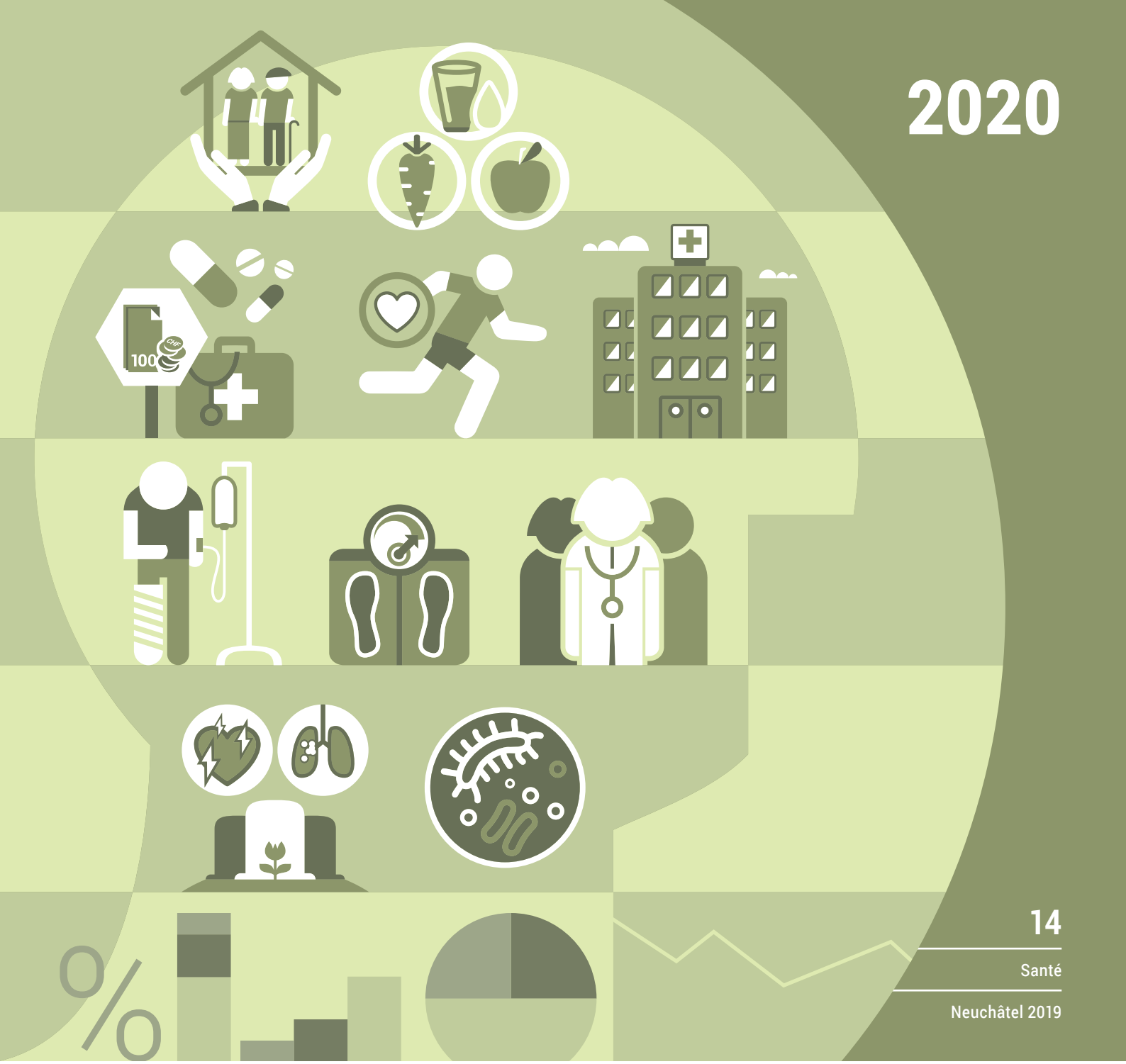


2020

14

Santé

Neuchâtel 2019

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2020

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 (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).

Santé – Statistique de poche 2018
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
numéro OFS: 1541-1800, 44 pages

Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) Index systématique - Version 2020
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
numéro OFS: 660-2000

Statistique médicale des hôpitaux – Tableaux standard 2017
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2018
numéro OFS: su-b-14.04.01.02-MKS-2017

Statistique des causes de décès
La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2016
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
numéro OFS: 1258-1600, 4 pages

Enquête suisse sur la santé 2017 – Tableaux standard
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
communiqué de presse, 3 pages

Accouchements et santé maternelle en 2017
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
numéro OFS: 1921-1700-05, 8 pages

Population des établissements médico-sociaux en 2017
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2018
numéro OFS: 1804-1500, 8 pages

Statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)
Les cabinets médicaux et centres ambulatoires en 2015
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2018
numéro OFS: 1804-1500, 8 pages

Statistiques des hôpitaux en 2017
Croissance des coûts freinée dans le domaine hospitalier stationnaire
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2018
communiqué de presse, 3 pages

Domaine «Santé» sur Internet

www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – santé

Manuel de codage médical

Le manuel officiel des règles de codage en Suisse

Version 2020

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

Neuchâtel 2019

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: section DIAM, Prepress/Print

En ligne: www.statistique.ch

Imprimés: www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright: OFS, Neuchâtel 2019
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS: 544-2000

ISBN: 978-3-303-14315-5

Table des matières

Remerciements 7

Introduction version 2020 9

Abréviations utilisées dans ce manuel 10

Généralités G00 – G56 11

G00a Statistique médicale et codage médical 11
G01a Historique 11
G02a Organisation 12
G03g Bases légales 12
G04a Objectifs de la statistique médicale 13
G05a Anonymisation des données 13
G06a La série de données de la statistique médicale, définitions et variables 14

G10i La statistique médicale, les systèmes de classification des patients SwissDRG et TARPSY 15

G20a Les classifications (CIM-10-GM et CHOP) 16
G21a CIM-10-GM 16
G22i Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) 23

G30a Procédé de codage correct 28

G40g Documentation des diagnostics et des procédures 29

G50g Définitions 30
G51g Le cas de traitement 30
G52h Le diagnostic principal 31
G53g Le complément au diagnostic principal 33
G54g Les diagnostics supplémentaires 34
G55a Le traitement principal 36
G56a Les traitements supplémentaires 36

Règles générales de codage pour les maladies/diagnostics D00 – D16 37

D00g Résultats anormaux 37

D01g Symptômes 38

D02c Diagnostics unilatéraux et bilatéraux Diagnostics de localisations multiples 39

D03i Codes dague† – étoile* 40

D04c Codes avec point d'exclamation («!») 42

D05g Etat après / présence de / absence de 44

D06c Séquelles 45

D07g Suivi interventionnel planifié (suivi planifié) 46

D08a Maladie imminente, menace de maladie 48

D09g Diagnostics présumés 49

D10g Affections chroniques avec poussée aiguë 51

D11i Codes combinés 52

D12i Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications) 53

D13a Syndromes 60

D14g Admission pour une opération/procédure non effectuée 61

D15i Transferts 63

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 69

Règles générales de codage pour les procédures P00 – P11 71

P00g Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales 71
P01i Procédures qui doivent être codées 72
P02g Procédures qui ne sont pas codées 73
P03c Endoscopie et interventions endoscopiques 74
P04c Interventions combinées/Opérations complexes 75
P05a Interventions interrompues 76
P06i Procédures répétées plusieurs fois 77
P07a Operations bilatérales 79
P08e Révisions d'une région opérée/réopérations 80
P09i Prélèvement d'organe et transplantation 81
P10i Adhésiolyse 84
P11h Lacération de la séreuse avec suture 84

Règles spéciales de codage S0100 – S2100 85

S0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires 85
S0101a Bactériémie 85
S0102i Sepsis 86
S0103i SIRS 93
S0104d VIH/SIDA 94
S0105a Vrai croup – pseudo croup – syndrome du croup 97

S0200 Tumeurs 98
S0201a Activité tumorale 99
S0202e Choix et ordre des diagnostics 100
S0203a Excision étendue dans la région tumorale 101
S0204a Mise en évidence d'une tumeur dans la biopsie seulement 101
S0205e Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique 101
S0206a Suspicion de tumeur ou de métastases 102
S0207a Examen de contrôle 102
S0208a Récidives 103
S0209a Tumeurs avec activité endocrine 103
S0210e Localisations multiples 103
S0211a Localisations contiguës 104
S0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie 105
S0213a Lymphangiose carcinomateuse 106
S0214g Lymphomes 106
S0215a Chimiothérapie et radiothérapie 107
S0216b Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques 107
S0217e Traitement palliatif 107

S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques 108
S0401c Généralités 108
S0402a Règles de codage du diabète sucré 109
S0403a Complications spécifiques du diabète sucré 112
S0404a Syndrome métabolique 115
S0405a Anomalies de la sécrétion pancréatique interne 115
S0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose) 115
S0407e Malnutrition chez les adultes 116
S0408e Malnutrition chez les enfants 117

S0500 Troubles mentaux et du comportement 118
S0501a Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants, médicaments, nicotine) 118

S0600 Maladies du système nerveux 119
S0601a Accident vasculaire cérébral aigu (AVC) 119
S0602c Accident vasculaire cérébral «ancien» (AVC) 119
S0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique 120
S0604i Troubles de la conscience 121
S0605e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes(-test) 122
S0606e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes(-test) 122
S0607h Codage des stades de la maladie de Parkinson (G 20.-) 122

S0700 Maladies de l'œil et de ses annexes 123
S0701a Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil 123

S0800 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde 124
S0801a Hypoacousie et surdité 124
S0802d Ajustement et entretien d'une prothèse auditive implantée 124

S0900 Maladies de l'appareil circulatoire 125
S0901a Hypertension et maladies hypertensives 125
S0902e Maladie cardiaque ischémique 126
S0903a Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire 128
S0904d Affections des valvules cardiaques 130
S0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques 131
S0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque 131
S0907a Oedème pulmonaire aigu 132
S0908i Arrêt cardiaque 132
S0909c Révisions ou réopérations du cœur et du péricarde 132

S1000 Maladies de l'appareil respiratoire 133
S1001i Respiration artificielle 133
S1002d Insuffisance respiratoire 137

S1100 Maladies de l'appareil digestif 138
S1101a Appendicite 138
S1102d Adhérences 138
S1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite 138
S1104i Hémorragie gastro-intestinale 139
S1105a Déshydratation lors d'une gastroentérite 139

S1200 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané 140
S1201g Chirurgie plastique 140

S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire 141
S1401d Dialyse 141
S1402a Verrues anogénitales 141
S1403f Chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines (MGF) 142
S1404g Insuffisance rénale 142
S1405d Hospitalisation pour pose de cathéter péritonéal de dialyse 143
S1406d Hospitalisation pour ablation de cathéter péritonéal de dialyse 143
S1407d Hospitalisation pour pose de fistule AV ou pose de shunt AV 143
S1408a Hospitalisation pour fermeture de fistule AV ou ablation de shunt AV 143

S1500 Obstétrique 144
S1501b Définitions 144
S1502a Interruption précoce de grossesse 145
S1503e Affections pendant la grossesse 148
S1504e Complications de la grossesse touchant la mère ou l'enfant 150
S1505g Règles spéciales pour l'accouchement 151

S1600 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale 156
S1601a Série de données de la statistique médicale 156
S1602a Définitions 156
S1603i Nouveau-nés 156
S1604g Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale 158
S1605a Enfant mort-né 160
S1606c Mesures particulières pour le nouveau-né malade 160
S1607c Syndrome de détresse respiratoire lors de maladie des membranes hyalines/carence en surfactant 160
S1608c Syndrome de détresse respiratoire lors de syndrome néonatal d'aspiration aigu, wet lung ou tachypnée transitoire du nouveau-né 161
S1609g Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) 161
S1610h Asphyxie obstétricale 162
S1611d Insuffisance respiratoire du nouveau-né 162

S1800 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs 163
S1801a Incontinence 163
S1802a Dysphagie 163
S1803a Convulsions fébriles 163
S1804f Diagnostics de douleur et méthodes de traitement de la douleur 164
S1805e Hospitalisation pour implantation de neurostimulateur/électrodes (-test) 165
S1806e Hospitalisation pour ablation de neurostimulateur/électrodes (-test) 165

S1900 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes 166
S1901a Lésions superficielles 166
S1902a Fracture et luxation 166
S1903c Plaies/lésions ouvertes 168
S1904i Perte de connaissance 171
S1905c Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique) 173
S1906a Lésions multiples 177
S1907a Brûlures et corrosions 178
S1908b Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques 179
S1909f Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions) 181
S1910b Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions) 182

S2000 Causes externes de morbidité et de mortalité 183

S2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé 184

Directives de codage de la réadaptation 185

Annexe 195

Diabète sucré décompensé 195

VIH / SIDA: Classification CDC (1993) 198
Les catégories de laboratoire 1 à 3 198
Les catégories cliniques A à C 198

Malnutrition 200
Définition des stades de la malnutrition chez les adultes 200
Définition des stades de la malnutrition chez les enfants 200

Index alphabétique 203

Remerciements

Le présent manuel est le fruit d'un travail minutieux fourni par des expertes et des experts et d'une coopération étroite entre des spécialistes du codage en Suisse. L'Office fédéral de la statistique les remercie vivement de leur précieux engagement. Dans le cadre de l'introduction du système de facturation SwissDRG basé sur les forfaits par cas, la collaboration de SwissDRG SA est particulièrement précieuse.

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

L'actualisation des règles de codage, la vérification de leur compatibilité avec le système de forfaits par cas SwissDRG et la rédaction de la version 2020 ont bénéficié du soutien décisif des experts du groupe de travail du manuel de codage médical et du domaine des classifications médicales.

Introduction version 2020

Le présent manuel est destiné à toutes les personnes qui, dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux et du système de forfaits par cas SwissDRG, sont chargées du codage des diagnostics et des traitements des patients hospitalisés. Cela concerne tous les établissements de médecine somatique aiguë, ainsi que les hôpitaux psychiatriques, les établissements de rééducation et les divers hôpitaux spécialisés. Les participants 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. Les règles de codage provenant d'autres manuels (p. ex. le manuel de codage d'Allemagne ou des manuels de codage édités à l'interne) ne sont pas valides.

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

Selon l'article 49 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, un système tarifaire national uniforme, lié aux prestations, doit être appliqué pour la rémunération des prestations hospitalières. SwissDRG SA a été mandatée pour développer un système tarifaire national lié aux prestations (Projet TARPSY) pour la rémunération des prestations stationnaires en psychiatrie. La structure tarifaire pour la psychiatrie adulte a été introduite le 1er janvier 2018. Dans ce cadre-là, différentes adaptations des instruments de codage (p. ex. les classifications et les règles de codage) ont été entreprises. C'est ainsi que les échelles d'évaluation HoNOS- et HoNOSCA ont déjà été intégrées dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) version 2017 (codes 94.A- HoNOS et HoNOSCA). Des exemples concrets concernant les diagnostics et traitements psychiatriques ont également été ajoutés.

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

Les règles de codage se divisent en trois parties, comme suit :
- Généralités : Chapitre G
- Règles de codage générales : D pour diagnostics et P pour procédures
- Règles de codage spéciales : Chapitre S

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

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

Les règles de codage présentent une structure alphanumérique (p. ex. D01, S0103) suivie d'une lettre minuscule qui en désigne la version. Les règles de codage de la version 2012 sont désignées par la lettre «a», 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 2020 sont désignés par la lettre «i» 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 la statistique médicale à l'Office fédéral de la statistique et dans le cadre du système de forfaits par cas SwissDRG.

Le Manuel de codage médical 2020 entre en vigueur le 1.1.2020 et remplace les versions précédentes.

Les classifications CIM-10-GM 2018 et CHOP 2019 ont servi de base à ce manuel. Pour coder tous les cas stationnaires avec date de sortie à partir du 1.1.2020, les codes de la CIM-10-GM version 2018 et les codes de la CHOP version 2020 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 présentation imprimée du manuel de codage médical a été légèrement modifiée pour correspondre au concept de mise en page officiel. Une nouvelle police ainsi que de nouvelles définitions des marges et retraits sont désormais utilisées.

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 1.1.2020, le cas échéant le 1.7.2020).

Abréviations utilisées dans ce manuel

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

Généralités G00 – G56

G00a Statistique médicale et codage médical

G01a Historique

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

En 1997/1998, sur la base de la loi sur la statistique fédérale (LSF, RS 431.01) du 9 octobre 1992 et de son ordonnance sur les relevés statistiques (RS 431.012.1) du 30 juin 1993, une série de statistiques sur les établissements stationnaires a été mise en place pour l'ensemble de la Suisse. Depuis, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte et publie des données de la statistique médicale des hôpitaux, statistique qui fournit des informations sur les patients traités dans les hôpitaux suisses.

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

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

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

G02a Organisation

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

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

G03g Bases légales

La statistique médicale est régie par la loi sur la statistique fédérale, ainsi que par l'ordonnance sur les relevés statistiques, qui comprend des règlements relatifs à la réalisation de relevés statistiques de la confédération, et par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). Dans le cadre de la révision LAMal, de nouveaux règlements sont entrés en vigueur au 1er janvier 2009 dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049, FF 2004 5551), lesquels ont également des répercussions sur la statistique médicale.

En vertu de la loi sur la statistique fédérale, l'établissement de statistiques sanitaires est une tâche de portée nationale (art. 3, al. 2b), qui exige la coopération des cantons, des communes et d'autres partenaires impliqués. Conformément à l'article 6 (al. 4), le Conseil fédéral peut rendre obligatoire la participation à un relevé.

Les organes responsables des divers 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 de la statistique médicale des hôpitaux, c'est l'OFS qui est désigné comme organe responsable de l'enquête. L'ordonnance précise aussi les conditions de réalisation, notamment le caractère obligatoire de la participation. Elle spécifie également que les classifications CIM-10 et CHOP (classification suisse des opérations) doivent être utilisées pour saisir respectivement les diagnostics et les traitements.

A côté de la loi sur la statistique fédérale, la LAMal contient elle aussi des dispositions concernant les relevés pour l'établissement de la statistique médicale. En vertu de cette loi, les hôpitaux et les maisons de naissance «doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations» (art. 59a, al. 1). Les données sont collectées par l'OFS au nom de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et doivent être mises gratuitement à disposition par les fournisseurs de prestations (art. 59a, al. 2 et 3).

Le système de facturation basé sur les forfaits par cas SwissDRG est entré en vigueur le 1.1.2012. Les données de la statistique médicale sont utilisées dans ce cadre. La loi révisée prévoit en outre que l'OFS mettra ces données à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant des prix et de l'Office fédéral de la justice, ainsi que des cantons, des assureurs et de quelques autres organes selon le fournisseur de prestations art. 59a, al.3 LAMal). Ces données seront ensuite publiées par l'OFSP par catégorie ou par fournisseur de prestations (hôpital). Les résultats concernant les patients ne seront publiés que sous forme anonyme, rendant impossible toute déduction sur l'identité des personnes concernées.

G04a Objectifs de la statistique médicale

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

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

G05a Anonymisation des données

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD, RS 235.1) stipule que les données doivent être transmises à l'OFS sous forme anonyme. Un code de liaison anonyme, généré à partir du nom, du prénom, de la date de naissance complète et du sexe, est ainsi associé à chaque patient. Ce code est crypté (produit par hachage et codage des données) de manière à rendre impossible toute identification de la personne.

G06a La série de données de la statistique médicale, définitions et variables

Les données de la statistique médicale sont réparties en plusieurs séries de données, considérées du point de vue de leur transmission (interfaces) : une série de données minimales, une série de données supplémentaires sur les nouveau-nés, une série de données sur les patients en psychiatrie et, depuis 2009, une série de données sur des groupes de patients.

Le service d'enquête cantonal peut demander la production d'autres séries de données, en particulier une série de données cantonales. Les prescriptions cantonales en la matière ne sont pas édictées par l'OFS et ne sont par conséquent pas mentionnées ci-après.
Les variables de toutes les séries de données sont décrites sur le site Internet de l'OFS :
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

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

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

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

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

Série de données sur des groupes de patients (MD)
La statistique médicale a été adaptée au 1.1.2009 aux besoins du financement des hôpitaux lié aux prestations selon SwissDRG. Pour assurer la compatibilité du système suisse avec le modèle allemand qui a été retenu, il est nécessaire de collecter des informations plus détaillées qu'auparavant. Cette nouvelle série de données sur des groupes de patients permet de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements. Elle contient aussi d'autres informations utiles à la facturation, par exemple des variables sur la médecine intensive, des données sur le poids à l'entrée des nourrissons, sur les réadmissions, etc. Des champs sont également prévus pour la saisie de médicaments très coûteux et de produits sanguins (voir liste des médicaments de SwissDRG).

G10i La statistique médicale, les systèmes de classification des patients SwissDRG et TARPSY

Depuis 2012, le financement des hôpitaux pour les prestations hospitalières en soins aigus est fondé sur le système SwissDRG au niveau fédéral. Dans le système de forfaits par cas SwissDRG, chaque hospitalisation est classée en fonction de critères définis, p.ex. le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements, l'âge et le sexe du patient, dans un groupe de cas (DRG) auquel correspond un forfait qui détermine la rémunération des hôpitaux. Cette rémunération est donc en rapport direct avec la documentation et le codage des prestations médicales et des soins. Les perfectionnements annuels du système DRG 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).
Le forçage manuel n'est plus admis dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque cas doit être codé entièrement. Il est interdit d'omettre ou d'ajouter des diagnostics ou des procédures pour influencer le classement d'un cas dans tel ou tel DRG, pour utiliser des DRG spéciaux dans l'objectif d'atteindre des revenus plus élevés et/ou une affectation dans 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».

