dans le médiastin soient préalablement repositionnées sous le diaphragme. Cette étape opératoire est ainsi inhérente par exemple au code de procédure *44.67.20*.

Lors d'un volvulus gastrique dans le médiastin ou d'un estomac entièrement intrathoracique (up-side-down stomach), le codage supplémentaire de *44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac* est autorisé.
À un tel stade, il s'agit d'une charge opératoire supplémentaire qui n'est pas représentée uniquement par l'utilisation d'un code des rubriques *44.66.- Autres mesures de reconstruction de la fonction du sphincter gastro-œsophagien* ou *44.67.- Interventions laparoscopiques de restauration de fonction du sphincter gastro-œsophagien.*

SP0400 Règle de codage pour le chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins»

SP0401m Changement de sexe

Les «coder aussi» sous la catégorie à 3 positions *64.5- «Opération pour changement de sexe»* ne sont pas exhaustifs.
Les codes sous *64.5-* (chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins») doivent être utilisés pour chaque intervention en lien avec un changement de sexe, même si ces opérations de changement concernent les caractéristiques sexuelles secondaires (par exemple mastectomie sous-cutanée).

Directives de codage de la réadaptation

Information générale

Champ d'application:
Les exigences ci-après concernant le codage des cas de réadaptation pour les patients hospitalisés s'appliquent aux traitements dispensés dans les cliniques de réadaptation et dans les services de réadaptation des hôpitaux de soins aigus qui entrent dans le champ d'application de la structure tarifaire ST Reha.

Les démarcations à considérer en réadaptation stationnaire sont les suivantes:

Réadaptation précoce:
Voir SP0201 Réadaptation précoce

Réadaptation en paraplégie:
Voir SP0202 Réadaptation en paraplégie

Réadaptation aiguë:
Voir SP0203 Réadaptation aiguë

La réadaptation précoce, la réadaptation aiguë et la réadaptation en paraplégie sont saisies dans le cadre de la structure tarifaire SwissDRG comme en somatique aiguë.

Pour obtenir des exemples de codage de cas de réadaptation en paraplégie, réadaptation précoce et réadaptation aiguë, se reporter au chapitre «Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements SP0100 - SP0400».

Pour les définitions du cas de traitement, voir la règle de codage G51 «Le cas de traitement».

Le jour d'admission et le jour de sortie/transfert sont tous deux pris en compte dans la saisie des séances de thérapie/points de dépense.

Diagnostics selon la CIM-10-GM

Le diagnostic principal:
Le diagnostic principal est la maladie causale, qui est le principal motif de la réadaptation ou la cause de la déficience fonctionnelle. Ce diagnostic principal ne doit pas nécessairement être identique au diagnostic principal établi lors de l'hospitalisation en somatique aiguë.
Remarque: Pour le recensement statistique, une assignation claire du cas à la structure tarifaire adéquate via la variable «tarif» (Tarif pour la facturation) du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) de la statistique médicale garantit par là-même un relevé épidémiologique correct des diagnostics en somatique aiguë.

Le diagnostic supplémentaire:
Voir à ce sujet la règle de codage G 54 «Les diagnostics supplémentaires».

Limitation fonctionnelle:
La limitation fonctionnelle est codée comme diagnostic supplémentaire.
L'ampleur de la limitation fonctionnelle telle que constatée à l'entrée doit être représentée sous forme de diagnostic supplémentaire avec les codes U50.- Limitation fonctionnelle motrice et U51.- Limitation fonctionnelle cognitive.

Documentation des diagnostics et des procédures
Voir règle de codage G 40 «Documentation des diagnostics et des procédures».

Règles de codage
État après/présence de/absence de: pour la réadaptation après une intervention chirurgicale avec insertion d'implants et/ou après une transplantation d'organe voir D05 «État après/présence de/absence de».

Transfert
Voir D15 «Transferts».

Calcul de la durée de séjour en réadaptation pour la saisie du code BA.-
Une patiente entre par exemple en réadaptation musculo-squelettique le 3 mars et la quitte le 25 mars.. La durée du séjour est donc de 23 jours, comme il s'agit d'un cas sans transfert, le calcul (25 - 3 + 1 = 23) s'applique. Les thérapies et formations dispensées le jour de l'admission et de la sortie sont prises en compte et comprises dans les minutes de thérapie et de formation. Au total, la patiente bénéficie de 1495 minutes de thérapie et de formation. Pour calculer la moyenne, les minutes de thérapie dispensées sont divisées par la durée du séjour, soit 23 jours dans cet exemple, et multipliées par 7. 1495/23*7= 455 minutes de thérapie/semaine. Cela signifie que le code BA.5 «Réadaptation musculo-squelettique» peut être saisi.
Voir à ce sujet le point 1.5. «Durée de séjour» des «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha» de SwissDRG SA.

Saisie du traitement en cas de réhospitalisation dans les 18 jours due à des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (regroupement de cas)
Voir également la règle D16.

Pour la réadaptation, la saisie d'un code BA.1- à BA.9- signifie obligatoirement la première saisie des code AA.- (pour les scores ADL).

En cas de séjour de réadaptation de moins de 72 heures sans scores ADL, on saisit un code BA.x0.
Dans ces cas, si une réadmission en réadaptation a lieu dans les 18 jours, la saisie des scores ADL doit être effectuée dans les 72 heures (3 jours) suivant le début du deuxième séjour hospitalier.
Dans ce cas, ce sont les scores ADL du deuxième séjour qui font référence pour le regroupement de cas.

Procédures

Pour chaque cas de réadaptation, on saisit au moins une fois les codes de la sous-catégorie AA.13 et un code de la catégorie BA de la CHOP. On saisit aussi les codes BB.3- et BB.4- lorsque c'est pertinent. Les autres évaluations à saisir dépendent du type de réadaptation (voir CHOP - Instruments de mesure et mesures (AA).

Évaluations – CHOP AA

La mesure à l'entrée[1] doit être effectuée dans les trois jours ouvrables* suivant l'entrée en réadaptation stationnaire (jour d'entrée compris).

De manière analogue, la mesure à la sortie doit être effectuée dans les trois jours ouvrables* précédant la sortie du patient (jour de sortie compris).