Dans le cadre de l'entretien et du perfectionnement de la structure tarifaire DRG, les classifications et les règles de codage sont périodiquement réadaptées et précisées.

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

En 2018, on a introduit la structure tarifaire TARPSY dans les hôpitaux de toute la Confédération pour le financement des prestations relevant de la psychiatrie. Avec l'application de la structure tarifaire TARPSY, chaque séjour hospitalier sera affecté à un groupe de coûts psychiatriques (PCG) à l'aide de critères définis, tels que le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les échelles HoNOS, HoNOSCA, l'âge, et sera rémunéré en fonction de coûts pondérés par jour. C'est pourquoi la documentation médicale, des soins et le codage revêtent une importance directe pour la rémunération des hôpitaux. Ils constituent par ailleurs la base du développement de la structure tarifaire TARPSY.

Il n'y a pas de forçage dans le système TARPSY, chaque cas doit être codé entièrement. Il est par ex. interdit d'omettre ou d'ajouter un diagnostic pour influencer le classement dans tel ou tel PCG. Dans le cadre de l'entretien et du développement de la structure tarifaire TARPSY, les classifications et les règles de codage sont régulièrement adaptées et précisées.

La structure tarifaire TARPSY ainsi que les définitions exactes des différents PCG sont décrites dans le manuel de définition en vigueur. Le document «Règles et définitions pour la facturation des cas sous TARPSY» («Règles de facturation») décrit le domaine d'utilisation et les définitions pour la facturation selon la structure tarifaire TARPSY.

G20a Les classifications (CIM-10-GM et CHOP)

G21a CIM-10-GM

Introduction
Le but premier d'une classification, dans le domaine médical, est de coder les diagnostics ou les traitements afin de permettre l'analyse statistique des données collectées au travers de cette généralisation. Une classification statistique des maladies doit permettre à la fois d'identifier des entités pathologiques spécifiques et d'établir une présentation statistique des données pour de plus grands groupes de maladies afin d'obtenir ainsi des informations utiles et compréhensibles (CIM-10 OMS, volume 2, chapitre 2.3).
Une classification, méthode de généralisation comme l'affirmait William Farr, doit limiter son nombre de rubriques tout en incluant toutes les maladies connues, ce qui implique nécessairement une perte d'information. Elle ne peut par conséquent pas représenter fidèlement la réalité médicale.

La classification CIM-10 a été conçue pour permettre d'analyser et de comparer les données sur la mortalité et la morbidité. Un outil de codage des diagnostics est indispensable à l'interprétation de telles données. La version de la CIM-10 qui est utilisée en Suisse depuis le 1.1.2019 pour le codage des diagnostics est la CIM-10-GM 2018 (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.

En 1975, un cinquième caractère et le système dague/étoile ont été introduits dans la classification lors de sa 9e révision (CIM-9). En 1993, la 10e révision de la classification a été validée. Celle-ci a introduit la structure alphanumérique des codes. Plusieurs pays ont apporté des modifications à la CIM-10, principalement à des fins de facturation. En Suisse, la version utilisée depuis le 1.1.2009, respectivement depuis le 1.1.2010, est la CIM-10-GM (German Modification).

Structure
Les codes de la classification CIM-10-GM présentent une structure alphanumérique dont le premier caractère est une lettre, suivie de deux chiffres, d'un point et d'une ou deux décimales (p.ex.: *K38.1*, *S53.10*).
La CIM-10-GM se compose de deux volumes: l'index **systématique** et l'index **alphabétique**.

Index systématique

L'index systématique est divisé en 22 chapitres. Les dix-sept premiers décrivent les maladies, le chapitre XVIII les symptômes et les résultats anormaux des examens cliniques et de laboratoire, le chapitre XIX les lésions traumatiques et les empoisonnements, le chapitre XX (étroitement lié au chapitre XIX) 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.

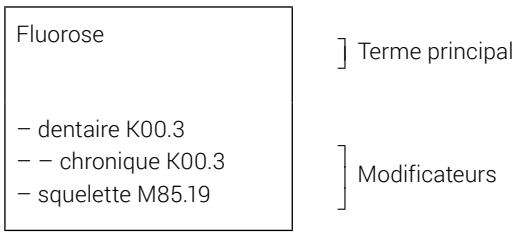
Codes à cinq caractères : des codes à cinq caractères sont utilisés dans certains chapitres pour préciser le codage.
Remarque importante pour le codage : seuls sont valables les codes terminaux, c.-à-d. les codes qui ne se subdivisent plus.

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
Codes à 5 caractères		**Appendicite aiguë avec péritonite localisée**
		Appendicite aiguë avec péritonite localisée sans perforation ni rupture
	K35.31	Appendicite aiguë avec péritonite localisée avec perforation ou rupture
		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 / Stercolithe | de l'appendice
	K38.2	**Diverticule de l'appendice**
	K38.3	**Fistule de l'appendice**
	K38.8	**Autres maladies précisées de l'appendice** Invagination de l'appendice
	K38.9	**Maladies de l'appendice, sans précision**

Index alphabétique

L'index alphabétique de la CIM-10 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. Lorsque l'index alphabétique mène à un code non spécifique, il convient par conséquent de vérifier dans l'index systématique si un codage plus spécifique est possible. L'index alphabétique répertorie les termes désignant les maladies, les syndromes, les traumatismes et les symptômes. Le terme principal désignant une maladie ou un état pathologique se trouve à l'extrême gauche de la colonne. Il est suivi par les modificateurs ou qualificateurs, qui sont décalés sur la droite selon un ordre hiérarchique.



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

Conventions typographiques et abréviations

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

I10.-	**Hypertension essentielle (primitive)**
	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.

G22i Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

Généralités
La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) contient la liste des codes des opérations, des procédures et des mesures thérapeutiques et diagnostiques. Elle est basée à l'origine sur l'ICD-9-CM, une version américaine de la CIM-9 créée par les CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) à Baltimore (USA) qui l'ont entretenue jusqu'en 2007. La CHOP est réadaptée chaque année ; la version 2020 comprend les extensions et modifications issues des procédures de demande SwissDRG jusqu'en 2018.

Structure
La CHOP est constituée de deux parties séparées : l'index alphabétique et l'index systématique. La structure des codes est en principe alphanumérique ; mais, pour des raisons historiques, la plupart des codes sont en réalité des codes numériques, composés en règle générale de deux chiffres suivis d'un point, puis d'un à quatre chiffres (p. ex. *06.4; 45.76; 93.38.10; 99.A1.12*).

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

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

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

Index systématique
Il convient de prendre en compte les informations figurant dans l'introduction de la CHOP, en particulier les remarques techniques relatives à la structure et aux classes résiduelles.

Structure de la classification
Conçue sur un axe, la classification suisse des interventions chirurgicales comprend des codes alphanumériques constitués de 2 à 6 caractères. L'utilisation d'un codage alphanumérique et de trois méthodes de décimalisation (cf. tableau 1) offre une plus grande capacité de saisie à la CHOP.

Décimalisation en une centaine continue (1 × 100), c'est-à-dire sans segments intermédiaires formellement distingués:	Décimalisation en une centaine segmentée (1 × 100), c'est-à-dire avec des segments intermédiaires:	Décimalisation en dizaines (10 × 10):
Znn.nn.0	**Znn.nn.0**	**Znn.nn.0**
Znn.nn.00 → SAP	Znn.nn.00 → SAP	Znn.nn.00 → SAP
Znn.nn.01 (réservé)	Znn.nn.01 (réservé)	Znn.nn.01 (réservé)
Znn.nn.02 (réservé)	Znn.nn.02 (réservé)	Znn.nn.02 (réservé)
…	…	…
Znn.nn.09 (réservé)	Znn.nn.09 (réservé)	Znn.nn.09 → autre
Znn.nn.10 → Début de la série	Znn.nn.10 → Début du 1er segment	**Znn.nn.1**
Znn.nn.11	Znn.nn.11	Znn.nn.10 → SAP
Znn.nn.12	Znn.nn.12	Znn.nn.11
…	…	…
Znn.nn.88	Znn.nn.20 → Début du segment suivant	Znn.nn.19 → autre
Znn.nn.89 → Fin de la série	Znn.nn.21	**Znn.nn.2**
	…	…
Znn.nn.97 (réservé)	Znn.nn.40 → Au besoin segment suivant	**Znn.nn.9**
Znn.nn.98 (réservé)	Znn.nn.41	Znn.nn.90 → SAP
Znn.nn.99 → autre	…	Znn.nn.91
	Znn.nn.97 (réservé)	…
	Znn.nn.98 (réservé)	Z.nn.nn.99 → autre
	Znn.nn.99 → autre	
Dans une centaine continue, la numérotation est continue de Znn.nn.10 à Znn.nn.89.	Dans une centaine segmentée, la numérotation peut contenir des segments par dizaines (10, 20, etc.), p. ex. pour les différents types d'intervention: incision, excision, destruction ou reconstruction, etc. La variation de l'unité est destinée à des variantes p. ex. de technique opératoire, de voie d'abord ou autre.	Dans une décimalisation en dix dizaines, on réserve respectivement dans chaque dizaine les positions Znn.nn.n0 et Znn.nn.n9 aux éléments résiduels «SAP» et «autre». Il y a donc potentiellement 20 éléments résiduels dans une décimalisation en dix dizaines. Le code Znn.nn.09 est la catégorie résiduelle «autre» de la sous-catégorie. Elle est formée du titre de la sous-catégorie suivi de «autre».

Classes résiduelles
En règle générale, les positions 00 ou n0, ou les positions 99 ou n9, en fonction de la méthode de décimalisation choisie, sont réservées dans les catégories aux classes résiduelles «sans autre précision» et «autre».

Le code Znn.nn.00 ou Znn.nn.n0 est la catégorie résiduelle «sans autre précision», formée par le titre de la sous-catégorie ou du groupe d'éléments suivi de l'abréviation «SAP». Si les interventions indiquées dans le rapport opératoire n'ont pas été spécifiées, elles doivent être portées dans la catégorie résiduelle «sans autre précision».

Le code Znn.nn.99 ou Znn.nn.n9 est la catégorie résiduelle «autre». Elle est formée par le titre de la sous-catégorie ou du groupe d'éléments suivi de «autre». Si l'intervention indiquée dans le rapport opératoire est spécifiée, mais n'est pas représentée par les éléments de codage du groupe d'éléments ou de la sous-catégorie correspondant(e), l'intervention est portée dans la catégorie résiduelle «autre».

La séquence Znn.nn.01 à Znn.nn.08 est réservée à d'éventuelles autres variantes des catégories résiduelles.

L'index systématique de la CHOP se subdivise en 19 chapitres. Les chapitres 1 à 15 sont structurés d'après l'anatomie. Il y a également une annexe.

Chapitre	Titre	Catégories
0	Procédures et interventions, non classées ailleurs	**00**
1	Opérations du système nerveux	**01 – 05**
2	Opérations du système endocrinien	**06 – 07**
3	Opérations des yeux	**08 – 16**
4	Opérations des oreilles	**18 – 20**
5	Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	**21 – 29**
6	Opérations du système respiratoire	**30 – 34**
7	Opérations du système cardio-vasculaire	**35 – 39**
8	Opérations du système hématopoïétique et lymphatique	**40 – 41**
9	Opérations du système digestif	**42 – 54**
10	Opérations du système urinaire	**55 – 59**
11	Opérations des organes génitaux masculins	**60 – 64**
12	Opérations des organes génitaux féminins	**65 – 71**
13	Techniques obstétricales	**72 – 75**
14	Opérations du système musculo-squelettique	**76 – 84**
15	Opérations du système tégumentaire et du sein	**85 – 86**
16	Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses	**87 – 99**
17	Instruments de mesure	**AA**
18	Réadaptation	**BA – BB**

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

Elles se succèdent en principe dans l'ordre suivant :
1. Incision, ponction
2. Biopsie ou autre intervention diagnostique
3. Excision ou destruction partielle de lésion ou de tissu
4. Excision ou destruction totale de lésion ou de tissu
5. Suture, plastie et reconstruction
6. Autres interventions

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

Conventions typographiques et abréviations

NCA	Non classable ailleurs : il n'existe aucun autre sous-code pour cette intervention spécifique.
SAP	Sans autre précision : il manque des indications précisant la nature de l'intervention.
( )	Les parenthèses contiennent des indications complémentaires ou des explications concernant une intervention. Elles n'ont aucun impact sur le codage.
[ ]	Les crochets contiennent des synonymes et d'autres graphies pour l'expression située immédiatement avant ou après.
EXCLUS	Ces interventions doivent être classées sous le code qui leur est assigné.
INCLUS	Ces interventions sont classées sous le même code.
Coder aussi	Ces interventions doivent être codées en plus, si elles sont réalisées.
Omettre le code	Ces interventions sont déjà comprises dans un autre code.
et	Le terme «et» est employé au sens de et/ou.
*****	L'astérisque désigne un complément suisse au texte original américain.
[L]	Latéralité (le côté doit être codé pour cette procédure).

G30a Procédé de codage correct

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

Etape 1: Chercher le terme clé dans l'index alphabétique.

Etape 2: Vérifier le code trouvé dans l'index systématique.

CIM-10-GM: Tenir compte impérativement des exclusions, des inclusions, des remarques à tous les niveaux et des règles de codage.

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

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

G 40g 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 pendant l'hospitalisation 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. 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.

Exemples :
- Pour un diagnostic médical d'insuffisance rénale **chronique** (N18.-), la documentation 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*.
- Le diagnostic «Insuffisance ventriculaire gauche» associé à une documentation indiquant «avec symptôme au repos» doit être codé par *I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche NYHA IV*, même si le stade NYHA 4 ne figure pas explicitement dans le diagnostic.
- Pour le diagnostic «agranulocytose», la phase critique est codée avec la durée exacte si celle-ci figure dans le dossier médical du patient.

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

G 50g Définitions

G 51g Le cas de traitement

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

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).

A prendre en considération pour le codage:

- **Le cas** commence à l'admission et prend fin avec la sortie, le transfert ou le décès du patient.
- **Patient en attente de placement**: lors d'une prolongation de séjour parce que le patient est en attente de placement, 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 4.8.V0 = 0).
- Lors de **regroupement de cas** selon les «Règles et définitions pour la facturation des cas par SwissDRG» ou selon TARPSY, seul le cas regroupé (un codage) est transmis (pour marquer les réadmissions, les variables 4.7.V01 – 4.7.V41 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, qui doit motiver et documenter son choix 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'opération cardiaque avec implant, le défaut septal auriculaire est codé comme diagnostic principal.

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

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

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 grouper figurent dans le «Manuel de définition SwissDRG, volume 5, annexe D, Plausibilités, D5 : Diagnostic principal non admis» ou dans le «Manuel de définition TARPSY, Diagnostics principaux non admis».

Choix du diagnostic principal lors de traitements palliatifs

En diagnostic principal est codée la maladie motivant le traitement palliatif. *Z51.5 Soins palliatifs* n'est jamais codé en tant que diagnostic principal et en tant que diagnostic supplémentaire uniquement lorsqu'aucun code CHOP n'est codable ou que le patient a été transféré pour les soins palliatifs (cf. S0200 Tumeurs et D15 Transferts).

G 53g Le complément au diagnostic principal

Le champ «Complément au diagnostic principal» (CD) n'est prévu que pour deux catégories de codes :
- les codes étoile (*), voir 1.
- les codes des causes externes (*V–Y*), voir 2.

1. Le diagnostic principal est codé avec un code dague (†) auquel il faut ajouter, sous la rubrique «Complément au diagnostic principal», le code étoile (*) correspondant, pour autant qu'aucune autre règle de codage ne s'y oppose (voir aussi D03).

   Exemple 1
   Un patient avec un diabète de type 2 est hospitalisé pour le traitement d'une rétinopathie diabétique.
   DP E11.30† Diabète sucré, type 2, avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé
   CD H36.0 Rétinopathie diabétique*

   Exemple 2 - Psychiatrie
   Patient de 61 ans avec une démence sur maladie d'Alzheimer.
   DP G30.0† Maladie d'Alzheimer à début précoce
   CD F00.0 Démence de la maladie d'Alzheimer à début précoce*

2. Le diagnostic principal est un code pour une maladie, un traumatisme, une intoxication ou une maladie/trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, auquel il faut ajouter, sous «Complément au diagnostic principal», le code correspondant à la cause externe, pour autant qu'aucune autre règle de codage ne s'y oppose ou que l'information est déjà contenue dans le code ICD-10 (p. ex. *I95.2 Hypotension médicamenteuse*).

   Exemple 3
   Un patient est hospitalisé pour une fracture de l'avant-bras droit (radius et cubitus) suite à une chute à ski.
   DP S52.4 Fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale
   L droit
   CD X59.9! Autre accident et accident non précisé

   Exemple 4
   Patient ayant une gastrite aiguë provoquée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
   DP K29.1 Autres gastrites aiguës
   CD Y57.9! Complications dues à des médicaments ou des drogues

   Exemple 5 - Psychiatrie
   Une patiente est hospitalisée pour intoxication volontaire par somnifères.
   DP T42.7 Intoxication par somnifères
   CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

G 54g 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 et ne sont par conséquent pas codés. Ils sont toutefois importants pour la documentation et la communication médicales.

Exemple 3

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

DP Pneumonie
DS Diabète sucré

Exemple 4

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

DP Ulcère variqueux à la jambe
L droite
DS Antécédent personnel d'amputation de la jambe
L gauche

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

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 55a Le traitement principal

Selon la définition de l'OFS, est codée comme **traitement principal** la procédure chirurgicale, médicale ou diagnostique la plus importante pour le processus thérapeutique dans le **cadre du diagnostic principal**.

G 56a Les traitements supplémentaires

Les autres mesures sont codées en tant que traitements supplémentaires.

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

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

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

D00g Résultats anormaux

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

Attention : le seul contrôle ou suivi de l'évolution d'une valeur anormale 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 taux plus élevé de gamma-GT ne correspond pas à la définition d'un diagnostic supplémentaire (voir règle G 54) et n'est par conséquent pas codé. Il est toutefois important pour la documentation médicale et la communication entre médecins.

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

Symptôme codé comme diagnostic supplémentaire
Un symptôme n'est pas codé s'il est assimilé à une conséquence directe et manifeste de la maladie sous-jacente. Si un symptôme (une manifestation) constitue néanmoins à lui seul un problème important pour le suivi médical, il est indiqué comme diagnostic supplémentaire à condition d'en remplir la définition (voir règle G54).

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)*

D02c Diagnostics unilatéraux et bilatéraux
Diagnostics de localisations multiples

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

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

Les chiffres suivants sont saisis:
0 = bilatéral
1 = unilatéral droit
2 = unilatéral gauche
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
M23.24 Lésion du ménisque due à une déchirure ou à un traumatisme ancien, corne antérieure du ménisque externe

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

D03i 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 mentionné en complément au diagnostic principal (CD), 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.

Exemple 1
Un patient est traité pour un lupus érythémateux disséminé avec atteinte pulmonaire.

DP	*M32.1†*	*Lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes et d'appareils*
CD	*J99.1**	*Troubles respiratoires au cours d'autres affections disséminées du tissu conjonctif*

Exemple 2
Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une anémie rénale.

DP	*N18.– †*	*Néphropathie chronique*
CD	*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*
CD	*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*
CD	*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*H36.0**	*Rétinopathie diabétique*
DS	*N08.3**	*Glomérulopathie au cours du diabète sucré*

Note: Le code *E10.73* fait office de code étiologique, d'où l'ajout de la dague†. Selon les règles de codage, le code indiquant l'étiologie de la maladie doit précéder les codes indiquant ses manifestations. Il précède ainsi tous les codes étoile correspondants (manifestations) jusqu'à ce qu'un nouveau code† ou un code sans signe distinctif soit utilisé. Ainsi, l'étiologie des manifestations *I79.2*, H36.0** et *N08.3** est codée avec *E10.73†*.

Exemple 5

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

DP	*M51.1†*	*Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie (G55.1*)*
CD	*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*
DS	*Dorsalgie (seulement si la règle G54 est remplie)*
TP	*Mammoplastie de réduction*

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)*
TP	*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*
CD	*–*	
DS	*B96.2!*	*Escherichia Coli et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*

Le code avec point d'exclamation est pertinent ici : précision du germe.

Exemple 2
Plaie ouverte de la plante du pied gauche chez un patient ayant trébuché sur un objet métallique dans la forêt.

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

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

Exemple 3
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*	
CD	*V99!*	*Accident de transport*
DS	*S36.03*	*Déchirure de la rate, avec atteinte du parenchyme*
DS	*S36.49*	*Autres parties et parties multiples de l'intestin grêle*
DS	*S31.83!*	*Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale*

Il peut arriver qu'un code suivi d'un point d'exclamation puisse être attribué, du point de vue clinique, à plusieurs codes diagnostics. En pareil cas, le code avec point d'exclamation doit être mentionné une seule fois à la fin des codes diagnostics (code *S31.83!* dans l'exemple 4).

Pour les codes des causes externes (*V-Y*), voir également le chapitre S2000.

D05g Etat après / présence de / absence de

Ces diagnostics ne seront indiqués **que s'ils ont une influence sur le traitement actuel** (voir la définition du diagnostic supplémentaire, règle 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 parce qu'il a subi antérieurement une greffe du foie.
DP J15.0 Pneumopathie due à Klebsiella pneumoniae
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.

Exemple 3
Un status post embolie pulmonaire est traité chez un patient.
Z86.7 Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire
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.

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.

D07g Suivi interventionnel planifié (suivi planifié)

Lors d'une admission pour une 2e opération ou toute autre opération supplémentaire suite à une opération initiale et faisant partie d'un traitement opératoire complet planifié, on code la maladie ou la blessure initiale, même si elle n'existe plus, suivie du code correspondant tiré du chapitre XXI (p. ex. un code de *Z47.– Autres soins de contrôle orthopédique* ou *Z43.– Surveillance de stomies*, etc) qui, accompagné du code pour la procédure nous indique qu'il s'agit d'un suivi interventionnel planifié.

Exemple 1
Un patient est admis pour le rétablissement planifié d'une colostomie faite lors d'une opération antérieure pour une diverticulite du sigmoïde actuellement guérie.

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

Exemple 2
Une patiente est hospitalisée un an après une fracture du fémur 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 2002. 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 S2000).

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 5
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 6
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 S1201g «Chirurgie plastique» et la règle D06c «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 si la maladie y est mentionnée comme «imminente» ou «menace de» sous le terme principal ou le terme subordonné.

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

Exemple 1
Un patient est admis avec une menace de gangrène à la jambe droite, gangrène qui ne se manifeste pas pendant l'hospitalisation parce qu'immédiatement traitée, seule une ulcération s'est développée.
Il n'existe pas d'entrée «Menace de gangrène ou gangrène imminente» dans les index CIM-10 ; par conséquent, ce cas doit être codé par la maladie de base, p. ex. comme une athérosclérose des artères distales avec ulcération.

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

D09g Diagnostics présumés

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

Trois cas de figure peuvent se présenter :

1. Diagnostic présumé probable
Dans les cas où le diagnostic suspecté reste probable à la fin de l'hospitalisation et **est traité comme tel**, il convient de le coder comme s'il avait été confirmé.

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 et **n'est pas traité comme tel**, les symptômes ne sont pas spécifiques et, à la fin du séjour, aucun diagnostic définitif n'est posé. Dans ces cas, il convient de coder les symptômes.

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

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
K86.1 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)***

D11i 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

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

D12i 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 par le médecin et s'ils remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (G 54).

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

1. Des codes destinés au codage spécifique de maladies ou de troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique se trouvent dans la plupart des chapitres de la CIM-10-GM (p. ex. *L58.0 Radiodermite aiguë*)
   (Dans le tableau des exemples (pages suivantes) sous: Code de l'organe **avec** notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»).

2. A la fin de certains chapitres consacrés aux organes, on trouve aussi les catégories suivantes:
   E89.– Anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   G97.– Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   H59.– Maladies de l'œil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   H95.– Affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   I97.– Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   J95.– Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   K91.– Atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   M96.– Affections du système ostéo-articulaire et des muscles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA
   N99.– Affections de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA

3. Le chapitre XIX répertorie les catégories *T80 – T88 Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*.

4. Codes habituels des chapitres sans lien spécifique avec une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique. (Dans le tableau des exemples (pages suivantes) sous: Code de l'organe **sans** notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»).

Sélection du bon code

Il faut toujours examiner les 4 possibilités des paragraphes ci-dessus et choisir le code avec le texte le plus précis. Les codes non spécifiques doivent être évités. Les codes «non classés ailleurs» (NCA) ou «autres» doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique pour la maladie ou si celui-ci est exclu par une exclusion de la CIM-10-GM. La complication doit être codée en se référant le plus possible à un organe et de manière aussi spécifique que possible, c'est-à-dire que le code indique la pathologie, l'organe et la complication (du paragraphe 1, 2 ou 3). Dans la mesure du possible, le recours au paragraphe 4 doit rester réservé aux cas ne permettant pas une description plus précise selon les paragraphes 1 à 3.

Les codes des chapitres consacrés aux organes (paragraphes 1 et 2) seront préférés aux codes T80 – T88 (paragraphe 3) si ces derniers ne décrivent pas la complication de manière plus spécifique. Certains codes T font clairement référence à un organe et sont décrits de manière spécifique, p. ex. *T82.1 Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique* renvoie aux «Maladies et troubles de l'appareil circulatoire».

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

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.

Divers exemples sont listés dans la tabelle ci-dessous.

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 pathologie 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*.				
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.				

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
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 *K59.0 Autres troubles fonctionnels de l'intestin, constipation.*				
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.				

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*	*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*	*K65.0 Péritonite aiguë*	***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. *K65.0* décrit seulement l'infection, 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.				

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
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 transfusion (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 rachidiennes cervicales* *S29.80 Lésion traumatique des méninges rachidiennes dorsales* *S39.81 Lésion traumatique des méninges rachidiennes lombosacrées* *G96.0 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.				

Choix du diagnostic principal ou supplémentaire

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 1

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.

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*
TP	*55.23*	*Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein*
L	*2*	

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

D15i Transferts

Transfert pour suite de soins
Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour **suite de soins (suite de traitement)** (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).

Le fait qu'il s'agit d'une prise en charge pour **suite de soins**, de traitement est indiqué par un des codes Z suivants comme premier diagnostic supplémentaire : *Z47.– Autres soins de contrôle orthopédiques, Z48.– Autres soins de contrôle chirurgicaux, Z50.–! Soins impliquant une rééducation, Z51.– Autres soins médicaux* ou *Z54.–! Convalescence.*

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

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

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

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

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

DP	*I25.–*	*Cardiopathie ischémique chronique*
DS	*Z48.8*	*Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés*
DS	*Z95.1*	*Présence d'un pontage aorto-coronaire*

Exemple 3
Transfert à la clinique de réadaptation après implantation d'une prothèse en raison d'une arthrose de hanche droite dans l'hôpital régional.
La clinique de réadaptation code:

DP	*M16.1*	*Autres coxarthroses primaires*
L	*1*	
DS	*Z50.–!*	*Soins impliquant une rééducation*
DS	*Z96.64*	*Présence de prothèse de hanche*
L	*1*	

Exemple 4

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

La clinique de réadaptation code:

DP	*T84.04*	*Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne de la hanche*
L	*1*	
DS	*Z50.–!*	*Soins impliquant une rééducation*

Exemple 5

Un patient est admis à l'hôpital central pour un remplacement percutané de valve mitrale. Après l'opération, il présente un infarctus cérébral avec hémisyndrome, probablement dû à une embolie péri-opératoire. Le patient est transféré à l'hôpital régional pour ***suite de soins de l'hémisyndrome****. Le point d'abord fémoral du remplacement de valve mitrale est surveillé, l'ablation des fils est effectuée.*

L'hôpital central code:

DP	*Insuffisance valvule mitrale*	
DS	*Infarctus cérébral dû à une embolie*	
DS	*Hémisyndrome*	
DS	*Cause externe*	

L'hôpital régional code:

DP	*Infarctus cérébral dû à une embolie*	
DS	*Hémisyndrome*	
DS	*Z51.88*	*Autres traitements médicaux non précisés*
DS	*Insuffisance valvule mitrale*	
DS	*Z48.8*	*Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés*
DS	*Z95.2*	*Présence de prothèse d'une valvule cardiaque*

Remarque: le transfert se fait pour la suite de soins de l'hémisyndrome sur infarctus cérébral (voir aussi S0601).

Transfert pour traitement
Lorsqu'un patient est transféré pour **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 Fracture du tibia
CD Cause externe
DS Fracture de vertèbre cervicale
L'hôpital central code:
DP Fracture de vertèbre cervicale (= Traitement)
DS Fracture du tibia (= Suite de soins)
DS Z47.8 Autres soins de contrôle orthopédiques précisés
Le code Z est indiqué pour la **suite du traitement** de la facture du tibia et non pour le **traitement** de la fracture de vertèbre cervicale.

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 Fracture du tibia
CD Cause externe
L'hôpital central code:
DP Fracture du tibia
On n'utilise pas de code Z ici car il s'agit d'un **traitement** et non de la suite d'un traitement.

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 la guérison de ses plaies.

L'hôpital de soins aigus code:

DP	*S55.7*	*Lésion traumatique de multiples vaisseaux sanguins au niveau de l'avant-bras*
CD	*X84.9!*	*Lésion auto-infligée délibérée*
DS	*F32.3*	*Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques*
TP	*Le traitement de la plaie*	

La clinique psychiatrique code:

DP	*F32.3*	*Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques*
TP	*94.A1.24*	*HoNOS 2: Lésions auto-infligées non accidentelles: HoNOS2, degré 4*

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

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

Un patient victime d'infarctus aigu du myocarde hospitalisé dans un hôpital régional est transféré dans un centre hospitalier pour une coronarographie et la pose d'une endoprothèse vasculaire (stent). Le codage sera différent si le patient est **hospitalisé** (exemple 2) pour son traitement dans le centre hospitalier ou s'il le reçoit de manière **ambulatoire** (exemple 1).

Exemple 1

*Un patient victime d'infarctus du myocarde est soumis à un examen **ambulatoire** avec PTCA (1 vaisseau/1 stent métallique) dans le centre hospitalier, puis est renvoyé après quelques heures dans le premier établissement hospitalier*

Le premier hôpital utilisera les codes suivants:

DP	*I21.–*	*Infarctus aigu du myocarde*
TP	*00.66.--*	*(externe[1]) Angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA)*
TS	*00.40*	*(externe[1]) Intervention sur 1 vaisseau*
TS	*36.08.11*	*(externe[1]) Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*
TS	*39.C1.11*	*(externe[1]) 1 stent implanté*

Centre hospitalier: rien à coder [2]

Exemple 2

*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*
TP	*00.66.--*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA)*
TS	*00.40*	*Intervention sur 1 vaisseau*
TS	*36.08.11*	*Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*
TS	*39.C1.11*	*1 stent implanté*

Le premier hôpital code comme DP pour la deuxième hospitalisation:

DP	*I21.–*	*Infarctus aigu du myocarde*
DS	*Z48.8*	*Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés*
DS	*Z95.5*	*Présence d'implant ou de greffe vasculaires coronaires*

Si les deux séjours dans le premier hôpital sont facturés selon les forfaits par cas DRG 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 et TARPSY. Voir aussi sous: «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» ou selon TARPSY, et «Clarifications et exemples de cas concernant les règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» ou selon TARPSY.

[1] Les prestations fournies en externe sont saisies dans un champ supplémentaire dans la statistique médicale (variable 4.3.V016).

[2] Voir «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG».

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

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

Remarque: Il s'agit ici d'un nouveau-né en bonne santé, dans cette situation exceptionnelle, l'hôpital qui transfère doit indiquer le chiffre «8 = autres» dans la variable de sortie 1.5.V03 (le chiffre «6 = autre hôpital» ne peut pas être utilisé pour une personne en bonne santé qui accompagne une personne malade).

Pour les DRG possibles, voir également «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG».

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 :

I*nsuffisance 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

P00g Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Pour chaque procédure saisie, il faut indiquer:

- **Traitement principal:** la date du traitement + le début du traitment (heure) (Variable 4.3.V015).
- **Traitements supplémentaires:** les dates de traitement (Variables 4.3.V025, 4.3.V035, etc.).
- Le **côté** opéré lors d'une intervention faite sur un organe pair ou une partie du corps paire est à indiquer dans la série de données de la statistique médicale. Variable 4.3.V011 pour le traitement principal, et variables 4.3.V021, 4.3.V031, 4.3.V041, etc. pour les traitements supplémentaires.
  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 4.3.V011, 4.3.V021, 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» (variables 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, etc.).

P01i 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) 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.

P02g 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
  – 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.

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

  Exemple 1
  Une angiographie coronaire est réalisée dans le cadre d'une PTCA.
  L'artériographie coronaire 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.
  - Une thérapie de la douleur lors d'interventions chirurgicales et de mesures diagnostiques est incluse dans le code. Elle n'est codée comme telle que si elle est une mesure appliquée seule (exemple 3) ou si elle appartient à la catégorie *93.A– Traitement de la douleur* et remplit toutes les conditions spécifiées sous ces codes.

  Exemple 3
  Un patient souffrant d'un carcinome métastatique est traité par chimiothérapie et reçoit une injection d'anesthésique dans le canal rachidien pour traiter la douleur.

TP	*99.25.5-*	*Chimiothérapie*
TS	*03.91.--*	*Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien*

- 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.

- 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 Œsophagogastroduodénoscopie avec biopsie fermée

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

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

P04i 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 (Opération de **Whipple**)*
  ou
  *52.51.31 Résection pancréatico-duodénale avec résection partielle de l'estomac (Opération de **Whipple**)*

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

Les prélèvements de tissus (p. ex. os, muscle, tendon) d'autre localisation que celle de l'opération effectuée doivent être codés séparément, s'ils ne sont pas déjà compris dans le code de la procédure.

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

P06i 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*
TP	*21.32*	*Excision ou destruction locale d'une autre lésion du nez* (pour la tumeur maligne du nez)
TS	*18.31*	*Excision radicale de lésion de l'oreille externe* (pour les 2 tumeurs de l'oreille)
L	*1*	
TS	*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)
TS	*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)
TS	*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 **regroupement 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 92.2-:
En médecine nucléaire et en radiothérapie, les procédures doivent être saisies autant de fois qu'elles sont effectuées. Lorsque plusieurs localisations sont traitées durant la même séance, il faut saisir un code par localisation.

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».

P07a 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 de latéralité (variables 4.3.V011, 4.3.V021, 4.3.V031, etc.).

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

Exemple 1
Insertion de prothèse totale bilatérale de genou.
HB 81.54.– – Prothèse totale de genou
L 0

Exemple 2
Ablation des deux surrénales.
HB 07.3 Surrénalectomie bilatérale
L 0

P08e Révisions d'une région opérée/réopérations

Si une région opérée est réouverte pour
- traiter une complication,
- effectuer une thérapie contre la récidive ou
- procéder à une autre opération dans cette région,

il faut commencer par vérifier si cette intervention impliquant la réouverture peut être codée par un code spécifique tiré du chapitre relatif à l'organe concerné, par exemple:

28.7X.– – *Contrôle d'hémorragie après excision de végétations adénoïdes et amygdalectomie*
39.41 *Contrôle d'hémorragie après chirurgie vasculaire*

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

00.99.10 *Réoperation*

Remarque:
00.99.10 Réopération 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.

Si un patient subit plusieurs réopérations durant un séjour stationnaire, il ne faut saisir le code *00.99.10* qu'une fois pour la première réopération.

Exemple 1
Césarienne chez une patiente avec status post césarienne.

TP	*74.–*	*Césarienne et extraction de foetus*
TS	*00.99.10*	*Réoperation*

Utilisation des codes *34.03 Réouverture de thoracotomie, 54.12.– 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 intervention telle qu'une exploration, hémostase ou évacuation d'un hématome.

En cas d'opérations intrathoraciques, intraabdominales ou cardiaques qui sont désignées par un code spécifique, il faut ajouter en cas de réopération le code *00.99.10*.

P. ex.: Une réopération pour nouvelle résection partielle d'intestin grêle se code:
45.62 *Autre résection partielle d'intestin grêle* + *00.99.10 Réoperation*
et non avec:
45.62 *Autre résection partielle d'intestin grêle* + les codes des classes résiduelles *54.12.00* ou *54.12.99*.

P09i Prélèvement d'organe et transplantation

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

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

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

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

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

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

Exemple 1
Un donneur vivant non apparenté est hospitalisé pour le don d'un rein. Une néphrectomie est effectuée. Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.

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

Exemple 2
Un donneur vivant non apparenté est hospitalisé pour le don de cellules souches. Il n'existe pas de diagnostic supplémentaire nécessitant un traitement.

DP	*Z52.01*	*Donneur de cellules souches*
TP	*41.0A.14*	*Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques de moelle osseuse, allogène, donneur apparenté, HLA identique*
ou	*41.0A.24*	*Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques de sang périphérique, allogène, donneur non apparenté, HLA identique*

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

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

Le codage chez un patient pressenti comme donneur d'organe n'est pas différent de la démarche habituelle de codage des diagnostics et procédures. Le cas est codé conformément aux règles générales. Les procédures de prélèvement d'organe post-mortem ne doivent **pas** être codées. De même, le code *Z00.5 Examen d'un donneur éventuel d'organe et de tissu* ne doit **pas** être indiqué. La fin d'un cas est documentée par la date et l'heure du décès dans la variable 1.5.V01 de la statistique médicale. Par conséquent, les prélèvements d'organes post-mortem ne sont pas à coder.

4. Evaluation en vue d'une transplantation

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

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

5. Transplantation

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

DP Maladie qui constitue le motif de la transplantation

TP Code de procédure pour la transplantation (voir tableau)

TS Code du groupe *00.90.-- à 00.93.-- Type de transplant tissulaire, resp. de transplant d'organe*

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.-- Transplantation de cellules souches hémato-poïétiques,* on n'utilise pas de code *00.90.--* à *00.93.--*)

TS Code *99.79.11 Préparation de greffe d'organe de donneur vivant AB0-incompatible*, si pertinent

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

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

6. Contrôle après transplantation

Un contrôle stationnaire de routine après transplantation se code :

DP *Z09.80* *Examen de suivi après transplantation d'organe*

DS *Z94.–* *Etat après transplantation d'organe ou de tissu*

7. Echec ou rejet après transplantation

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

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

Le code *T86.– Echec et rejet d'organes et de tissus greffés* est saisi en tant que diagnostic principal s'il en remplit la définition. La maladie primaire (p. ex. maligne) est ensuite saisie en tant que diagnostic supplémentaire. Cette règle prime sur la règle S0202 régissant le choix du diagnostic principal dans les maladies tumorales.

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 de 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 de 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 transplantation*	*76.91.-* *78.0-.-*	*Greffe osseuse d'os de la face* *Greffe osseuse et transposition osseuse*
		7A.2A	*Exicsion 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-poumon*
Pancréas				*52.8-*	*Transplantation du pancréas*
Cornée				*11.6-*	*Greffe de cornée*
Intestin grêle				*46.97.-*	*Transplantation intestinale*

P10i Adhésiolyse

La lyse d'adhérences sur différents systèmes d'organes est codée avec les codes issus des chapitres relatifs aux organes concernés.

S'il s'agit d'interventions d'adhésiolyse sur le péritoine dans la région abdominale (adhésiolyses viscérales, urogynécologiques), celles-ci sont représentées avec des codes spécifiques qui contiennent les faits relatifs à l'adhésiolyse. Ceux-ci se trouvent dans les chapitres relatifs aux organes concernés de la CHOP, par ex. *65.81.10 Adhésiolyse tubo-ovariennes du péritoine pelvien de la femme par laparoscopie.* Si la durée d'opération des différentes adhésiolyses (somme des durées des différentes interventions d'adhésiolyse) dépasse le seuil de 60 minutes, il faut utiliser en plus le code CHOP *54.5-*. 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. Ce temps doit être documenté par écrit de manière précise.

Si des adhérences péritonéales sont lysées dans la région abdominale et si ces adhérences péritonéales représentent un motif majeur (indication) d'intervention chirurgicale, le code *K66.0 Adhérences péritonéales* est utilisé pour coder le diagnostic. Si la durée d'intervention de ces adhésiolyses péritonéales dépasse le seuil des 60 minutes, le code CHOP correspondant *54.5-* est utilisé. Si l'adhésiolyse dure moins de 60 minutes au total, le code CHOP *54.5-* n'est pas représenté.

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, *54.64.10 Suture du péritoine, suture du mésentère, du grand ou du petit épiploon (après lacération).*

Pour le codage d'une complication, on observera les règles G 40g Documentation des diagnostics et des procédures et D12c 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 S0100 – S2100

S0100 Certaines maladies infectieuses et parasitaires

S0101a Bactériémie

Pour le codage d'une bactériémie, on utilisera un code de la catégorie
A49.– Infection bactérienne, siège non précisé
ou un autre code qui désigne spécifiquement l'agent infectieux, comme
A54.9 Infection gonococcique, sans précision

Ne pas utiliser de code de 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).

S0102i 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*).

Définition du sepsis selon la troisième conférence de consensus internationale (Guidelines of the third international consensus definition for sepsis and septic shock)

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.

Sepsis chez l'adulte

La dysfonction organique dans le cadre du sepsis est désormais déterminée pour les adultes via le score SOFA (**S**equential (Sepsis-related) **O**rgan **F**ailure **A**ssessment **S**core).

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.

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.

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. En l'absence d'informations concernant les maladies préexistantes d'un système d'organes, une valeur initiale SOFA de 0 est utilisée.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score[a]					
	Score				
ORGANES ET SYSTÈMES	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Respiration					
PaO_2/FiO_2, mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) à support respiratoire	< 100 (< 13.3) à support respiratoire
Coagulation					
Plaquettes, $x10^3/\mu l$	≥ 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]
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

a Adapté de Vincent et Al[27]
b Dose administrée des catécholamines en µg/kg/min pendant au moins une heure
c Glasgow Coma Scale de 3 à 15
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.

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 FiO_2: pour O_2 nasal: 0.3, masque: 0.4, masque avec réservoir: 0.6.

Sepsis chez l'enfant

Chez les enfants jusqu'à 16 ans révolus s'appliquent actuellement 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».

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 FiO_2 > 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		

Choc septique

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

Il s'agit d'un **choc septique** si la pression artérielle moyenne de ≥ 65 mmHg 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.

Ordre de saisie des codes
Un sepsis sera représenté par les codes suivants dans cet ordre:

- **Code de sepsis**
- **Les agents infectieux spécifiques et les résistances correspondantes U80.-! à U85! sont codés selon la règle D04c**
- **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 D04c.
- **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 D04c s'applique. Les autres DS sont toutes les dysfonctions organiques qui s'aggravent dans le cadre du sepsis.

Le codage d'un R65.1! et R65.0! ne s'applique pas dans le contexte du sepsis. Tous les codes R65.-! SIRS conservent leur validité et peuvent être codés dans la mesure où ils remplissent les exigences de codage d'un diagnostic supplémentaire. Le code R65.-! ne peut cependant plus être rattaché au diagnostic de sepsis.