*Définition: «dans les trois jours ouvrables»: pour le calcul il convient de noter que seuls dimanche et les jours fériés légaux sont considérés comme des jours fériés. Les samedis sont considérés comme des jours ouvrables.

Les items ADL sont saisis à l'aide des codes CHOP de la sous-catégorie AA.13.-.

Réadaptation, CHOP BA - subdivisée en 8 types de réadaptation
Codage 1x par séjour, sauf en cas de changement du type de réadaptation pour des raisons médicales.
Le code BA est également saisi pour une durée de réadaptation de moins de 7 jours que ce soit en cas de transfert interne, de décès du patient ou de sortie prématurée contre l'avis médical.
L'information doit être enregistrée sous la variable «austrittsentscheid» (Décision de sortie).
Pour un cas de réadaptation qui a donné lieu à une hospitalisation pour un type de réadaptation, la prestation de base de ce type de réadaptation doit être codée une fois pour ce séjour. Si, pour des raisons médicales, le type de réadaptation est modifié pendant le séjour de réadaptation, la prestation de base du nouveau type de réadaptation doit également être codée une fois à partir de la date du changement.

[1] https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/09/ANQ_REA_CHOP_Codes_Tableau-de-conversion_score-ADL-2021.pdf

Exemples et commentaires

Diagnostic principal DP	**Traiement (T)** **Réadaptation (BA) = 8 types de réadaptation et une classe résiduelle pour les autres types de réadaptation**
Diagnostic principal = le diagnostic, qui requière une réadaptation	BA.1 Réadaptation neurologique BA.2 Réadaptation psychosomatique BA.3 Réadaptation pulmonaire BA.4 Réadaptation cardiaque BA.5 Réadaptation musculosquelettique BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique BA.7 Réadaptation pédiatrique BA.8 Réadaptation gériatrique BA9 Prestation de base en réadaptation, autre

Règles de codage pour la saisie des codes BA.-
Les caractéristiques minimales d'une procédure figurant dans l'index systématique du manuel CHOP doivent toutes être remplies et documentées pour chaque cas. Les remarques, les observations, les inclusions et les exclusions doivent être prises en compte. Les thérapies mentionnées/décrites dans les caractéristiques minimales ne doivent pas être codées en plus.

Explications pour une meilleure compréhension des caractéristiques minimales
Examen d'entrée
Vous trouverez l'explication concernant l'examen d'entrée sous Évaluations CHOP-AA

Durée du séjour et durée de la thérapie
Une semaine (semaine de traitement) comprend 7 jours calendaires. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de thérapie et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation et constituent une moyenne hebdomadaire.
Le nombre de jours de l'ensemble du séjour de réadaptation se calcule selon la même règle que celle appliquée pour la durée de séjour dans les «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha» en vigueur pour l'année d'application. Les «durées de la thérapie par semaine» décrites dans la catégorie BA.- incluent les prestations au patient. Les prestations fournies en l'absence du patient ne comptent pas dans la durée de la thérapie. La thérapie et l'instruction (formation) pour les semaines de réadaptation entamées sont calculées au prorata. L'auto-formation sous la supervision du thérapeute concerné correspond à un traitement.

Coordination de la réadaptation ou réunion de l'équipe de réadaptation
La coordination interdisciplinaire hebdomadaire et documentée de la réadaptation ou les réunions de l'équipe de réadaptation implique le personnel médical, thérapeutique et soignant participant à la réadaptation. Si, pour des raisons d'organisation, un service impliqué ne peut pas participer à une réunion d'équipe, mais que l'information a tout de même été transmise par écrit, la réunion d'équipe est considérée comme ayant eu lieu et l'ensemble d'un séjour en réadaptation ne peut pas être remis en question pour cette seule raison.
Si la semaine de traitement est entamée, la réunion d'équipe ne doit pas obligatoirement avoir lieu.

Classe résiduelle:
BA.9
Doit remplir toutes les exigences minimales sous BA - mais pas nécessairement sous les caractéristiques spécifiques (BA.1- à BA.8-). Le code BA.9 Prestation de base en réadaptation, autre est saisi lorsque:

- le type de réadaptation fourni ne relève pas des catégories à 3 positions BA.1- à BA.8- ou n'y est pas mentionné.
- le type de réadaptation fourni est mentionné dans l'un des codes BA.1- à BA.8-, remplit toutes les caractéristiques minimales sous BA.-, mais ne remplit pas au moins une caractéristique minimale pour BA.1- à BA.8-.

Exigences minimales définies par rapport à une durée de 7 jours:
Il s'agit de caractéristiques minimales qui concernent le processus structurel ou fonctionnel au sein de l'hôpital et sont définies par rapport à une durée de 7 jours (exemple 1: 1 visite du médecin spécialiste / 7 jours – voir CHOP BA Réadaptation, Caractéristique minimale point 4, visite – exemple 2: 1 réunion d'équipe / 7 jours). Ces caractéristiques minimales ne s'appliquent pas aux périodes de moins de 7 jours, car il n'est pas possible de satisfaire à une fraction (au prorata) d'une visite de spécialiste ou d'une réunion d'équipe.

Exemple:
Quand un patient ou une patiente est admise un jeudi et sort le mardi suivant et que la réunion d'équipe se tient le mercredi, on n'attend pas de l'hôpital qu'il avance la date de ladite réunion. Dans ce cas, cette caractéristique minimale n'est donc pas exigée pour saisir le code.

Logique de la subdivision BA.x1-BA.x8
- Les codes BA.1 à BA.8 sont répartis selon le type de rééducation en minutes de thérapie moyennes par semaine.
- BA.x0 représente le niveau le plus bas avec un séjour inférieur à 7 jours.
- BA.x1 représente le niveau suivant le plus élevé pour les cas avec une capacité de charge réduite, sauf en réadaptation gériatrique.
- BA.x2 - BA.x8 représentent (resp. BA.81-BA.85 pour la réadaptation gériatrique) les cas de rééducation avec le nombre de minutes de thérapie atteignant le seuil pour chaque type de rééducation.

BB.3- Codes supplémentaires pour la réadaptation
BB.3- décrit les prestations de soins spécifiques et coûteuses en réadaptation. Le cas échéant, les prestations de soins (codes BB.3 --> Gestion des plaies, prise en charge 1:1) doivent être saisies. Ces codes ne sont saisis que pour les cas attribués à ST Reha. Les deux codes (Prise en charge 1:1 en réadaptation (BB.31.-) et gestion des plaies en réadaptation (BB.32)) doivent être saisis chaque jour où ces soins sont réalisés.