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	*R57.2*	*Choc septique*
DS	*N10*	*Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*
DS	*B96.2 !*	*Escherichia coli et autres entérobactéries, 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 de l'insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 140 µmol/l et diminution de la DFG à 25 ml/min (Valeur de base : créatinine 110 µmol/l, DFG 40 ml/min.). Au deuxième jour d'hospitalisation, les analyses de laboratoire indiquaient une augmentation de la bilirubine à 1,5 mg/dl 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. Amélioration en cours de l'insuffisance rénale chronique au niveau de la valeur de base du DFG. 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	*N10*	*Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*
DS	*B96.2 !*	*Escherichia coli et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
DS	*N18.4*	*Maladie rénale chronique, stade 4*

Note: Le critère SOFA de la détérioration aiguë de l'insuffisance rénale est rempli et s'applique pour le calcul du score. Les critères AKI ne sont toutefois pas remplis (condition pour le stade 1: augmentation de la créatinine sérique d'au moins 50% à moins de 100% par rapport à la valeur initiale dans les 7 jours. L'augmentation est ici de 40%). La progression de l'insuffisance rénale survient de façon aiguë dans le cadre du sepsis, mais se situe dans la fourchette de l'insuffisance rénale chronique de stade 4 (GFR 15 à moins de 30 ml/min). La dysfonction organique est codée avec le code pour l'insuffisance rénale chronique avec indication du stade.

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 54g.

DP	*J13*	*Pneumonie due à Streptococcus pneumoniae*
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, 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 FiO_2 de 100%, passage à CPAP avec une respiration toujours fortement tachypnéique. Pas de stabilisation sous CPAP et donc intubation pour une décompensation respiratoire dans le cadre d'une insuffisance cardiorespiratoire (PaO_2/FiO_2 138 mmHg, insuffisance respiratoire hypoxique aiguë, ARDS). En état de choc septique nécessitant des catécholamines, 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.

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 FiO_2 > 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		

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	*J80.02*	*Syndrome de détresse respiratoire modéré [ARDS]*
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.

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 FiO_2 > 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		

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*

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

- 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 G 52. 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 S0101a).

S0103i SIRS

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

Note : les textes complémentaires en gris sous R65.0 ! et R65.1 ! concernant le sepsis contredisent le nouveau consensus scientifique et ne doivent pas être pris en compte dans le contexte suisse. Dans le contexte du sepsis, le diagnostic R65.1 ! ne s'applique pas.

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

R65.1! *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse avec complications organiques*
Septicémie avec complications organiques
Septicémie sévère

R65.2! *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse sans complications organiques*
SIRS d'origine non infectieuse SAI

R65.3! *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse avec complications organiques*

R65.9! *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] non précisé*

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

On indiquera en premier lieu un code pour une infection lors d'une origine infectieuse du SIRS ou la maladie primaire d'origine non infectieuse ayant déclenché le SIRS, suivi du code correspondant de la catégorie R65.-!.

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

Cas particulier de la bactériémie à méningocoques : ici un sepsis à méningocoques est codé même si les conditions du score SOFA (la règle S0101a demeure) ne sont pas remplies.

S0104d 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 tracer.

B20, B21, B22, B23.8, B24 Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH):
Les codes suivants sont prévus pour les maladies dues au VIH (il peut s'agir ou non d'une maladie définissant le SIDA) :

B20 *Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires*
B21 *Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes*
B22 *Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine d'autres affections précisées*
B23.8 *Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés*
B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision*

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

O98.7 Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité:
Comme expliqué dans S1503, le code *O98.7* est à disposition pour décrire une maladie due au VIH qui complique la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Dans l'ICD-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 voir annexe)	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 voir annexe)	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!*

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*

S0105a Vrai croup – pseudo croup – syndrome du croup

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

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

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

S0200 Tumeurs

La classification CIM-10 prévoit deux systèmes pour coder les tumeurs: un classement par localisation et un classement par morphologie.
Seul le codage selon la localisation et en référence à un organe est utilisé dans la statistique médicale. Les codes correspondants proviennent du chapitre II (*C00 – D48*) de l'index systématique.

Tableau des codes classiques de la CIM-10-GM pour les tumeurs figurant dans l'index alphabétique
A la rubrique «tumeur» de l'index alphabétique se trouve un tableau présentant les codes classés selon la localisation de la plupart des tumeurs. A chaque siège correspondent généralement cinq (parfois quatre) codes possibles, selon la malignité et la nature de la tumeur. S'il est également possible, bien entendu, de chercher le code dans l'index alphabétique sous la dénomination histologique ou morphologique de la tumeur, l'index n'indique directement un code précis du chapitre II, p. ex. mélanome (malin) que dans de rares cas. Il renvoie presque toujours au tableau des «tumeurs».

	Maligne		In situ	Bénigne	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.

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) ne sont pas classées selon le siège, mais selon leur morphologie, et ne se trouvent de ce fait pas dans le tableau des tumeurs. Le cinquième caractère de ce code permet de distinguer les cas avec rémission de ceux sans rémission.

Exemple 2
C91.0– Leucémie lymphoblastique aiguë
C91.00 Sans indication de rémission complète, en rémission partielle
C91.01 En rémission complète

S0201a Activité tumorale

Cette règle a été supprimée depuis 2014.

S0202e Choix et ordre des diagnostics

Ces règles concernant le choix du diagnostic principal 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 ; dans de tels cas, la règle G 52 (choix du diagnostic principal selon les ressources) est utilisée.

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

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

Exemple 1
Patiente ayant subi il y a 2 ans une mastectomie et un curage axillaire pour carcinome mammaire et une chimiothérapie adjuvante postopératoire. Elle est 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'ordre des codes à indiquer dépend du traitement reçu pendant l'hospitalisation en question :

- **Diagnostic/traitement de la tumeur primaire :** le code de la tumeur primaire doit être indiqué comme diagnostic principal. D'éventuelles métastases présentes seront indiquées comme diagnostics supplémentaires, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire. Les tumeurs primaires dont la localisation est inconnue doivent être indiquées par le code *C 80.– Tumeur maligne de siège non précisé.*

  Exemple 2
  Un patient est hospitalisé pour la résection partielle d'un poumon en raison d'un carcinome bronchique du lobe supérieur.
  DP C 34.1 Tumeur maligne du lobe supérieur (des bronches)

- **Diagnostic/traitement de métastase(s) :** la/les métastase(s) sont indiquées comme diagnostic principal et la tumeur primaire comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire. D'éventuelles autres métastases présentes seront indiquées comme diagnostics supplémentaires, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

  Exemple 3
  Une patiente est hospitalisée pour résection de métastases du foie d'un carcinome colorectal réséqué.
  DP C 78.7 Tumeur maligne secondaire du foie
  DS C 19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

- **Thérapie systémique** (irradiation globale, radiothérapie iv, chimiothérapie systémique) **de la tumeur primaire et/ou des métastases :** la tumeur primaire est indiquée comme diagnostic principal. D'éventuelles métastases présentes seront indiquées comme diagnostics supplémentaires, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire. Si l'on ignore exceptionnellement le siège de la tumeur primaire, un code du groupe *C80.– Tumeur maligne de siège non précisé* sera indiqué comme diagnostic principal.

  Exemple 4
  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

- **Diagnostic/Traitement de la tumeur primaire, ainsi que des métastases :** on choisira pour diagnostic principal celui qui demande l'engagement le plus élevé de ressources médicales (selon règle G 52). D'éventuelles autres métastases **présentes** seront indiquées comme diagnostics supplémentaires, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

- **Traitement palliatif pour tumeur :** la tumeur doit être indiquée comme diagnostic principal, les métastases **présentes** comme diagnostics supplémentaires, que celles-ci soient traitées directement ou non.

- **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 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 est indiquée comme diagnostic supplémentaire, tout comme les autres métastases **présentes** (indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire).

S0203a Excision étendue dans la région tumorale

Le code de la tumeur doit être indiqué dans les cas d'hospitalisation pour excision étendue de la région tumorale après une première résection de la tumeur.

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

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

S0205e Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique

Lorsqu'une hospitalisation est due **exclusivement** à la nécessité de traiter la maladie ou le trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 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 et d'éventuelles métastases **présentes** seront indiquées comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire. Les maladies concomittantes connues (p.ex. hypertension, diabète) qui répondent à la définition du diagnostic supplémentaire, seront indiquées comme diagnostic supplémentaire.

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 G 52) doit être désigné comme diagnostic principal.

Exemple 1
Traitement d'un lymphœdème consécutif à une mastectomie pour carcinome mammaire.
DP I97.2 Lymphoedème après mastectomie
DS C50.– Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4e caractère selon le siège de la tumeur)

Exemple 2
Une patiente ayant subi une résection de carcinome mammaire est traitée pour une agranulocytose post-chimiothérapeutique.
DP D70.1– Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament
DS C50.– Tumeur maligne du tissu conjonctif du sein (4e caractère selon le siège de la tumeur)

S0206a Suspicion de tumeur ou de métastases

Si une biopsie est effectuée pour une suspicion de tumeur et que celle-ci n'est pas confirmée, il convient de coder le diagnostic trouvé ou le résultat d'examen qui a motivé la biopsie.
Ne pas utiliser le code *Z03.1 Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne.*

S0207a Examen de contrôle

Lorsqu'un patient est hospitalisé pour des examens de contrôle après le traitement terminé d'une tumeur et que celle-ci n'est plus décelée, le contrôle est indiqué comme diagnostic principal, et les antécédents de tumeur comme diagnostic supplémentaire à l'aide d'un code du groupe *Z85.– Antécédents personnels de tumeur maligne.*

Exemple 1
Un patient est hospitalisé pour divers examens de contrôle après une pneumonectomie et une chimiothérapie pour un carcinome bronchique actuellement guéri. Aucune tumeur n'est décelée.
DP Z08.7 Examen de contrôle après traitements combinés pour tumeur maligne
DS Z85.1 Antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons

Un «code d'antécédents» est saisi pour une maladie quand on peut supposer qu'elle est guérie. Le moment où un patient est dans ce cas dépend de sa maladie. Comme la guérison ne peut être constatée que rétrospectivement, la distinction se fait sur une base «clinique», axée sur la poursuite ou non du traitement de la tumeur plutôt que sur un cadre temporel fixe.
Dans les cas où le traitement de la tumeur est définitivement achevé, un code du groupe *Z85.– Antécédents personnels de tumeur maligne* doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire, indépendamment de la définition du diagnostic supplémentaire.

S0208a Récidives

En cas d'hospitalisation pour le traitement d'une tumeur 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*
DS	*Z85.3*	*Antécédents personnels de tumeur maligne du sein*

S0209a Tumeurs avec activité endocrine

Toutes les tumeurs sont classées au chapitre II, indépendamment de leur éventuelle activité endocrine. Pour indiquer une telle activité, on utilisera au besoin un code supplémentaire du chapitre IV, pour autant que la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54) soit remplie.

Exemple 1
Phéochromocytome malin sécrétant des catécholamines.

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

S0210e 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 G52).

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

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

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

DP/DS	*C67.3*	*Tumeur maligne de la vessie, paroi antérieure*
DS/DP	*C67.4*	*Tumeur maligne de la vessie, paroi postérieure*
DS	*C97!*	*Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)*

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

S0211a Localisations contiguës

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

Exemple 1
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 S0213).

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

S0212a Rémission de maladies immunoprolifératives malignes et de leucémie

Pour les codes suivants

C88.– *Maladies immunoprolifératives malignes*
C90.– *Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes*
C91 – C95 *Leucémie*

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

0 *Sans indication de rémission complète*
1 *En rémission complète*

On notera que le code:

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

doit être utilisé:

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

.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.

S0213a 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.

S0214g 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

S0215a Chimiothérapie et radiothérapie

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

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

ne sont pas codés.

S0216b Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques

Ces opérations sont effectuées p. ex. lors de diagnostics tels qu'un cancer du sein ou de l'ovaire dans l'anamnèse familiale, une prédisposition génétique, une douleur chronique, une infection chronique, un carcinome mammaire lobulaire dans le sein controlatéral, un carcinome mammaire in situ ou une mastopathie fibrokystique. Ces états doivent être codés en diagnostic principal.

Exemple 1
Mastectomie en raison d'une anamnèse familiale de cancer du sein.
DP Z80.3 Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein

Exemple 2
Mastectomie en raison d'une mastopathie fibrokystique.
DP N60.1 Mastopathie diffuse kystique

Exemple 3
Une patiente porteuse confirmée d'un gène la prédisposant à un cancer du sein est admise pour une mastectomie bilatérale préventive.
DP Z40.00 Opération prophylactique de la glande mammaire [sein]

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

S0217e Traitement palliatif

Les soins palliatifs des maladies tumorales sont codés à l'aide des codes CHOP appropriés.
Le code CIM-10-GM *Z51.5 Soins palliatifs* se code comme diagnostic supplémentaire uniquement :

- si, chez les patients non transférés, aucun code de traitement complexe ne peut être codé
- si le patient est transféré en soins palliatifs (voir également D15).

S0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

S0401c Généralités

Diabète sucré: types

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

- *E10.–* *Diabète sucré, 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.).

S0402a Règles de codage du diabète sucré

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

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

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

Par ailleurs, il importe pour le codage de déterminer combien de complications du diabète sucré existent et si elles remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire (règle G 54).

1) La maladie primaire «diabète sucré» est traitée; seule une complication (manifestation) à cette maladie a été observée:
DP *E10 – E14, 4e caractère «.6»*
CD on indiquera de plus un code pour la manifestation si la définition du diagnostic supplémentaire est remplie

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

Exemple 1
Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 est hospitalisé pour une grave décompensation métabolique. De plus, il présente comme unique complication, une néphropathie diabétique pour laquelle il reçoit un traitement.
DP E10.61† Diabète sucré, type 1 avec complications précisées, spécifié comme décompensé
CD N08.3 Glomérulopathie au cours du diabète sucré*

Exemple 2
Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 est hospitalisé pour une grave décompensation métabolique. De plus, il présente, comme unique complication, une néphropathie diabétique qui n'est toutefois pas traitée.
DP E10.61 Diabète sucré, type 1 avec complications précisées, spécifié comme décompensé

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

DP *E10 – E14, 4e caractère «.7»*
CD/DS on indiquera de plus un code pour chaque manifestation qui remplit la définition du diagnostic supplémentaire

Exemple 3

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

DP	*E10.73†*	*Diabète sucré, type 1 avec complications multiples, spécifié comme décompensé*
CD	*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*H36.0**	*Rétinopathie diabétique*
DS	*N08.3**	*Glomérulopathie au cours du diabète sucré*

Exemple 4

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

DP	*E10.73*	*Diabète sucré, type 1 avec complications multiples, spécifié comme décompensé*

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

DP *E10 – E14, quatrième caractère selon la manifestation*
CD suivi du code de cette manifestation
DS les codes de chacune des autres manifestations doivent aussi être indiqués, pour autant que celles-ci remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire

Exemple 5

Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 avec complications vasculaires périphériques sous forme d'athérosclérose des artères distales avec douleurs au repos est hospitalisé pour une opération de by-pass. Il présente par ailleurs une rétinopathie qui limite considérablement sa faculté visuelle et le rend dépendant.

DP	*E10.50†*	*Diabète sucré, type 1 avec complications vasculaires périphériques, non spécifié comme décompensé*
CD	*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*I70.23*	*Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos*
DS	*E10.30†*	*Diabète sucré avec complications oculaires, non spécifié comme décompensé*
DS	*H36.0**	*Rétinopathie diabétique*
TP	*39.25.--*	*Pontage aorto-iliaco-fémoral*

Remarque: le code *I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleurs au repos* sert, dans cet exemple, à préciser le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

4) L'hospitalisation a lieu avant tout pour le traitement de complications (manifestations) multiples du diabète sucré:
Conformément à la définition du diagnostic principal, la complication qui requiert le plus de ressources médicales sera codée comme diagnostic principal.

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

Diagnostic supplémentaire diabète sucré
Si l'hospitalisation a eu lieu pour une raison autre que le diabète sucré, on vérifiera pour le codage
- si le diabète sucré remplit les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire,
- si l'on observe des complications du diabète sucré et
- si ces complications remplissent les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire.

Si le diabète sucré remplit les conditions de la définition du diagnostic supplémentaire, il 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 médicaments), ainsi que la complication rénale.

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

Exemple 7
Une patiente est hospitalisée pour une fracture fermée de la tête de l'humérus droite consécutive à une chute, sans lésion des tissus mous. Elle présente par ailleurs un diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique. Seul le diabète reçoit un traitement diététique et médicamenteux.

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

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

S0403a Complications spécifiques du diabète sucré

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

Complications rénales (E10† – E14† avec le 4e caractère «.2»)
Les maladies rénales provoquées par le diabète sucré doivent être codées comme «diabète sucré avec complications rénales» *E10† – E14†*, avec «*.2*» comme 4e caractère. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

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

DP	*E10.20†*	*Diabète sucré, type 1 avec complications rénales, non spécifié comme décompensé*
CD	*N08.3**	*Glomérulopathie au cours du diabète sucré*

Exemple 2
Un patient diabétique de type 1 est traité pour une insuffisance rénale terminale due à une néphropathie diabétique.

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

Remarque: le code *N18.5 Insuffisance rénale chronique, Stade 5* sert dans cet exemple à spécifier plus précisément le diagnostic décrit par le système dague/étoile. Il ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal.

Maladies oculaires liées au diabète (E10† – E14† avec le 4e caractère «.3»)
Les maladies oculaires liées au diabète sucré doivent être codées comme diabète sucré avec complications oculaires *E10† – E14†*, 4e caractère «*.3*». On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Rétinopathie diabétique:

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

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

E10† – E14†, 4e caractère «.3»	*Diabète sucré avec complications oculaires*
*H36.0**	*Rétinopathie diabétique*
H35.8	*Autres affections rétiniennes précisées*

Si la maladie oculaire diabétique a pour conséquence la **cécité ou une faculté oculaire réduite,** on ajoutera un code de la catégorie
H54.– Cécité et baisse de la vue

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

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

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

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

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

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

Les maladies neurologiques liées au diabète sucré doivent être codées comme Diabète sucré avec complications neurologiques *E10† – E14†*, avec «*.4*» comme 4e caractère. On indiquera de plus un code pour la manifestation spécifique, si celle-ci remplit la condition de la définition du diagnostic supplémentaire.

Mononeuropathie diabétique:

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

Amyotrophie diabétique:

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

Polyneuropathie diabétique:

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

Maladies vasculaires périphériques et diabète (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. Une liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du «syndrome de pied diabétique» se trouve dans l'annexe.

Exemple 3

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

DP	*E10.75†*	*Diabète sucré primaire insulino-dépendant [diabète de type 1] avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique, spécifié comme décompensé*
CD	*G63.2**	*Polyneuropathie diabétique*
DS	*I79.2**	*Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*I70.24*	*Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération*
L	*1*	
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.

S0404a Syndrome métabolique

En cas de syndrome métabolique, les différentes composantes du syndrome (obésité, hypertension, hyperlipidémie et diabète sucré) doivent être codées séparément pour autant qu'elles remplissent les conditions de la définition des diagnostics supplémentaires (règle G 54).

S0405a Anomalies de la sécrétion pancréatique interne

Les codes

E16.0 Hypoglycémie médicamenteuse, sans coma
E16.1 Autres hypoglycémies
E16.2 Hypoglycémie, sans précision
E16.8 Autres anomalies précisées de la sécrétion pancréatique
E16.9 Anomalie de la régulation de la sécrétion pancréatique interne, sans précision

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

S0406a Fibrose kystique (Mucoviscidose)

Dans le cas d'un patient atteint de fibrose kystique, on indiquera, indépendamment de la manifestation de cette maladie qui est à l'origine de l'hospitalisation, un code de la catégorie *E84.– Fibrose kystique* comme diagnostic principal. Chacune des manifestations spécifiques doit 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.

S0407e Malnutrition chez les adultes

Définition des stades dans l'annexe.

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

ou
- *89.0A.32 Conseil et traitement diététiques*

- Une malnutrition selon CIM-10 *E44.– Malnutrition protéino-énergétique modérée* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous **au moins** a été effectuée:
- *89.0A.32 Conseil et traitement diététiques*
- *89.0A.4- Traitement nutritionnel multimodal, selon le nombre de jours de traitement*
- *96.6 Perfusion entérale de substances nutritives concentrées (au moins 5 jours de traitement)*
- *99.15 Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées (au moins 5 jours de traitement)*

Remarque: Les codes *E43* et *E44.–* ne peuvent être utilisés que si les critères prévus dans l'annexe 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).

S0408e Malnutrition chez les enfants

Définition des stades dans l'annexe.

Codage :
- Le diagnostic doit être posé par le médecin traitant.
- Une malnutrition selon CIM-10 *E43 Malnutrition protéino-ernergétique grave, sans précision* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous a été effectuée :
- *89.0A.4-* *Traitement nutritionnel multimodal, selon le nombre de jours de traitement*
  ou
- *89.0A.32* *Conseil et traitement diététiques*

- Une malnutrition selon CIM-10 *E44.– Malnutrition protéino-énergétique modérée* peut être codée lorsqu'**une** des procédures ci-dessous **au moins** a été effectuée :
- *89.0A.32* *Conseil et traitement diététiques*
- *89.0A.4-* *Traitement nutritionnel multimodal, selon le nombre de jours de traitement*
- *96.6* *Perfusion entérale de substances nutritives concentrées (au moins 5 jours de traitement)*
- *99.15* *Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées (au moins 5 jours de traitement)*

Remarque : Les codes *E43* et *E44.–* ne peuvent être utilisés que si les critères prévus dans l'annexe 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).

S0500 Troubles mentaux et du comportement

S0501a 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.

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 S1900.