Dans la situation de la prise en charge 1:1, il est important de préciser que la prise en charge s'applique à un patient (et non à plusieurs).

Le code BB.32 Gestion des plaies en réadaptation, au moins 60 minutes par jour est utilisé pour représenter l'effort de soins accru (tous types de réadaptation) qu'implique la prise en charge des plaies. Cela vaut pour les soins de plaies après le retrait d'un tube trachéal, mais aussi pour les plaies de stomie, les plaies de fixateur externe, les entrées ou sorties de drains, etc. Cette liste n'est pas exhaustive.

Le traitement de soins infirmiers complexes 99.C- ne doit pas être codé en sus. En principe, il ne doit pas être saisi en même temps que les codes de la catégorie BA.- «Réadaptation».

Surveillance en réadaptation BB.4.-

Il existe deux codes pour la surveillance en réadaptation:

BB.41.- Surveillance en réadaptation, selon le nombre de jours de traitement: code pour les patients qui quittent le cadre des soins somatiques aigus et qui peuvent commencer leur réadaptation, mais qui ont besoin d'une surveillance en raison d'une instabilité clinique.

BB.42.- Surveillance intensive dans une situation menaçant le pronostic vital de manière transitoire: code pour les patients qui connaissent une situation engageant passagèrement le pronostic vital durant la réadaptation et qui requièrent une surveillance pour cette raison

Ces deux codes ne peuvent pas être saisis sans que les critères BA. ne soient remplis (critères de réadaptation relatifs à l'ensemble du cas.
Il n'est pas possible de saisir les deux codes simultanément, mais ils peuvent être indiqués séparément, à des moments différents d'un même cas de réadaptation.

Procédures qui doivent être codées (liste non exhaustive)
Voir règle de codage P01 «Procédures qui doivent être codées».

Pour la ventilation mécanique en réadaptation, voir la règle de codage SD1001 «Ventilation mécanique».

Traitements ambulatoires externes
Voir règle de codage P00n «Prestations ambulatoires externes».

Procédures qui ne sont pas à coder
Voir règle de codage P02 «Procédures qui ne sont pas à coder».

À noter que les procédures documentées à la règle de codage P02 ne doivent pas être codées, car elles sont considérées dans le domaine des soins stationnaires aigus comme des procédures routinières ou immanentes. Dans certains cas, elles ne peuvent toutefois pas être définies comme telles pour les séjours de réadaptation et doivent faire l'objet d'un codage.

Exemples

Exemples pour le codage du diagnostic principal

Exemple 1 Réadaptation cardiovasculaire

Un patient est admis en réadaptation suite à un infarctus aigu du myocarde. Une infection de plaie post-interventionnelle est soignée au moyen d'un traitement de type VAC.
DP I21.0 Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure

Exemple 2 Réadaptation musculo-squelettique

Un patient est admis en réadaptation suite à l'implantation d'une endoprothèse en raison d'une arthrose primaire de la hanche. L'évolution est favorable.
DP M16.1 Autres coxarthroses primaires
L

Exemples pour le codage des diagnostics supplémentaires

Exemple 1 Cardiovasculaire

Un patient est admis en réadaptation après une transplantation cardiaque en raison d'une cardiomyopathie dilatée. L'indice de Barthel est de 68 points à l'admission et le MMSE de 29 points

DP	*I42.0*	*Myocardiopathie avec dilatation*
DS	*Z94.1*	*Status post greffe du cœur*
DS	*U50.20*	*Index de Barthel: 60 -75 points*
DS	*U51.02*	*MMSE: 24 -30 points*

Exemple 2 Neurologique

Un patient est admis en réadaptation avec des déficits neurologiques (hémiplégie flasque avec troubles de la parole et de la déglutition) consécutifs à un accident vasculaire cérébral aigu dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne, traité en somatique aiguë. À l'admission, l'indice de Barthel s'élève à 27 points. Seuls des déficits cognitifs légers sont observés, le MMSE est établi à 28 points.

DP	*I63.4*	*Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
L		
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L		
DS	*U50.40*	*Limitation fonctionnelle motrice sévère. Barthel-Index: 20 -35 points.*
DS	*U51.02*	*MMSE: 24 -30 points*

Exemple 3 Pulmonaire

Un patient atteint de fibrose kystique est référé par son médecin de famille pour une réadaptation pulmonaire en raison de la détérioration d'une insuffisance respiratoire chronique connue et documentée. Une assistance respiratoire est mise en place à domicile. À l'admission, l'indice de Barthel est documenté à 80 points, le MMSE est normal.

DP	*E84.0*	*Fibrose kystique avec manifestations pulmonaires*
DS	*J96.1-*	*Insuffisance respiratoire chronique, non classée ailleurs*
DS	*U50.10*	*Index de Barthel: 80 -95 points*
DS	*U51.02*	*MMSE: 24 -30 points*

Exemples par type de réadaptation

Exemple 1 Réadaptation neurologique

Un patient qui présente une hémiplégie flasque à la suite d'un infarctus cérébral dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne est transféré en réadaptation stationnaire.

Il présente en diagnostic supplémentaire une maladie coronarienne bitronculaire qui fait l'objet d'un traitement médicamenteux. Sur le plan des soins infirmiers, le patient nécessite une charge supplémentaire documentée de 73 points de dépense qui dépasse les prestations de base en réadaptation.

Il bénéficie par ailleurs de 700 minutes par semaine en moyenne de logopédie et d'ergothérapie pendant quatre semaines. En outre, une visite à domicile au cours du séjour en réadaptation est effectuée pour clarifier la situation à domicile ainsi que pour évaluer les autres objectifs de réadaptation et mesures nécessaires.

Codage:

DP	*I63.4*	*Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
L		
DS	*G 81.0*	*Hémiplégie et hémiparésie flasque*
L		
DS	*I25.12*	*Athérosclérose cardio-vasculaire. Maladie bitronculaire*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.1*	*Réadaptation neurologique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemple 2 Réadaptation psychosomatique

Un patient est hospitalisé en réadaptation stationnaire en raison d'une douleur persistante au dos sans cause explicite et qui ne peut être contrôlée par une prise en charge ambulatoire. Une consommation excessive d'analgésiques et de somnifères, ainsi qu'un épisode dépressif diagnostiqué au cours du séjour en réadaptation sont traités selon la documentation médicale.

Codage:

DP	*F45.0*	*Somatisation*
DS	*M54.5*	*Lombalgie basse*
DS	*F32.9*	*Episode dépressif, sans précision*
DS	*F13.1*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Utilisation nocive pour la santé.*
DS	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.2*	*Réadaptation psychosomatique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemple 3 Réadaptation pulmonaire

Transfert en réadaptation d'un patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique, VEF degré 1consécutive à de nombreuses années d'abus persistant de nicotine et souffrant actuellement d'une maladie inflammatoire aiguë des voies respiratoires inférieures. D'autres diagnostics supplémentaires sont documentés médicalement, p. ex. une hypertension artérielle qui est traitée par voie médicamenteuse et surveillée.
Un traitement prolongé par antibiothérapie ainsi qu'une sensation de suffocation occasionnelle conduisent à une bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire. Un traitement de CPAP est instauré pendant 3 jours comme assistance respiratoire en raison d'une insuffisance respiratoire hypoxique aiguë confirmée par une analyse des gaz du sang. Le patient reçoit une aide à l'arrêt du tabac, des cours de thérapie respiratoire dispensés par du personnel (médical) qualifié, ainsi que des séances quotidiennes de thérapie respiratoire intensive dispensées par des physiothérapeutes.
La somme totale de ces thérapies documentées représente en moyenne 820 minutes par semaine.

Codage:

DP	*J44.01*	*Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures VE F1 >=35 % et <50 % de la norme*
DS	*F17.1*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac: Utilisation nocive pour la santé*
DS	*J96.00*	*Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, Type I [hypoxique]*
DS	*I10.90*	*Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.3*	*Réadaptation pulmonaire*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*
T	*AA.31.-*	*Test de marche de 6 minutes (à l'admission)*
T	*AA.31.-*	*Test de marche de 6 minutes (à la sortie)*
T	*33.24.11*	*Trachéo-bronchoscopie (flexible) (rigide) avec lavage broncho-alvéolaire*
T	*93.9G.11*	*Traitement par pression positive au masque, CPAP, instauration du traitement, en l'espace de 3 jours*
T	*99.22.1-*	*Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement*

Exemple 4 Réadaptation cardiaque

Transfert depuis la clinique des soins somatiques aigus d'un patient qui a fait un infarctus sous-endocardique aigu du myocarde dans le cadre d'une maladie bitronculaire. Il souffre aussi d'une obésité morbide due à un excès calorique (IMC de 43,5) qui doit être prise en charge.

Codage:

DP	*I21.40*	*Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, infarctus de type 1*
DS	*I25.12*	*Cardiopathie artérioscléreuse, Maladie bitronculaire*
DS	*E66.02*	*Obésité due à un apport de calories excédentaire, obésité de degré III (OMS) chez des patients de 18 ans et plus*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.4*	*Réadaptation cardiaque*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemple 5 Réadaptation musculo-squelettique

Un patient est adressé par son médecin traitant pour une réadaptation stationnaire. Il souffre d'une arthrose du genou post-traumatique, induisant une douleur lombaire basse liée à la décharge. Le traitement hospitalier comprend l' évaluation et le traitement d'un diabète sucré. Les mesures de réadaptation incluent principalement le traitement analgésique, accompagné d'un reconditionnement/renforcement musculaire par des séances de physiothérapie.

Codage:

DP	*M17.3*	*Autres gonarthroses post-traumatiques*
L		
DS	*M54.5*	*Lombalgie basse*
DS	*E11.90*	*Diabète sucré, type 2: Sans complication: Non désigné comme décompensé*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.5*	*Réadaptation musculo-squelettique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemple 6 Réadaptation en médecine interne et oncologique

Une patiente atteinte d'un carcinome bronchique métastasique du lobe supérieur gauche avec atteintes ganglionnaires de diverses régions est adressée en réadaptation stationnaire consécutivement à son hospitalisation en soins somatiques aigus. L'administration d'une chimiothérapie peu complexe commencée à l'hôpital de soins aigus et l'administration nécessaire d'anticorps non modifiés dans le cadre d'une immunothérapie sont poursuivies une fois en ambulatoire (à l'hôpital de soins aigus) pendant la réadaptation.
Le but du traitement de réadaptation est d'améliorer l'état général de la patiente dans le sens d'un reconditionnement.

Dans ce cas, on appliquera la règle de codage
P00n Prestations ambulatoires externes
Il n'y a pas lieu par conséquent de coder la chimiothérapie non complexe et l'immunothérapie dans le cas stationnaire

Codage:

DP	*C34.1*	*Tumeur maligne des bronches et du poumon: Lobe supérieur, bronches ou poumon*
L	*2*	
DS	*C77.8*	*Ganglions lymphatiques de sièges multiples*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.6*	*Réadaptation en médecine interne et oncologique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemple 7 Réadaptation pédiatrique

Transfert des soins aigus en réadaptation d'un enfant après une encéphalomyélite. Il présente des dysfonctionnements cérébraux organiques persistants liés à sa maladie de base, des déficits fonctionnels et des crises épileptiques récurrentes. Tous les critères pour une réadaptation pédiatrique sont remplis.
Des mesures diagnostiques périodiques sont prises dans le cadre du suivi de la réadaptation.

Codage:

DP	*G04.9*	*Encéphalite, myélite et encéphalomyélite, sans précision*
DS	*G40.8*	*Autres épilepsies*
DS	*F06.8*	*Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.7*	*Réadaptation pédiatrique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemple 8 Réadaptation gériatrique

Un patient multimorbide, est transféré en réadaptation stationnaire, à la suite de son hospitalisation en somatique aiguë. Il souffre de maux de dos dus à une sténose du canal rachidien, accompagnés d'irradiations douloureuses radiculaires et de paralysie.
Tous les diagnostics aigus somatiques indiqués dans l'exemple restent valables selon la documentation médicale et requièrent un codage si l'effort de soins > 0 selon la règle de codage G 54. Les autres règles de codage et remarques du manuel de codage médical sont à prendre en compte.
Au cours de l'hospitalisation en réadaptation, une visite diagnostique et thérapeutique à domicile est effectuée pour clarifier la situation sur place ainsi que pour évaluer les autres objectifs de réadaptation et mesures nécessaires.