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

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

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

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

S0600 Maladies du système nerveux

S0601a Accident vasculaire cérébral aigu (AVC)

Tant que le patient reçoit un **traitement hospitalier stationnaire aigu continu** en raison d'un accident vasculaire cérébral aigu et de ses conséquences directes (déficits), il faut attribuer un code des catégories *I60 – I64 Maladies cérébrovasculaires* avec le code correspondant pour chaque déficit (p.ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence). Dans le cas d'une nouvelle hospitalisation en soins aigus (retransfert du patient en cours de rééducation ou nouvelle hospitalisation), l'accident vasculaire cérébral aigu n'est plus codé, indépendamment de l'écart temporel entre les deux séjours à l'hôpital.

Exemple 1
Un patient est hospitalisé des suites d'un infarctus cérébral avec hémiplégie flasque à droite et aphasie. Les radiographies révèlent une occlusion de l'artère cérébrale moyenne gauche.

DP	*I63.5*	*Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé*
L	*2*	
DS	*G81.0*	*Hémiplégie flasque*
L	*1*	
DS	*R47.0*	*Aphasie*

L'infarctus cérébral est codé comme diagnostic principal et tous les troubles du fonctionnement survenant sont indiqués comme diagnostics supplémentaires.
Cela vaut aussi pour les déficits fonctionnels encore présents à l'hôpital en cas d'ischémie cérébrale transitoire.

S0602c Accident vasculaire cérébral «ancien» (AVC)

Si l'anamnèse révèle que le patient a subi antérieurement un accident vasculaire cérébral dont les séquelles neurologiques s'observent actuellement, il faut indiquer les déficits neurologiques (p.ex. hémiplégie, aphasie, hémianopsie, héminégligence) selon la définition du diagnostic supplémentaire (règle G54), suivis d'un code de la catégorie *I69.– Séquelles de maladies cérébrovasculaires*.

Exemple 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*
DS	*G81.1*	*Hémiplégie spastique*
L	*2*	
DS	*I69.4*	*Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus*

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

S0603a Paraplégie et tétraplégie, non traumatique

Pour les codes concernant la paraplégie ou la tétraplégie traumatique, voir chapitre S1905 «Lésions de la moelle épinière».

Phase initiale (aiguë) de paraplégie/tétraplégie non traumatique
La phase «aiguë» d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique comprend les premières admissions pour dysfonctionnement non traumatique dû, par exemple, à une myélite transverse ou à un infarctus médullaire. Il peut également s'agir du traitement conservateur ou opératoire d'une maladie qui était en phase de rémission mais qui s'est aggravée et requiert désormais le même degré de soins que pour un patient admis pour la première fois.
En cas de traitement d'une maladie qui a entraîné une lésion aiguë de la moelle épinière (p.ex. une myélite), les codes suivants doivent être indiqués:
La maladie en diagnostic principal, p.ex. la myélite diffuse
G04.9 Encéphalite, myélite et encéphalomyélite, sans précision
et un code de la catégorie
G82.– Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «0» ou «1» en 5e position.

Ajouter le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière:
G82.6–! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière

Phase tardive (chronique) d'une paraplégie/tétraplégie non traumatique
On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie quand le traitement de la maladie aiguë (p.ex. d'une myélite) à l'origine des paralysies est terminé. Si un patient se trouvant dans cette phase chronique est traité pour paraplégie/tétraplégie, un code de la catégorie:
G82.– Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «2» ou «3» en 5e position
doit être indiqué comme diagnostic principal.

Si, par contre, un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre affection, p.ex. une infection des voies urinaires, une fracture du fémur, etc., on indiquera la maladie à traiter suivie du code de la catégorie:
G82.– Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «2» ou «3» en 5e position
ainsi que les autres affections existantes. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

On ajoutera le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière:
G82.6–! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière

S0604i 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

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.

S0605e 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 S1805: Hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur pour traitement de douleur).

S0606e 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 (G54).

(Même règle pour S1806: Hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur pour traitement de douleur).

S0607h Codage des stades de la maladie de Parkinson (G20.-)

Pour assurer le codage uniforme des stades de la maladie de Parkinson, sans conséquences négatives pour les patients, on déterminera et on codera le stade de la maladie correspondant au traitement en cours (ON).

S0700 Maladies de l'œil et de ses annexes

S0701a Echec ou rejet de greffe de cornée de l'œil

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

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

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

H16.– Kératite
H18.– Autres affections de la cornée
H20.– Iridocyclite
H44.0 Endophtalmie purulente
H44.1 Autres endophtalmies
Z96.1 Présence d'implants intra-oculaires de cristallin

Conformément à la règle D05, l'état après une greffe de la cornée *Z94.7 Greffe de cornée* n'est pas codé.

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

S0801a 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.

S0802d 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.

S0900 Maladies de l'appareil circulatoire

S0901a Hypertension et maladies hypertensives

Cardiopathie hypertensive (I11.–)
S'il existe un **lien causal** entre la maladie cardiaque et l'hypertension, on indique un code pour la maladie cardiaque (p.ex. *I50.– Insuffisance cardiaque* ou *I51.– Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies*) suivi du code *I11.– Cardiopathie hypertensive*. Si on ne dispose d'aucun autre code de la CIM-10-GM que *I11.– Cardiopathie hypertensive* pour coder une maladie cardiaque, celui-ci sera codé seul.

Si par contre il n'y 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).

S0902e 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 instabile 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).

S0903i Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire

Dans le codage d'une occlusion de stent ou de pontage, la première question importante est de déterminer s'il s'agit d'une occlusion **AVEC** ou **SANS** infarctus du myocarde.
Dans les cas d'occlusion sans infarctus du myocarde, on fait une distinction entre la thrombose coronaire et l'occlusion chronique. Lorsque la thrombose est l'objet d'un traitement local spécifique, elle est à coder en plus comme une complication due à l'implant/ au transplant vasculaire.

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

1. Toute occlusion de stent ou de pontage coronaire **avec un infarctus du myocarde** doit être désignée en diagnostic principal par le code *I21.– Infarctus aigu du myocarde*. Ceci vaut pour la thrombose aiguë (de stent) et pour l'occlusion par progression de la maladie primaire.
   Le code *T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* n'est ajouté pour une thrombose que si celle-ci fait l'objet d'un traitement local spécifique, p.ex. par *36.04 Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*.
   Pour toute nouvelle PTCA avec ou sans pose de stent – ou toute nouvelle opération de pontage, on ne codera pas le *T82.8*, mais le *Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire*.

2. Dans les cas d'occlusion de stent ou de pontage coronaire **sans infarctus du myocarde**, on distingue selon l'étiologie :
   - La thrombose, désignée en diagnostic principal par le code *I24.0 Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde*.

   Le diagnostic *T82.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* n'est codé en plus que si la thrombose fait l'objet d'un traitement local spécifique, p.ex. *36.04 Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*.
   Pour toute nouvelle PTCA avec ou sans pose de stent – ou toute nouvelle opération de pontage – on ne codera pas le *T82.8*, mais le *Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire.*
   - L'occlusion par prolifération de l'intima (ou par progression de la maladie artérioscléreuse primaire) est codée par :
     I25.15 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose de vaisseaux de pontage ou
     I25.16 Cardiopathie artérioscléreuse avec sténose sur stents.

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

Exemple 1

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

DP	*I21.–*	*Infarctus aigu du myocarde*
DS	*Z95.5*	*Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*
TP	*00.66.2-*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé*
TS	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
TS	*36.08.11*	*Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*
TS	*39.C1.11*	*1 stent implanté*

Exemple 2

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

DP	*I21.–*	*Infarctus aigu du myocarde*
DS	*T82.8*	*Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*
DS	*Y82.8!*	*Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux*
TP	*00.66.2-*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA], selon type de ballonnet utilisé*
TS	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
TS	*36.08.11*	*Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire*
TS	*39.C1.11*	*1 stent implanté*
TS	*36.04*	*Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*

Exemple 3

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

DP	*I25.15*	*Cardiopathie artérioscléreuse, avec sténose de vaisseaux de pontage*
TP	*88.5-*	*Angiocardiographie avec produit de contraste*
TS	*37.21-37.23*	*Cathétérisme cardiaque*

Exemple 4

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

DP	*I24.0*	*Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde*
DS	*T82.8*	*Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*
DS	*Y82.8!*	*Incidents dus à des appareils ou à des produits médicaux*
TP	*00.66.--*	*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA]*
TS	*00.40*	*Intervention sur un vaisseau*
TS	*36.04*	*Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire*

S0904d 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	*I37.0*	*I09.8*	*I37.0*
	Sténose	*I37.1*	*I09.8*	*I37.1*
	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.

S0905a Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques

Note: les remarques concernant les stimulateurs valent également pour les défibrillateurs.
Un patient avec stimulateur/défibrillateur sera désigné par le code *Z95.0 Présence d'un 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

S0906a Examen de contrôle après transplantation cardiaque

Pour un examen de contrôle après transplantation cardiaque, on indiquera comme diagnostic principal le code
Z09.80 Examen de suivi après transplantation d'organe
et comme diagnostic supplémentaire le code
Z94.1 Etat après greffe du cœur

S0907a Oedème pulmonaire aigu

Pour le codage d'un œdème pulmonaire, on se basera sur sa cause initiale : p.ex. l'œdème aigu pulmonaire (OAP) d'origine cardiaque, très fréquent, sera indiqué par le code *I50.14 Insuffisance ventriculaire gauche, avec symptôme au repos*.
Voir aussi les inclusions et exclusions sous *J81 Oedème pulmonaire* dans la CIM-10-GM.

S0908i 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. L'arrêt cardiaque ne doit pas être indiqué comme diagnostic principal si la raison, l'origine est connue.

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.-*.

En cas de réanimation après un arrêt cardiaque, on indiquera de plus le code CHOP pour la réanimation.

Remarque : un arrêt cardio-circulatoire d'origine incertaine avec réanimation à domicile n'est pas codé s'il ne donne lieu à aucun acte à l'hôpital.

S0909c Révisions ou réopérations du cœur et du péricarde

Cette règle est supprimée, voir codage des révisions/réopérations sous P08.

S1000 Maladies de l'appareil respiratoire

S1001i Respiration artificielle

Définition
L'assistance respiratoire («respiration artificielle») est un procédé dans lequel le gaz est insufflé dans les poumons à l'aide d'une installation mécanique. La respiration est soutenue par le renforcement ou le remplacement de la propre capacité respiratoire du patient. Dans la respiration artificielle, le patient est généralement intubé ou trachéotomisé et ventilé en permanence. Pour les patients pris en charge aux soins intensifs*, la respiration mécanique peut se faire également à l'aide de systèmes de masques, si ceux-ci sont utilisés en lieu et place de l'intubation ou de la trachéotomie. La CPAP est une mesure d'assistance respiratoire et non une respiration artificielle.

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

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

- la **durée en heures** de la respiration artificielle doit être saisie. Un champ séparé, la variable 4.4.V01, est prévu à cet effet dans le fichier de données de la statistique médicale.
- on indiquera le code
  93.9B Mesures de conservation des grandes voies respiratoires pour la ventilation Intubation endotrachéale
  et/ou le code
  31.1 Trachéostomie temporaire
  ou
  31.29 Autre trachéostomie permanente
  si une trachéostomie/intubation a été pratiquée pour la ventilation artificielle.
- Chez les **nouveau-nés** et les **nourrissons**, le code
  93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP) chez le nouveau-né et le nourrisson sera utilisé. La durée de ventilation doit être saisie pour ce code. Chez les nouveau-nés et les nourrissons, la durée de ventilation comprend aussi bien le temps de la ventilation invasive et non invasive, ainsi que la durée de l'assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP). Cela vaut pour l'IPS de néonatologie comme pour l'IMC de néonatologie.

  Note: L'utilisation de canules nasales à haut débit chez les nouveau-nés et les nourrissons est codée avec le *93.9F.12 Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit (système HFNC) chez le nouveau-né et le nourrisson* en respectant la «note» sous ce code. Pour la durée de cette assistance respiratoire, des heures de ventilation ne doivent pas être saisies.

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

Calcul de la durée de la ventilation

Les temps de ventilation sont comptés uniquement dans les unités de soins intensifs selon les règles suivantes : Le temps de ventilation est calculé sur la base du nombre d'horaires de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par tranche de 8 heures, au moins 3 heures par tranche de 12 heures), multiplié par la durée de la tranche horaire (le nombre d'heures de ventilation est donc toujours un multiple de 8 ou de 12).

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

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

Début de la durée de la ventilation

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

- **Intubation endotrachéale**
  Chez les patients intubés pour une ventilation artificielle, la durée de ventilation est comptée à partir du moment où le patient est raccordé au respirateur.
  Le tube endotrachéal doit parfois être remplacé en raison de problèmes mécaniques. Dans ce cas, la durée de retrait et de remplacement immédiat du tube endotrachéal est considérée comme faisant partie du temps de ventilation et le décompte de celui-ci est poursuivi sans interruption.
  Pour les patients dont la ventilation artificielle commence par une intubation endotrachéale et se poursuit plus tard par une trachéotomie, le décompte de la durée de ventilation commence au moment de l'intubation et inclut celle de la ventilation par trachéostomie.

- **Ventilation par masque**
  La durée de ventilation est comptée à partir du moment où commence la ventilation mécanique.

- **Trachéotomie**
  La durée de ventilation par trachéotomie fait partie du temps de ventilation si la trachéotomie du patient s'effectue en unité de soins intensifs.
  Chez les patients qui subissent une trachéotomie en salle d'opération, sans avoir été ventilés auparavant en unité de soins intensifs et sont ensuite ventilés post-opérativement aux soins intensifs, la durée de ventilation commence à l'admission aux soins intensifs.

- **Admission d'un patient ventilé**
  Chez les patients qui sont ventilés au moment de leur admission, la durée de ventilation est comptée à partir du moment de leur admission en unité de soins intensifs (v. aussi ci-dessous «Patients transférés»).

- **Admission d'un patient sous ventilation post-opératoire**
  Chez ces patients, le moment déterminant est l'admission en unité de soins intensifs.

Fin de la durée de la ventilation
Le décompte de la durée de ventilation se termine par l'un des événements suivants :

- **Extubation**

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

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

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

Sevrage aux soins intensifs
La **méthode de sevrage** de la respiration artificielle **n'est pas codée**.

La **durée de sevrage** est ajoutée (avec l'intervalle sans respiration artificielle pendant le sevrage) au calcul de la durée de la ventilation (durée calculée sur la base du nombre d'horaires de soins) d'un patient. Plusieurs tentatives peuvent être nécessaires pour sevrer le patient du respirateur.

La **fin du sevrage** ne peut être constatée que rétrospectivement après l'établissement d'un état respiratoire stable.
L'état respiratoire est réputé stable lorsque le patient respire spontanément et complètement sans assistance mécanique sur une période prolongée.

Cette période est définie comme suit :
- patients ventilés **jusqu'à 7 jours** (sevrage compris) : **24 heures**
- patients ventilés **plus de 7 jours** (sevrage compris) : **36 heures**

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

Le sevrage du respirateur comprend aussi une aide respiratoire mécanique sous forme de phases intermittentes de ventilation assistée non invasive ou d'assistance respiratoire telle que la CPAP au masque avec ou sans ASB, en alternance avec la respiration spontanée sans aide mécanique. Il n'inclut cependant ni l'insufflation, ni l'inhalation d'oxygène par des systèmes de masques ou de sondes d'O_2.

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

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

Patients transférés
Lorsqu'un patient **ventilé** est transféré, les règles fondamentales suivantes s'appliquent :
L'hôpital qui transfère saisit la durée de ventilation du patient dans son établissement et indique les codes qui correspondent :

- à l'intubation (*93.9B Mesures de conservation des grandes voies respiratoires pour la ventilation*)
- à la trachéostomie (*31.1 Trachéostomie temporaire* ou *31.29 Autre trachéostomie permanente*)
- à la ventilation mécanique chez les nouveau-nés et les nourrissons (*93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP) chez le nouveau-né et le nourrisson*)

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

L'hôpital d'admission saisit la durée de ventilation du patient dans son établissement ; pour les nourrissons, indiquer en plus un code *93.9F.11 Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP) chez le nouveau-né et le nourrisson.* Aucun code n'est indiqué pour l'intubation ou la trachéostomie, ces codages ayant déjà été effectués par l'hôpital qui les a réalisés.

En cas de transfert d'un patient intubé ou trachéotomisé mais **non ventilé**, l'hôpital d'où s'effectue le transfert doit coder l'intubation (*93.9B Mesures de conservation des grandes voies respiratoires pour la ventilation*) ou la trachéostomie (*31.1 Trachéostomie temporaire* ou *31.29 Autre trachéostomie permanente*). L'hôpital d'admission ne recode pas ces procédures.

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

Dans ces cas, elle doit être saisie à l'aide du code *93.9B Mesures de conservation des grandes voies respiratoires pour la ventilation.*

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.
Lorsque chez **les adultes, les enfants ou les adolescents**, un trouble tel que l'apnée du sommeil, la pneumonie, l'œdème pulmonaire, etc. est traité par CPAP, aucun code et aucune durée de ventilation ne sont saisis, que cette mesure ait été réalisée en unité de soins intensifs ou pas.

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.*

S1002d Insuffisance respiratoire

Le diagnostic d'insuffisance respiratoire totale ou partielle posé par le médecin est codé uniquement quand des modifications pathologiques des gaz du sang caractéristiques d'une insuffisance respiratoire totale ou partielle sont documentées. Une dyspnée sans modification des gaz du sang n'est pas une insuffisance respiratoire. 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.

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.

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

S1100 Maladies de l'appareil digestif

S1101a Appendicite

Pour l'attribution d'un code diagnostic provenant des catégories
K35.– Appendicite aiguë
K36 Autres formes d'appendicite
K37 Appendicite, sans précision
le diagnostic **clinique** est suffisant. Il n'est pas absolument nécessaire qu'il soit confirmé par un diagnostic anatomo-pathologique.

S1102d Adhérences

Règle supprimée, voir codage adhésiolyse sous P10.

S1103a Ulcère de l'estomac avec gastrite

Chez les patients avec ulcère gastrique, un code de
K25.– Ulcère de l'estomac
doit être indiqué, suivi d'un code de
K29.– Gastrite et duodénite
lorsque les deux maladies coexistent.

S1104i 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 K22.88 Autres maladies précisées de l'œsophage (Hémorragie de l'œsophage SAI)

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

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

Si dans une «hémorragie peranale», le site de l'hémorragie ne peut **pas** être déterminé ou si aucun examen correspondant n'a été effectué, le code
K92.2 Hémorragie gastro-intestinale, sans précision
doit être indiqué.
Le code
K62.5 Hémorragie de l'anus et du rectum
ne doit **pas** être utilisé dans ce cas.

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

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

S1105a Déshydratation lors d'une gastroentérite

Lors d'une hospitalisation pour traiter une gastroentérite avec déshydratation, la gastroentérite est indiquée comme diagnostic principal et la déshydratation (*E86 Hypovolémie*) comme diagnostic supplémentaire (voir règle G 54).

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

S1201g 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». (*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.

S1400 Maladies de l'appareil génito-urinaire

S1401d Dialyse

Le code *39.95.– – Hémodialyse/hémo(dia)filtration* 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.

S1402a Verrues anogénitales

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

Périanales	*K62.8*	*Autres maladies précisées de l'anus et du rectum*
Col cervical	*N88.8*	*Autres affections non inflammatoires précisées du col de l'utérus*
Vaginales	*N89.8*	*Autres affections non inflammatoires précisées du vagin*
Vulvaires	*N90.8*	*Autres affections non inflammatoires précisées de la vulve et du périnée*
Péniennes	*N48.8*	*Autres affections précisées de la verge*
Urétrales	*N36.8*	*Autres affections précisées de l'urètre*

Le code

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

doit être indiqué comme diagnostic supplémentaire.

S1403f Chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines (MGF)

Définition
L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la «mutilation génitale féminine» (MGF) comme «*toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins et/ou toute intervention pratiquée sur les organes génitaux féminins pour une raison non médicale*».

Codage
Suppression de la règle de codage, car des codes spécifiques de diagnostic ont été introduits pour les mutilations génitales féminines dans la CIM-10-GM 2016 sous

Z91.7– Mutilations génitales féminines dans l'anamnèse personnelle.

S1404g Insuffisance rénale

Insuffisance rénale aiguë
Suppression de la règle de codage. Les codes de la CIM-10-GM 2016 permettent une description directe des stades d'insuffisance rénale aiguë. La classification des stades doit être respectée.

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.

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 la présence d'une insuffisance rénale aiguë est également constatée, on ajoutera le code *N17.–*, contrairement à l'exclusion dans la CIM-10 sous *N17 – N19*.

S1405d 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.
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).

S1406d 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)

S1407d 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.
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).

S1408a 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

S1500 Obstétrique

S1501b Définitions

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

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

Naissance après(post)terme
41 semaines révolues ou plus (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 avant la 22^{e} semaine de grossesse révolue et avec un poids à la naissance de moins de 500 g.

Période placentaire
Période depuis la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta (selon le dictionnaire Pschyrembel).

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

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

S1502a Interruption précoce de grossesse

Avortement (O02.– à O06.–)

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

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)*

S1503e 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* 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 S0400.

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 pour désigner la maladie hépatique existante.

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).

Exemple 2

Une patiente est hospitalisée pour une anémie par carence en fer sévère due à la grossesse.

DP	*O99.0*	*Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*
DS	*D50.8*	*Autres anémies par carence en fer*
DS	*O09.–!*	*Durée de la grossesse … semaines*

Exemple 3

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

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

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

Exemple 4

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

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

S1504e 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 donnent lieu à une intervention.

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

Cicatrice utérine
Le code *O34.2 Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure* est utilisé lorsque:

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

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 l'ICD-10-GM.