Codage:

DP	*M48.06*	*Rétrécissement du canal médullaire: Région lombaire*
DS	*G 55.3**	*Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)*
DS	*E03.9*	*Hypothyroïdie, sans précision*
DS	*I50.13*	*Insuffisance cardiaque gauche Avec symptôme en cas d'effort léger*
DS	*E11.72†*	*Diabète sucré, type 2, Avec autres complications multiples, non désigné comme décompensé*
DS	*G 63.2**	*Polynévrite diabétique*
DS	*N08.3**	*Glomérulopathie au cours du diabète sucré*
DS	*N18.3*	*Maladie rénale chronique, stade 3*
DS	*I10.00*	*Hypertension essentielle bénigne: Sans mention de crise hypertensive*
DS	*E44.1*	*Hypertension essentielle bénigne: Sans mention de crise hypertensive*
DS	*E55.9*	*Carence en vitamine D, sans précision*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.8*	*Réadaptation gériatrique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*

Exemples de codes BA.9

Exemple 1

Après une implantation d'endoprothèse totale gauche, une patiente de 70 ans est transférée d'un cadre de soins somatiques aigus à une clinique de réadaptation, pour une réadaptation musculo-squelettique. Cette patiente présente depuis plusieurs années une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).
En postopératoire et durant les premiers jours de la réadaptation, elle souffre d'une poussée d'épisodes de dyspnée (VEF1 à 60%) qui peut être soignée grâce à un bronchodilatateur.
Le séjour de réadaptation a duré 8 jours. Le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine s'est élevé à 280.
Tous les autres critères de réadaptation musculo-squelettique étaient remplis.

Codage:

DP	*M16.1*	*Autres coxarthroses primaires, unilatérale*
L	*2*	
DS	*J44.12*	*Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision, VEF1 >=50 % et <70 % de la norme*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.9*	*Prestation de base en réadaptation, autre*
T	*AA.13-*	*Items des scores ADL*

Exemple 2

Un patient présentant une hémiplégie flasque à la suite d'un infarctus cérébral dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne est transféré en réadaptation stationnaire neurologique. Il présente en diagnostic supplémentaire une maladie coronarienne bitronculaire qui fait l'objet d'un traitement médicamenteux.
Le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine s'est élevé à 560. Pendant son séjour de 4 semaines en réadaptation, il a eu six visites du médecin spécialiste.

Codage :

DP	*I63.4*	*Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
L		
DS	*G 81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
L		
DS	*I25.12*	*Cardiopathie artérioscléreuse Maladie bitronculaire*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.9*	*Prestation de base en réadaptation, autre*
T	*AA.13-*	*Items des scores ADL*

Exemples de codes BB.3-

Exemple 1

Une patiente bénéficie d'une réadaptation psychosomatique, car elle souffre d'anxiété et a du mal, malgré son désir de reprendre le travail, à accepter les adaptations proposées dans son emploi du temps et son alimentation pour favoriser sa réinsertion progressive au travail, la perte de masse musculaire étant liée à une pathologie présente depuis un an. Une anorexie mentale est prise en compte. Pendant son séjour de réadaptation psychosomatique, elle a bénéficié d'une prise en charge 1:1 pendant deux jours, trois heures chaque jour, en raison d'une mise en danger de sa propre personne.

Codage :

DP	*F50.01*	*Anorexie mentale, avec mesures de perte de poids*
T	*BA.2*	*Réadaptation psychosomatique*
T	*BB.31.11*	*Prise en charge 1:1 en réadaptation, au moins 2 heures jusqu'à 8 heures par jour*
T	*BB.31.11*	*Prise en charge 1:1 en réadaptation, au moins 2 heures jusqu'à 8 heures par jour*

Exemple 2

Un patient est admis en réadaptation suite à un infarctus aigu du myocarde. Une infection de plaie post-interventionnelle est prise en charge.
Les soins de la plaie pendant deux jours du séjour de réadaptation nécessitent plus de 60 minutes au total pour chacun des deux jours. Tous les critères pour une réadaptation cardiaque sont remplis.

Codage :

DP	*I21.0*	*Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure*
DS	*L08.8*	*Autres infections localisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané*
T	*BA.4*	*Réadaptation cardiaque*
T	*BB.32*	*Gestion des plaies en réadaptation, au moins 60 minutes par jour*
T	*BB.32*	*Gestion des plaies en réadaptation, au moins 60 minutes par jour*

Exemples de codes BB.4-

Exemple 1

Un patient est transféré dans un service de réadaptation pour une rééducation musculo-squelettique après avoir été pris en charge pendant deux semaines dans un service de soins somatiques aigus pour une fracture du col du fémur avec lésion traumatique de l'artère fémorale.
Ses paramètres vitaux continuent de fluctuer (fréquence respiratoire, pression artérielle), tout comme son état de conscience. Dans ce cas, les trois troubles fonctionnels possibles sont présents.
Le bilan d'entrée donne un score de 50 points pour l'indice de Barthel. L'évaluation de l'indice de Barthel étendu (Extended Barthel Index, EBI) donne 30 points.
Au cours de la première semaine (7 jours) de séjour pour la rééducation musculos-quettique sous surveillance, le patient a eu besoin d'une visite médicale, chaque jour, pendant 5 jours.. Tous les critères de la rééducation musculo-squettique, sont remplis pour l'ensemble du cas. La moyenne des minutes de thérapie par semaine est de 560 minutes, ce qui correspond au code BA.52.
En lien avec les limitations fonctionnelles qui ont entraîné une baisse de l'humeur, le patient a bénéficié d'une prise en charge 1:1, effectuée une fois pendant deux heures.