S1505g 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. Ainsi, tous les accouchements par voie vaginale sans utilisation d'instruments d'extraction sont représentés par le code *73.59 Assistance manuelle de l'accouchement, autre.*
Les seules procédures obstétriques pouvant être indiquées lorsque *O80 Accouchement unique et spontané* est en diagnostic principal sont:

03.91.21	*Injection d'anesthésique dans le canal rachidien pour anesthésie lors d'examens et interventions*
73.0-	*Rupture artificielle des membranes (amniotomie)*
73.59	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*
73.6	*Episiotomie*
73.4	*Induction médicamenteuse du travail*

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

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

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*
TP	*73.59*	*Assistance manuelle de l'accouchement, autre*

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

O81 Accouchement unique par forceps et ventouse
et
O82 Accouchement unique par césarienne

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

Césarienne primaire ou secondaire

Dans la CHOP 2014, de nouveaux codes à 6 chiffres pour césarienne primaire et secondaire ont été introduits (*74.–X.10/.20*). La définition clinique d'une césarienne primaire et secondaire se différencie de la définition servant au codage médical:

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

Durée de la grossesse

Un code de la catégorie

O09.–! Durée de la grossesse

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

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 4

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

DP	*O64.4*	*Dystocie due à une présentation de l'épaule*
DS	*O32.1*	*Soins maternels pour présentation du siège*
DS	*O30.0*	*Grossesse multiple, jumeaux*
DS	*O60.1*	*Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré*
DS	*O09.5!*	*Durée de la grossesse, 34e semaine à 36 semaines révolues*
DS	*Z37.2!*	*Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants*
TP	*74.1*	*Césarienne isthmique basse*
TS	*73.59*	*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, le code correspondant du groupe *Z39.–* doit être indiqué comme diagnostic principal et le code *Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* comme diagnostic supplémentaire.

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

Accouchement avant terme, travail prématuré et faux travail

Un code de la catégorie

O47.– Faux travail

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

Un code de la catégorie

O60.– Travail prématuré avec accouchement

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

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

Grossesse prolongée et dépassement de terme

Le code

O48 Grossesse prolongée

doit être indiqué lorsque l'accouchement se produit après 41 semaines entières (à partir de 287 jours) ou que l'enfant présente des signes évidents de post-maturité.

Exemple 5

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 6

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

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

Travail prolongé

Le travail est considéré comme prolongé lorsque:

- La période de dilatation dure plus de 12 heures, on indique alors le code O*63.0 Prolongation de la première période (dilatation)*.
- La période d'expulsion dure plus de 1 heure, on indique alors le code *O63.1 Prolongation de la deuxième période (expulsion).*

Lorsqu'il s'agit d'un travail prolongé après rupture des membranes, c'est le code O*75.5 Accouchement retardé après rupture artificielle des membranes* ou *O75.6 Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes* qui doit être utilisé. Le laps de temps écoulé entre la rupture des membranes et l'accouchement doit être d'au moins 24 heures.

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).

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

S1601a Série de données de la statistique médicale

Pour tous les nouveau-nés **naissant dans l'hôpital même**, le poids à la naissance doit obligatoirement être saisi dans les données de la statistique médicale.
Pour tous les nouveau-nés et nourrissons (jusqu'à un an révolu) hospitalisés **après la naissance**, le poids à l'admission (variable 4.5.V01) doit être obligatoirement saisi.

S1602a Définitions

Période périnatale et néonatale
Selon la définition de l'OMS:
- la période périnatale commence 22 semaines après le début de la gestation et se termine à la fin du 7e jour après la naissance.
- la période néonatale commence à la naissance et se termine à la fin du 28e jour après la naissance.

S1603i 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
  Attention: dans les données minimales, sous mode d'admission (V.1.2.V03), il faut indiquer le chiffre 3 (Naissance).
- nés extra-muros et hospitalisés immédiatement après la naissance
  Attention: dans les données minimales, sous mode d'admission (V.1.2.V03), il faut indiquer le chiffre 1 (Urgence) ou 2 (Annoncé, planifié). On ne remplit pas de données pour nouveau-nés.

Note: Lors d'un accouchement normal 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 (V.1.2.V03).

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

S1604g 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*).

S1605a Enfant mort-né

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

S1606c Mesures particulières pour le nouveau-né malade

Thérapie parentérale
Le code *99.1– Injection ou perfusion de substance thérapeutique ou prophylactique* est 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**.

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

Le code du syndrome de détresse respiratoire du prématuré/nouveau-né
P22.0 Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
est réservé au codage des affections suivantes:
- maladie des membranes hyalines
- carence en surfactant

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

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

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

La catégorie

P24.– Syndromes néonatals d'aspiration

doit être utilisée lorsque le trouble respiratoire – dû au syndrome d'aspiration – a nécessité un apport d'oxygène **de plus de** 24 heures.

Le code

P22.1 Tachypnée transitoire du nouveau-né

doit être utilisé dans les diagnostics suivants:

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

S1609g Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI)

L'encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) est cliniquement échelonnée, selon les stades de Sarnat[1], de la manière suivante:

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

Pour le codage d'une encéphalopathie hypoxique ischémique, la CIM-10-GM prévoit le code *P91.6 Encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) du nouveau-né*.

Les codes pour indiquer le degré de gravité de l'EHI doivent être attribués **en plus** selon la liste établie ci-contre. Les symptômes énumérés ci-dessus ne doivent pas être codés séparément, à l'exception des convulsions (*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.

[1] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769; Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Sarnat HB, Sarnat MS, 1976

S1610h 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 40a, 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.

S1611d Insuffisance respiratoire du nouveau-né

Une insuffisance respiratoire due à un trouble respiratoire global/partiel 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 (de niveau IIb ou III) reconnue par la SSN/SSMI et qu'une ventilation invasive ou non invasive ou une assistance respiratoire par CPAP est effectuée.

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

S1801a Incontinence

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

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

N39.3 Incontinence urinaire d'effort [incontinence de stress]
N39.4– Autres formes d'incontinence urinaire précisées
R32 Incontinence urinaire, sans précision
R15 Incontinence des matières fécales

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

S1802a Dysphagie

Le code

R13.– Dysphagie

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

S1803a Convulsions fébriles

Le code

R56.0 Convulsions fébriles

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

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

S1804f Diagnostics de douleur et méthodes de traitement de la douleur

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

R52.0 Douleur aiguë

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

Les méthodes d'analgésie **non opératoire** pour la douleur aiguë (à l'exception du code CHOP *93.A3.– Traitement de douleur aiguë*) ne sont indiquées que s'il s'agit de mesures indépendantes (voir aussi P02, exemple 3).

Douleur chronique/résistante au traitement
Si un patient est hospitalisé spécialement pour le traitement de la douleur et que seul ce traitement est effectué, le code de la localisation de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal. La maladie sous-jacente doit être codée comme diagnostic supplémentaire.

Les codes

R52.1 Douleur chronique irréductible ou

R52.2 Autres douleurs chroniques

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

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

S1805e 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 S0605: Hospitalisation pour implantation d'un neurostimulateur).

S1806e 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 S0606: Hospitalisation pour ablation d'un neurostimulateur).

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

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

S1901a Lésions superficielles

Les égratignures et les contusions ne sont pas codées si elles sont liées à des lésions graves de même localisation, sauf si elles occasionnent une charge supplémentaire pour le traitement de la lésion grave, p.ex. si elles ont pour effet de retarder ce dernier.

Exemple 1
Un patient victime d'une chute est admis pour le traitement d'une fracture supracondylaire de l'humérus gauche, d'une contusion du coude et d'une fracture du corps scapulaire gauche.

DP	*S42.41*	*Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, supracondylaire*
L	*2*	
CD	*X59.9!*	*Autre accident ou accident non précisé*
DS	*S42.11*	*Fracture de l'omoplate, corps*
L	*2*	

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

S1902a Fracture et luxation

Pour le codage de fractures et luxations de vertèbres, voir S1905.

Fracture et luxation avec lésion des tissus mous
Deux codes sont nécessaires pour une fracture/luxation avec lésion des tissus mous : le code de la fracture ou de la luxation, suivi du code correspondant au degré de gravité de la lésion des tissus mous. 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*	
CD	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*S71.88!*	*Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation de la hanche et du fémur*
L	*1*	

Fracture-luxation

Dans de tels cas, il faut attribuer un code pour la fracture et un code pour la luxation; le premier code attribué est celui de la fracture. A noter que la CIM-10-GM prévoit parfois des codes combinés, p.ex.:

S52.31 Fracture distale de la diaphyse du radius avec luxation de la tête du cubitus.

Fracture et luxation de même location ou de localisation différente

En cas de lésion combinée de même localisation, il suffit d'indiquer le degré de gravité de la lésion des tissus mous par un seul code.

Exemple 2

Une patiente victime d'une chute est hospitalisée pour le traitement d'une fracture ouverte de stade I de la tête de l'humérus droit, avec luxation antérieure (ouverte) de l'épaule droite et lésion des tissus mous de stade I.

DP	*S42.21*	*Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, tête*
L	*1*	
CD	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*S43.01*	*Luxation antérieure de l'humérus*
L	*1*	
DS	*S41.87!*	*Lésion des tissus mous de stade I lors de fracture ouverte ou de luxation du bras*
L	*1*	

Lorsqu'un patient souffre de plusieurs fractures/luxations de localisations différentes, il faut saisir pour chaque localisation le degré de gravité (stade I à III) de la lésion des tissus mous.

Contusion osseuse

Une contusion osseuse avec fracture de l'os spongieux prouvée radiologiquement, alors que l'os cortical est intact, est codée comme une fracture.

S1903c Plaies/lésions ouvertes

Une catégorie ayant trait à des plaies ouvertes est prévue pour chaque région du corps.
Outre les codes «!» pour les lésions des tissus mous lors de fracture, on y trouve des codes «!» pour les blessures par pénétration cutanée dans des cavités corporelles (lésions intracrâniennes, intrathoraciques ou intraabdominales).
Dans ces cas, la plaie ouverte est codée **en plus** de la lésion (p.ex. la fracture).

Lésions ouvertes avec atteinte de vaisseaux, de nerfs et de tendons
En présence d'une lésion traumatique avec atteinte des vaisseaux sanguins, la séquence des codes dépend du risque d'amputation du membre concerné. Si tel est le cas, lors d'une lésion avec atteinte de l'artère et du nerf, il convient de coder :
- lésion artérielle d'abord
- suivie de la lésion du nerf
- puis, le cas échéant, la lésion du tendon, la fracture, la plaie ouverte.

Dans les cas où, malgré une atteinte des vaisseaux sanguins et des nerfs, la perte d'un membre est peu vraisemblable, l'ordre des codes est à mettre en relation avec la gravité de chaque atteinte.

Lésion intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale ouverte
En cas de lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale ouverte, il faut d'abord indiquer le code pour la lésion intracrânienne, intrathoracique ou intraabdominale, puis celui pour la plaie ouverte.

Exemple 1
Patient blessé par un coup de couteau au thorax avec hémothorax traumatique.

DP	*S27.1*	*Hémothorax traumatique*
CD	*Y09.9!*	*Voies de fait/agression*
DS	*S21.83!*	*Plaie ouverte (n'importe quelle partie du thorax) communiquant avec une lésion intrathoracique*

Fracture ouverte avec lésion intracrânienne/intrathoracique/intraabdominale

En cas de fracture du crâne associée à une lésion intracrânienne ou de fracture ouverte du tronc avec une lésion intrathoracique/intraabdominale, il faut indiquer les codes suivants :

- un code pour la lésion intracrânienne/intracavitaire,
- un des codes suivants :
  S01.83! Plaie ouverte (toute partie de la tête) associée à une lésion intracrânienne
  S21.83! Plaie ouverte (n'importe quelle partie du thorax) communiquant avec une lésion intrathoracique
  ou
  S31.83! Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale
- les codes pour la fracture

et

- un code pour le degré de gravité de la lésion des tissus mous de la fracture ouverte, des catégories
  S01.87! – S01.89! Lésion des tissus mous de stade I – III lors de fracture ouverte ou de luxation de la tête
  S21.87! – S21.89! Lésion de tissus mous de stade I – III lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax
  ou
  S31.87! – S31.89! Lésion des tissus mous de stade I-III lors de fracture ouverte ou de luxation de la colonne lombaire et du bassin

Complications d'une plaie ouverte

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

Remarque: Lors d'un sepsis comme complication d'une plaie ouverte, la règle S0102 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.

S1904i Perte de connaissance

Perte de connaissance
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*
CD	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*S02.1*	*Fracture de la base du crâne*
DS	*S06.71!*	*Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, de 30 minutes à 24 heures*

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 G 93.80 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 *G 93.80.* 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.

S1905c Lésion de la moelle épinière (avec paraplégie et tétraplégie traumatique)

Phase aiguë – immédiatement post-traumatique
Par phase aiguë d'une lésion de la moelle épinière, on entend la période de traitement qui suit immédiatement le traumatisme. Elle peut comprendre **plusieurs** séjours hospitaliers.

Lorsqu'un patient est hospitalisé avec une lésion de la moelle épinière (p.ex. compression, déchirure, section ou contusion), les détails suivants doivent être codés :

- 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*
CD	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*S34.72!*	*Niveau fonctionnel d'une lésion médullaire lombo-sacrée, L2*
DS	*S22.06*	*Fracture d'une vertèbre dorsale, D11 et D12*

Phase aiguë – transfert du patient

Lorsqu'un patient ayant souffert d'une lésion de la moelle épinière suite à un traumatisme est transféré d'un hôpital de soins aigus à un autre, les deux établissements doivent coder le type de lésion de la moelle épinière en diagnostic principal et la hauteur fonctionnelle de cette lésion en premier diagnostic supplémentaire.

Exemple 2

Un patient est admis à l'hôpital A avec une grave blessure de la moelle épinière consécutive à une chute. Une luxation vertébrale D7/D8 avec lésion médullaire au même niveau est confirmée par CT. L'examen neurologique montre une section médullaire incomplète en dessous de D8. Après stabilisation à l'hôpital A, le patient est transféré à l'hôpital B où il subit une arthrodèse vertébrale.

Hôpital A:

DP	*S24.12*	*Section incomplète de la moelle épinière dorsale*
CD	*X59.9!*	*Autre accident et accident non précisé*
DS	*S24.75!*	*Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D8/D9*
DS	*S23.14*	*Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D7/D8 et D8/D9*

Hôpital B:

DP	*S24.12*	*Section incomplète de la moelle épinière dorsale*
DS	*S24.75!*	*Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D8/D9*
DS	*S23.14*	*Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D7/D8 et D8/D9*

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

Lésion de la moelle épinière – phase chronique
On parle de phase chronique d'une paraplégie/tétraplégie lorsque le traitement de la maladie aiguë à l'origine des paralysies (p.ex. d'une lésion de la moelle épinière) est terminé.

Si un patient se trouvant dans cette phase chronique est traité pour paraplégie/tétraplégie, un code de la catégorie
G82.– Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «.2» ou «.3» en 5e position
doit être indiqué en diagnostic principal.

Si, par contre, un patient atteint de paraplégie/tétraplégie est hospitalisé pour le traitement d'une autre affection, telle qu'une infection des voies urinaires, une fracture du fémur, etc, on indiquera la maladie à traiter suivie du code de la catégorie:
G82.– Paraplégie et tétraplégie, avec un caractère «.2» ou «.3» en 5e position
ainsi que les autres affections existantes. L'ordre de présentation de ces diagnostics est établi en fonction de la définition du diagnostic principal.

Ajouter le code correspondant pour la hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière:
G82.6–! Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière.
Les codes pour les lésions de la moelle épinière ne doivent pas être indiqués, car ils ne peuvent être utilisés que dans la phase aiguë.

Exemple 3
Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une infection des voies urinaires. Elle présente en outre une paraplégie flasque incomplète au niveau de L2, un syndrome de la queue de cheval incomplet et un trouble mictionnel neurogène.

DP	*N39.0*	*Infection des voies urinaires, siège non précisé*
DS	*G82.03*	*Paraplégie flasque, paraplégie incomplète chronique*
DS	*G82.66!*	*Hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière, L2 – S1*
DS	*G83.41*	*Syndrome de la queue de cheval incomplet*
DS	*G95.81*	*Paralysie vésicale due à une lésion du neurone moteur inférieur*

Note: si l'existence d'un trouble mictionnel neurogène doit être indiquée, on utilisera comme dans l'exemple ci-dessus un code supplémentaire de la catégorie *G95.8–*.

Codage de fractures et luxations de vertèbres

Voir aussi S1902 Fracture et luxation.

En cas de fractures ou luxations multiples, il faut indiquer chaque niveau.

Exemple 4

Suite à un accident de voiture, un patient est hospitalisé avec une fracture ouverte compliquée de stade II des vertèbres dorsales D2, D3 et D4 avec déplacement à la hauteur D2/D3 et D3/D4 et section complète de la moelle épinière au niveau de D3. L'examen neurologique confirme une section complète au-dessous de D3.

DP	*S24.11*	*Lésion transversale complète de la moelle dorsale*
CD	*V99!*	*Accident de transport*
DS	*S24.72!*	*Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle dorsale, D2/D3*
DS	*S22.01*	*Fracture d'une vertèbre dorsale, niveau D1 et D2*
DS	*S22.02*	*Fracture d'une vertèbre dorsale, niveau D3 et D4*
DS	*S23.11*	*Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D1/D2 et D2/D3*
DS	*S23.12*	*Luxation d'une vertèbre dorsale, niveau D3/D4 et D4/D5*
DS	*S21.88!*	*Lésion des tissus mous de stade II lors de fracture ouverte ou de luxation du thorax*

S1906a Lésions multiples

Diagnostics
Dans la mesure du possible, les lésions doivent être codées chacune de manière très précise en fonction de leur localisation et de leur nature.

Les codes combinés *T00 – T07 Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps pour des blessures multiples* ainsi que les codes *S00 – S99*, prévus pour indiquer des lésions multiples avec un «.7» comme 4e caractère, doivent être utilisés uniquement si le nombre des blessures à coder excède le nombre maximum de diagnostics à disposition.

Dans ces cas, les codes spécifiques (en fonction de la localisation/nature de la lésion) doivent être utilisés pour coder les lésions les plus graves, et les catégories multiples pour coder les lésions moins sévères (p.ex. blessures superficielles, plaies ouvertes, entorses et élongations).

Remarque: Pour coder des «lésions multiples» ou un «polytraumatisme», l'index alphabétique CIM-10-GM propose le code *T07 Lésions traumatiques multiples, sans précision*. Ce code est peu spécifique et ne doit, si possible, **pas** être utilisé.

Ordre de présentation des codes en cas de lésions multiples
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*
CD	*V99!*	*Accident de transport*
DS	*S06.70!*	*Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, moins de 30 minutes*
DS	*S08.1*	*Amputation traumatique de l'oreille*
L	*1*	
DS	*S01.41*	*Plaie ouverte de la joue*
L	*1*	
DS	*S71.1*	*Plaie ouverte de la cuisse*
L	*1*	
DS	*S10.0*	*Contusion de la gorge*
DS	*S40.0*	*Contusion de l'épaule et du bras*
L	*1*	

Dans ce cas, les codes *S09.7 Lésions traumatiques multiples de la tête* et *T01.8 Plaies ouvertes avec d'autres associations de parties du corps* ne doivent **pas** être utilisés, vu que des codes individuels doivent être indiqués dans la mesure du possible.

S1907a Brûlures et corrosions

Ordre de présentation des codes

Il faut indiquer en premier la région du corps présentant la brûlure/corrosion la plus grave. Il y a donc lieu d'indiquer une brûlure/corrosion du troisième degré avant une brûlure/corrosion du deuxième degré, même si cette dernière touche une plus grande surface du corps que la première.

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

Exemple 1

Brûlures du 2e et 3e degré de la cheville droite (< 10%) par de l'eau bouillante.

DP	*T25.3*	*Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied*
L	*1*	
CD	*X19.9!*	*Brûlure ou échaudage par la chaleur ou des substances bouillantes*
DS	*T31.00!*	*Brûlures sur moins de 10% de la surface totale du corps*

Les brûlures/corrosions nécessitant une transplantation de peau doivent toujours être indiquées avant celles qui n'en nécessitent pas.

S'il y a plusieurs brûlures/corrosions de même degré, il faut alors indiquer en premier la région comptant la plus grande surface du corps touchée. Toutes les autres brûlures/corrosions doivent autant que possible être codées en précisant leur localisation.

Exemple 2

Brûlure de degré 2a de la paroi abdominale (15%) et du périnée (10%) par de l'eau bouillante.

DP	*T21.23*	*Brûlure du tronc, de la paroi abdominale de degré 2a*
CD	*X19.9!*	*Brûlure ou échaudage par la chaleur ou des substances bouillantes*
DS	*T21.25*	*Brûlure du tronc, des parties génitales externes de degré 2a*
DS	*T31.20*	*Brûlures sur 20 à 29% de la surface totale du corps*

Lorsque le nombre de diagnostics à coder excède le nombre de diagnostics à disposition, il convient d'utiliser le code *T29.– Brûlures et corrosions de parties du corps, multiples et non précisées*.

Pour les brûlures/corrosions du troisième degré, il faut toujours utiliser les codes différenciés. Lorsque des codes multiples sont requis, ils sont utilisés pour des brûlures/corrosions du deuxième degré.

Surface du corps

Chaque cas de brûlure ou de corrosion doit recevoir **en plus** un code de la catégorie

T31.–! *Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte*

ou

T32.–! *Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte*

pour indiquer le pourcentage de la surface du corps atteinte.

Le quatrième caractère représente la somme de toutes les brûlures/corrosions en pourcentage de la surface du corps. Un code des catégories *T31.–!* et *T32.–!* doit être indiqué une seule fois après le dernier code représentant les régions atteintes.

S1908b Intoxication par des médicaments, drogues et substances biologiques

Le diagnostic «Intoxication par des médicaments/drogues» est posé dans les cas de prise **erronée** ou d'emploi **incorrect**, d'utilisation à des fins de suicide ou de meurtre et en cas d'effets secondaires de médicaments prescrits, pris en relation avec une automédication.

Les intoxications sont classées dans les catégories

T36 – T50 *Intoxication par des médicaments et des substances biologiques*
et
T51 – T65 *Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale.*

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*
CD	*X49.9!*	*Empoisonnement accidentel*
DS	*T40.2*	*Intoxication par narcotiques et psychodysleptiques, autres opioïdes*

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

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

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

T36 – T50 *Intoxication par des médicaments et des substances biologiques*
et
T51– T65 *Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale.*

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

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

Surdosage d'insuline 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].*

S1909f Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)

Lorsque des médicaments répondant à des indications médicales et pris **conformément aux prescriptions** provoquent des effets indésirables, ces derniers sont codés comme suit :

- un ou plusieurs codes pour l'état morbide par lequel se manifestent les effets indésirables, complétés du code *Y57.9! Complications dues à des médicaments ou à des drogues* si cette mention n'est pas contenue dans le code.

Exemple 1

Une patiente est hospitalisée pour une gastrite hémorragique aiguë due à de l'acide acétylsalicylique pris conformément aux prescriptions. Aucune autre cause de gastrite n'est identifiée.

DP	*K29.0*	*Gastrite hémorragique aiguë*
CD	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*

Exemple 2

Un patient VIH-positif est hospitalisé pour le traitement d'une anémie hémolytique induite par la thérapie antirétrovirale.

DP	*D59.2*	*Anémie hémolytique non auto-immune, due à des médicaments*
DS	*Z21*	*Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*

- 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 (ordre des codes conformément à la règle G 52).

Exemple 3

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*
CD	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*D68.33*	*Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)*

Exemple 4

Un patient sous traitement coumarinique qu'il prend conformément aux prescriptions médicales est hospitalisé avec des symptômes d'accident vasculaire cérébral. Le scanner cérébral révèle une hémorragie intracérébrale. L'anticoagulation est suspendue transitoirement et une médication orale de vitamine K est administrée au patient.

DP	*I61.0*	*Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale*
CD	*Y57.9!*	*Complications dues à des médicaments ou à des drogues*
DS	*D68.33*	*Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)*

S1910b Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association (prises contrairement aux prescriptions)

Intoxication par des médicaments en association avec de l'alcool
Tout effet indésirable d'un médicament pris **en association avec de l'alcool** doit être codé comme **une intoxication par les deux substances**.

Intoxication par des médicaments prescrits pris en association avec des médicaments non prescrits
Tout effet indésirable résultant de l'association d'un médicament **prescrit** et d'un médicament **non prescrit** doit être codé comme **une intoxication par les deux principes actifs**.

Voir aussi S1908.

S2000 Causes externes de morbidité et de mortalité

Ce chapitre permet de classer des événements environnementaux et des situations comme des causes de lésions, d'intoxications, des maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et d'autres effets nocifs. Leur saisie répond à des exigences épidémiologiques.

Sauf mention contraire dans les règles de codage, les codes pour les causes externes (*V – Y*) sont impérativement indiqués à la suite des codes pour les lésions, les intoxications, les maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et les autres effets nocifs.

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

Au cas où 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 en **complément au diagnostic principal** (CD). 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*
CD	*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*
CD	*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*

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*
CD	*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.

D59.2	*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).

S2100 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»
- 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.

Directives de codage de la réadaptation

Sont concernés les cas de patients en réadaptation ayant une date de sortie d'hospitalisation à partir du 1er janvier 2020.
Dans ce qui suit sont décrites les directives de codage qui sont valables en réadaptation avec des exemples de diagnostics et de traitements spécifiques à la réadaptation stationnaire.

Champ d'application:
Les exigences décrites relatives au codage des cas de réadaptation pour les patients hospitalisés s'appliquent à tous les traitements dispensés dans les hôpitaux ou cliniques de réadaptation ainsi que dans les services de réadaptation des hôpitaux de soins aigus. Ceux-ci sont actuellement remboursés selon un tarif dit de réadaptation et, à l'avenir, ils intégreront le champ d'application de la structure tarifaire ST Reha.

Instruments en vigueur pour le codage médical:
Pour le codage de tous les cas hospitalisés avec une date de sortie au 1er janvier 2020 sont valables, le /la /l'
- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2020
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2020 / Nr. 1 et Nr. 2
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2020
- CIM-10-GM 2018 Index systématique: Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: 10e révision – German Modification
- ICD-10-GM 2018 Index systématique, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext

En cas de contradiction entre le manuel de codage (y compris les présentes directives de codage) et les classifications CHOP et CIM-10-GM 2018, le manuel de codage (incluant les présentes directives de codage) a primauté pour établir le codage.

Les démarcations à considérer en réadaptation stationnaire sont les suivantes:
Réadaptation précoce («Frührehabilitation»):
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
93.89.1.- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement

Réadaptation aiguë:
Elle se définit par des prestations spéciales en réadaptation stationnaire qui sont fournies à des patients en somatique aiguë.
93.89.9.- Réadaptation gériatrique aiguë
93.89.2.- Réadaptation aiguë de médecine physique
93.9A.1.- Réadaptation pulmonaire aiguë

Le codage de la réadaptation précoce et de la réadaptation aiguë s'effectue selon les règles appliquées en somatique aiguë.

Règles de codages

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 4.8V01 de la statistique médicale garantit par là-même un relevé épidémiologique correct des diagnostics en somatique aiguë.

Exemple pour le codage du diagnostic principal:
Réadaptation cardiovasculaire
Un patient est admis en réadaptation par suite d'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

Réadaptation musculosquelettique
Un patient est admis en réadaptation à la suite de la pose d'un implant à cause d'arthrose primaire de la hanche. L'évolution est favorable.
DP M16.1 Autres coxarthroses primaires

Le diagnostic supplémentaire:
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 les cas:
• des mesures thérapeutiques
• des mesures diagnostiques
• des moyens accrus (suivi, soins et/ou surveillance)

Codage, si l'effort de soins est > 0.

Directives spécifiques à la réadaptation:
En cas de transfert en réadaptation stationnaire et conformément à la règle D15g, un code de type *Z50.-! Soins impliquant une rééducation* doit figurer comme diagnostic secondaire. En cas de réadaptation cardiaque, c'est le *Z50.0! Rééducation des cardiaques* qui s'applique, et avec les autres types de réadaptation, c'est *Z50.8! Soins impliquant d'autres moyens de rééducation* qui s'applique.

L'ampleur de la limitation fonctionnelle à l'entrée doit être représentée sous forme de diagnostic secondaire via les codes *U50.- Limitation fonctionnelle motrice* et *U51.- Limitation fonctionnelle cognitive.* Ceci est établi en plus du relevé des instruments de mesure pour la réadaptation, qui figurent dans le chapitre AA. - du manuel CHOP.
(Voir section «Procédures»)

Si la réadaptation est effectuée après une opération de pose d'implants ou après une transplantation d'organe, le code *Z94.- Status post greffe d'organe et de tissu*, ou le *Z95* et suivants sont à saisir comme diagnostic secondaire.

Exemples pour le codage des diagnostics supplémentaires
Réadaptation cardiovasculaire
Un patient est admis en réadaptation stationnaire après une transplantation cardiaque à cause d'une cardiomyopathie dilatée. L'indice Barthel est de 68 points à l'entrée et le MMSE est de 29 points.
DP I42.0 Myocardiopathie avec dilatation
DS Z50.0! Rééducation des cardiaques
DS Z94.1 Status post greffe du cœur
DS U50.20 Index de Barthel: 60–75 points
DS U51.02 MMSE: 24–30 points

Réadaptation neurologique

Un patient, présentant 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, est admis en réadaptation stationnaire. À l'entrée, l'indice de Barthel s'élève à 27 points. Seuls des déficits cognitifs légers sont notifiés, le MMSE est établi à 28 points.

DP	*I63.4*	*Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
DS	*Z50.8!*	*Soins impliquant d'autres moyens de rééducation*
DS	*R47.0*	*Dysphasie et aphasie*
DS	*G81.0*	*Hémiparésie ou hémiplégie flasque*
DS	*U50.40*	*Limitation fonctionnelle motrice sévère. Barthel-Index : 20–35 points.*
DS	*U51.02*	*MMSE : 24–30 points*

Réadaptation pulmonaire

Un patient atteint de fibrose kystique est référé par son médecin de famille pour une réadaptation pulmonaire en raison d'une détérioration d'une insuffisance respiratoire chronique connue et documentée. Une assistance respiratoire est initiée à domicile. À *l'entrée, l'index de Barthel est documenté à 80 points, le MMSE se révèle 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*

Procédures

Pour chaque cas de réadaptation, les 3 informations suivantes doivent être collectées :

1) CHOP BA «Prestation de base en réadaptation» – subdivisée en 8 catégories

À coder 1x par séjour, sauf en cas de changement de type de rééducation pour des raisons médicales.

La prestation de base est également codée pour une durée de réadaptation de moins de 7 jours que ce soit en cas de transfert interne ou de décès du patient voire de sortie prématurée contre l'avis médical. Le motif doit être enregistré sous la variable «Décision de sortie (1.5V02)»

2) Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA

Les activités élémentaires et la multimorbidité doivent être mesurées et documentées à l'entrée et à la sortie pour chaque patient.

Pour la MIF®, l'EBI sera saisi avec le code AA.11 ; la table de conversion MIF®-EBI est accessible sous le lien suivant :

- En allemand : https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf
- En français : https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf
- En italien : https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf

Les codes suivants sont concernés :

- AA.11.-- Indice de Barthel étendu (EBI)
- AA.21.-- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- AA.31.-- Test de marche de 6 minutes
- AA.32.-- Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

La mesure à l'entrée doit en principe être effectuée dans les 3 jours ouvrables* par rapport à l'entrée en réadaptation stationnaire (mesure à l'entrée). De façon analogue, la mesure à la sortie doit être effectuée dans les 3 jours ouvrables* précédant la sortie du patient (mesure à la sortie).

* La définition de «dans les 3 jours ouvrables» est à comprendre de la manière suivante : pour calculer trois jours ouvrables, il convient de noter que seul le dimanche est considéré comme un jour férié. Les samedis sont considérés comme des jours ouvrables.

3) L'affectation aux domaines de prestations (LB pour Leistungsbereich) de ST Reha se poursuivra en 2020 en utilisant le codage analogique suivant:

I Limitation fonctionnelle du système nerveux	93.19 Exercices non classés ailleurs
II Limitation fonctionnelle du cœur	93.36.00 Réadaptation cardiaque, SAP
III Limitation fonctionnelle du poumon	93.9A.00 Réadaptation pulmonaire, SAP
IV Autre limitation fonctionnelle	93.89.09 Rééducation, NCA

Autres prestations et généralités
– Charge supplémentaire, si fournie

CHOP BB.1 - Charge supplémentaire en réadaptation fournie par les infirmiers, médecins et les thérapeutes
Ces codes permettent de représenter les cas nécessitant des soins et des thérapies intensives lors de leur séjour en réadaptation. Ce code comprend des prestations clairement définies en plus des prestations de base. Huit domaines sont dénombrés dans lesquels des charges supplémentaires peuvent être indiquées en réadaptation. Une charge minimale par jour s'applique pour chaque prestation. La somme totale des points de dépense se calcule pour l'ensemble de la durée du séjour du patient en réadaptation à partir de la somme des points calculés par jour (un maximum de 10 points est comptabilisé par jour).
Le montant total par séjour est indiqué avec le code CHOP BB.1-.
Le traitement de soins infirmiers complexes 99.C1.- n'est pas à coder en plus.

– Procédures, qui doivent être codées (liste non exhaustive):

Toutes les procédures significatives, qui ont été effectuées en plus de la thérapie de rééducation pendant le séjour en réadaptation stationnaire, doivent être codées. Ceci inclut les procédures diagnostiques, thérapeutiques et curatives.
Par définition, une procédure significative:
- est de nature chirurgicale
- comporte un risque à l'intervention
- comporte un risque à l'anesthésie
- exige des installations ou des appareils (gros appareils ou équipements) spéciaux (p. ex. IRM) ou une formation particulière.

Le traitement ambulatoire extra-muros: si un patient hospitalisé reçoit des prestations externes ambulatoires (par exemple: IRM, dialyse, chimiothérapie, etc.), celles-ci sont à coder pour les patients hospitalisés et cela avec un item spécial «traitement ambulatoire extra-muros» (variables 4.3V016, 4.3V026, 4.3V036, etc.).

Caractéristiques minimales
Les caractéristiques minimales d'une procédure figurant dans l'index systématique du manuel CHOP doivent toutes être remplies et documentées pour chaque cas. Tenir compte des mentions comme notices, remarques, inclusions et exclusions.

– Procédures qui ne sont pas à coder

Ne sont pas codées les procédures effectuées de manière routinière chez la plupart des patients avec une pathologie donnée. 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 (liste non exhaustive):
- Examens radiographiques conventionnels
- ECG (ECG au repos, de longue durée, d'effort)
- Prise de sang et examens de laboratoire
- Thérapies médicamenteuses à l'**exception**:
  - ➢ des thérapies cytostatiques, immunothérapies, thrombolyses, facteurs de coagulation, produits sanguins
  - ➢ des médicaments onéreux (code ATC)

Exception lors de la réadaptation en paraplégie:
Le traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87) s'applique aussi bien en somatique aiguë qu'en réadaptation stationnaire. C'est pour ce motif qu'il n'y a pas de prestations de base (BA) enregistrée au chapitre 18 du catalogue CHOP pour la réadaptation en cas de paraplégie. Le traitement de soins infirmiers complexes est relevé avec le code *99.C1.-* et non pas avec le code *BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation.*

Sont à coder:
- 93.87 Traitement complexe de réadaptation en paraplégie
- Mesures de l'activité de la vie quotidienne et de la multimorbidité – CHOP AA
- Affectation au domaine de prestations de ST Reha: limitation fonctionnelle du système nerveux et codage analogique 93.19 Exercices non classés ailleurs (seulement pour 2019 et 2020)
- D'autres prestations qui doivent être codées:
    - 99.C1 Traitement de soins infirmiers complexes
    - 93.9F Ventilation mécanique et assistance respiratoire
    - et divers

Exemples et commentaires:

DP	**TP** **Prestations de base (BA) = 8 types de REHA** **ou Traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87)**
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 93.87.- Traitement complexe de réadaptation en paraplégie

Dans les exemples suivants, U50.- et / ou U51.- doivent être codés comme diagnostic secondaire conformément à la documentation médicale.

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. Comme diagnostic supplémentaire, il a une maladie coronarienne bitronculaire qui est traitée avec des médicaments. En soins infirmiers, le patient nécessite une charge supplémentaire documentée de 73 points de dépense qui dépasse les prestations de base en réadaptation. En outre, une visite à domicile au cours de l'hospitalisation en réadaptation est effectuée pour clarifier la situation domiciliaire ainsi que pour évaluer divers autres objectifs et mesures à entreprendre.

DS	I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiplégie flasque
DS	I25.12	Athérosclérose cardio-vasculaire. Maladie bitronculaire
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	**BA.1**	**Réadaptation neurologique**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	BB.18	Charge supplémentaire en réadaptation, au moins 71
TS	93.89.D2	jusqu'à 80 points de dépense
LB	93.19	Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, plus de 4 heures et jusqu'à 6 heures
LB	93.19	Exercices non classés ailleurs

Exemple 2: Réadaptation psychosomatique

Un patient est hospitalisé en réadaptation 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 établie.

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	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	**BA.2**	**Réadaptation psychosomatique**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 3: Réadaptation pulmonaire

Transfert d'un patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique Gold III, consécutive à de nombreuses années d'abus persistant de nicotine et d'une maladie inflammatoire aiguë des voies respiratoires inférieures. D'autres diagnostics secondaires sont documentés médicalement.

Un traitement prolongé par antibiothérapie ainsi qu'une sensation de suffocation occasionnelle conduisent à une bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire. Comme assistance respiratoire dans le cadre de l'insuffisance respiratoire, un traitement de CPAP est instauré pendant 3 jours. Concernant les soins administrés par des infirmiers et des thérapeutes, une aide à l'arrêt du tabac ainsi qu'une kinésithérapie sont entreprises et enseignées. La thérapie respiratoire intensive quotidienne entraîne une charge supplémentaire documentée de 35 points de dépense.

DS	J44.01	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures VEF1 >=35 % et <50 % de la norme
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	F17.1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac: Utilisation nocive pour la santé
DS	J96.99	Insuffisance respiratoire, sans précision: Type non précisé
DS	I10.90	Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	**BA.3**	**Réadaptation pulmonaire**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	AA.31	Test de marche de 6 minutes
TS	BB.14	Charge supplémentaire en réadaptation, au moins 31 jusqu' à 40 points de dépense
TS	33.24.11	Trachéo-bronchoscopie (flexible) (rigide) avec lavage broncho-alvéolaire
TS	93.9G.11	Traitement par pression positive au masque, CPAP, instauration du traitement, en l'espace de 3 jours
LB	93.9A.00	Réadaptation pulmonaire, SAP

Exemple 4: Réadaptation cardiaque

Transfert depuis la somatique aiguë 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 qui doit être prise en charge.

DP	I21.4	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
DS	Z50.0!	Rééducation des cardiaques
DS	I25.12	Cardiopathie artérioscléreuse, Maladie bitronculaire
DS	E66.89	Autres obésités: Obésité, sans précision
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	**BA.4**	**Réadaptation cardiaque**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.36.00	Réadaptation cardiaque, SAP

Exemple 5: Réadaptation musculosquelettique

Un patient est adressé par son médecin traitant pour une réadaptation stationnaire. Il souffre d'une arthrose du genou post-traumatique, induisant une douleur au bas du dos qui est allégée en décharge. Le traitement hospitalier comprend l'élucidation de la pathologie et le traitement des maladies concomitantes. L'accent est mis sur le traitement analgésique accompagné d'un reconditionnement musculaire.

HD	M17.3	Autres gonarthroses post-traumatiques
ND	M54.5	Lombalgie basse
ND	E11.90	Diabète sucré, type 2: Sans complication: Non désigné comme décompensé
ND	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
ND	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
HB	**BA.5**	**Réadaptation musculosquelettique**
NB	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 6: Réadaptation en médecine interne et oncologique

Un patient atteint d'un carcinome bronchique du lobe supérieur avec atteintes ganglionnaires de diverses régions est adressé en réadaptation stationnaire consécutivement à son hospitalisation en somatique aiguë. La chimiothérapie commencée à l'hôpital de soins aigus doit être poursuivie. Le but du traitement est d'améliorer la fonction corporelle dans le sens d'un reconditionnement. Pendant le séjour, il y aura un tumor board à l'hôpital de somatique aiguë en présence du patient.

DP	C34.1	Tumeur maligne des bronches et du poumon: Lobe supérieur, bronches ou poumon
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
DS	C77.8	Ganglions lymphatiques de sièges multiples
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	**BA.6**	**Réadaptation en médecine interne et oncologique**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	89.93 **Ambulatoire à l'extérieur**	Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur
LB	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 7: Réadaptation pédiatrique

Transfert en réadaptation stationnaire d'un enfant souffrant d'encéphalomyélite qui présente des dysfonctionnements cérébraux organiques liés à sa maladie de base, des déficits fonctionnels et des crises épileptiques récurrentes. Sa pathologie nécessite des soins et des investissements thérapeutiques supplémentaires considérables qui, selon la documentation, s'élèvent à 139 points de dépense. Pour le monitoring de la réadaptation, des mesures diagnostiques périodiques sont effectuées.

DP	G04.9	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite, sans précision
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
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
TP	**BA.7**	**Réadaptation pédiatrique**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	BB.1C	Charge supplémentaire en réadaptation, au moins 101 jusqu'à 150 points de dépense
LB	93.89.09	Rééducation, NCA

Exemple 8: Réadaptation gériatrique

Un patient multimorbide, à la suite de son hospitalisation en somatique aiguë, est transféré en réadaptation stationnaire pour la prise en charge de ses maux de dos accompagnés d'irradiations douloureuses radiculaires et de paralysie.
Les diagnostics secondaires sont codés selon la documentation médicale.
Au cours de l'hospitalisation en réadaptation, une visite à domicile est effectuée pour clarifier la situation domiciliaire ainsi que pour évaluer divers autres objectifs et mesures à entreprendre.