Codage:

DP	*S72.0-*	*Fracture du col du fémur Partie non précisée*
L	*1*	
DS	*U50.30*	*Limitation fonctionnelle motrice moyennement sévère Index de Barthel: 40-55 points*
DS	*U51.10*	*Limitation fonctionnelle cognitive moyenne Index de Barthel élargi: 20-65 points*
T	*BA.52*	*Réadaptation musculo-squelettique, avec en moyenne 450 jusqu'à moins de 575 minutes de thérapie par semaine*
T	*BB.41.12*	*Réadaptation surveillée, au moins 7 à 13 jours de traitement*
T	*BB.31.11*	*Prise en charge 1:1 en réadaptation, au moins 2 heures jusqu'à 8 heures par jour*

Exemple 2

Au cours d'un séjour en réadaptation neurologique après un infarctus cérébral, le patient présente, au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation, une fluctuation des signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, température et saturation en oxygène) mettant en jeu le pronostic vital en raison d'une pneumonie par aspiration bilatérale.
Il est mis sous surveillance continue pendant trois jours, avec une seule interruption de 60 minutes le premier jour pour effectuer une radiographie du thorax. Quatre visites médicales ont lieu le premier jour, trois le deuxième et deux le troisième.
Les signes vitaux demeurent ensuite stables pendant le reste du séjour stationnaire. Le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine, rapporté au cas dans son ensemble, se monte à 680, ce qui correspond au code BA.13.

Codage:

DP	*I63.5*	*Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé*
L		
DS	*J69.0*	*Pneumonie due à des aliments et des vomissements*
L	*0*	
DS	*U69.01!*	*Pneumonie classée ailleurs, survenue plus de 48 heures après l'admission à l'hôpital*
T	*BA.13*	*Réadaptation neurologique, avec en moyenne 675 jusqu'à moins de 845 minutes de thérapie par semaine*
T	*BB.42.14*	*Surveillance intensive en réadaptation, de plus de 48 heures jusqu'à 72 heures*

Index alphabétique

A

Ablation
— cathéter péritonéal de dialyse 159
— implants mammaires 157
— shunt AV 160
Abréviations 10
Accident vasculaire cérébral
— aigu 134
— Déficits fonctionnels 136
Accouchement
— anomalies de la coagulation 166
— atonie utérine et hémorragie 179
— avant l'admission 177
— avant terme 178
— césarienne primaire 165
— césarienne secondaire 165
— choix du diagnostic principal 166
— cicatrice utérine 165
— enfant mort-né 161
— episiotomie 166
— faux travail 178
— induction du travail 167
— mouvements réduits du fœtus 165
— naissances multiples 177
— par césarienne 165
— par forceps 165
— par ventouse 165
— prélèvement de cellules souches 179
— Règles spéciales 166
— résultat de l'accouchement 177
— travail prématuré 178
— Travail prolongé 178
Affection
— chroniques avec poussée aiguë 44
— de plusieurs valvules cardiaques 147
— pendant la grossesse 163
Ajustement
— prothèse auditive implantée 141
Anémie posthémorragique 29
Angine de poitrine 143
Anomalies
— de la coagulation pendant la grossesse 166
— de la sécrétion pancréatique 126
Appareil
— circulatoire 142
— digestif 155
— génito-urinaire 158
— respiratoire 151
appendicite 155
Arthroscopie 63
Asphyxie obstétricale 186
Atonie utérine et hémorragie 179
Avortement 161

B

Bactériémie 83
Brûlures
— surface du corps 201

C

Cardionéphropathie hypertensive 142
Cardiopathie
— angine de poitrine 143
— hypertensive 142
— ischémique 143
— ischémique, traitement chirurgicalement (stent/bypass) 144
— syndrome coronarien aigu 143
Cas de traitement
— définition 25
Cathéter péritonéal
— ablation 159
Causes externes 196
Césarienne
— césarienne primaire 171
— césarienne secondaire 174
— césarienne sur demande maternelle 173
Chimiothérapie 117
Chirurgie
— bariatrique, opération de peau 157
— plastique 157
Choc 195
Choc septique 88
CHOP
— Cicatrice utérine 165
CIM-10-GM 16
— abréviations 19
— conventions typographiques 19
— Historique 16
— index alphabétique 16
— Introduction 16
Classifications
— CHOP 22

— CIM-10-GM 16
Codage
— procédé de codage correct 23
Code
— combiné 45
— de cause externe 56
Codes
— codes Z 207
complément au diagnostic principal
— définition 28
Complications
— Anomalies de la coagulation pendant la grossesse 166
— après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 159
— Cicatrice utérine 165
— de la grossesse 165
— d'une plaie ouverte 198
— Mouvements réduits du fœtus 165
Contrôle
— après transplantation cardiaque 148
Contusion osseuse 197
Convalescence 56
Convulsions fébriles 188
Corrosions 201
— surface du corps 201
CPAP
— instauration 153
Croup
— pseudo croup 96
— syndrome du croup 96
— vrai croup 96

D

Défibrillateurs cardiaques 148
— changement d'agrégat 148
— Complications 148
Définitions
— Avortement/fausse-couche 161
— cas de traitement 25
— complément au diagnostic principal 28
— diagnostics supplémentaires 28
— durée de la grossesse 161
— enfant mort-né 161
— exclusion 20
— mortinaissance 161
— naissance à terme 161
— naissance avant terme 161
— naissance vivante 161
— période périnatale et néonatale 182
— période placentaire 161
— période post-partum 161
— période post-placentaire 161
— puerpéralité 161
— traitement principal 30
Dépassement de terme 178
Déshydratation 156
Diabète sucré
— avec angiopathie périphérique 124
— avec complications 124
— avec complications rénales 122
— catégories 119
— décompensé 119
— en diagnostic principal 120
— en diagnostic supplémentaire 120
— pendant la grossesse 164
— syndrome du pied diabétique 124
— types 119
Diagnostic
— bilatéral 33
— localisations multiples 33
— présumé, aucun diagnostic établi 43
— présumé exclu 43
— présumé probable 43
— principal, choix du diagnostic principal 49
— principal, définition 49
— supplémentaire, définition 49
— unilatéral 33
Dialyse
— pose de cathéter péritonéal 159
Douleur
— aiguë 189
— chronique 191
— résistante au traitement 191
Durée de la grossesse 161
Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire 150

E

Echec
— après transplantation 76
Effets indésirables
— de substances prises en association (contre prescription) 205
— de substances thérapeutiques (selon prescription) 203
Empoisonnement 196
Encéphalopathie hypoxique ischémique 185
Endoscopie
— avec passage en chirurgie ouverte 64
Enfant mort-né
— codage 163
Entretien
— prothèse auditive implantée 141
Etat après 76
Excision
— étendue dans la région tumorale 109

F

Faux travail 178
Fermeture
— de fistule AV 160
Fistule AV 159
Fracture
— avec lésion des tissus mous 196

— avec luxation 197
— de vertèbres 196
— ouverte avec lésion intracrânienne 198

G
Gastrite
— avec ulcère de l'estomac 155
Gastroentérite
— avec déshydratation 156
Généralités G00 – G56 11
Grossesse
— anomalies de la coagulation 166
— avortement 162
— cicatrice utérine 165
— définitions 182
— durée 177
— enfant mort-né 161
— extra-utérine, avec complications 162
— interruption précoce 161
— maladies du foie 164
— molaire, avec complications 162
— mouvements réduits du fœtus 165
— naissances multiples 177
— prolongée et dépassement de terme 178

H
Hémodialyse 158
Hémorragie
— gastro-intestinale 155
— post-partum 179
hernie hiatale 219
Historique 11
Hypertension
— et cardionéphropathie hypertensive 142
— et cardiopathie hypertensive 142
— et néphropathie hypertensive 142
Hypoglycémie 120

I
Implants mammaires
— ablation 157
Incontinence 188
Infarctus du myocarde
— aigu 143
— récidivant 143
Insuffisance
— rénale aiguë 159
— rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 159
— respiratoire 154
— respiratoire du nouveau-né 187
Interruption précoce de grossesse
— avortement 162
Intervention
— bilatérale 72
— combinée 65
— complexe 65
— interrompue 66
Intoxication
— aiguë accidentelle 131
— aiguë non accidentelle 131
— au lithium 131
— ivresse 131
— par des médicaments, drogues et substances biologiques 202
— surdosage d'insuline chez un diabétique 203
Ivresse 131

L
Laparoscopie
— avec passage en chirurgie ouverte 155
Latéralité
— abréviation 10
Lésion
— de la moelle épinière 199
— des tissus mous 196
— multiples 201
— ouverte 197
— ouverte, intraabdominale 198
— ouverte, intracrânienne 198
— ouverte, intrathoracique 198
— traumatique 196
Luxation
— avec fracure 196
— avec lésion des tissus mous 196
— de même location ou de localisation différente 197
— de vertèbres 199
Lymphangiose carcinomateuse 116
Lymphome 116

M
Maladie
— après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 46
— de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané 157
— de l'appareil circulatoire 142
— de l'appareil digestif 155
— de l'appareil génito-urinaire 158
— de l'appareil respiratoire 151
— de l'oreille et de l'apophyse mastoïde 141
— de plusieurs valvules cardiaques 147
— des membranes hyalines 185
— du système nerveux 134
— imminente 42
— menace de 42
Maladie cardiaque
— angine de poitrine 143
— infarctus aigu du myocarde 143
— infarctus du myocarde ancien 144
— infarctus du myocarde récidivant 143
— ischémique 143
— ischémique, autres formes chroniques 144
— syndrome coronarien aigu 143
Malnutrition
— chez les adultes 127

— chez les enfants 129
Menace de maladie 42
Métastase
— traitement 104
Métastases ganglionnaires
— localisations multiples 114
Méthodes de traitement de la douleur 190
MoCA 208
Mouvements réduits du fœtus 165
Mucoviscidose 126

N
Naissances multiples 177
Néphropathie hypertensive 142
Neurostimulateur
— ablation 195
— implantation 195
Nouveau-né
— asphyxie obstétricale 186
— choix du diagnostic principal 166
— définition 161
— encéphalopathie hypoxique ischémique 185
— enfant mort-né 184
— insuffisance respiratoire 187
— maladie des membranes hyalines 185
— période périnatale et néonatale 182
— photothérapie 184
— prophylaxie postexposition 184
— réanimation primaire 184
— sain de mère diabétique 184
— série de données 182
— syndrome de détresse respiratoire 185
— syndrome néonatal d'aspiration aigu 185
— tachypnée transitoire 185
— thérapie parentérale 184

O
Obstétrique
— définitions 161
Occlusion
— de stent/pontage coronaire 145
Oedème 148
Opération
— après perte de poids 157
— bilatérale 72
— combinée 65
— complexe 65
— endoscopique 64
— interrompue 66
— prophylactique 117

P
Pancréas
— anomalies de la sécrétion 126
Panendoscopie
— phase chronique 64
paraplégie 214
Parkinson 140
Patient en attente de placement 25
Période néonatale
— définitions 182
Période périnatale
— définitions 182
Phlyctène 157
Photothérapie 184
Plaie
— ouverte 197
post-partum 180
Poussée aiguë
— donneur vivant 75
— examen d'un donneur 75
— post-mortem 76
— pour transplantation 77
— tableau 77
Présence de 37
Procédure
— bilatérale 72
— de routine 63
— documentation 24
— latéralité 61
— non effectuée 55
— traitement en USI ou en U-IMC 70
— unilatérale 33
Procédures
— bilatérales 72
— interrompues 66
— qui doivent être codées 62
— significatives 62
Prophylaxie postexposition
— chez le nouveau-né 184
Prothèse auditive implantée 141

R
Radiothérapie 117
réadaptation 221
Réadaptation 56
Réadaptation aiguë 218
Réadaptation précoce 212
Règles générales de codage
— pour les maladies/diagnostics D00 – D16 31
Règles spéciales de codage pour les procédures et traitements SP0100 – SP0400 211
— réadaptation aiguë 218
— réadaptation en paraplégie 214
— réadaptation précoce 212
Regroupement de cas 25
Réhabilitation 56
Réhospitalisation
— dans les 18 jours pour complications 60
Rejet
— après transplantation 76
Relaparotomie 74
Rémission
— de leucémie 116

réopération 73
Réopération du cœur et du péricarde 74
Respiration artificielle 151
— définition 151
— patients transférés 153
Résultat de l'accouchement 177
Résultats anormaux 188
Révision
— de cicatrice 157