DP **ZHD** (Complément au diagnostic principal)	M48.06 **G 55.3***	Rétrécissement du canal médullaire: Région lombaire Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies (M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)
DS	Z50.8!	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
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	G63.2*	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	Malnutrition protéino-énergétique légère
DS	E55.9	Carence en vitamine D, sans précision
DS	U50.-	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.-	Limitation fonctionnelle cognitive
TP	**BA.8**	**Réadaptation gériatrique**
TS	AA.1-	Instruments de mesure de l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	93.89.D2	Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, plus de 4 heures et jusqu'à 6 heures
LB	93.89.09	Rééducation, NCA

Annexe

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

Liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du «syndrome de pied diabétique»:

1. Infection et/ou ulcère

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

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

Ulcère de décubitus de 1er degré	*L89.0–*
Ulcère de décubitus de 2e degré	*L89.1–*
Ulcère de décubitus de 3e degré	*L89.2–*
Ulcère de décubitus de 4e degré	*L89.3–*
Décubitus, degré non précisé	*L89.9–*
Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	*L97*
Mal perforant plantaire	*L98.4*
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	*G63.2**
Neuropathie du système nerveux autonome au cours de maladies endocriniennes et métaboliques	*G99.0**

4. Déformations

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

5. 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)

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 tratement
- Dysplasie du col ou carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel: fièvre à plus de 38,5° C ou diarrhée depuis plus de 1 mois
- 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

Malnutrition

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
Score NRS*	≥ 5	*E44.1*	*E44.0*	*E43*
	4	*E44.1*	*E44.0*	*E44.0*
	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)

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)

Index alphabétique

A

Ablation
– cathéter péritonéal de dialyse **143**
– implants mammaires **140**
– shunt AV **143**
Abréviations **10**
Absence de **44**
Accident vasculaire cérébral
– aigu **119**
– ancien **119**
– déficits fonctionnels **119**
Accouchement
– anomalies de la coagulation **145**
– atonie utérine et hémorragie **155**
– avant l'admission **153**
– avant terme **154**
– césarienne primaire **152**
– césarienne secondaire **152**
– choix du diagnostic principal **151**
– cicatrice utérine **150**
– complications **150**
– enfant mort-né **147**
– faux travail **154**
– mouvements réduits du fœtus **150**
– naissances multiples **153**
– par césarienne **152**
– par forceps **152**
– par ventouse **152**
– positions et présentations anormales du fœtus **150**
– règles spéciales **151**
– résultat de l'accouchement **152**
– travail prématuré **154**
– travail prolongé **155**
– unique et spontané par voie vaginale **151**
Adhérences (péritonéales) **138**
Affection
– avec origine dans la période périnatale **156**
– chroniques avec poussée aiguë **51**
– de plusieurs valvules cardiaques **130**
– de valvule cardiaque **130**
– pendant la grossesse **148**
Ajustement
– prothèse auditive implantée **124**
Angine de poitrine **126**
Annexe
– classification CDC **200**
– diabète sucré décompensé **195**
– malnutrition **202**
– stades de la malnutrition chez l'adulte **202**
– stades de la malnutrition chez l'enfant **203**
– VIH/SIDA catégories **200**
Anomalies
– de la coagulation pendant la grossesse **150**
– de la sécrétion pancréatique **115**
Appareil
– circulatoire **125**
– digestif **138**
– génito-urinaire **141**
– respiratoire **133**
Appendicite **138**
Arthroscopie **74**
Asphyxie obstétricale **162**
Atonie utérine et hémorragie **155**
Avortement **145**
– avec complications consécutives **145**

B

Bactériémie **85**
Brûlures
– surface du corps **178**

C

Cardionéphropathie hypertensive **125**
Cardiopathie
– angine de poitrine **126**
– hypertensive **125**
– ischémique **126**
– ischémique, traitement chirurgicalement (stent/bypass) **127**
– syndrome coronarien aigu **126**
Cas de traitement
– définition **30**
Cathéter péritonéal
– ablation **143**
Causes externes **183**
Césarienne
– primaire ou secondaire **152**
Chimiothérapie **107**
Chirurgie
– bariatrique, opération de peau **140**
– plastique **140**
– réparatrice des mutilations génitales **142**
Choc septique **88**

Choix du diagnostic principal **32**
CHOP
– abréviations **27**
– classes résiduelles **25**
– conventions typographiques **27**
– généralités **23**
– index alphabétique **23**
– index systématique **24**
– structure **23**
– structure de la classification **24**
Cicatrice utérine **150**
CIM-10-GM
– abréviations **20**
– conventions typographiques **20**
– historique **16**
– index alphabétique **19**
– introduction **16**
– structure **16**
Classifications
– CHOP **23**
– CIM-10-GM **16**
Codage
– Procédé de codage correct **28**
Code
– avec point d'exclamation **42**
– codes Z **184**
– combiné **52**
– dague† – étoile* **40**
– de cause externe **183**
Complément au diagnostic principal
– définition **33**
Complications
– anomalies de la coagulation pendant la grossesse **150**
– après un acte à visée diagnostique et thérapeutique **53**
– cicatrice utérine **150**
– de la grossesse **150**
– d'une plaie ouverte **170**
– mouvements réduits du fœtus **150**
– positions et présentations anormales du fœtus **150**
Contrôle
– après transplantation cardiaque **131**
– après tumeur **102**
Contusion osseuse **167**
Convalescence **63**
Convulsions fébriles **163**
Corrosions
– surface du corps **178**
CPAP
– chez les adultes, enfants, adolescents **136**
– chez les nouveau-nés et les nourrissons **136**
– instauration **136**
– vérification/optimisation **136**
Croup
– pseudo croup **97**
– syndrome du croup **97**
– vrai croup **97**

D
Dague† – étoile* **40**
Date du traitement **71**
Début du traitment (heure) **71**
Défibrillateurs cardiaques **131**
– changement d'agrégat **131**
– complications **131**
Définitions
– avortement/fausse-couche **144**
– cas de traitement **30**
– complément au diagnostic principal **33**
– diagnostic principal **31**
– diagnostics supplémentaires **34**
– durée de la grossesse **144**
– enfant mort-né **144**
– exclusion **21**
– mortinaissance **144**
– naissance après terme **144**
– naissance à terme **144**
– naissance avant terme **144**
– naissance vivante **144**
– période périnatale et néonatale **156**
– période placentaire **144**
– période post-partum **144**
– période post-placentaire **144**
– puerpéralité **144**
– traitement principal **36**
– traitements supplémentaires **36**
Dépassement de terme **154**
Déshydratation
– lors d'une gastroentérite **139**
Diabète sucré
– avec angiopathie périphérique **113**
– avec complications **109**
– avec complications rénales **112**
– avec maladies oculaires **112**
– avec maladies vasculaires périphériques **113**
– avec neuropathie **113**
– catégories **108**
– en diagnostic principal **109**
– en diagnostic supplémentaire **111**
– pendant la grossesse **148**
– syndrome du pied diabétique **114**
– types **108**
Diagnostic
– bilatéral **39**
– différentiel **29**
– localisations multiples **39**
– présumé, aucun diagnostic établi **49**
– présumé exclu **49**
– présumé lors de transfert autre hôpital **50**
– présumé probable **49**
– principal, choix du diagnostic principal **31**
– principal, définition **31**
– principal lors de complications dans les 18 jours **69**
– supplémentaire, définition **34**
– supplémentaire, ordre des diagnostics **35**

– unilatéral 39
Dialyse 141
– pose de cathéter péritonéal 143
Douleur
– aiguë 164
– chronique 164
– résistante au traitement 164
Durée de la grossesse 152
Dysphagie 163

E
Echec
– après transplantation 82
– de greffe de cornée de l'œil 123
Effets indésirables
– de substances prises en association (contre prescriptions) 182
– de substances thérapeutiques (selon prescription) 181
Empoisonnement 166
Encéphalopathie hypoxique ischémique 161
Endoscopie
– avec passage en chirurgie ouverte 76
Enfant mort-né 147
– codage 160
Entretien
– prothèse auditive implantée 124
Etat après 44
Examen de contrôle
– après tumeur 102
Excision
– étendue dans la région tumorale 101

F
Faux travail 154
Fermeture
– de fistule AV 143
Fibrose kystique 115
Fistule AV 143
Fracture
– avec lésion des tissus mous 166
– avec luxation 167
– de même location / de localisation différente 167
– de vertèbres 176
– ouverte avec lésion intraabdominale 169
– ouverte avec lésion intracrânienne 169
– ouverte avec lésion intrathoracique 169

G
Gastrite
– avec ulcère de l'estomac 138
Gastroentérite
– avec déshydratation 139
Généralités G00 – G56 11
Grossesse
– anomalies de la coagulation 150
– avec affections 148
– avortement 145
– cicatrice utérine 150
– complications 150
– définitions 144
– durée 152
– enfant mort-né 147
– extra-utérine, avec complications 145
– interruption précoce 145
– maladies du foie 148
– molaire, avec complications 145
– mouvements réduits du fœtus 150
– naissances multiples 153
– positions et présentations anormales du fœtus 150
– prolongée et dépassement de terme 154

H
Hémodialyse 141
Hémorragie
– et atonie utérine 155
– gastro-intestinale 139
– post-partum 155
Historique 11
Hypertension
– et cardionéphropathie hypertensive 125
– et cardiopathie hypertensive 125
– et néphropathie hypertensive 125

I
Implants mammaires
– ablation 140
Incontinence 163
Infarctus du myocarde
– aigu 126
– récidivant 126
Infection génito-urinaire pendant la grossesse 148
Insuffisance
– rénale aiguë 142
– rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 142
– respiratoire 137
– respiratoire du nouveau-né 162
Interruption précoce de grossesse
–avortement 145
Intervention
– arthroscopique 74
– bilatérale 79
– combinée 75
– complexe 75
– endoscopique 74
– interrompue 76
– laparoscopique 74
– panendoscopique 74
Intoxication
– aiguë accidentelle 118
– aiguë non accidentelle 118
– ivresse 118
– par des médicaments, drogues et substances biologiques 179

– par des médicaments prescrits avec non prescrits **182**
– par des substances prises en association (contre prescription) **182**
– surdosage d'insuline chez un diabétique **180**
Introduction version 2020 **9**
Intubation sans ventilation mécanique **136**
Ivresse **118**

L
Laparoscopie
– avec passage en chirurgie ouverte **76**
Latéralité
– des diagnostics **39**
– des procédures **71**
Lésion
– de la moelle épinière **173**
– des tissus mous **166**
– liée à une perte de connaissance **171**
– multiples **177**
– ouverte **168**
– ouverte avec atteinte de nerfs **168**
– ouverte avec atteinte de tendons **168**
– ouverte avec atteinte de vaisseaux **168**
– ouverte, intraabdominale **168**
– ouverte, intracrânienne **168**
– ouverte, intrathoracique **168**
– superficielle **166**
– traumatique **166**
Luxation
– avec fracture **167**
– avec lésion des tissus mous **166**
– de même location ou de localisation différente **167**
– de vertèbres **176**
Lymphangiose carcinomateuse **106**
Lymphome **106**

M
Maladie
– après un acte à visée diagnostique et thérapeutique **53**
– chronique avec poussée aiguë **51**
– de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané **140**
– de l'appareil circulatoire **125**
– de l'appareil digestif **138**
– de l'appareil génito-urinaire **141**
– de l'appareil respiratoire **133**
– de l'œil et de ses annexes **123**
– de l'oreille et de l'apophyse mastoïde **124**
– de plusieurs valvules cardiaques **130**
– des membranes hyalines **160**
– de valvule cardiaque **130**
– du foie pendant la grossesse **148**
– du système nerveux **119**
– endocrinienne, nutritionnelle et métabolique **108**
– imminente **48**
– infectieuse et parasitaire **85**
– menace de **48**
Maladie cardiaque
– angine de poitrine **126**
– infarctus aigu du myocarde **126**
– infarctus du myocarde ancien **126**
– infarctus du myocarde récidivant **126**
– ischémique **126**
– ischémique, autres formes chroniques **127**
– syndrome coronarien aigu **126**
Malnutrition
– chez les adultes **116, 202**
– chez les enfants **117, 203**
Menace de maladie **48**
Métastase
– traitement **100**
Métastases ganglionnaires
– localisations multiples **103**
Méthodes de traitement de la douleur **164**
Mouvements réduits du fœtus **150**
Mucoviscidose **115**
Mutilations génitales féminines
– réparation **142**

N
Naissances multiples **153**
Néphropathie hypertensive **125**
Neurostimulateur
– ablation **122, 165**
– implantation **122, 165**
Nouveau-né
– affections origine période périnatale **158**
– asphyxie obstétricale **162**
– choix du diagnostic principal **156**
– définitions **156**
– encéphalopathie hypoxique ischémique **161**
– enfant mort-né **160**
– insuffisance respiratoire **162**
– maladie des membranes hyalines **160**
– période périnatale et néonatale **156**
– photothérapie **160**
– prophylaxie postexposition **158**
– sain de mère diabétique **159**
– série de données **156**
– syndrome de détresse respiratoire **160**
– syndrome néonatal d'aspiration aigu **161**
– tachypnée transitoire **161**
– thérapie parentérale **160**

O
Obstétrique
– définitions **144**
Occlusion
– de stent/pontage coronaire **128**
Oedème **132**
Oeil et ses annexes **123**
Opération
– après perte de poids **140**

– arthroscopique **74**
– bilatérale **79**
– combinée **75**
– complexe **75**
– endoscopique **74**
– interrompue **76**
– laparoscopique **74**
– non effectuée **61**
– panendoscopique **74**
– pour facteurs de risques **107**
– prophylactique **107**
Oreille et apophyse mastoïde **124**

P
Pancréas
– anomalies de la sécrétion **115**
Panendoscopie **74**
Paraplégie non traumatique
– phase initiale (aiguë) **120**
– phase tardive (chronique) **120**
Paraplégie traumatique
– phase aiguë – immédiatement post-traumatique **173**
– phase aiguë – transfert du patient **174**
– phase chronique **175**
Patient en attente de placement **30**
Période néonatale
– définition **156**
Période périnatale
– affections avec origine période périnatale **158**
– définition **156**
Perte de connaissance
– liée à une lésion **171**
– sans rapport avec une lésion **121**
Perte de l'audition **124**
Photothérapie **160**
Plaie
– ouverte **168**
– ouverte avec complications **170**
Point d'exclamation («!») **42**
Positions et présentations anormales du fœtus **150**
Poussée aiguë
– d'une affection chronique **51**
Prélèvement de tissu
– donneur vivant **81**
– examen d'un donneur **81**
– post-mortem **82**
– pour transplantation **81**
– tableau **83**
Prélèvement d'organe
– donneur **81**
– donneur vivant **81**
– examen d'un donneur **81**
– post-mortem **82**
– pour transplantation **81**
– tableau **83**
Présence de **44**
Problèmes d'ouïe et surdité **124**
Procédure
– bilatérale **71**
– date du traitement **71**
– début du traitment (heure) **71**
– de routine **73**
– documentation **29**
– latéralité **71**
– non effectuée **61**
– post-mortale **73**
– qui ne sont pas codée **73**
– répétée plusieurs fois **77**
– unilatérale **71**
Procédures
– bilatérales **79**
– interrompue **76**
– qui doivent être codées **72**
– significatives **72**
Prophylaxie postexposition
– chez le nouveau-né **158**
Prothèse auditive implantée **124**

R
Radiothérapie **107**
Réadaptation **63, 185**
Récidives (tumeur) **103**
Reconvalescence **63**
Règles générales de codage
– pour les maladies/diagnositcs D00 – D16 **37**
– pour les procédures P00 – P11 **71**
Règles spéciales de codage S0100 – S2100 **85**
Regroupement de cas **30**
Réhabilitation **63, 185**
Réhospitalisation
– dans les 18 jours pour complications **69**
Rejet
– après transplantation **82**
– de greffe de cornée de l'œil **123**
Relaparotomie **80**
Rémission
– de leucémie **105**
Réopération **80**
Réopération du cœur et du péricarde **80**
Respiration artificielle
– calcul de la durée de la ventilation **134**
– codage **133**
– début de la durée de la ventilation **134**
– définition **133**
– fin de la durée de la ventilation **135**
– patients transférés **136**
– sevrage **135**
Résultat de l'accouchement **152**
Résultats anormaux **37**
Rethoracotomie **80**
Révision
– de cicatrice **140**
– d'une région opérée **80**

S
SCA (Syndrome coronarien aigu) **126**
Sepsis **86**
– chez l'adulte **86**
– chez l'enfant **88**
– ordre de saisies des codes **89**
Séquelles **45**
Série de données
– minimale **14**
– supplémentaire **14**
– sur des groupes de patients **14**
– sur les nouveaux-nés **14**
– sur les patients en psychiatrie **14**
Shunt AV **143**
SIDA **94**
SIRS **93**
Statistique médicale et codage médical
– anonymisation des données **13**, **14**
– bases légales **12**
– objectifs **13**
– organisation **12**
– système de classification des patients SwissDRG **15**
Status après **44**
Stimulateurs cardiaque **131**
– changement d'agrégat **131**
– complications **131**
– permanent **131**
Suite de soins
– convalescence **63**
– réadaptation **63**
Suivi interventionnel planifié **46**
Surdité **124**
Suspicion
– de tumeur ou de métastases **102**
Symptôme
– comme diagnostic principal **38**
– comme diagnostic supplémentaire **38**
– convulsions fébriles **163**
– dysphagie **163**
– incontinence **163**
– signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire **163**
Syndrome
– comme diagnostic supplémentaire **60**
– congénital **60**
– coronarien aigu **126**
– de détresse respiratoire du nouveau-né **161**
– du pied diabétique **114**
– métabolique **115**
– néonatal d'aspiration aigu **161**
Système
– de classification des patients SwissDRG **15**
– nerveux **119**

T
Tachypnée transitoire du nouveau-né **161**
Tétraplégie non traumatique
– phase initiale (aiguë) **120**
– phase tardive (chronique) **120**
Tétraplégie traumatique
– phase aiguë – immédiatement post-traumatique **173**
– phase aiguë – transfert du patient **174**
– phase chronique **175**
Thérapie parentérale **160**
Thrombose
– de stent ou de pontage coronaire **128**
Traitement palliatif **32**
– des maladies tumorales **107**
Traitement principal
– définition **36**
Traitement supplémentaire
– définition **36**
– ordre des traitements supplémentaires **36**
Transferts
– avec retour dans le premier hôpital **67**
– mère avec son nouveau-né sain **68**
– nouveau-né sain **68**
– pour convalescence **63**
– pour réadaptation **63**
– pour suite de soins **63**
– pour traitement **65**
– pour traitement au centre hospitalier **67**
Transplantation
– cardiaque, contrôle **131**
– contrôle **82**
– donneur vivant **81**
– échec ou rejet **82**
– évaluation **82**
– examen du donneur **81**
– prélèvement post-mortem **82**
– receveur **82**
– tableau **83**
Travail
– prématuré **154**
– prolongé **155**
Troubles
– après un acte à visée diagnostique et thérapeutique **53**
Troubles de la conscience
– sévères **121**, **171**
Troubles mentaux et du comportement
– intoxication aiguë accidentelle **118**
– intoxication aiguë non accidentelle **118**
– liés à l'utilisation de substances psycho-actives **118**
– liés à stupéfiants, médicaments, alcool, nicotine **118**
– utilisation nocive (alcool, droques) **118**
Tumeur
– avec activité endocrine **103**
– chimio- et radiothérapie **107**
– choix et ordre des diagnostics **100**
– diagnostic tumeur primaire **100**
– du système hématopoïétique et lymphatique **99**
– examen de contrôle **102**
– excision étendue **101**
– localisations contiguës **104**
– lymphangiose carcinomateuse **106**
– lymphome **106**

– maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique **101**
– métastases ganglionnaires de localisations multiples **103**
– primaire, localisations multiples **103**
– recherche dans l'index alphabétique **98**
– récidives **103**
– rémission de leucémie **105**
– suspicion de tumeur ou de métastases **102**
– thérapie systémique **101**
– traitement de la tumeur primaire **100**
– traitement de la tumeur primaire et des métastases **101**
– traitement de métastase **100**
– traitement de symptômes **101**
– traitement palliatif **107**

U
Ulcère de l'estomac
– avec gastrite **138**

V
Valvules cardiaques **130**
Ventilation continue par pression positive CPAP
– chez les adultes, enfants, adolescents **136**
– chez les nouveau-nés et les nourrissons **136**
Verrues anogénitales **141**
VIH
– catégories cliniques **95**
– compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité **95**
– infection asymptomatique **94**
– maladie due au VIH **95**
– mise en évidence par laboratoire **94**
– nombre de lymphocytes T **95**
– ordre et choix des codes **96**
– syndrome d'infection aiguë **94**

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 plusieurs moyens et canaux pour diffuser ses informations statistiques par thème.

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

Les principales publications générales

L'Annuaire statistique de la Suisse

L'Annuaire statistique de la Suisse de l'OFS constitue depuis 1891 l'ouvrage de référence de la statistique suisse. Il englobe les principaux résultats statistiques concernant la population, la société, l'État, l'économie et l'environnement de la Suisse.

Le Mémento statistique de la Suisse

Le mémento statistique résume de manière concise et attrayante les principaux chiffres de l'année. Cette publication gratuite de 52 pages au format A6/5 est disponible en cinq langues (français, allemand, italien, romanche et anglais).

Le site Internet de l'OFS: www.statistique.ch

Le portail «Statistique suisse» est un outil moderne et attrayant vous permettant d'accéder aux informations statistiques actuelles. Nous attirons ci-après votre attention sur les offres les plus prisées.

La banque de données des publications pour des informations détaillées

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, vous pouvez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).
www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Catalogues et banques de données → Publications

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

STAT-TAB: la banque de données statistiques interactive

La banque de données statistiques interactive vous permet d'accéder simplement aux résultats statistiques dont vous avez besoin et de les télécharger dans différents formats.
www.stattab.bfs.admin.ch

Statatlas Suisse: la banque de données régionale avec ses cartes interactives

L'atlas statistique de la Suisse, qui compte plus de 4500 cartes, est un outil moderne donnant une vue d'ensemble des thématiques régionales traitées en Suisse dans les différents domaines de la statistique publique.
www.statatlas-suisse.admin.ch

Pour plus d'informations

Centre d'information statistique
058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

Toutes les hospitalisations sont saisies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux.

Ce relevé, effectué par tous les hôpitaux et cliniques, porte sur les données administratives, les informations sociodémographiques des patients, ainsi que les diagnostics et traitements. Pour saisir ces informations, deux classifications médicales sont utilisées. Il s'agit d'une part de la CIM-10-GM pour les diagnostics et d'autre part de la 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. 058 463 60 60

Numéro OFS
544-2000

ISBN
978-3-303-14315-5

La statistique compte pour vous. www.la-statistique-compte.ch