S
Sepsis 84
— chez l'adulte 84
— chez l'enfant 87
Séquelles 39
Shunt AV 159
SIDA 93
SIRS 92
Statistique médicale et codage médical
— anonymisation des données 13
— bases légales 12
— organisation 12
Status après 40
— changement d'agrégat 148
— complications 148
— permanent 148
Suite de soins
— convalescence 56
— réadaptation 56
Suivi interventionnel planifié 40
Surdité 141
Suspicion
— de tumeur ou de métastases 113
Symptôme
— comme diagnostic principal 32
— comme diagnostic supplémentaire 32
— convulsions fébriles 188
— incontinence 188
— résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire 188
Syndrome 54
— comme diagnostic supplémentaire 54
— congénital 54
— coronarien aigu 143
— de détresse respiratoire du nouveau-né 183
— du pied diabétique 124
— métabolique 126
— néonatal d'aspiration aigu 185
Système
— nerveux 134

T
tachypnée transitoire du nouveau-né 185
tétraplégie non traumatique
— Phase initiale (aiguë) 137
— Phase tardive (chronique) 137
Tétraplégie traumatique
— phase chronique 199
Thérapie parentérale 184
Thérapie par pression négative 68
Thrombose
— de stent ou de pontage coronaire 145
Traitement principal
— définition 30
Transferts
— avec retour dans le premier hôpital 57
— nouveau-né sain 58
— pour suite de soins 196
— pour traitement 56
— pour traitement au centre hospitalier 57
Transformation de sexe 220
Transplantation
— cardiaque, contrôle 148
— contrôle 148
— donneur vivant 75
— évaluation 54
— prélèvement post-mortem 75
— receveur 76
— tableau 77
Travail
— prématuré 178
— prolongé 178
Troubles
— après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 159
Troubles mentaux et du comportement 131
— intoxication aiguë accidentelle 131
— intoxication aiguë non accidentelle 131
— liés à l'utilisation de substances psycho-actives 131
Tumeur
— avec activité endocrine 113
— choix et ordre des diagnostics 101
— du système hématopoïétique et lymphatique 101
— examen de contrôle 113
— localisations contiguës 115
— lymphangiose carcinomateuse 116
— lymphome 116
— maladies et troubles aiguës et chroniques et conséquences d'actes dans le contexte de traitements de néoformations malignes 110
— maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique 206
— métastases ganglionnaires 114
— métastases ganglionnaires de localisations multiples 114
— primaire, localisations multiples 114
— recherche dans l'index alphabétique 101
— thérapie systémique 104
— traitement de la tumeur primaire 105
— traitement de métastase 104
— traitement de symptômes 105

U
Ulcère de l'estomac
— avec gastrite 155

V

Valvules cardiaques 147
Verrues anogénitales 158
VIH 93
— catégories cliniques 94
— classification CDC 95
— compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité 94
— infection asymptomatique 93
— maladie due au VIH 94
— nombre de lymphocytes T 94
— ordre et choix des codes 96
— syndrome d'infection aiguë 93

Programme des publications de l'OFS

En tant que service statistique central de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public. Il utilise à cet effet plusieurs moyens et canaux et diffuse ses informations statistiques par domaines thématiques.

Les domaines statistiques

00 Bases statistiques et généralités
01 Population
02 Espace et environnement
03 Travail et rémunération
04 Économie nationale
05 Prix
06 Industrie et services
07 Agriculture et sylviculture
08 Énergie
09 Construction et logement
10 Tourisme
11 Mobilité et transports
12 Monnaie, banques, assurances
13 Sécurité sociale
14 Santé
15 Éducation 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, disparités régionales et internationales

Sélection de publications

Annuaire statistique de la Suisse



L'Annuaire statistique, que publie l'Office fédéral de la statistique (OFS), constitue depuis 1891 l'ouvrage de référence de la statistique suisse. Il résume les principaux résultats statistiques concernant la population, la société, l'État, l'économie et l'environnement de la Suisse.

Statistique: 175 ans au service de l'État fédéral moderne

Cette brochure a été éditée à l'occasion de la 10 000e publication de l'Office fédéral de la statistique. Reprenant dix publications et événements appartenant au passé, elle retrace l'histoire de l'OFS, de ses publications et de la statistique en Suisse. La brochure compte 52 pages et est disponible en quatre langues (français, allemand, italien et anglais).



www.statistique.ch – sources d'informations des plus utiles

Le portail Statistique suisse est un outil moderne et attrayant qui vous donne accès aux informations statistiques actuelles. Nous attirons ci-après votre attention sur les offres les plus prisées.

Catalogue général

Presque tous les documents publiés par l'OFS depuis 1860 sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Web Statistique suisse (www.statistique.ch). Les publications sur papier peuvent être commandées par téléphone au +41 58 463 60 60 ou par e-mail à l'adresse suivante order@bfs.admin.ch.
www.statistique.ch → Statistiques → Catalogue

Vous souhaitez être parmi les premiers informés?

Abonnez-vous à un Newsmail et vous recevrez par e-mail des informations sur les résultats les plus récents et les activités actuelles concernant le thème de votre choix.
www.news-stat.admin.ch

Aperçu des données publiées

Pour donner une meilleure vue d'ensemble de tous les jeux de données publiés en continu par l'OFS, nous les avons regroupés sur cette page. Elle contient également un aperçu des données de la statistique fédérale déjà accessibles sur la plate-forme opendata.swiss ainsi que des données de la National Summary Data Page (NSDP).
www.data.bfs.admin.ch

Tableau de bord des votations Suisse

Le tableau de bord de l'OFS utilise les données publiques ouvertes (OGD) pour présenter rapidement les résultats des votations sous une forme visuelle et conviviale. Toutes les données sont librement accessibles et disponibles en cinq langues.
votations.admin.ch/fr/overview

Informations complémentaires

Service de renseignement
+41 58 463 60 11, info@bfs.admin.ch

www.statistique.ch

Facebook
X
Youtube
LinkedIn

Toutes les hospitalisations sont saisies dans le cadre du Relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes).
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 classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour les traitements.
Le codage des diagnostics et traitements est soumis à des directives précises.
Le domaine des Classifications médicales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) rédige, révise et adapte au besoin ces directives, s'occupe de la maintenance des dites classifications et du soutien des personnes chargées du codage.
Le manuel de codage contient toutes les règles de codage publiées jusqu'à sa validation.
Il est l'ouvrage de base du codage médical.

En ligne
www.statistique.ch

Imprimés
www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique
CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch
tél. +41 58 463 60 60

Numéro OFS
544-2600

ISBN
978-3-303-14389-6

La statistique compte pour vous. www.la-statistique-compte.ch